A.S.L. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI
DISTRETTO SANITARIO DI FRANCAVILLA AL MARE
AMBITO SOCIALE FORO-ALENTO

L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA NELL'AMBITO DELLA "PREMIALITA' "

3 CONVEGNO NAZIONALE

L'APPROPRIATEZZA NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: CONDIVISIONE DI STRATEGIE TRA OSPEDALE E TERRITORIO

NAPOLI, 31 Marzo-1 Aprile 2011

Rosa Borgia
Direttore di Distretto
Presidente ADMA - CARD Abruzzo

La trasformazione dell'assistenza ospedaliera

Di anno in anno si rileva una continua crescita della percentuale di pazienti anziani che richiedono un ospedalizzazione ordinaria perché gli ultra 65enni, che rappresentano c.ca il 20% della popolazione, sono responsabili di c.ca il 50% dei ricoveri dal P.S.

La letteratura scientifica indica che il 20% dell'occupazione dei posti letto, da parte dei pazienti anziani, sarebbe clinicamente inappropriata o evitabile se disponibili strutture alternative di primo soccorso e di presa in carico continuativa domiciliare o residenziale

La trasformazione dell’assistenza ospedaliera

La trasformazione dell’organizzazione dei sistemi sanitari avvenuta in questi ultimi anni ha drasticamente modificato il ruolo degli ospedali.

Il numero dei posti letto ospedalieri ha raggiunto un picco negli anni ’70 mentre dal 2000 la tendenza ha avuto un significativo rallentamento.

Il 60% dei ricoveri totali ordinari è legata all’aumento dei ricoveri in emergenza tramite pronto soccorso.

Razionalizzazione delle risorse e della spesa sanitaria
Livello nazionale

Tutte le Regioni sono in questa fase impegnate in interventi di riequilibrio ospedale-territorio.

In particolare le Regioni in Piano di rientro dal disavanzo hanno rilevato la necessità di razionalizzare la spesa prevedendo azioni che si rivolgono, tra le altre, allo sviluppo dell'assistenza territoriale per sostenere anche il processo di progressiva riduzione di ricorso a ricoveri impropri e dell'assistenza ospedaliera di tipo tradizionale, rendendo possibile una maggiore razionalizzazione dei posti letto e la riduzione del tasso di ospedalizzazione.

Possibili sviluppi per l'assistenza all'anziano

Si prevede quindi la riduzione dei letti ospedalieri e l'espansione dell'assistenza territoriale e socio-assistenziale.

Alcuni problemi:

- discontinuità del processo di presa in carico dalla prima segnalazione del bisogno alla definizione e realizzazione degli interventi necessari
- mancata periodica rivalutazione del caso e del grado di disabilità oltre che dell'efficacia degli interventi
- frequente mancanza di un approccio multidimensionale e di integrazione socio-sanitaria

I problemi da affrontare connessi alla disabilità

PSN 2006-08: emergono indirizzi di facilitazione dell'accesso ai servizi, di razionalizzazione dell'organizzazione e del personale in modo da facilitare al massimo "l'impatto" tra sistema sanitario, sociosanitario e sociale con il cittadino."

Crescente diffusione del principio organizzativo di 'accesso integrato' a livello regionale…..
ma con modelli funzionali od organizzativi assai diversi tra loro a livello sia intraregionale che nazionale!!

Tavolo permanente della Disabilità: Azioni in corso

Le azioni promosse a livello centrale, per sostenere la semplificazione all'accesso, la valutazione e la presa in carico delle persone con disabilità sono:

A. **Tavolo permanente per la disabilità**

B. **Progetto CCM**: "Individuazione ed implementazione di un sistema di accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari integrati della persona con disabilità (PUA)"

C. **Progetto SiVeAS di affiancamento** delle Regioni in Piano di Rientro per le attività sociosanitarie - PUA

D.G.Programmazione Sanitaria

Percorso di affiancamento alle Regioni in Piano di rientro per lo sviluppo dei servizi integrati sociosanitari per la disabilità (Punto Unico di Accesso)

- Necessità di investire sul PUA nella consapevolezza che può portare a importanti risultati in termini di appropriatezza efficienza e controllo della spesa (anche ospedaliera)

- Opportunità di condividere gli elementi essenziali per la definizione di un modello di PUA che porti al superamento della frammentazione dei diversi "sportelli" esistenti, anche al fine di pervenire ad una maggiore equità della risposta ai cittadini a livello nazionale

- Opportunità di confronto e supporto di altre attività istituzionali impegnate su questo obiettivo (Tavolo tecnico ministeriale e progetti Ministero CCM etc.)

D.G.Programmazione Sanitaria

Percorso di affiancamento alle Regioni in Piano di rientro per lo sviluppo dei servizi integrati sociosanitari per la disabilità (Punto Unico di Accesso)

Ad aprile 2009, è stato avviato un supporto tecnico alle regioni.

Hanno aderito la Liguria, il Lazio , la Campania, l'Abruzzo, il Molise e la Sardegna.

E' stata però rilevata la stretta connessione tra gli obiettivi dell'affiancamento con gli obiettivi di assistenza tecnica alle regioni del mezzogiorno, come indicato nel Quadro Strategico Nazionale 2007-2013, nello specifico rispetto all'ADI, in quanto quasi tutte le regioni hanno richiesto un supporto per la realizzazione od implementazione del PUA, attraverso FORMEZ.

Formez: Progetto Assistenza Domiciliare Integrata nelle 8 Regioni del Mezzogiorno Ministero Salute, Lavoro e Politiche Sociali, Dip. Politiche Famiglia 2009-2010

Quadro Strategico Nazionale 2007-2013
Obiettivi di Servizio

INDICATORE	DIREZIONE	SERVIZIO	UFFICIO
S. 04 S. 05	LI.pp. - servizio idrico integrato - gestione integrata dei bacini idrografici - difesa del suolo e della costa	Interventi opere pubbliche di interesse locale	Edilizia scolastica e di culto, asili nido e patrimonio storico artistico
	Politiche attive del lavoro, formazione ed istruzione, politiche sociali	Servizi sociali	Attuazione politiche in favore della famiglia e dei minori
		Vigilanza e controllo di qualità dei servizi sociali - promozione rapporti con soggetti e strutture	Qualità dei servizi sociali, cooperazione sociale, vigilanza su servizi e strutture
		Programmazione politiche sociali	Osservatorio sociale regionale e gestioni speciali
S. 06	Politiche della salute	Assistenza distrettuale riabilitativa, medicina sociale e attività sanitaria territoriale	Attività sanitarie territoriali
	Politiche attive del lavoro, formazione ed istruzione, politiche sociali	Vigilanza e controllo di qualità dei servizi sociali - promozione rapporti con soggetti e strutture	Qualità dei servizi sociali, cooperazione sociale, vigilanza su servizi e strutture
		Interventi socio-assistenziali	Interventi in favore degli anziani e dei disabili
		Programmazione politiche sociali	Osservatorio sociale regionale e gestioni speciali
			Piano Sociale Regionale
S. 07 S. 08 S. 09	Protezione civile - Ambiente	Servizio gestione rifiuti	Osservatorio Regionale dei Rifiuti
S. 10	LL.PP. - servizio idrico integrato - gestione integrata dei bacini idrografici - difesa del suolo e della costa	Ciclo idrico integrato e reti tecnologiche	Attività tecniche di ingegneria
S. 11		Acque e demanio idrico	Qualità delle acque

-S.06-

Il progetto "**Azioni di sistema e assistenza tecnica per il conseguimento dei target relativi ai servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per la popolazione anziana**" del Ministero della salute, del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, del Dipartimento delle politiche della famiglia.

Obiettivo

Assicurare coerenza e unitarietà alla strategia di intervento per il potenziamento dei servizi di cura alla persona nelle Regioni del Mezzogiorno, nel rispetto delle specificità territoriali e settoriali.

PIANO D'AZIONE

Il Piano d'azione delinea la strategia di sviluppo regionale finalizzata al miglioramento qualitativo e quantitativo dei servizi essenziali per i cittadini e le imprese, esso è composto da:

Capitolo 1 **"Premessa",** in cui è stato ricostruito il contesto di riferimento; vengono inoltre individuate le priorità di intervento in base all'attuale quadro normativo ed alle emergenze e specificità territoriali, a livello locale e regionale.

Capitolo 2 **"Piano di Azione",** in cui per ciascun Obiettivo sono stati individuati gli Ambiti di intervento (priorità) all'interno dei quali declinare le singole Azioni.

Per ciascuna di esse viene riportato il fabbisogno finanziario e le relative fonti di copertura dello stesso, nonché il cronogramma delle azioni per obiettivo/target.

Capitolo 3 **"**Piano di Azione: **Obiettivo Servizi di cura alla persona".**

Capitolo 4 **"**Piano di Azione: **Obiettivo Gestione rifiuti urbani".**

Capitolo 5 **"**Piano di Azione: **Obiettivo Servizio idrico integrato".**

IL PIANO D'AZIONE REGIONALE PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI SERVIZIO E IL PROGETTO ADI: LA *GOVERNANCE*

Il Gruppo di lavoro ADI

La regione ha istituito nel luglio 2009 *un apposito gruppo di lavoro* per realizzare le azioni previste dal Piano composto dai dirigenti e funzionari del "Servizio Programmazione e Sviluppo", della "Direzione Politiche della Salute", della "Direzione Politiche Attive del Lavoro, Formazione ed Istruzione, Politiche Sociali" delle ASL di *Lanciano-Vasto-Chieti* e degli Ambiti territoriali (*ambiti sociali Foro-Alento ed Alto Vastese).*

Il Servizio Programmazione e Sviluppo è il Soggetto Coordinatore del Piano di Azione.

Con Delibera di Giunta Regionale n. 307 del 24 giugno 2009 *"Istituzione del Comitato di Coordinamento del Piano di Azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio del Quadro Strategico Nazionale 2007-2013"* è stato istituito il Comitato di Coordinamento.

Il Comitato è presieduto dal Direttore responsabile della Direzione Programmazione, risorse umane, finanziarie e strumentali.

Composizione: **La Regione**

a) dai componenti del Comitato di Coordinamento della Programmazione Unitaria istituito con DGR 108/2008, e ss.mm.ii,

b) dal Soggetto responsabile del coordinamento dell'azione di implementazione del Piano;

c) dalle Amministrazioni, diverse dal soggetto coordinatore, titolari di linee di intervento all'interno del Piano;

d) dalle componenti del partenariato istituzionale e dalle autonomie funzionali;

Elaborazione Schede RAOS per l'assegnazione delle risorse premiali

La delibera CIPE 82/07 prevede che ciascuna Regione del Mezzogiorno e il MIUR, durante il periodo di riferimento per l'attuazione del meccanismo premiale, predispongano un rapporto annuale di esecuzione per tutti gli anni di attuazione del meccanismo degli obiettivi di servizio e garantiscano la massima diffusione di tali rapporti, anche attraverso il coinvolgimento del partenariato economico e sociale.

Il Rapporto Annuale di esecuzione (RAOS) è predisposto dal Soggetto Coordinatore del Piano d'azione ed approvato dal Comitato di Coordinamento del Piano che, in particolare, esamina i risultati dell'esecuzione, in particolare il conseguimento dei singoli target in cui si articolano gli Obiettivi di Servizio.

SCHEDA RAOS

Sezione Programmatica

1. una descrizione sintetica dell'Azione
2. le motivazioni della scelta *(in cui è indicata la situazione di partenza ed il miglioramento raggiungibile attraverso l'intervento)*
3. l'obiettivo dell'azione *(in cui sono indicate le esigenze che verranno soddisfatte con l'intervento)*
4. una stima dell'impatto *(in cui è riportata una stima dell'impatto rispetto al fabbisogno totale della Regione)*
5. la normativa di riferimento *(in cui è segnalato ogni eventuale aggiornamento intervenuto nelle normative – leggi, regolamenti, atti di indirizzo ecc…*
6. la localizzazione dell'Azione
7. i soggetti che usufruiscono o possono usufruire del servizio
8. le modalità di attuazione *(in cui sono indicati gli atti richiesti e/o necessari.*
9. il piano finanziario

SCHEDA RAOS

Sezione Progettuale

1. gli atti amministrativi relativi all'attività di programmazione svolta *(in cui sono elencati gli atti assunti.)*
2. l'avanzamento fisico dell'azione *(in cui è descritto lo stato dell'arte dell'azione, le cose sinora realizzate)*
3. l'avanzamento finanziario dell'azione: Impegni assunti e Pagamenti effettuati
4. le problematiche/Criticità connesse alla realizzazione dell'azione
5. le proposte di modifica dell'azione e relative giustificazioni.

Esempio di Schede RAOS

- SCHEDA PRIORITA' 1- AZIONE 1.1

  Interventi a sostegno della famiglia per il mantenimento del paziente fragile al proprio domicilio

  (Piano Locale Non Autosufficienza - ADI - ADA – Teleassistenza- Trasporto – Assegno di cura – Centri Diurni)

- SCHEDA PRIORITA' 1 – AZIONE 1.4

  Sviluppo di sistemi di comunicazione integrati

  (Scheda sanitaria informatizzata per la rilevazione delle attività domiciliari – RAD-, cartella domiciliare integrata informatizzata, software gestionale per P.U.A., U.V.M., ecc.)

- SCHEDA PRIORITA' 1 – AZIONE 1.5

  Definizione di accordi di programma integrati tra settore sanitario e sociale e sviluppo delle forme di collaborazione con le reti sociali e di solidarietà (U.V.M. – P.A.I. – ecc.)

- SCHEDA PRIORITA' 3- AZIONE 3.2

  Orientare la domanda nel circuito dell'offerta attraverso la realizzazione del Punto Unico di Accesso per qualificare la capacità di presa in carico territoriale

Servizi di cura per la popolazione anziana

Azione (n.)	Azione (titolo)	Data fine intervento (stima	Costo interventi (euro)	Fonte di copertura	
				Risorse FAS	Altre risorse *
	Priorità 1				
	Un'assistenza Domiciliare Diffusa Ed Efficace Basata Sulla Presa In Carico Globale Del Paziente Anziano				
1	Interventi a sostegno della famiglia per il mantenimento del paziente fragile al proprio domicilio	31/12/2009	70.000,00	70.000,00	
2	Implementazione delle cure Domiciliari nel sistema integrato dell'offerta	31/12/2013	65.289.053,00		65.289.053,00
3	Sviluppo ed implementazione della qualità dell'assistenza	31/12/2009	50.000,00	50.000,00	
4	Sviluppo di sistemi di comunicazione integrati	31/12/2010	721.000,00	721.000,00	
5	Definizione di accordi di programma integrati tra settore sanitario e sociale e sviluppo delle forme di collaborazione con le reti sociali e di solidarietà	31/12/2011	340.000,00	340.000,00	
			66.470.053,00	**1.181.000,00**	**65.289.053,00**
	Priorità 2				
	Una Rete Integrata Di Medici Generali Quale Network Ai Sistemi Di Supporto Familiare				
1	Sviluppare la funzione di presa in carico della medicina generale	31/12/2011	630.000,00	630.000,00	
2	Coinvolgere il MMG nella programmazione organizzativa e nella gestione operativa dell'assistenza socio-sanitaria, per lo sviluppo di attività integrate territoriali	31/12/2013	39.355.171,33		39.355.171,33
			39.985.171,33	**630.000,00**	**39.355.171,33**
	Priorità 3				
	Servizi Territoriali Sanitari E Sociali Integrati E Orientati Ai Processi Assistenziali Centrati Sul Paziente				
1	Sviluppare la programmazione Regionale e locale	31/12/2013	920.000,00	920.000,00	
2	Orientare la domanda nel circuito dell'offerta attraverso la realizzazione del Punto Unico d'Accesso (PUA), per qualificare la capacità di presa in carico territoriale	31/12/2009	5.277.529,50	5.277.529,50	
3	Realizzazione di Processi di valutazione omogenei (UVM) per qualificare la capacità di presa in carico territoriale	31/12/2009	1.275.000,00	1.275.000,00	
4	Assicurare la continuità tra i diversi setting assistenziali a diversa intensità (Dimissione Protetta)	31/12/2011	630.000,00	630.000,00	
5	Introduzione di uno strumento di lavoro integrato finalizzato alla gestione multiprofessionale del paziente domiciliare: Cartella Domiciliare Integrata Regionale	31/12/2010	565.000,00	565.000,00	
			8.667.529,50	**8.667.529,50**	
	Priorità 4				
	Formazione				
1	Pianificazione sistema formativo per lo sviluppo delle conoscenze, competenze degli operatori e sul caregiving	31/12/2012	60.000,00	60.000,00	
	Priorità 5				
	Gestione Del Progetto				
1	Monitoraggio e controllo	31/12/2013	639.000,00	639.000,00	
			639.000,00	**639.000,00**	
			115.821.753,83	**11.177.529,50**	**104.644.224,33**

* si tratta delle risorse del Fondo ordinario del sistema sanitario regionale 2008-2010

ELEVARE LE COMPETENZE DEGLI STUDENTI E LA CAPACITÀ DI APPRENDIMENTO DELLA POPOLAZIONE

Indicatori		Target proposti	Valore ABRUZZO		Risorse (meuro)
		2013	2006		
S.01	Percentuale della popolazione in età 18-24 con al più la licenza media, che non ha concluso un corso di formazione professionale riconosciuto dalla regione di durata superiore al 2 anni	10%	14,7%	↓	10,9
S.02	Percentuale di 15-enni con al massimo il primo livello di competenza in lettura del test PISA effettuato dall'OCSE	Non superiore al 20%	ND		10,9
S.03	Percentuale di 15-enni con il primo livello di competenza in matematica del test PISA effettuato dall'OCSE	Non superiore al 21%	ND		10,9

AUMENTARE I SERVIZI DI CURA PER L'INFANZIA

Indicatori selezionati		Target proposti	Anno disponibile		Risorse (meuro)
		2013	2004		
S.04	diffusione del servizio per l'infanzia (asili nido, micronidi e/o altri servizi integrativi ed innovativi), misurato con la percentuale di Comuni che hanno attivato tali servizi sul totale dei comuni della Regione	35%	23,6%	↑	8,9
S.05	presa in carico degli utenti dei servizi per l'infanzia, misurato con la percentuale di bambini fino al compimento dei tre anni che hanno usufruito dei servizi per l'infanzia (asili nido, micronidi e/o altri servizi integrativi ed innovativi), sul totale della popolazione tra zero e fino al compimento dei 3 anni	12%	6,7%		8,9

AUMENTARE I SERVIZI DI CURA PER LA POPOLAZIONE ANZIANA

Indicatori selezionati		Target proposti	Anno disponibile		Risorse (meuro)
		2013	2005		
S.06	numero di anziani assistiti in assistenza domiciliare integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana (superiore a 64 anni).	3,5%	1,8%	↑	17,6

TUTELARE E MIGLIORARE LA QUALITÀ DELL'AMBIENTE IN RELAZIONE AL SISTEMA DI GESTIONE DEI RIFIUTI URBANI

	Indicatori selezionati	Target proposti	Anno disponibile		Risorse (meuro)
		2013	2005		
S.07	Kg di rifiuti urbani smaltiti in discarica per abitante all'anno.	Due condizioni da soddisfare simultaneamente a) ciascuna regione non deve superare 230 kg/procapite di rifiuti urbani smaltiti in discarica, che è all'incirca il	398,5 Kg	↓	13,3

AUMENTARE I SERVIZI DI CURA PER LA POPOLAZIONE ANZIANA

Indicatori selezionati		Target proposti	Anno disponibile		Risorse (meuro)
		2013	2005		
S.06	numero di anziani assistiti in assistenza domiciliare integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana (superiore a 64 anni).	3,5%	1,8%	↑	17,6

S.10	Percentuale di acqua erogata sul totale dell'acqua immessa nelle reti di distribuzione comunale.	almeno il 75%	59,1%	↑	17,7
S.11	Abitanti equivalenti serviti effettivi da impianti di depurazione delle acque reflue, con trattamento secondario o terziario, in rapporto agli abitanti equivalenti totali urbani per regione.	70%	44,3%		17,7

OBIETTIVO SERVIZI DI CURA PER GLI ANZIANI
Il contesto di riferimento

La modifica del Titolo V della Costituzione ha demandando alle Regioni la competenza legislativa in materia sanitaria, garantendo maggiore autonomia organizzativa e gestionale e cogliendo la necessità di modulare i Sistemi Sanitari Regionali in modo più coerente con i bisogni espressi dai territori regionali.

L'obiettivo del potenziamento della presa in carico dell'anziano a domicilio si inquadra nell'ambito delle finalità che l'Organizzazione Mondiale della Sanità Europea si è data per il 2020

Partendo dal Progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani 91/95" (POA), la Regione Abruzzo ha avviato le azioni necessarie all'implementazione delle linee programmatiche del Piano Sanitario e del Piano Sociale Regionali, attraverso la previsione della revisione dell'attuale articolazione degli Ambiti territoriali sociali, in conformità con quanto previsto dal nuovo Piano Sanitario Regionale *2008-10* (coincidenza territoriale tra ambiti sociali e Distretti Sanitari di Base)

-PLNA ed anziani-
Cos'è?

Il PLNA si caratterizza come strumento di programmazione congiunta tra Ente di Ambito Sociale e Distretto Sanitario ⟶ e stabilisce le modalità operative per l'attuazione degli interventi territoriali e domiciliari per la non autosufficienza sulla base della DPCM del 29/01/2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza).

Con DGR n. 1281 del 10/12/2007, la Regione Abruzzo ha approvato l'atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale degli interventi rivolti, tra l'altro, alle persone ultra sessantacinquenni non autosufficienti (PLNA).

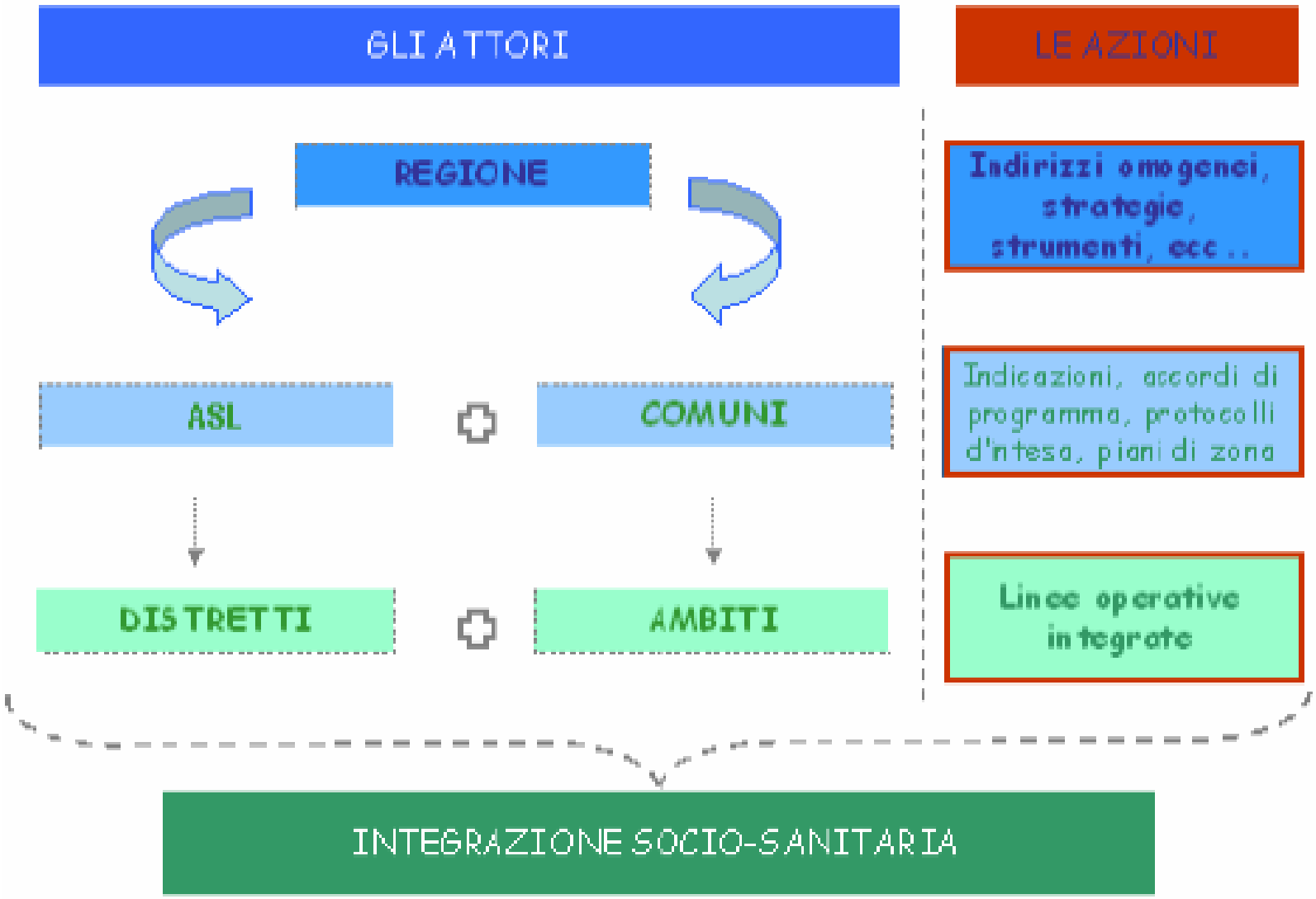
TARGET

Si prefigge di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali su tutto il territorio nazionale, con riguardo alle persone non autosufficienti (L. 27 .12.2006, n. 296 -Finanziaria 2007: istituzione presso il Ministero della Solidarietà Sociale del Fondo per le non autosufficienze -PLNA).

FINALITA'

Il PLNA è finalizzato a rendere la permanenza in famiglia della persona non autosufficiente meno difficile, al fine di evitare ricoveri impropri.

IL MODELLO DI GOVERNANCE DELL'ADI A LIVELLO TERRITORIALE



Tavolo regionale

A

Tavoli "misti" costituiti dalla Regione con:

Responsabili Programmazione

Responsabili sanità

Responsabili sociale/famiglia/non autosuff.

Resp. Settore informatico/Nucleo di Val.

B

Referenti delle ASL (Distretti)

Referenti dei Comuni (Ambiti)

….livello Regionale-Partecipazione al Gruppo di Lavoro Regionale

Nell’autunno 2009 la direzione del Distretto Sanitario di Francavilla al Mare ha collaborato con la Direzione Sanità della Regione Abruzzo alla elaborazione delle schede RAOS Previste dal Ministero al fine di monitorare lo stato di avanzamento del progetto e la conseguente erogazione di fondi specifici.

RISULTATI: Attività verticali

- Produzione di Linee Guida integrate per l'ADI
- Elaborazione Atti di Indirizzo in attuazione delle L.G.
- Glossario condiviso terminologia ADI
- Verifica e mappatura PUA e UVM
- Produzione strumenti utili all'integrazione, (protocolli, schede ecc.)
- Incontri sul S.I.: approccio omogeneo al dato secondo un'impostazione condivisa

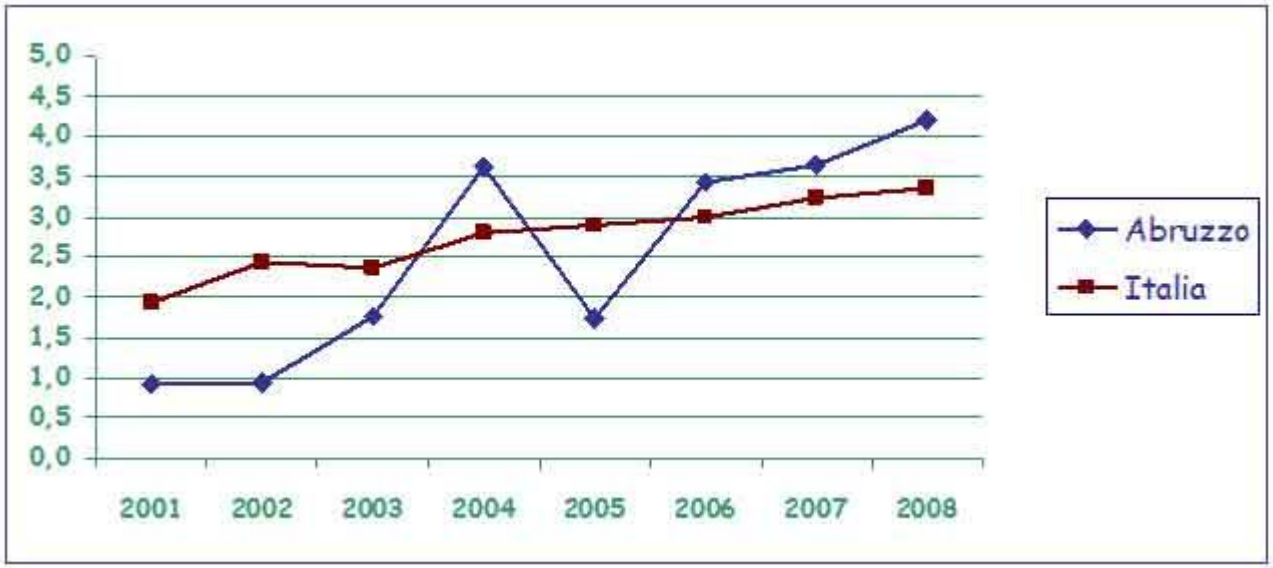
TARGET

Entro il 2013 raggiungere una percentuale di anziani trattati in ADI rispetto al totale della popolazione anziana (65 anni e oltre) pari al 3,5% (Codice S.06)

Percentuale di anziani assistiti in Assistenza Domiciliare

2005	2008
1,8%	4,17%

Incremento medio regionale degli assistiti = 15%



4,5
4
3,5
3
2,5
2
1,5
1
0,5
0
1,8
4,2
2,9
3,3
1,6
2
Abruzzo
Italia
Mezzogiorno
2005
2008

Situazione rideterminata alla luce delle nuove rimodulazioni del modello FLS 21 anno 2008

Numero di pazienti assistiti in ADI

		ANNI							
	Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
13	Abruzzo	2.353	2.496	4.732	9.818	4.826	9.593	10.247	11.861
14	Molise	3.885	4.714	6.127	4.686	4.273	3.832	2.627	1.516
15	Campania	6.541	6.325	7.616	10.548	12.109	10.283	14.674	16.918
16	Puglia	6.791	8.356	7.755	8.479	14.103	11.453	11.564	13.488
17	Basilicata	2.889	3.490	4.744	4.709	4.587	5.132	5.118	4.750
18	Calabria	1.999	1.397	2.031	4.106	5.938	9.127	10.176	9.520
19	Sicilia	5.144	4.763	6.090	6.866	7.121	8.701	9.250	8.698
20	Sardegna	1.345	1.665	1.533	1.995	3.122	3.756	3.575	6.419

Situazione rideterminata alla luce delle nuove rimodulazioni del modello FLS 21 anno 2008

Percentuale di pazienti assistiti in ADI

		ANNI							
	Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
13	Abruzzo	0,9	1	1,8	3,6	1,8	3,4	3,6	4,2
14	Molise	5,8	6,9	8,9	6,7	6,1	5,4	3,7	2,2
15	Campania	0,8	0,8	0,9	1,2	1,4	1,2	1,6	1,8
16	Puglia	1,1	1,3	1,2	1,2	2	1,6	1,6	1,8
17	Basilicata	2,6	3,1	4,1	4,1	3,9	4,3	4,3	4
18	Calabria	0,6	0,4	0,6	1,1	1,6	2,5	2,7	2,6
19	Sicilia	0,6	0,6	0,7	0,8	0,8	1	1	0,9
20	Sardegna	0,5	0,6	0,6	0,7	1,1	1,3	1,2	2,1

Indicatore S.06-Presa in carico degli anziani per il servizio di ADI

-Premialità-

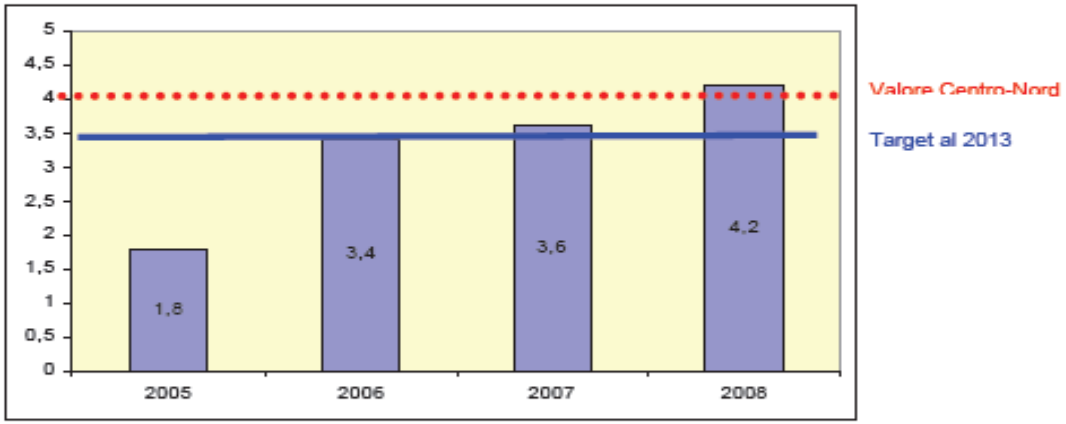
Regioni	A	B	C	gap^{2009} = (B-A)/(C-A)	α	PT	P_2009 = α * PT
	Valore base (2005)	Valore alla verifica intermedia (2008)	Target 2013	Distanza % colmata	Coefficiente di premio	Premio potenziale totale (M€)	Premio 2009 (M€)
Abruzzo	1,8	4,2	3,5	100	0,50	17,74	8,87
Molise	6,1	3,4	3,5	0	0,00	9,89	0,00
Campania	1,4	1,8	3,5	19	0,29	85,20	24,71
Puglia	2,0	1,8	3,5	0	0,00	67,90	0,00
Basilicata	3,9	4,0	3,5	100	0,50	18,68	9,34
Calabria	1,6	2,6	3,5	53	0,50	38,78	19,39
Sicilia	0,8	0,9	3,5	4	0,06	89,52	5,37
Sardegna	1,1	2,1	3,5	42	0,46	47,29	21,75

Fonte: Elaborazioni DPS-UVAL su dai ISTAT e Ministero della Salute, Sistema informativo sanitario (SIS)

REGIONE ABRUZZO

I principali risultati raggiunti

Percentuale di anziani trattati in ADI rispetto al totale della popolazione anziana - 65 anni e oltre



L'incremento ha interessato soprattutto alcune Asl (Avezzano/Sulmona, Chieti, Lanciano/Vasto, L'Aquila). Valori inferiori al target 2013 risultano per Pescara e Teramo, che comunque al 2008 registravano rispettivamente i seguenti valori : 2,96% e 3,40%)

Al raggiungimento dei risultati ha contribuito notevolmente il Piano Locale per la Non Autosufficienza attraverso nuove risorse finanziarie ed un'intensa attività di formazione e accompagnamento nei confronti di tutti gli operatori coinvolti nella programmazione ed erogazione dei servizi socio-assistenziali.

Al fine di migliorare la programmazione e la comprensione dell'evoluzione del Servizio, la Regione Abruzzo si è inserita nel piano di adeguamento per il Sistema di Monitoraggio dei Flussi informativi di Assistenza domiciliare (SIAD) capace di recepire un dato socio-sanitario più completo rispetto a quello utilizzato per la rilevazione al 2008 **FLS21**

REGIONE ABRUZZO

Input per la riprogrammazione delle attività per il prossimo biennio (ADI Sud – Fase 2)

SVILUPPO DEI SERVIZI ADI SECONDO CRITERI E STANDARD DI QUALITÀ

Sistemi di accreditamento Standard di qualità e Manuale della qualità

Trasferimento di buone prassi per promuovere l'integrazione tra sociale e sanità

QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE

Formazione formatori sui temi della VM Formazione formatori sui temi del PUA

Formazione formatori sui temi delle scale di valutazione integrate.

SVILUPPO SISTEMI INFORMATIVI INTEGRATI

Elaborazione e diffusione della cartella domiciliare integrata.

COMUNICAZIONE

Supporto alla definizione di Piani di comunicazione (coinvolgimento del terzo settore e sensibilizzazione micro comuni)

OSSERVATORIO ADI

Rilevazione e elaborazione di un set minino di informazione sui servizi ADI attivati sul territorio regionale definito in maniera condivisa con le Regioni del Mezzogiorno

Supporto al monitoraggio degli interventi realizzati con il Fondo per la Non Autosufficienza per riprogrammazione PLNA

REGIONE ABRUZZO

IL SISTEMA DI PREMIALITA' FORMALE S06 ABRUZZO-Fase 2

La Regione Abruzzo ha definito nel sistema di premialità formale:

•Valori target al 2013 per ciascuna delle 4 ASL
•Le risorse premiali individuali
•Condizioni di riparto relative alle ipotesi di raggiungimento o meno del target regionale
•Condizioni di qualità

L'accesso al premio alla verifica finale del 2013 è subordinato:

1) al raggiungimento del target individuale per ASL, da realizzare nell'anno 2012 e che sarà verificat dalla rilevazione del Ministero della Salute condotta in riferimento a quell'anno.
2) Alla realizzazione di un servizio centrale di coordinamento del servizio ADI
3) Alla verifica di avvenuta attivazione del Punto Unico di Accesso (PUA)

E' stato quindi previsto un sistema premiale basato anche su condizioni che garantiscano la qualità (punto 2 e 3): ciascuna ASL accede all'80% della premialità al raggiungimento del target individuale sull'obiettivo S06 ad essa assegnato. Il restante 20% sarà assegnato dalla Regione alle ASL nella condizione configurata nei punti 2 e 3.

Per ciascuna ASL che ha soddisfatto il proprio target individuale, l'utilizzo del premio sarà destinato per il 20% alla componente sociale, e per l'80% a quella sanitaria.

COSA C'ERA NELLA STORIA?

…Partecipazione a Sperimentazioni Nazionali.

Nel biennio 2006-2007 Il D.S. di Francavilla al mare ha partecipato con altre regioni Italiane, coordinate dall'Age.Na.s, ad un progetto di ricerca ex art. 12, L.502/92, sul tema "Continuità assistenziale…presa in carico…" con particolare riferimento al Punto Unico di Accesso.

DOCUMENTO PROGRAMMATORIO

Contemporaneamente la sperimentazione veniva avviata presso il D.S. di Francavilla al mare e, come gruppo di lavoro che collaborava con il Direttore della A.S.R. Abruzzo, il P.U.A. veniva previsto e descritto nell'allora redigendo **P.S.R. 2008-2010** oggi vigente.

…Obiettivi dei Direttori Generali

Il P.U.A. diveniva quindi un obiettivo di B.S.C. per i direttori generali delle A.S.L.

- Attivazione a fini sperimentali di un P.U.A. almeno in un D.S.B. aziendale nel 2008
- Attivazione del P.U.A. in tutti i D.S.B. nel 2009

…Collaborazione al TAVOLO TECNICO-REGIONE ABRUZZO-FORMEZ

Distretto Sanitario di Francavilla al Mare

In seguito alla esperienza maturata in Age.Na.S e in Agenzia Regione Abruzzo

È stato elaborato il questionario di “ricognizione” sullo stato di attivazione dei P.U.A.

Lo stesso sottoposto al Formez ed al tavolo tecnico verrà quindi sottoposto a tutti i Direttori dei Distretti Sanitari della Regione Abruzzo.

Modello-ASL di Lanciano Vasto Chieti

Punto Unico di Accesso

Risorse umane:

Un dirigente medico – A.S.L.

Un infermiere- A-S.L.

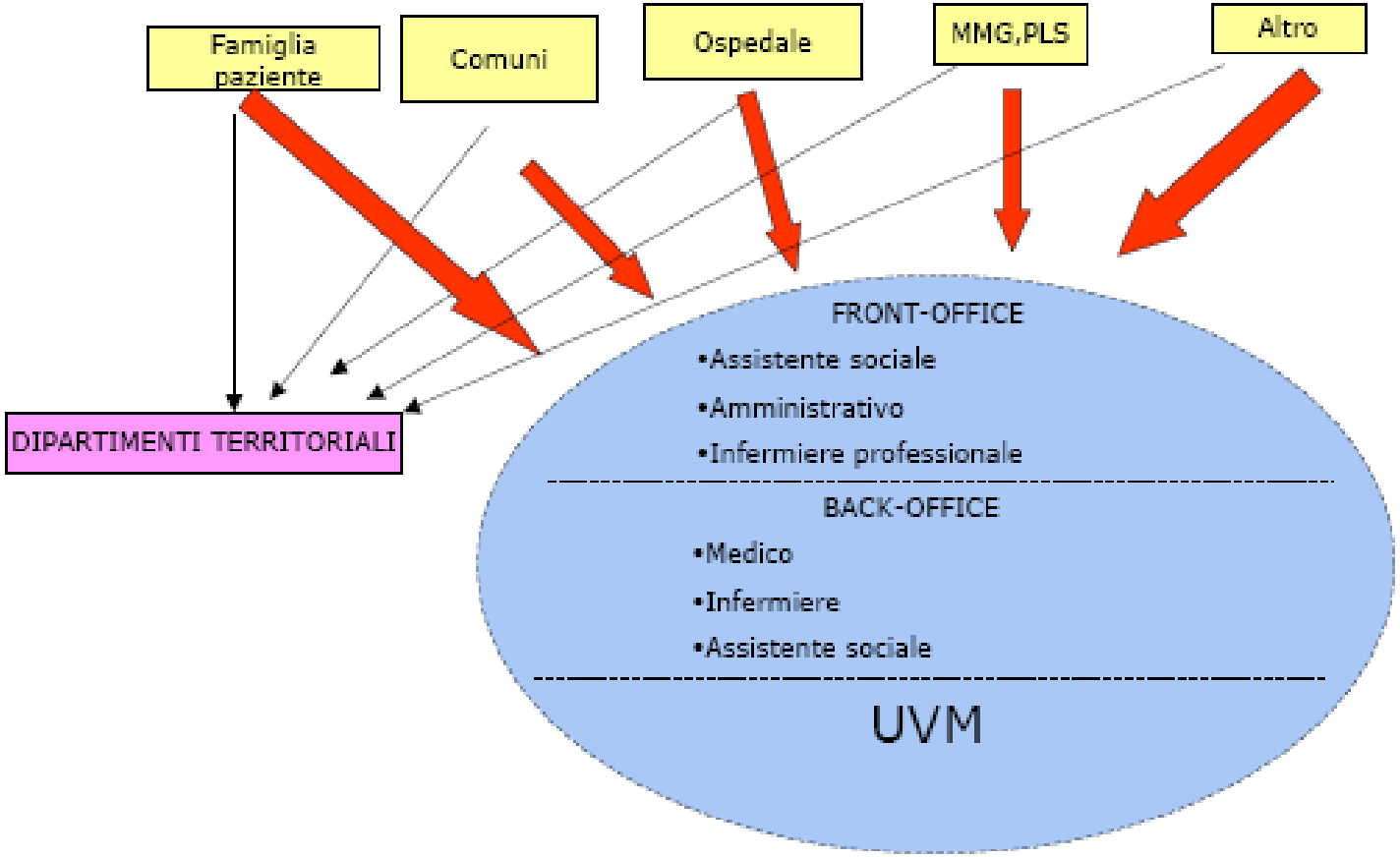
Due assistenti sociali- A.S.L./Ambito

Due amministrativi- A.S.L. (non esclusivo)/Ambito

Uno psicologo- A.S.L. (non esclusivo)

Assistenti sanitari- convenzione con Università

Punto Unico d'Accesso



PUA

FAMIGLIA PAZIENTE
COMUNE
OSPEDALE
MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA
ALTRO
PUNTO UNICO DI ACCESSO
BISOGNO SOCIALE
BISOGNO SOCIOSANITARIO
BISOGNO SANITARIO
FAMIGLIA PAZIENTE
UVM Unità Valutazione Multidisciplinare
Erogazione di Prestazioni e Servizi sanitari
Cure domiciliari
Sistema-semi residenziale
Sistema Residenziale
Altre risposte

Punto Unico di Accesso

- Scheda di accesso
- Scheda segnalazione dimissioni protette *(Presente Procedura specifica)*
- Scheda segnalazione U.V.M.

Il P.U.A. svolge un ruolo di monitoraggio dei percorsi e costituisce l'anello di raccordo tra gli attori: MMG, Ospedale, famiglia, U.V.M., strutture convenzionate, ecc.

Punto Unico di Accesso

Punti di debolezza:

- Avvio di un software gestionale *
- Carenza di risorse umane atte ad assicurare un maggior orario di apertura
- Difficoltà di intersezione con il SERT
- Difficoltà di intersezione con il DSM (10% dei carichi assistenziali *dichiarati* dai CIM)

Il modello di assistenza sanitaria

A/ Sviluppo della rete dei servizi territoriali.

- Servizi sanitari distrettuali
- ADI
- RSA
- Rete Cure Palliative – Hospice
- Servizi per anziani e pazienti cronici. PLNA

B/ Integrazione Ospedale-Territorio

C/ Integrazione socio-sanitaria: - Ambiti Territoriali
- Piani di Zona
- Programma Attività Territoriali

Il modello di assistenza sanitaria

A/ Sviluppo della rete dei servizi distrettuali

PUA

- Assistenza sanitaria di base
- Attività di emergenza sanitaria territoriale
- Assistenza farmaceutica territoriale
- Assistenza integrativa specialistica territoriale
- Assistenza protesica
- Assistenza ambulatoriale
- Assistenza domiciliare
- Assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale
- Prevenzione individuale
- Medicina legale

B1/ Integrazione Ospedale - Territorio
Finalità

PUA

1. Porre l'utente al centro del SSN e orientamento dello stesso nella rete dei servizi attraverso il Distretto Sanitario
2. Superamento del sistema assistenziale organizzato in compartimenti stagni
3. Sviluppare la comunicazione e la collaborazione tra attività ospedaliera e territoriale *(es. Dimissione Protetta)*
4. Sviluppare le reti dei servizi territoriali
5. Decongestionare l'ospedale, eliminando le prestazioni improprie (di 1° livello e livello intermedio)
6. Riduzione Liste d'Attesa
7. Avanzamento Tecnologico (Health Technology ASSESSMENT)

B2/ Integrazione Ospedale - Territorio
Processo e Risultati

1. Maggior coinvolgimento dei MMG nelle attività di assistenza distrettuali (intersezione con le nuove forme associative NCP-UCCP-PTA)
2. **Procedura di Dimissione Protetta**
3. Riduzione dei tempi di degenza
4. Umanizzazione delle cure
5. Economicità del sistema

C/ Integrazione Socio-Sanitaria

L. 328/2000 / P.S.N. - P.S.R. – PIANO SOCIALE

- **Zonizzazione** per la gestione unitaria dei Servizi Sociali e Sanitari attraverso la fusione delle risorse dei Comuni e della ASL **(Ambiti Territoriali).**
- Istituzione del **PUA** (Punto Unico di Accesso)
- Conferma dei **Piani di Zona** dei servizi alle persone, come strumento unitario di programmazione e di governo locale della risposta ai bisogni socio-sanitari.

Quali Risultati?

- I risultati in termini di salute sono migliori se l'Organizzazione è adeguata alla produzione dei Servizi e alla program. funzionale rispetto ai bisogni (P.A.T.)
- Il Distretto Sanitario si pone nella più moderna definizione come "Centro della integrazione fra tutti i servizi territoriali e come gestore degli stessi al fine di ottenere il migliore risultato di Salute" (P.A.T)
- Si individua come unico Centro di Responsabilità riducendo in questo modo la Complessità del Sistema di Governo ed elabora il P.A.T.
- Si attivano procedure sperimentali di "medicina di iniziativa" o "desease management"

Grazie per l’attenzione e…

…Buon Territorio!