



Obiettivi, Indicatori e Target per la Regione Molise

Servizi di cura per gli anziani

**Obiettivo Generale**

*“Aumentare i servizi di cura per gli anziani  
per favorire la partecipazione femminile  
al mercato del lavoro”*

**Piano d’Azione Tematico**

**Dossier S.06**

**Agosto 2015**



*Il presente Dossier è stato redatto dall'Ufficio "Programmazione e Coordinamento Attuativo Programmi FSC" - Servizio Coordinamento Fondo per lo Sviluppo e la Coesione – Direzione Area Seconda, dal Servizio Politiche Socio-Sanitarie - Direzione Generale per la Salute e dall'Azienda Sanitaria Regionale del Molise – Direzione Amministrativa e Posizione Organizzativa di staff della Direzione – Antonella Oriunno.*

*Hanno collaborato le unità di Assistenza Tecnica del PAR – FSC 2007/2013 Olga Cassetta e Rossana Gianfelice.*

## INDICE

PREMESSA.....	5
<b>1. DESCRIZIONE OBIETTIVO E TARGET.....</b>	<b>8</b>
<b>2. CONTESTO DI RIFERIMENTO .....</b>	<b>9</b>
2.1. QUADRO NORMATIVO .....	9
2.1.1. Nazionale.....	9
2.1.2. Regionale.....	11
2.2. ASPETTI PROGRAMMATICI NAZIONALI.....	14
2.3. ASPETTI PROGRAMMATICI REGIONALI.....	16
2.4. SVILUPPO SANITARIO.....	17
2.4.1. Piano di Risanamento Sistema Sanitario Regionale .....	17
2.4.2. Sistema delle Cure Domiciliari - Linee Guida.....	17
2.4.3. Piano Attuativo Aziendale per le Cure Domiciliari (ASReM) .....	18
2.4.4. Piano Sanitario Regionale 2008 -11 .....	18
2.4.5. Sistema Informativo integrato per l'Assistenza Domiciliare (SIAD).....	19
2.5. SVILUPPO SOCIALE.....	20
2.5.1. Legge quadro sulla famiglia.....	20
2.5.2. Piano Sociale Regionale.....	20
2.6. CONTESTO QUANTITATIVO .....	21
<b>3. IDENTIFICAZIONE NODI CRITICI.....</b>	<b>25</b>
3.1. RISORSE FINANZIARIE.....	25
3.1.1. Risorse finanziarie della sanità .....	25
3.1.2. Risorse in campo Sociale .....	25
3.2. ASPETTI TECNICI .....	26
3.2.1. Il contesto socio-demografico .....	26
3.2.2. L' integrazione socio-sanitaria .....	27
3.2.3. Il coinvolgimento delle reti .....	27
3.3. ASPETTI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI.....	28
3.3.1. Criticità nel sistema organizzativo e nell'attuazione degli interventi ADI in Regione .....	28
3.4. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI .....	28
3.5. LA GESTIONE DELLE OPERAZIONI.....	29
<b>4. DESCRIZIONE DELLE LINEE DI INTERVENTO REALIZZATE E IN ATTO .....</b>	<b>29</b>
4.1. LA SPESA SANITARIA PER L' ADI .....	32
<b>5. DEFINIZIONE PRIORITÀ DI INTERVENTO.....</b>	<b>34</b>
5.1. LINEE PRIORITARIE D'INTERVENTO .....	34
5.2. SCHEDE AZIONI/INTERVENTI .....	34
<b>6. CRONOPROGRAMMA .....</b>	<b>53</b>

## PREMESSA

Il sistema degli Obiettivi di Servizio, introdotto con il Quadro Strategico Nazionale 2007-2013 e regolato con le delibere CIPE n. 82/2007 e n. 166/2007, prevedeva, per le otto Amministrazioni regionali del Mezzogiorno target quantificati per 11 indicatori statistici riferiti a quattro obiettivi, tra i quali quello dei *Servizi di cura per l'infanzia e gli anziani*, finalizzato ad "Aumentare i servizi di cura alla persona, alleggerendo i carichi familiari per innalzare la partecipazione delle donne al mercato del lavoro".

In particolare, la delibera CIPE n.82/2007 prevedeva un meccanismo premiale, collegato al raggiungimento degli Obiettivi con una verifica intermedia al 2009 e una finale al 2013, alle quali erano legate l'erogazione di risorse premiali per complessivi 3.000 milioni di Euro (secondo le regole previste all'allegato 2 della citata delibera).

La Regione Molise si è dotata del proprio *Piano per il raggiungimento degli Obiettivi di Servizio*, adottato dalla Giunta regionale con deliberazione del 23 febbraio 2009 n. 168, quale allegato al Programma Attuativo Regionale (PAR) Fondo Aree Sottoutilizzate (FAS) 2007/2013. Nel Piano, tutte le azioni previste per ogni Obiettivo trovavano totale copertura finanziaria a valere sulle risorse del PAR FAS 2007/2013 (oggi FSC - Fondo per lo Sviluppo e la Coesione), che prevedeva specifiche Linee di intervento destinate all'attuazione degli Obiettivi di Servizio.

Nel corso del 2010 la tenuta del meccanismo premiale si è progressivamente affievolita, prima con la mancata attribuzione delle risorse della premialità intermedia e, successivamente, nel 2011 con il ridimensionamento delle risorse premiali complessive.

La revisione e l'aggiornamento del PAR FSC 2007/2013, a seguito delle riduzioni finanziarie disposte dalla delibera CIPE n. 1/2011, ha determinato la conseguente riduzione della dotazione finanziaria delle Linee di Intervento che concorrevano al raggiungimento degli Obiettivi di Servizio.

In particolare, la dotazione finanziaria della Linea di intervento IV.A "Inclusione sociale e servizi socio-educativi" del PAR, nella revisione sottoposta al CIPE per la presa d'atto, avvenuta con delibera 3 agosto 2011, n. 63, pubblicata nella G.U. del 12 gennaio 2012, n. 9, è stata ridotta a 5,00 milioni di euro.

In un contesto di riferimento, profondamente mutato, il CIPE, con delibera 11 luglio 2012, n.79, pubblicata nella G.U. n. 255 del 31.10.2012, recante "*Fondo per lo Sviluppo e la Coesione 2007-2013. Revisione delle modalità di attuazione del meccanismo premiale collegato agli Obiettivi di Servizio e riparto delle risorse residue*", tenendo conto degli sforzi compiuti dalle Amministrazioni nel perseguimento degli obiettivi fino al 2010 e del principio delle condizionalità *ex ante* previsto per la nuova programmazione 2014-2020, ha disposto il riparto delle risorse disponibili sul Fondo Sviluppo e Coesione (FSC), per il finanziamento del meccanismo premiale collegato agli Obiettivi di Servizio per il periodo di programmazione 2007-2013, pari a 1.031,80 milioni di euro, in favore delle otto Regioni meridionali interessate e del Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca.

In particolare, alla regione Molise, sono stati assegnati:

**Premi intermedi** per complessivi euro **8.085.788,00** così ripartiti per obiettivo:

- Istruzione	977.975,00
- Servizi di cura alla persona – Infanzia	1.327.927,00
- Rifiuti	2.919.736,00

- Acqua	2.860.150,00
<b>Totale</b>	<b>8.085.788,00</b>

**Risorse residue**, al netto del contributo di solidarietà destinato al finanziamento di interventi per le scuole danneggiate dagli eventi sismici del 20 maggio 2012 nella regione Emilia Romagna, per complessivi euro **16.848.776,00**, così ripartite per obiettivo:

- Istruzione	4.998.338,39
- Infanzia	1.999.802,71
- Anziani	1.942.527,87
- Rifiuti	3.624.334,11
- Acqua	4.283.772,91
<b>Totale</b>	<b>16.848.776,00</b>

La delibera CIPE n. 79/2012, in relazione all'utilizzo dei premi intermedi e delle risorse residue, ha disposto, inoltre, che:

- **i premi intermedi** dovranno essere di norma utilizzati per l'obiettivo di riferimento (a cui il premio si riferisce), fatta salva la possibilità di motivare e di concordare con il Dipartimento per lo Sviluppo e la Coesione Economica DPS (oggi Dipartimento per le Politiche di Coesione) il loro utilizzo in uno o più degli altri ambiti del sistema. La possibilità di non utilizzare le risorse premiali nell'ambito in cui queste sono maturate è giustificata nel caso in cui in tale ambito siano già stati conseguiti i *target* degli Obiettivi di Servizio, oppure siano già stati finanziati e avviati gli interventi necessari per il raggiungimento dei *target*. Inoltre, lo spostamento delle risorse premiali in altri ambiti degli Obiettivi di Servizio può essere giustificato nel caso in cui si dimostri che la concentrazione di risorse è risolutiva per il conseguimento dell'obiettivo previsto;
- l'utilizzo delle **risorse residue**, anche in considerazione del nuovo sistema comunitario delle "condizionalità *ex ante*", sarà subordinato al rispetto di alcuni requisiti necessari per garantire l'efficace realizzazione degli interventi, in linea con i seguenti principi:
  - la funzionalità degli interventi proposti al raggiungimento degli obiettivi;
  - la concreta fattibilità degli interventi proposti;
  - il recepimento degli orientamenti e delle normative comunitarie rilevanti per l'efficacia nell'ambito in cui si propone di effettuare gli interventi.

La stessa delibera n. 79/2012 prevede, inoltre, che tali principi dovranno trovare specificazione operativa (per ogni Regione e per il MIUR) in sede di accordo con il DPS (oggi Dipartimento per le Politiche di Coesione), considerate le proposte delle Amministrazioni e l'aggiornamento del Piano d'Azione degli Obiettivi di Servizio.

L'aggiornamento del predetto Piano d'Azione degli Obiettivi di Servizio viene realizzato attraverso la condivisione con il DPS (oggi Dipartimento per le Politiche di Coesione) delle schede di utilizzo

dei premi intermedi e delle risorse residue, che costituiranno parte del Piano di Azione degli Obiettivi di Servizio.

Ai fini dell'avvio del confronto con il DPS (oggi Dipartimento per le Politiche di Coesione) , con atto di indirizzo della Giunta regionale n. 14 del 15 gennaio 2013, sulla base del valore raggiunto dagli indicatori riferiti a ciascun Obiettivo, nonché degli interventi finanziati e avviati/da avviare, per il raggiungimento/miglioramento dei *target*, nell'ambito delle Linee di intervento del PAR Molise 2007-2013, o realizzati con fonti ordinarie e/o aggiuntive di finanziamento, le risorse premiali sono state attribuite agli obiettivi nell'ambito dei quali sono maturate, mentre le risorse residue, sono state articolate fra gli obiettivi in funzione dei risultati conseguibili rispetto al miglioramento dei target stessi.

Di seguito si riporta la destinazione delle risorse residue:

- Istruzione	4.198.776,00
- Infanzia	0,00
- Anziani	3.097.739,74
- Rifiuti	542.410,26
- Acqua	9.009.850,00
<b>Totale</b>	<b>16.848.776,00</b>

Pertanto, la ripartizione delle risorse premiali e risorse risulta essere la seguente:

<b>Obiettivo</b>	<b>Premio intermedio</b>	<b>Risorse residue</b>	<b>Totale</b>
Istruzione (*)	977.975,00	4.198.776,00	5.176.751,00
Infanzia	1.327.927,00	0	1.327.927,00
Anziani	0,00	3.097.739,74	3.097.739,74
Rifiuti	2.919.736,00	542.410,26	3.462.146,26
Acqua	2.860.150,00	9.009.850,00	11.870.000,00
<b>Totale</b>	<b>8.085.788,00</b>	<b>16.848.776,00</b>	<b>24.934.564,00</b>

(\*) Il valore effettivo programmabile delle risorse residue dell'Obiettivo Istruzione è di euro 3.350.000,00, al netto del contributo di solidarietà in favore dell'Emilia Romagna, pari a euro 848.776, per investimenti sugli edifici scolastici danneggiati dagli eventi sismici del 20 maggio 2012 (contributo aggiuntivo rispetto a quello assentito dalla Regione nella seduta della Conferenza Stato-regioni del 6 giugno 2012 e deliberato dal CIPE nella seduta dell'11 luglio 2012 - art. 11, Legge regionale n. 24 del 19 ottobre 2012)

## 1. DESCRIZIONE OBIETTIVO E TARGET

L'Obiettivo di Servizio "Servizi di cura alla persona" ha lo scopo di aumentare i servizi di cura alla persona alleggerendo i carichi familiari per innalzare la partecipazione delle donne al mercato del lavoro.

Gli indicatori valutano, da un lato i servizi all'infanzia, in termini di accessibilità e disponibilità, dall'altro prendono in considerazione i servizi di cura alle persone anziane che vengono misurati anche in termini di qualità di servizio offerto

L'obiettivo generale, riguardando due classi di popolazione differenti, è stato scorporato in due obiettivi specifici; il primo considera gli indicatori afferenti ai servizi per l'infanzia (Indicatori S.04 e S.05) ed è trattato nel Dossier Tematico "Servizi di cura per l'Infanzia", il secondo considera quelli afferenti ai servizi per gli anziani (indicatori S.06 e S.06 bis) ed è trattato nel presente Dossier.

**L'indicatore S.06** *"Preso in carico degli anziani per il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata"* misura il numero di anziani, che usufruisce del servizio ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) rispetto al totale della popolazione anziana (65 anni e oltre). Il valore che tale indicatore deve raggiungere è pari al 3,5% che rappresenta il livello minimo di assistenza indicato dal Servizio Sanitario Nazionale.

Per il raggiungimento del predetto valore, l'indicatore S.06 deve essere combinato ad un "indicatore vincolante" che valuti la spesa per l'ADI, rispetto alla spesa sanitaria regionale complessiva.

**L'indicatore S.06 bis** *"Incidenza del costo ADI sul totale della spesa sanitaria"* misura l'incidenza percentuale del costo ADI sul totale della spesa sanitaria regionale.

La Deliberazione del CIPE n. 82/2007 in relazione ai servizi di cura agli anziani stabilisce che *"per tenere conto del fatto che l'aumento della popolazione assistita va accompagnato anche da un incremento dell'intensità delle prestazioni erogate allo scopo di migliorare la qualità del servizio offerto, è necessario che l'incidenza della spesa per l'assistenza domiciliare integrata risulti almeno pari a quella attualmente osservata"*. Per il Molise tale valore è pari allo 0,74% ciò significa che la spesa relativa all'ADI deve incidere almeno dello 0,74% sul totale della spesa sanitaria regionale.

## 2. CONTESTO DI RIFERIMENTO

### 2.1. QUADRO NORMATIVO

#### 2.1.1. Nazionale

L'origine della disciplina normativa ADI va rintracciata a livello centrale nella legge del 23 dicembre 1978 di Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, che definisce il distretto sanitario come una struttura tecnico-funzionale periferica dell'USL, in cui le prestazioni di primo livello sono concretizzate nel ruolo sempre più decentrato del servizio sanitario fino ad arrivare in seno alle comunità e alle famiglie.

Sul finire degli anni '80, l'aumento demografico considerevole della popolazione senile ha indotto il Governo a stanziare fondi e a legiferare a favore degli anziani (legge 135/1990 "Tutela della salute degli anziani e programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS") con un'attenta politica riguardante l'Assistenza Domiciliare Integrata e l'Ospedalizzazione Domiciliare.

Nel **Piano Sanitario Nazionale 1994-96** emerge l'esigenza di una tutela globale della persona attraverso il potenziamento di forme di assistenza sanitaria non ospedaliere: l'ADI trova un'ideale collocazione nel Distretto che deve assicurare l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali da parte di diverse figure professionali tra loro integrate.

Il **Piano Sanitario Nazionale 1998-2000** pone gli interventi a favore degli anziani come uno degli obiettivi del *Patto per la salute* e dell'integrazione sociosanitaria, sottolineando che curare a domicilio comporta un cambiamento di prospettiva sostanziale: il passaggio è dal malato che ruota attorno alle strutture erogatrici, al servizio della persona e dei suoi bisogni.

Anche il **Piano Sanitario 2004-2006** individua tra gli obiettivi strategici, la creazione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza agli anziani.

Attraverso il **D.Lgs n. 502/1992** e il **D.Lgs n. 229/1999** si sposta il baricentro della politica sanitaria sul territorio. E' assegnato al Distretto un ruolo nuovo e fondamentale nel Servizio Sanitario Nazionale. Il distretto deve garantire l'assistenza primaria attraverso un approccio multidisciplinare, con particolare attenzione all'erogazione di prestazioni integrate sociosanitarie. L'ADI si colloca a pieno titolo nella medicina del territorio. In particolare, il **D.Lgs n. 502/1992** ha qualificato le prestazioni socio-sanitarie come tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi di assistenza integrati, bisogni di salute alla persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

In seguito, la **Legge Quadro n. 328/2000** ha definito i contenuti, i percorsi e le metodologie circa le prestazioni di carattere socio-sanitario, avviando la ridefinizione degli assetti organizzativi territoriali, e provvedendo alla definizione di un quadro normativo più completo ai fini della pianificazione e riorganizzazione degli interventi a carattere sociale, sanitario e socio-sanitario. Nell'ambito di un processo di riorganizzazione teso a migliorare il rapporto fra stato e cittadini ed a costruire nuove forme di reciprocità sociale, la legge 328 ridefinisce le reti dei servizi e degli interventi sociali considerandoli una priorità sia per garantire l'equità sociale degli interventi, sia per sviluppare nuovi ambiti di azione per soddisfare una domanda sociale che si caratterizza per una marcata differenziazione e per l'emergere di nuove categorie di bisogni e inedite priorità tra cui i

bisogni di una popolazione anziana in crescita e i bisogni e i disagi delle famiglie, in particolare a basso reddito, nell'accudimento e nella cura quotidiana delle persone anziane non autosufficienti e delle persone disabili.

Per quanto riguarda l'intensità assistenziale, inoltre, il **DPCM 14 febbraio 2001** - Atto di Indirizzo e Coordinamento sull'integrazione Socio-Sanitaria – specifica che l'assistenza socio-sanitaria è prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali. Sulla base della natura del bisogno, della sua complessità, dell'intensità dell'intervento e della sua articolazione temporale sono individuabili tre livelli di intervento per le Cure Domiciliari ad alta, a medio-alta e a bassa intensità assistenziale. L'Assistenza Domiciliare Integrata rientra nel secondo livello di intervento.

Il **DPCM 29 settembre 2001** ha poi definito i Livelli Essenziali di Assistenza. Nella classificazione dei livelli, al punto 2 - Assistenza distrettuale, lettera G, viene prevista la ADI. Il decreto stabilisce, tra l'altro, che le prestazioni domiciliari di medicina generali e specialistica, di assistenza infermieristica e di riabilitazione sono totalmente a carico del Sistema Sanitario Regionale (SSN); le prestazioni di assistenza tutelare sono per il 50% a carico del (SSN e per il restante 50% a carico del Comune (fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale). È a totale carico del Comune l'aiuto domestico e familiare.

In considerazione di un quadro molto diversificato dei servizi ADI sul territorio nazionale il Ministero della Salute ha emanato, a dicembre 2006 un documento prodotto dalla Commissione nazionale Lea "*Nuova caratterizzazione dell'assistenza domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*", che fornisce indicazioni utili a classificare e confrontare le diverse tipologie di servizio fornite sul territorio ed a determinare la remunerazione degli erogatori. Questo decreto definisce i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) attraverso la caratterizzazione dei profili di cura e l'individuazione delle principali prestazioni per figura professionale.

I successivi Piani Sanitari Nazionali (PPSSNN) ribadiscono che l'assistenza territoriale domiciliare, l'ospedalizzazione domiciliare e l'assistenza domiciliare programmata e integrata della rete dei Medici di Medicina Generale (MMG) rientrano nei Livelli essenziali e uniformi di assistenza, da garantire in uguale misura e intensità su tutto il territorio nazionale attraverso il coordinamento distrettuale di tutte le attività extraospedaliere di assistenza sanitaria di base e specialistiche (erogate con modalità sia residenziali sia intermedie, ambulatoriali e domiciliari) oltre alle attività di assistenza sanitaria a rilevanza sociale e a quelle a elevata integrazione sociosanitaria.

**Gli Accordi collettivi Nazionali della Medicina Generale e della Pediatria di libera Scelta** individuano tre forme di assistenza domiciliare:

1. assistenza domiciliare integrata (ADI);
2. assistenza domiciliare programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (ADP);
3. assistenza domiciliare nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette e collettività (ADR)

**Il Patto per la Salute 2010 - 2012** prevede forme di razionalizzazione dell'assistenza ai pazienti anziani e agli altri soggetti non autosufficienti al fine di promuovere una più adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali, domiciliari e residenziali.

Nel successivo **Patto per la Salute anno 2014 - 2016** all'Art.6, al fine di promuovere una più adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali domiciliari e residenziali rivolte ai malati cronici non autosufficienti, a conferma ed integrazione di quanto già stabilito dal Patto per la Salute, si stabilisce che le Regioni e le Province Autonome, ciascuna in relazione ai propri bisogni territoriali, adottino ovvero aggiornino i progetti di attuazione per l'integrazione dei servizi e delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali attraverso l'implementazione e lo sviluppo degli accessi integrati ai servizi sociosanitari, l'individuazione dei *setting* di prestazioni sociosanitarie (domiciliare, ecc..) e l'ammissione ad un livello appropriato di intensità assistenziale attraverso la valutazione multidimensionale.

### 2.1.2. Regionale

Nella Regione Molise, come in altre realtà italiane, lo sviluppo delle cure domiciliari è avvenuto a partire dall'esigenza di far fronte all'incremento di patologie croniche degenerative collegate al progressivo invecchiamento della popolazione. La prima legge regionale che delinea l'Assistenza Domiciliare è la n. 21 del 2 maggio 1990 "*Interventi a favore della persona anziana*". Individua alcune linee di azione prioritarie per promuovere e sostenere iniziative dirette a rivalutare la persona anziana nel contesto familiare agevolando la trasformazione dei servizi loro diretti attraverso l'adeguamento a forme d'assistenza aperta. Per la prima volta nella normativa molisana trova spazio il concetto di gestione integrata dei servizi sociali e sanitari ma senza alcun accenno alla valutazione multidimensionale e alla redazione di piani individuali di assistenza.

Con Deliberazione della Giunta Regionale del 26 settembre 1994 n. 4116 viene data concreta attuazione ai servizi di assistenza domiciliare di carattere sanitario attraverso la definizione di linee di indirizzo e direttive alle Aziende Sanitarie Locali (AASSLL) per l'attuazione dell'assistenza domiciliare integrata.

La Regione Molise, con Delibera del Consiglio Regionale del 14 settembre 1999 n° 329 "*Linee guida per l'assistenza alla popolazione anziana in Molise*", emana l'atto di regolamentazione del servizio di Assistenza Domiciliare, delineando azioni in merito alla costituzione e composizione delle UVG (Unità di Valutazione Geriatrica), alla valutazione multidimensionale e alla redazione di Piani individuali di assistenza, individuando i criteri di ammissione e gli strumenti per il monitoraggio. Il merito della Delibera n. 329/99 è stato quello di consentire il concreto avvio dei Servizi di Assistenza Domiciliare ma con un grosso limite: la mancata individuazione delle prestazioni da erogare e delle diverse tipologie di assistenza domiciliare.

Attraverso l'Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari (istituito con DGR del 2 febbraio 2002 n.1823), a partire dal 2005, si è ritenuto utile avviare un tavolo tecnico, formato dalle figure professionali interessate al percorso del paziente domiciliare, al fine di individuare percorsi condivisi ed omogenei di Assistenza Domiciliare per tutto l'ambito regionale.

Nella relazione conclusiva del luglio 2005 del predetto tavolo tecnico, la realtà sanitaria regionale risultava essere caratterizzata da:

- una disomogeneità di applicazione e di funzionamento nel Sistema allora in atto, che peraltro risultava in contrasto con l'attuale piattaforma regionale per lo sviluppo dei Servizi Socio-sanitari (Delibere del Consiglio Regionale del 14 settembre 1999 n. 329 e del 12 novembre 2004 n. 251);
- un'incompleta rispondenza tra le modalità di erogazione del servizio e Le Linee Guida Nazionali;
- la necessità di includere, nel percorso dell'Assistenza Domiciliare, tutte le forme assistenziali in atto, per creare una rete integrata di interventi di natura socio-sanitaria riguardanti tutte le forme di assistenza erogate.

Sulla base di tali conclusioni è scaturita la necessità di revisionare la normativa regionale in vigore ed eliminare le difformità con la normativa nazionale al fine di uniformare i percorsi del Sistema attraverso una nuova piattaforma regionale finalizzata allo sviluppo, al coordinamento e alla gestione dei Servizi per Cure Domiciliari comprendente tutte le forme di assistenza erogate, anche attraverso protocolli di integrazione con i Comuni, gli Ospedali, le altre figure professionali e i servizi coinvolti definiti attraverso Linee Guida condivise.

Tale indirizzo è stato rafforzato dal passaggio, dell'organizzazione della sanità regionale, dalle quattro ASL in un'unica ASL (Azienda Sanitaria Regionale del Molise – ASReM: Legge Regionale del 1 aprile 2005 n. 9 e Delibera di Giunta Regionale del 26 dicembre 2005 n. 1867), coincidente con il territorio della regione, per unificare e rendere omogenei i servizi su tutto l'ambito regionale attraverso un'organizzazione zonale, distrettuale o interdistrettuale, attraverso convenzioni uniche per servizi dello stesso tipo. A tale Legge ha fatto seguito la Legge Regionale del 26 novembre 2008 n. 34 che ha provveduto, principalmente, all'eliminazione delle Zone Territoriali e alla riduzione dei Distretti da 13 a 7.

La Regione ha garantito, inoltre, l'ulteriore innalzamento della qualità dell'ADI attraverso progetti sperimentali innovativi, quali l'Assistenza Domiciliare dei malati di Alzheimer, che ha coinvolto un campione di cento pazienti distribuiti sul territorio molisano. Con Delibere di Giunta Regionale del 9 maggio 2005 n. 543 "*Sperimentazione, attivazione Servizio Assistenza Domiciliare, malattie neurodegenerative e centri Alzheimer sul territorio regionale*" e del 17 ottobre 2005 n. 1423 "*Linee guida per l'erogazione del Servizio di assistenza Domiciliare in favore dei pazienti affetti da malattia di Alzheimer*" viene istituito, in via sperimentale, il servizio di ADA, finalizzato alla creazione di una rete integrata di servizi mirati al sostegno dei pazienti affetti da demenze e delle loro famiglie. Il servizio fornisce attività di assistenza integrata e sostegno ai pazienti e alle loro famiglie attraverso l'assistenza domestica, infermieristica, sociale e psicologica e si caratterizza per gli alti livelli di integrazione sociale e sanitaria e per la forte integrazione tra le attività istituzionali e il privato sociale (le prestazioni sono assicurate da una cooperativa sociale mentre l'AIMA Molise è l'associazione di volontariato promotrice del progetto). La Regione Molise, inoltre, con la Delibera di Giunta Regionale del 30 maggio 2007 n. 556 del "*Piano Regionale e Linee Guida per il Sistema*

*delle Cure Domiciliari*” ha recepito le indicazioni riportate nel DPCM 14.2.2001 e nel DPCM 29.11.2001.

In seguito, per conformarsi al Programma operativo di rientro del debito sanitario per il triennio 2007-2009, sancito con l'accordo ai sensi dell'art.1 – comma 180 – della legge 311/2004, la Regione, con Delibera di Giunta Regionale dell' 8 aprile 2008 n. 366, ha ridefinito le linee di organizzazione delle cure domiciliari, secondo le indicazioni espresse dalla Commissione Nazionale del Ministero della Salute per la definizione e l'aggiornamento dei LEA in tema di cure primarie e assistenza domiciliare. Attualmente, sono in corso di approvazione gli atti relativi al dettaglio delle prestazioni inerenti le cure domiciliari, le prestazioni erogate dalle figure professionali coinvolte nelle cure domiciliari, il percorso operativo del sistema delle cure domiciliari, l'estensione del progetto di farmacovigilanza ospedaliera all'interno delle cure domiciliari. È inoltre, in via di definizione, il Piano di formazione per gli operatori coinvolti nell'assistenza domiciliare.

Con la Delibera di Giunta Regionale del 4 febbraio 2008 n. 101 è stata adottata la Scheda di Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane (SVAMA) per garantire la qualità dei servizi integrati e delle procedure attraverso l'adozione di un idoneo e condiviso strumento standardizzato omogeneo a livello regionale. Infine, con Delibera di Giunta Regionale del 5 maggio 2008 n. 430, è stato trasferito presso l'Assessorato alle Politiche per la Salute il Centro per l'Integrazione Socio-Sanitaria (CISS), già istituito con provvedimento n. 259/2005 del Direttore Generale dell'ex ASL n. 3, con il compito principale di promuovere l'integrazione socio-sanitaria a livello istituzionale gestionale e professionale.

Nell'Ambito degli atti adottati dalla Struttura Commissariale della Regione Molise per il Piano di Rientro, di cui all'Accordo Stato Regioni 2007/2009, con Decreto Commissariale del 21 marzo 2011 n. 5, è stato rettificato il Decreto Commissariale del 3 agosto 2011 n. 56 e la tabella ad esso allegata, concernente le prestazioni socio-sanitarie di cui all'allegato 1.C "Area Integrazione Socio-Sanitaria" al DPCM 29 novembre 2001, nella quale sono individuate le singole tipologie erogative di carattere socio-sanitario, con l'indicazione della percentuale degli oneri di spesa a carico del Servizio Sanitario Regionale, dell'utente o del Comune.

La ASReM, ha fissato, con provvedimenti nn. 256 e 420 del 2007, le *“Linee Guida che definiscono le modalità e l'organizzazione per l'erogazione del Servizio di cure domiciliari”*, adeguandole a quelle contenute nella delibera regionale n. 556/2007

L'Azienda Sanitaria ha preso atto della Delibera di Giunta Regionale del 23 febbraio 2009 n.168 con la quale è stato adottato il Piano Attuativo Regionale Fondo Aree Sottosviluppate 2007/2013 ed il Piano di Azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio.

Con successivo Provvedimento del 21 aprile 2010 n. 419 ha avviato le azioni necessarie alla organizzazione e diffusione dell'assistenza domiciliare in ambito aziendale e ogni altro adempimento correlato alle azioni previste nell'obiettivo specifico S.06 per il potenziamento dei servizi domiciliari dedicati agli anziani dando particolare rilevanza agli interventi coordinati, coniugando le esigenze sanitarie a quelle sociali, nell'attuazione di politiche volte a migliorare la qualità e la capillarità del sistema pubblico verso l'utenza fragile.

Con Provvedimenti del Direttore Generale n. 19, n. 727 e n. 729 del 2010 ha attivato le Porte Uniche di Accesso e le UVM presso i Distretti Sanitari aziendali.

Con Provvedimenti del Direttore Generale del 01 settembre 2010 n. 1000 e n. 1001 ha approvato il Regolamento delle Porte Uniche di Accesso (PUA) ed il Regolamento UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale).

Il Provvedimento del Direttore Generale del 20 giugno 2011 n. 836 avente ad oggetto "*Piano Aziendale per lo sviluppo dell'assistenza domiciliare*" contiene la proposta alla Regione di adozione dello stesso al fine del potenziamento dell'area territoriale.

Nella considerazione di un collegamento tra i Presidi Ospedalieri ed i Distretti Sociosanitari per assicurare al paziente la continuità delle cure la ASReM ha adottato il Provvedimento dell'11 gennaio 2012 n. 12 avente ad oggetto "*Piano Aziendale per lo sviluppo dell'assistenza domiciliare: Percorso assistenziale del paziente in dimissione protetta*".

Nella serie di azioni volte alla definizione di un piano aziendale di sviluppo delle cure domiciliari, nella considerazione del bisogno assistenziale e della necessità di una qualificazione e di un rafforzamento del sistema dell'offerta domiciliare, con Provvedimento dell' 11 gennaio 2012 n. 13 ha approvato il Percorso Assistenziale domiciliare per pazienti oncologici e affetti da Alzheimer.

La ASReM, ha ritenuto indispensabile porsi l'obiettivo di condividere uno strumento strategico atto a potenziare i servizi ai cittadini attraverso la creazione di un database unico che permetta, a ciascun cittadino, l'intestazione di una cartella socio-sanitaria territoriale alimentata, dagli operatori professionali coinvolti nelle cure domiciliari, realizzabile attraverso un processo di informatizzazione della rete sanitaria territoriale che si interfacci con la creazione del Fascicolo Sanitario Elettronico previsto dalla vigente normativa. A tale scopo con Provvedimento del Direttore Generale del 26 dicembre 2012 n. 84 ha istituito la cartella sanitaria territoriale informatizzata, intesa come insieme di dati di tipo sanitario e socio-sanitario, generati dalle diverse strutture territoriali aziendali, al fine di agevolare l'assistenza al paziente, fornire una base informativa consistente, contribuendo al miglioramento di tutte le attività assistenziali e di cura, nel rispetto delle normative per la protezione dei dati personali.

## **2.2. ASPETTI PROGRAMMATICI NAZIONALI**

Il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 approvato dalla Conferenza Stato-Regioni del 18 novembre 2010 e il Patto per la Salute 2014-2016 approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 10 luglio 2014 riconoscono tra gli obiettivi prioritari il potenziamento e la qualificazione delle varie forme di assistenza domiciliare, richiamando la necessità di un modello integrato socio-sanitario.

Il Piano 2011-2013 affronta le principali criticità del Sistema Sanitario Nazionale e in particolare due grandi problematiche assistenziali: quelle legate all'invecchiamento della popolazione, alla disabilità e alla non autosufficienza e quelle relative all'incremento dei costi dovuti all'innovazione tecnologica. Affronta, inoltre criticità riguardanti il differente sviluppo dei sistemi sanitari regionali che si presentano disomogenei e con forti disuguaglianze sia dal lato della domanda che da quello dell'offerta con conseguente rischio di iniquità nell'attuale copertura dei bisogni e di mancata erogazione dei LEA. Altre criticità rilevate sono conseguenza dell'inappropriatezza nel ricorso ai

ricoveri ospedalieri per eccesso di offerta e ritardi nello sviluppo organizzativo dell'assistenza territoriale, di inefficienza nelle procedure di acquisizione di beni e servizi, di scarsa qualità percepita dai cittadini prevalentemente per difficoltà nell'accesso (liste d'attesa) e per carenze di efficacia e chiarezza nei percorsi assistenziali. In generale permane, nel nostro sistema sanitario "regionalizzato", un certo sbilanciamento dell'offerta assistenziale a favore di quella ospedaliera non più in grado, però, di rispondere in modo efficace ed appropriato al mutato quadro epidemiologico e demografico per cui è necessario un modello che integri l'assistenza sociale e quella sanitaria per un efficiente utilizzo delle risorse.

Per il superamento delle criticità rilevate, le scelte strategiche della politica sanitaria sono orientate fortemente verso azioni di sistema finalizzate:

- al miglioramento e potenziamento della prevenzione;
- alla riorganizzazione delle cure primarie;
- alla promozione e diffusione nei servizi sanitari del governo clinico, della qualità e della sicurezza dei pazienti;
- al potenziamento dei sistemi di rete nazionali e sovraregionali
- alla diffusione e consolidamento dell'integrazione sociosanitaria;
- alla promozione del ruolo del cittadino e delle associazioni nella gestione e nel controllo delle prestazioni del servizio sanitario;
- al miglioramento e qualificazione del personale dei servizi sanitari.

Sul piano dell'organizzazione forte spinta è data allo sviluppo dell'assistenza territoriale, con particolare riguardo:

- alle cure primarie attraverso la realizzazione di percorsi condivisi tra gli operatori e tra questi e gli utenti, considerati soggetti attivi nelle scelte e nella produzione della propria salute, trasformando il paradigma della medicina di attesa in medicina di iniziativa orientata alla "promozione attiva" della salute, alla responsabilizzazione del cittadino verso la propria salute, al coinvolgimento delle proprie risorse personali e sociali, alla gestione di percorsi assistenziali e alla continuità delle cure. In questo ambito, il medico di medicina generale (MMG) vede rafforzato il suo ruolo attraverso la realizzazione delle forme aggregate delle cure primarie e l'integrazione con le altre professionalità del territorio, in relazione anche al ricovero dei pazienti, alla dimissione protetta, all'attivazione e attuazione di percorsi diagnostici terapeutici condivisi;
- alla continuità delle cure e all'integrazione ospedale-territorio garantendo la continuità tra i diversi professionisti intra ed extraospedalieri, integrati in un quadro unitario (lavoro in team, elaborazione e implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, etc.), la continuità tra i diversi livelli di assistenza soprattutto nel delicato confine tra ospedale e territorio (post dimissione) spesso non strutturato ed organizzato;
- all'Assistenza Domiciliare che sul piano del governo clinico deve soddisfare le seguenti condizioni:
  - presa in carico fondata su criteri di eleggibilità dei pazienti da assistere;

- continuità assistenziale, gestendo in maniera coordinata nei piani di cura le diverse prestazioni incluse nelle cure primarie e nell'assistenza specialistica e ospedaliera (dimissioni programmate, assistenza infermieristica, riabilitativa, prestazioni farmaceutiche e protesiche adeguate);
- gestione integrata con le prestazioni di aiuto domiciliare da parte delle amministrazioni locali;
- collaborazione professionale tra diverse figure professionali;
- valutazione degli interventi realizzati e della relativa spesa.

Infine il Patto per la salute 2014-2016 vede la salute come investimento economico e sociale, con l'obiettivo di fronteggiare anche le nuove sfide: l'invecchiamento della popolazione e la medicina personalizzata. Nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, il Patto impegna le Regioni ad attuare interventi di umanizzazione delle cure che comprenda, tra l'altro, un progetto di formazione del personale e un'attività progettuale in tema di cambiamento organizzativo, indirizzato prioritariamente all'area critica, alla pediatria, alla comunicazione, all'oncologia e all'assistenza domiciliare.

### **2.3. ASPETTI PROGRAMMATICI REGIONALI**

A livello regionale, gli atti di programmazione sul settore rientrano nel Piano Sanitario, che individua nella sanità "Territoriale" una priorità anche ai fini di un risparmio di risorse.

Per il miglioramento del sistema dell'Assistenza sanitaria integrata la Regione Molise ha avviato le azioni necessarie all'implementazione delle linee programmatiche del Piano Sanitario e del Piano Sociale Regionale. Con Legge regionale del 1 Aprile 2005 n. 9 è stata costituita un'unica Azienda Sanitaria Regionale, nata dallo scioglimento delle ASL precedenti, articolata in quattro zone territoriali organizzate a loro volta in 13 distretti. Con la Legge Regionale del 26 novembre 2008 n. 34 sono state soppresse le Zone territoriali e i distretti sono stati ridotti a 7. Questi ultimi costituiscono il livello in cui si realizza la gestione integrata tra servizi sanitari e socio-assistenziali. La Regione Molise sta affrontando i temi del riordino del Sistema Sanitario Regionale (SSR) e di rientro del deficit accumulato dalla sanità molisana soprattutto in termini di deospedalizzazione e di sviluppo di attività di cura alternative al ricovero: il tasso di ospedalizzazione in regione è particolarmente elevato (189 per mille abitanti) ed un terzo della domanda, perviene dalla popolazione anziana (>65 anni). Con i Programmi Operativi la Regione intende realizzare la riqualificazione del SSR attraverso la centralità delle cure primarie e del governo della domanda, la riqualificazione della rete ospedaliera con la riconversione degli ospedali di piccole dimensioni, nuovi modelli di offerta territoriale e sviluppo delle cure domiciliari con il potenziamento delle attività territoriali attraverso servizi integrati di carattere sociale e socio sanitario .

Con i diversi provvedimenti succedutisi la Regione insieme con la ASReM ha individuato un Sistema di Integrazione delle Cure Domiciliari articolato nei seguenti livelli:

- distrettuale;
- interdistrettuale;

- zonale;
- aziendale regionale.

Il Distretto sanitario rappresenta il fulcro operativo del Sistema delle Cure Domiciliari. Presso il Distretto è localizzata la Porta Unitaria di Accesso (PUA) e opera l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) territoriale. La PUA rappresenta il punto di accesso unitario al sistema integrato dei servizi socio-sanitari e realizza l'obiettivo strategico di un sistema di accoglienza della domanda in grado di proporre al cittadino tutta la gamma di opportunità offerte dalla rete delle Cure Domiciliari. La funzione primaria dell'UVM è quella di valutazione, di coordinamento e di verifica sulla corretta erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare anche attraverso il Piano di Assistenza Individuale (PAI) e la Scheda di Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane – SVAMA (adottata con DGR del 4 febbraio 2008 n. 101). I regolamenti attuativi di funzionamento delle PUA e delle UVM sono contenuti nei Provvedimenti aziendali n. 1000/2011 e n. 1001/2011.

Alla luce della necessità di uniformare il servizio ADI a livello regionale la Regione sta elaborando e definendo strumenti capaci di misurare l'efficacia dei servizi domiciliari privilegiando un approccio in cui quello che conta sono i risultati delle prestazioni. Nell'ottica della razionalizzazione dei servizi per la salute e dell'implementazione della qualità la struttura regionale sta predisponendo la regolazione dell'accreditamento, considerato come quel processo continuo di adeguamento ad appositi definiti criteri del funzionamento delle organizzazioni, dei servizi e delle procedure deputate alla produzione di salute in un determinato territorio.

Altro elemento caratterizzante rispetto al contesto delle cure domiciliari in regione Molise è la Pianificazione Sociale contenuta nel Piano Sociale Regionale 2009-11 adottato con Deliberazione del Consiglio Regionale 28 aprile 2009, n. 148. E' in via di definizione l'adozione del nuovo Piano Sociale Regionale che punta sull'ulteriore sviluppo delle cure domiciliari e della integrazione socio-sanitaria in favore delle persone "fragili". Già attraverso il Piano Sociale vigente la Regione ha indicato le linee di azione per l'effettiva realizzazione dell'integrazione a tutti i livelli coinvolti, istituzionale, gestionale e professionale.

## **2.4. SVILUPPO SANITARIO**

### **2.4.1. Piano di Risanamento Sistema Sanitario Regionale**

Il Piano di Rientro Sanitario, approvato con D.G.R. n. 362/07 individua una serie di azioni volte a favorire l'appropriato utilizzo dell'ospedale per acuti e, contestualmente, a valorizzare il ruolo del distretto nell'offerta di servizi socio sanitari integrati. In particolare, la Regione Molise dovrà adottare una serie di provvedimenti per il rispetto delle prescrizioni ministeriali ivi incluse quelle relative alle Assi e specificamente innanzi precisate (adozione linee guida, etc.)

### **2.4.2. Sistema delle Cure Domiciliari - Linee Guida**

L'emanazione delle Linee Guida per il Sistema delle Cure Domiciliari ha introdotto modalità organizzative-gestionali omogenee in tutti i Distretti della regione individuando le seguenti priorità:

1. **Attivazione del Punto Unico di Accesso** integrato in ciascun distretto socio sanitario quale luogo e funzione di prima valutazione del bisogno, orientamento del cittadino ed eventuale iniziale presa in carico.
2. **Adozione di strumenti di Valutazione Multidimensionale**, standardizzati e validati, per l'assegnazione ai diversi setting assistenziali, la definizione del piano assistenziale e il monitoraggio degli interventi e degli obiettivi previsti.
3. **Istituzione delle dimissioni protette** che rappresentano uno degli aspetti più qualificanti delle Cure Domiciliari, momento di umanizzazione, strumento di comunicazione tra Presidio Ospedaliero e territorio. E' una procedura che va applicata nel solo ed esclusivo interesse del paziente quando il Medico Ospedaliero ne ravvisa la necessità.

#### **2.4.3. Piano Attuativo Aziendale per le Cure Domiciliari (ASReM)**

L'Azienda sanitaria regionale, consapevole delle finalità e nelle direttrici tracciate dalla programmazione regionale, è seriamente impegnata a migliorare e ad ampliare la gamma dei servizi erogati ed a costruire modelli assistenziali adeguati a garantire, agli abitanti del territorio molisano, pari opportunità nei livelli di assistenza territoriale. Il nuovo piano proposto con provvedimento del Direttore Generale n. 836/2011 vuole garantire accessibilità, continuità e tempestività alla risposta assistenziale di Cure Domiciliari. Accanto alla funzione di produttore, gestore e committente di prestazioni nell'ambito dell'assistenza sanitaria, il Distretto dovrà assumere, in attuazione delle strategie aziendali, attraverso una effettiva autonomia tecnico-gestionale e finanziaria, il ruolo di governo per l'integrazione di tutte le attività sanitarie e sociali.

#### **2.4.4. Piano Sanitario Regionale 2008 -11**

Il Piano Sanitario, approvato con Delibera del Consiglio Regionale del 9 Luglio 2008 n.190, è stato predisposto tenendo in considerazione la storia e l'esperienza dei servizi regionali, le recenti normative in materia sanitaria e sociale, la necessaria integrazione tra i servizi sanitari e sociali e la politica di gestione delle risorse.

Come strumento per facilitare il processo di rinnovamento, il Piano prevede un'articolazione del territorio in due livelli: la ex zona territoriale e il Distretto, individuando, quale prioritaria, la necessità di rafforzare la programmazione e gestione dei servizi ad un livello locale, ed in particolare il livello distrettuale come unico livello di governo dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali. I processi di integrazione socio-sanitaria assumono una rilevanza sempre maggiore alla luce del nuovo assetto territoriale definito non solo dalla programmazione sanitaria, ma anche da quella sociale, che prevede la coincidenza dei Distretti Sanitari con gli Ambiti Territoriali sociali, nell'ottica della realizzazione di un Distretto "forte" che ponga gli enti locali nelle condizioni di essere parte attiva delle scelte di programmazione, attuazione e valutazione degli interventi che coinvolgono i servizi socio-sanitari.

Il Piano sanitario regionale che mira non solo a razionalizzare, ma anche riorganizzare attività e sviluppare servizi che risultano carenti, soprattutto nell'area territoriale e della prevenzione, si pone il problema della sostenibilità economica. La situazione finanziaria regionale risulta particolarmente

critica e richiede una profonda ristrutturazione del sistema sanitario. La difficoltà di rendere operativo il riequilibrio delle aree assistenziali del servizio sanitario molisano consiste, sostanzialmente, nel contrarre la rete ospedaliera e nello sviluppare, contestualmente, i servizi territoriali. Le due azioni sono strettamente interconnesse, ma occorre perseguirle non solo in assenza di risorse aggiuntive, ma addirittura in presenza di una riduzione complessiva delle risorse disponibili. Ciò vuol dire che il sistema deve recuperare risorse utili al potenziamento dei servizi territoriali attraverso il contenimento dei costi per le attività ospedaliere. Il percorso delineato non è affatto semplice né può produrre esiti immediati; il Piano sanitario ne delinea obiettivi e strumenti, coerenti con le prescrizioni del Piano di rientro, con la consapevolezza che solo un attento monitoraggio delle azioni poste realmente in essere, sia in ambito ospedaliero che territoriale, potrà consentire di accorciare i tempi di realizzazione, senza diminuire il livello di tutela della salute della popolazione. E' sicuramente necessario avviare interventi di tipo strutturale, in particolare nell'area ospedaliera, per ricondurre gradualmente il sistema sanitario regionale nell'ambito del riequilibrio finanziario: ciò, oltre a contribuire alla riduzione del deficit, consentirà di liberare risorse, umane e finanziarie, per lo sviluppo delle attività territoriali, oggi in parte carenti.

#### **2.4.5. Sistema Informativo integrato per l'Assistenza Domiciliare (SIAD)**

L'Assistenza Domiciliare costituisce un elemento chiave della rete dei servizi sanitari territoriali ai quali negli ultimi anni è stato attribuito un ruolo sempre più rilevante in termini di programmazione sanitaria e di risposta ai bisogni di salute della popolazione.

Nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), che ha l'obiettivo di costruire una base di dati a livello nazionale, dalla quale rilevare informazioni in merito agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati, si colloca il Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), istituito con il Decreto Ministeriale del 17 dicembre 2008 che prevede l'invio, da parte delle Regioni al Ministero della Salute, di informazioni relative all'attività erogata in regime di assistenza domiciliare.

L'ambito di rilevazione riguarda tutti gli interventi di assistenza domiciliare rivolti agli utenti in carico presso i Distretti Sanitari per i quali sia stata effettuata una valutazione multidimensionale dell'assistito e sia stato steso un piano di assistenza individuale.

Nel contesto di profonda evoluzione del Servizio Sanitario territoriale la Regione Molise ha promosso un processo di riorganizzazione e di innovazione tecnologica concretizzato nella progettazione e implementazione di un Sistema Informativo per l'Assistenza Domiciliare (SIAD). L'obiettivo è quello di definire una soluzione informatico/organizzativa finalizzata alla raccolta di informazioni per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (AD).

L'interesse della Regione ad effettuare la rilevazione dell'Assistenza Domiciliare, oltre che a rappresentare un obbligo informativo, è legata, alla soddisfazione delle esigenze qualitative e all'efficacia e alla omogeneità delle prestazioni erogate sul proprio territorio e di monitorare il corretto utilizzo delle risorse, anche mediante confronti con benchmark nazionali, ai fini di una corretta programmazione sanitaria e socio-sanitaria. Inoltre, la Regione, attraverso il SIAD, aspira a modernizzare gli strumenti di gestione, di comunicazione e di semplificazione delle modalità di

accesso nell'assistenza socio-sanitaria al fine di favorire il miglioramento dei servizi ed il rapporto con i cittadini fruitori e migliorare la comunicazione tra i diversi livelli del Sistema.

Il sistema attualmente è in linea con le richieste ministeriali di invio di flussi informativi

I servizi che il SIAD garantisce al sistema sanitario e socio-sanitario sono:

- **Raccolta dei dati:** creazione ed aggiornamento della Banca Dati.
- **Controllo formale e di coerenza dei dati raccolti:** il sistema verifica la completezza, la correttezza formale e la congruenza dei dati, dando comunicazione delle eventuali anomalie a chi ne detiene la responsabilità (Regioni/P.A.).
- **Consultazione dei dati:** il sistema fornisce l'accesso ai dati raccolti, anche sotto forma di reportistica, sulla base dei diversi profili di accesso.

## 2.5. SVILUPPO SOCIALE

### 2.5.1. Legge quadro sulla famiglia

La Regione Molise attraverso l'adozione della legge regionale del 06 maggio 2014 n.13, disciplina il sistema integrato di interventi e servizi sociali volti a promuovere e garantire i diritti di cittadinanza sociale, la qualità della vita, l'autonomia individuale, le pari opportunità, la non discriminazione, la coesione sociale, la costruzione di comunità solidali, l'eliminazione e la riduzione delle condizioni di disagio ed esclusione

La legge promuove azioni coordinate per rimuovere le cause strutturali che determinano precarietà e insicurezze nelle famiglie, soprattutto alle donne, agli anziani e ai giovani, prevedendo l'istituzione di un fondo regionale per la non autosufficienza destinato al finanziamento in favore dei nuclei familiari impegnati nell'assistenza di persone non autosufficienti.

In tale contesto, l'ADI potrebbe trovare forme di sostegno indirette, attraverso attività complementari a quelle erogate strettamente per il servizio.

### 2.5.2. Piano Sociale Regionale

Il Piano sociale regionale è lo strumento di governo del sistema dei servizi e delle attività sociali e individua tra l'altro:

- sulla base dell'omogeneità territoriale, gli Ambiti territoriali sociali e il relativo assetto istituzionale e organizzativo,
- le modalità per il raccordo tra la pianificazione regionale e quella zonale attraverso linee di indirizzo e strumenti per la pianificazione di zona,
- gli obiettivi di benessere sociale da perseguire, con riferimento alle politiche sociali integrate, le caratteristiche quantitative e qualitative dei servizi e degli interventi che costituiscono i livelli essenziali delle prestazioni sociali da garantire,
- le politiche, le metodologie e le intese per l'integrazione sociosanitaria.

I cambiamenti demografici e socio culturali, il decentramento politico amministrativo e la necessità di razionalizzazione della spesa hanno portato ad una ridefinizione delle politiche sociali mediante il passaggio da sistema assistenziale, ossia centrato su risposte calate dall'alto e quindi non

necessariamente corrispondenti al bisogno dei cittadini, ad un sistema di protezione attiva, fondato sulla programmazione e l'attivazione di risposte dal basso attraverso l'impegno degli stessi cittadini e della comunità civile.

Il Piano sociale 2009-2011 ha portato a compimento il sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari per la realizzazione di un nuovo *welfare* universalistico, equo e radicato nelle comunità locali e nella regione, individuando, come prioritaria, la coincidenza del territorio dei distretti sanitari con gli ambiti territoriali. Pertanto, per rafforzare l'integrazione tra istituzioni diverse e per garantire una programmazione unitaria, il documento programmatico regionale ha identificato gli Ambiti Territoriali con gli assetti comunali coincidenti con il territorio del Distretto (7 Distretti Sanitari e 7 Ambiti Territoriali Sociali).

Regione, Enti locali, Terzo Settore e Cittadinanza si sono integrati, secondo i principi di sussidiarietà, per trasformare le politiche di settore in politiche di comunità ed insieme al partenariato pubblico e privato, hanno lavorato per promuovere e realizzare, in una logica di rete, azioni di contrasto del disagio e dell'esclusione sociale, puntando al rafforzamento della cultura dell'ascolto e dell'accoglienza.

Recentemente con la legge del 6 maggio 2014 n. 13 "*Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali*" la Regione ha inteso implementare il sistema integrato di interventi e servizi sociali, volto a promuovere e garantire i diritti di cittadinanza sociale, la qualità della vita, l'autonomia individuale, le pari opportunità, la non discriminazione, la coesione sociale, la costruzione di comunità solidali, l'eliminazione e la riduzione delle condizioni di disagio e di esclusione.

In data 27 febbraio 2015 è stato approvato il Regolamento n. 1 di attuazione della predetta Legge n. 13/2014 propedeutica alla redazione del nuovo Piano Sociale Regionale per il triennio 2015-2017. Costituiscono assi portanti della programmazione sociale regionale 2015 - 2017 le seguenti aree prioritarie di intervento:

1. contrasto alla povertà e percorsi di inclusione sociale;
2. sostenibilità del *Welfare* d'Accesso;
3. promozione della domiciliarità e dei livelli di autonomia delle persone anziane e disabili;
4. responsabilità familiari e tutela dei minori;
5. promozione del lavoro interdisciplinare di *équipe* e percorsi di promozione per la cittadinanza attiva;

rispetto alle quali i piani di zona dovranno assicurare risposte adeguate di intervento sulla base degli indirizzi e degli obiettivi di servizio.

## 2.6. CONTESTO QUANTITATIVO

Il peso crescente delle classi anziane e il processo di riqualificazione della funzione d'assistenza ospedaliera, unitamente allo sviluppo di una sensibilità più attenta agli aspetti qualitativi delle cure, hanno imposto negli ultimi anni, un radicale mutamento delle strategie sanitarie con un'attenzione particolare al rilancio e allo sviluppo dei progetti di cure a domicilio. La regione Molise ha fatto

propri questi mutamenti, evidenziando l'importanza di un approccio alla salute che valorizzi gli interventi domiciliari e territoriali al pari di quelli ospedalieri. Tutto ciò orientato alla ricerca del miglior utilizzo delle risorse, a garanzia di un razionale impiego della spesa sanitaria, di una riduzione dei ricoveri impropri, di una più adeguata personalizzazione dell'assistenza e in definitiva anche di un migliore funzionamento degli ospedali stessi destinati ad assumere sempre più il ruolo di strutture erogatrici di cure intensive in fase acuta e di prestazioni diagnostico-terapeutiche ad elevata complessità.

Le politiche regionali rivolte agli anziani mirano a favorire la permanenza al domicilio, anche dei soggetti più fragili, a garantire sul territorio servizi sanitari e sociali adeguati, a sostenere la famiglia nella cura degli anziani (65 anni e oltre), anche per sollevare le donne e favorire la loro partecipazione al mercato del lavoro.

Il livello minimo di assistenza indicato dal Servizio Sanitario Nazionale e che rappresenta il valore che l'indicatore deve raggiungere è pari al 3,5%.

Osservando la serie storica dei dati (Tabella 1) relativi all'indicatore S.06 "Presenza in carico degli anziani per il servizio ADI" si nota un andamento altalenante: il dato, piuttosto elevato fino al 2006, mostra una significativa flessione a partire dal 2007 (-31,62% rispetto al 2006).

**Tabella n. 1 - Serie storica dell'indicatore S.06 – Molise, Mezzogiorno, Italia (Valori percentuali)\***

Territorio	Anni							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Molise	6,1	5,5	3,8	2,2	2,5	3,3	3,5	3,9
Mezzogiorno	1,6	1,7	1,8	2,0	2,2	2,3	2,7	3,3
Italia	2,9	3,0	3,3	3,4	3,7	4,1	4,1	4,3

Fonte: elaborazioni Istat e DPS (oggi Dipartimento per le Politiche di Coesione) su dati Ministero della Salute – Sistema informativo sanitario  
\*l'indicatore si avvicina al target quando il suo valore aumenta nel tempo

E' tuttavia necessario precisare che questa evidente riduzione, della percentuale di anziani presi in carico in ADI, è dovuta ad errori di rilevazione dei dati a causa di classificazioni non uniformi, a livello regionale, dei pazienti e delle prestazioni. Infatti, dalle riunioni tecniche, tenutesi presso il Dipartimento del Consiglio dei Ministri, tra i referenti ministeriali e i rappresentanti dell'Azienda Unica Sanitaria Regionale (ASReM), è emerso che il dato comunicato, relativo agli anni dal 2005 al 2007, non si riferiva ai casi di pazienti anziani over 65 in ADI, ma al numero di pazienti che aveva usufruito di prestazioni domiciliari di bassa, media e alta complessità assistenziale e, quindi, non ascrivibile alle sole prestazioni ADI. La commistione e l'errato inserimento derivavano anche da un'articolazione aziendale per Zone/Ambiti territoriali, nelle quali l'arruolamento dei pazienti in assistenza domiciliare e la tipizzazione del profilo di cura non avveniva nel rispetto di criteri omogenei di iscrizione ai diversi percorsi domiciliari.

Il coinvolgimento dell'ASReM ha consentito la rivisitazione delle posizioni degli anziani in ADI per gli anni 2008/2009, con successiva validazione da parte del Ministero ed inserimento del dato corretto nel sistema informativo nazionale. Tale rilievo risulta confortato dalla valutazione dell'incidenza del costo ADI sul totale della spesa sanitaria. Infatti essendo l'incidenza del costo

ADI (rispetto alla spesa sanitaria totale) per la Regione Molise, estremamente basso, non appare sufficientemente corrispondente ad una presa in carico prestazionale complessa (Tabella 2).

**Tabella n. 2 - Serie storica dell'indicatore S.06 bis – Molise, Mezzogiorno, Italia (Valori percentuali)**

Territorio	Anni							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Molise	0,7	0,7	0,8	0,4	0,3	0,2	1,1	3,2
Mezzogiorno	0,8	0,7	0,7	0,5	0,6	0,7	0,7	1,7
Italia	1,1	1,1	1,0	0,9	1,1	1,1	1,2	2,4

Fonte: elaborazioni Istat e DPS (oggi Dipartimento per le Politiche di Coesione) su dati Ministero della Salute – Sistema informativo sanitario

Il dato relativo alla spesa per gli anni 2008, 2009 e 2010 ha risentito del processo di standardizzazione delle procedure amministrative ed organizzative conseguenti l'istituzione dell'ASReM, poiché molti costi riferiti all'assistenza domiciliare nell'anno 2009 risultavano ancora iscritti a conti economici diversi.

La forte variabilità dei dati è il frutto di una riorganizzazione territoriale sanitaria avviatasi solo a far data dal 2010, anno in cui vi è stata la effettiva riduzione dei Distretti Sanitari da 13 a 7.

Nello specifico gli anziani trattati in ADI, a partire dall'anno 2010, sono progressivamente aumentati (Tabella 3) fino ad arrivare a 3.487 utenti presi in carico nel 2014 con una variazione tendenziale rispetto al 2013 del 12,88%.

**Tabella n. 3 – Anziani trattati in ADI e Spesa per il servizio in ADI – Anni 2005/2012**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013*	2014*
Numero anziani trattati in ADI	4.273	3.832	2.627	1.516	1.714	2.317	2.456	2.722	3.089	3.487
Popolazione residente in età 65 anni e più (media nell'anno)	69.930	70.155	69.968	69.644	69.402	69.229	69.329	70.087	70.617	71.997

Fonte: elaborazioni Istat e DPS (oggi Dipartimento per le Politiche di Coesione) su dati Ministero della Salute – Sistema informativo sanitario  
\* I dati degli Anziani trattati in ADI, per gli anni 2013 e 2014, sono stati forniti dall' ASReM

I dati evidenziano come già dal 2011 la regione Molise sia stata in grado di garantire agli anziani il livello minimo di assistenza indicato dal Servizio Sanitario Nazionale. Dal 2012 al 2014 la presa in carico degli over 65 anni subisce un ulteriore miglioramento che porta il valore dell'Indicatore S.06 a raggiungere nel 2013 la percentuale del 4,37 e nel 2014 la percentuale del 4,84%.

In generale il Molise si caratterizza per un buon livello di diffusione del servizio di ADI, ma per la realizzazione di un moderno e adeguato servizio su tutto il territorio occorre definire migliori interventi attraverso percorsi condivisi. Nello specifico i servizi risentono dell'estrema polverizzazione della popolazione residente sul territorio prevalentemente montano, delle differenze organizzative e di una dinamica demografica che vede un forte aumento della fascia di popolazione in età avanzata per la quale si richiedono nuove modalità e nuove tipologie di

assistenza sanitaria e sociale. Non è più possibile, quindi, sottrarsi alla responsabilità di programmare, organizzare, verificare servizi alternativi al ricovero ospedaliero per la cura del paziente in condizione di "fragilità", che prevedano per il cittadino modelli leggeri, non burocratici e fondati su una cultura della salute non estemporanea. La "fragilità" è una condizione particolarmente frequente nelle persone di età avanzata con conseguente rapido deterioramento dello stato di salute che non è completamente spiegabile sulla base di una patologia specifica perché spesso malattia e disagio psico-sociale si sovrappongono ed interagiscono reciprocamente. Prendersi cura della "fragilità" rappresenta la "*mission*" specifica dei servizi di ADI.

### 3. IDENTIFICAZIONE NODI CRITICI

#### 3.1. RISORSE FINANZIARIE

##### 3.1.1. Risorse finanziarie della sanità

Il peso crescente delle classi anziane, la progressiva riduzione della durata delle degenze ospedaliere, conseguente anche alla diffusione dei ricoveri diurni (day-hospital e day surgery), lo sviluppo di una sensibilità più attenta agli aspetti qualitativi dell'assistenza e la necessità di razionalizzare e contenere la spesa sanitaria, hanno imposto negli ultimi anni un radicale mutamento delle strategie di sanità pubblica, con un'attenzione particolare al rilancio e allo sviluppo dei progetti di cure a domicilio.

Il livello della spesa sanitaria nel settore ADI presenta, negli ultimi tre anni di riferimento, un progressivo aumento in linea con gli obiettivi che la Regione si è proposta.

L'ASReM, attraverso le azioni previste per l'attuazione del Piano di rientro, ha realizzato un costante aumento della spesa in favore dell'Assistenza a domicilio pianificando, nei prossimi anni, un miglioramento del servizio erogato attraverso l'implementazione delle ore di accesso ai utenti caratterizzati da media ed alta complessità assistenziale ed un aumento delle persone prese in carico potenziamento quale naturale percorso di continuità delle cure ospedale-territorio. La situazione finanziaria regionale risulta in parte critica e richiede un deciso impegno nella ristrutturazione del sistema sanitario.

La razionalizzazione degli interventi sanitari, socio sanitari ed assistenziali in favore degli anziani, deve rappresentare un obiettivo importante della strategia regionale. E' necessario incentivare i processi di deospedalizzazione, sottolineando il ruolo del distretto socio sanitario quale punto di riferimento per il soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini attraverso la realizzazione di interventi coordinati e mirando alla semplificazione dei percorsi. La sede distrettuale deve diventare concretamente il luogo dove le funzioni assistenziali domiciliari non solo si devono aggregare ma anche integrare, coordinare e cooperare in una logica di complementarità a garanzia di una reale continuità assistenziale.

##### 3.1.2. Risorse in campo Sociale

Nel 2010<sup>1</sup> i comuni italiani, in forma singola o associata, hanno destinato agli interventi e ai servizi sociali 7 miliardi e 127 milioni di euro, un valore pari allo 0,46% del Pil nazionale. Nel confronto con l'anno precedente la spesa sociale, gestita a livello locale, è aumentata dello 0,7%, facendo registrare una discontinuità rispetto alla precedente dinamica di crescita: infatti, nel periodo compreso fra il 2003 e il 2009 l'incremento medio annuo è stato del 6%. La spesa media per abitante per i servizi sociali è passata da 90 euro nel 2003 a 118 euro nel 2010. In controtendenza la Regione Molise la cui spesa pro-capite passa da 48,7 euro a 38,1 euro.

Nel 2010 la spesa sociale dei Comuni italiani destinata agli anziani ammonta a circa 1 miliardo e 492 milioni di euro. In media per un anziano residente in Italia la spesa è di 122 euro in un anno, con valori che variano da 59 euro al Sud a 173 al Nord-est. In Molise tale spesa ammonta a 3,172 milioni di euro con una spesa pro-capite per anziano pari a 45 euro. Nell'ambito degli interventi e

<sup>1</sup> Istat - Gli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati – Anno 2010. Pubblicato il 31 maggio 2013

servizi, la principale voce di spesa in Regione è rappresentata dall'assistenza domiciliare, a carattere esclusivamente assistenziale, a cui viene destinata la somma di 3,092 milioni di euro di cui 1,895 milioni (61,26%) sono spesi per l'assistenza domiciliare agli anziani.

Inoltre una percentuale minima di servizi è erogata in forma associata; i servizi socio-assistenziali sono gestiti prevalentemente dai singoli comuni con evidente disomogeneità di trattamento nei diversi contesti territoriali. L'utilizzo di una forma organizzativa per la gestione unitaria dei servizi sociali di più comuni garantirebbe prestazioni omogenee in tutto il territorio ed importanti economie di scala: la gestione associata non è dunque un obiettivo in sé ma è lo strumento per disporre di una dimensione demografica ed economica adeguata atta a sostenere la pianificazione sociale ed una organizzazione che garantisca, senza sprechi, i servizi necessari.

In una realtà come quella molisana la gestione associata diventa uno strumento necessario proprio per poter garantire l'efficiente erogazione di servizi.

## **3.2. ASPETTI TECNICI**

### **3.2.1. Il contesto socio-demografico**

Per individuare al meglio le problematiche relative al sistema ADI in Molise occorre considerare il contesto ambientale e socio demografico della Regione. Il territorio è prevalentemente montuoso, con una popolazione complessiva, al 1° gennaio 2014, pari a 314.725 unità distribuita in 136 comuni in larga parte piccoli e situati in aree interne con frequenti problematiche relative alla viabilità. La scarsa densità demografica, caratteristica della regione (71 ab. per Km<sup>2</sup>), è una variabile importante, per i servizi domiciliari, in quanto l'orografia del territorio condiziona gli aspetti organizzativi e gestionali del servizio.

La popolazione molisana è caratterizzata da un'alta percentuale di anziani 22,9% (pari a 71.997 unità). L'andamento dei principali indici demografici mostra valori in ascesa: l'indice di vecchiaia, che stima il grado di invecchiamento di una popolazione, nel corso degli ultimi 5 anni (dal 2010 al 2014) è cresciuto di ben 14,8 punti ed è pari a 189,3 (Italia: 154,1); l'indice di dipendenza strutturale, che rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni), si colloca al vertice della criticità e stima un valore regionale pari a 53,8.

I dati rafforzano la percezione di una regione con una evidente tendenza all'invecchiamento: in costante aumento, gli anziani sono passati da 70.496 unità del 2006 a 71.997 unità nel 2014 con un aumento in valore assoluto di 1.501 unità (al contrario la fascia 0-14 anni perde 4.806 unità). Le previsioni per i prossimi decenni annunciano incrementi percentuali di anziani, mentre la popolazione complessiva, in regione, è stimata in costante diminuzione: tra il 1951 e il 2001 la popolazione residente in Molise si è quasi dimezzata e dal 2002 ad oggi ha perso ancora 5.742 unità.

Dal quadro demografico delineato si evince come il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è ormai giunto a livelli tali da meritare un'attenzione strategica operativa. L'andamento degli indicatori demografici della popolazione molisana deve essere oggetto di attenta valutazione dalla quale far scaturire la definizione dei bisogni e la programmazione dei servizi sanitari e nello stesso tempo identificare soluzioni organizzative e gestionali adeguati per affrontare e superare le

difficoltà ambientali che ostacolano la realizzazione di un sistema organizzativo in grado di coordinare in maniera integrata i servizi territoriali.

A tal fine, la gestione associata può rappresentare una strada per garantire una migliore gestione e una distribuzione uniforme dei servizi in tutto il territorio regionale per sviluppare economie di scala e per qualificare i servizi sociosanitari del territorio.

Gli interventi socio-sanitari richiedono, infatti, un coordinamento intersettoriale che si traduce in strategie condivise per obiettivi comuni e nella predisposizione di condizioni gestionali per coordinare gli interventi dei diversi soggetti istituzionali impegnati nella produzione dei servizi.

### **3.2.2. L' integrazione socio-sanitaria**

L'ADI, per sua natura, implica il passaggio tecnico e metodologico da una logica centrata sull'erogazione di buone prestazioni ad una più matura capace di progettare e gestire processi assistenziali a partire da un'analisi multifattoriale del bisogno. Frequentemente questo non avviene perché prevalgono logiche monodisciplinari ed approcci centrati su singole professionalità. Il rischio è di non riuscire a focalizzare le radici dei problemi e, di conseguenza, le possibili soluzioni erogando risposte inappropriate, senza una reale efficacia sul bisogno. Questa dinamica è particolarmente evidente in alcuni contesti territoriali della Regione in cui l'ADI è realizzata attraverso prestazioni parallele non coordinate fra loro, gestite in modo autonomo da erogatori diversi senza un'azione finalizzata ed unitaria per conseguire obiettivi di salute condivisi. Un intervento assistenziale integrato nasce dalla valutazione unitaria del bisogno, procede alla definizione unitaria del progetto di intervento, si realizza con la stessa logica e valuta in modo integrato i benefici di salute prodotti. Il terreno dell'integrazione socio-sanitaria rappresenta una delle sfide maggiori che il sistema dell'ADI in Molise deve affrontare nel breve periodo; la pianificazione sociale realizzata attraverso i piani di zona rappresenta un'occasione di ulteriore miglioramento per i servizi di Assistenza Integrata.

### **3.2.3. Il coinvolgimento delle reti**

Il coinvolgimento delle reti sociali primarie dei pazienti è molto parziale; infatti, mentre il coinvolgimento delle famiglie nell'attività di cura è sostenuto e incoraggiato, non viene evidenziato alcun apporto delle reti amicali e del vicinato, nonostante esista una forte coesione sociale e una cultura solidaristica soprattutto nei piccoli centri. Un ulteriore punto di debolezza è rappresentato dal volontariato che non è al pieno sfruttato come opzione e risorsa aggiuntiva nelle attività di cura, nonostante esperienze positive (quali il coinvolgimento di un'associazione nel progetto sperimentale di Assistenza Domiciliare Alzheimer e un progetto di utilizzo di volontari in servizio civile impegnati in attività di assistenza agli ultrasessantacinquenni, realizzato in circa 30 comuni della Regione, da parte di un'associazione di promozione sociale).

Non può essere persa l'opportunità di creare uno strumento a rete che consente di affrontare le problematiche della cura e della prevenzione nel territorio con una visione globale: è necessario coinvolgere il volontariato in modo strutturato e non episodico perché rappresenti una opzione aggiuntiva al sistema pubblico.

### **3.3. ASPETTI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI**

L'Assistenza Domiciliare Integrata in Molise, pur in presenza di Linee Guida omogenee, così come definite nella Delibera di Giunta Regionale del 30 maggio 2007 n. 556 "*Piano Regionale e Linee Guida per il Sistema delle Cure Domiciliari*", nel corso di questi anni non ha avuto uno sviluppo ed una evoluzione omogenei in tutti i Distretti della Regione. Le attuali differenze organizzative e strutturali, nelle diverse realtà distrettuali, verranno superate con le numerose azioni da porre in essere per garantire un servizio eccellente su tutto il territorio regionale.

Le scelte appaiono nette e decise in direzione della creazione di un sistema integrato di servizi: in tutti i Distretti, in concerto con l'Ambito Sociale Territoriale di riferimento, le Porte Uniche d'Accesso (PUA) presenti in ciascuna realtà distrettuale, realizzano la valutazione integrata e la "presa in carico" dei bisogni del cittadino, attivando percorsi di cura ed assistenza e utilizzando al meglio il ventaglio dell'offerta sanitaria.

#### **3.3.1. Criticità nel sistema organizzativo e nell'attuazione degli interventi ADI in Regione**

Il mutamento in corso, ostacolato, di fatto, dai differenti assetti organizzativi e gestionali che hanno caratterizzato il servizio ADI nelle quattro ex Zone Territoriali della Regione negli anni precedenti, ha trovato rapida applicazione nella costituzione in ogni realtà distrettuale di UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) per la valutazione delle prese in carico attraverso la predisposizione di appositi Piani di Assistenza Individuali (PAI). Per quanto concerne invece le procedure di accesso all'ADI si riscontra una buona accessibilità al servizio in tutti i Distretti, con tempi di attivazione del servizio rapidi. Emerge, al contrario, la necessità di strutturare un sistema di monitoraggio e valutazione adeguato, che attualmente risente della carenza di un sistema informativo strutturato per cui il monitoraggio della potenziale domanda e l'identificazione delle risorse economiche da destinare al servizio risulta essere parziale. Per quanto concerne le prestazioni erogate, a fronte della differente erogazione del servizio esistente nelle ex Zone, la ASReM, negli ultimi anni, ha provveduto ad omogeneizzare le stesse, rendendole univoche su tutto il territorio. Ai fini di una ancora più corretta definizione delle modalità di erogazione si sta procedendo anche ad una caratterizzazione delle stesse sulla base dei diversi livelli di intensità assistenziali (bassa, media ed alta complessità). Il monitoraggio dei costi di servizio necessita di uno strumento gestionale che renda realizzabile il confronto tra la spesa attuale e quella prevista nella programmazione regionale. La ASReM, nell'ambito delle attività di riorganizzazione aziendale indicate nei Programmi Operativi per l'attuazione del Piano di Rientro, sta provvedendo al miglioramento del sistema di monitoraggio previsto al fine di un miglioramento di tale flusso informativo.

### **3.4. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI**

Alcune criticità innanzi esposte (il contesto sociale e l'andamento demografico, la scarsa integrazione socio-sanitaria, la disomogeneità dei servizi sul territorio) originano difficoltà di attuazione.

Ulteriori difficoltà di questo genere vanno segnalate ed esplicitate al fine di individuare alcuni utili correttivi in termini di strategie del presente Piano. Si tratta di:

- scarsità di strutture alternative e di supporti telematici: altro punto di debolezza è la carenza di strutture residenziali a valenza sanitaria come le RSA e di strutture alternative come gli ospedali di comunità dove poter assistere i pazienti privi del sostegno dei caregiver familiari;
- inadeguato utilizzo di sistemi di telemedicina, molto indicati per la realtà molisana così demograficamente e orograficamente disgregata;
- scarsa integrazione con i Medici di Medicina Generale (MMG): tra le premesse indispensabili allo sviluppo del servizio ADI, un grosso lavoro deve essere condotto rispetto al coinvolgimento dei medici di medicina generale, atteso il ruolo centrale del medico di base, nella facilitazione delle informazioni, nel superamento delle rigidità organizzative e nello sviluppo di un sistema coordinato di relazioni tra assistenza primaria e livello specialistico a garanzia della qualità assistenziale.

### 3.5. LA GESTIONE DELLE OPERAZIONI

Le difficoltà a rispondere in modo efficace ai nuovi bisogni di salute che nascono dalla condizione di fragilità scaturiscono da:

- una non perfetta correlazione tra gli interventi assistenziali e un limitato coordinamento dei diversi settori impegnati in grado di assicurare la necessaria continuità assistenziale tra i diversi servizi: ospedalieri, domiciliari e residenziali;
- una lettura parziale e non adeguata della complessità dei problemi da affrontare a causa di procedure di valutazione multidisciplinare e multidimensionale disomogenee incapaci di misurare in modo puntuale ciascuna delle componenti della fragilità;
- difficoltà di gestire la complessità del percorso di cura che spesso si manifesta attraverso la variabilità dei bisogni del paziente;
- difficoltosa capacità di monitorare lo stato di avanzamento delle attività a causa della scarsa presenza, nei distretti sanitari, di software specifici destinati al servizio (nelle realtà dove si utilizzano sistemi informatici per monitorare il servizio si impiegano solo software generici);
- un limitato collegamento con il volontariato e con le risorse informali della comunità.

## 4. DESCRIZIONE DELLE LINEE DI INTERVENTO REALIZZATE E IN ATTO

La Regione, nell'ottica della sempre maggiore attenzione alle problematiche dell'appropriatezza degli interventi sanitari e della integrazione dei percorsi assistenziali, sanitari e sociali, ha avviato la realizzazione di interventi ed iniziative volte ad integrare le attività sanitarie e sociali.

In coerenza con la Linea di intervento IV.B "Rete socio-sanitaria regionale" del PAR FSC 2007/2013 e in seguito alla decisione del tavolo dei sottoscrittori del 30 Luglio 2012, sono stati finanziati e sono in corso di realizzazione gli interventi riportati in tabella volti a garantire una maggiore e più qualificata offerta di servizi socio-sanitari. I predetti interventi sono stati inseriti nell'APQ "Infrastrutture sanitarie e sociali" - I Atto integrativo.

Tabella 4 - Interventi finanziati con le risorse FSC 2000/2006

Titolo intervento	Localizzazione	Costo	Fonte di finanziamento
Adeguamento e potenziamento poliambulatorio specialistico di Termoli ai fini centrale ADI e acquisto apparecchiature medicali	TERMOLI	400.000,00	FSC 2000/2006
Completamento di un Hospice presso il P.O. di Campobasso – Progetto integrativo	CAMPOBASSO	430.000,00	FSC 2000/2006
Completamento RSA	PALATA	200.000,00	FSC 2000/2006
Riqualificazione funzionale ex albergo "Il Sogno" in casa protetta per anziani – Ulteriore lotto	RIPABOTTONI	250.000,00	FSC 2000/2006
<b>TOTALE</b>		<b>1.280.000,00</b>	

Inoltre sempre nell'ambito della stessa Linea di intervento IV.B con la Determina della Giunta Regionale del 15 gennaio 2013 n. 31 sono stati attivati i servizi di Telesoccorso/Teleassistenza/Telemedicina in favore degli anziani e il programma sperimentale di telemedicina rivolto ad un target di anziani affetti da una specifica patologia per il triennio 2013-2015 per complessivi **1.350.000,00 euro** da articolare con impegno finanziario annuale.

La Regione Molise, da molti anni, sta realizzando un progetto integrato di Teleassistenza, orientato a garantire un adeguato supporto socio assistenziale a soggetti anziani soli o privi di adeguato supporto familiare o a persone in situazione di disabilità ovvero che necessitano di assistenza medica continua, residenti nella Regione Molise.

I numeri del servizio di Telesoccorso e Teleassistenza testimoniano l'efficacia raggiunta nell'espletamento dello stesso, come riportato di seguito.

Anno	Utenti attivi
Anno 2006	496
Anno 2007	872
Anno 2009	972
Anno 2012	1.164
Anno 2013	n.d.

L'essere soli o anziani, e privi di adeguato supporto familiare, è una situazione che si associa sempre più spesso a problemi di carattere sanitario e dunque a problemi di salute. Per costoro risulta dunque difficile, non solo il condurre una normale vita quotidiana, ma anche gestire

adeguatamente le proprie patologie. L'introduzione della Telemedicina come innovativa modalità organizzativa ha una immediata ricaduta nel rendere fruibile e continua la comunicazione fra i diversi attori e orientare gli erogatori verso un utilizzo appropriato delle risorse, riducendo i rischi legati a complicanze, riducendo il ricorso alla ospedalizzazione, riducendo i tempi di attesa, ottimizzando l'uso delle risorse disponibili. La disponibilità di informazioni, tempestive e sincrone, offre inoltre la possibilità di misurare e valutare i processi sanitari con questa modalità organizzativa attraverso indicatori di processo ed esito.

La telemedicina si pone come servizio supplementare ed integrativo rispetto ai servizi specialistici e di ospedalizzazione, nel tentativo di rafforzare la presa in carico continuativa ed integrata dei bisogni del paziente e ciò in funzione delle specifiche esigenze dello stesso.

Nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone non autosufficienti e con l'intento di favorire la permanenza al proprio domicilio delle persone con disabilità gravissime, la Regione con la DGR del 6 settembre 2013 n. 434 "*FNA 2013 Programma attuativo per le persone in condizione di dipendenza vitale da assistenza continua e vigile e minori con gravi disabilità residenti nella Regione Molise*" ha approvato il Programma Attuativo "per le persone in condizioni di dipendenza vitale da assistenza continua e vigile e minori con grave disabilità residenti nella Regione Molise", predisposto in conformità con quanto disciplinato dal decreto interministeriale in materia di riparto del Fondo nazionale per le non autosufficienze (FNA) anno 2013, per un importo pari a 1.897.500,00 euro. Successivamente con la Determinazione Dirigenziale del Servizio assistenza socio-sanitaria e politiche sociali del 02 maggio 2014 n. 106 "*Deliberazione di Giunta regionale del 6 settembre 2013, programma attuativo per le persone in condizioni di dipendenza vitale da assistenza continua e vigile e minori con grave disabilità residenti nella regione molise: Determinazioni*" non riuscendo a garantire, per l'esiguità delle risorse finanziarie rispetto al bisogno rilevato, il contributo per il *care giver* a tutti i pazienti in condizioni di dipendenza vitale da assistenza stabilisce di concederlo solo alle persone con più elevati bisogni di assistenza assicurando ad ognuno degli ammessi un sostegno economico pari a 400,00 euro mensili per la durata di un anno.

Al fine di garantire il benessere e l'autonomia, all'interno dell'ambiente domestico, a favore di soggetti parzialmente o totalmente non autosufficienti, la Regione Molise con la Determina della Giunta Regionale dell' 11 gennaio 2008 n. 21 ha avviato progetti sperimentali per la qualificazione del lavoro di cura delle assistenti familiari. Alla predetta sperimentazione ha assegnato la somma di 201.500,00 euro di cui 155.000,00 a valere sull'assegnazione del Fondo Nazionale per le Politiche della Famiglia e 46.500,00 a titolo di cofinanziamento. L'esito positivo dei progetti sperimentali ha favorito il finanziamento di una nuova annualità dei percorsi formativi. A tal proposito con la Determina della Giunta Regionale del 23 febbraio 2009 n. 175 la Regione ha assegnato la somma di 170.500,00 euro di cui 155.000,00 sull'assegnazione del Fondo Nazionale per le Politiche della Famiglia e 15.500,00 a titolo di cofinanziamento. Il finanziamento delle due annualità ha permesso la qualificazione di 120 Assistenti Familiari.

In relazione alla forte e crescente presenza della popolazione anziana sul territorio regionale e all'incidenza delle disabilità collegate all'età, la Regione Molise ha promosso, inoltre, politiche di prevenzione e cura in favore di cittadini anziani, favorendo da un lato una idonea permanenza della

persona anziana e fragile e/o non autosufficiente presso il proprio domicilio attraverso il potenziamento del sistema domiciliare nel suo complesso, dall'altro promuovendo interventi per l'adeguamento delle strutture residenziali per anziani. Infatti con la Determina della Giunta Regionale n. 591 del 4 agosto 2011 a valere sulle risorse regionali ha finanziato, per un importo di 2.450.000,00 euro, interventi finalizzati all'adeguamento delle strutture residenziali per anziani, centri sociali ed aggregativi, sotto il profilo della normativa in tema di sicurezza ed igiene dei luoghi di lavoro e per l'abbattimento delle barriere architettoniche, nonché di interventi di completamento strettamente necessari per l'adeguamento delle strutture stesse al fine di ottimizzare la rete dei servizi per gli anziani. Sono state finanziate 17 strutture residenziali per anziani per un importo di 1.920.000,00 euro<sup>2</sup>.

#### 4.1. LA SPESA SANITARIA PER L' ADI

Il livello della spesa sanitaria per l'Assistenza Domiciliare Integrata ha fatto rilevare un progressivo aumento correlato al corrispondente aumento degli assistiti presi in carico. Infatti nella tabella che segue si riportano il numero di anziani over 65 presi in carico in ADI e la spesa complessiva sostenuta con le risorse sanitarie regionali poiché il sistema informativo attualmente in uso presso la ASREM non permette di scorporare il valore complessivo della spesa sostenuta per i soli assistiti over 65 in ADI.

I dati evidenziano, per il periodo considerato (2012/2014), un incremento della spesa totale ADI del 40,66% con una variazione tendenziale del totale del numero di assistiti in ADI del 30,02%. Ancora più significative risultano le variazioni del numero di assistiti in ADI over 65. Infatti questi ultimi passano da 2.456 (anno 2012) a 3.487 (2014) con un incremento del 41,98% e con un'incidenza sul totale assistiti in ADI dell'89,16%.

Tabella n. 5 – Spesa ADI e Numero assistiti presi in carico - 2012/2014

Anno	Spesa ADI (euro)	Numero Assistiti presi in carico (ADI)	
		Totale	Di cui Assistiti in ADI over 65
2012	4.883.761,42	3.008	<b>2.456</b>
2013	5.976.443,17	3.022	<b>2.722</b>
2014	6.869.511,77	3.911	<b>3.487</b>

La qualificazione e la implementazione delle attività erogate in favore dei pazienti over 65 viene attuata secondo gli standard qualificanti i LEA delle Cure Domiciliari.

Seppur la Regione abbia, negli anni, implementato il numero degli assistiti presi in carico portandolo a valori in linea con la media nazionale, è da rilevare che la permanenza della Regione

<sup>2</sup> A valere sulle stesse risorse sono stati finanziati 10 progetti di adeguamento e completamento di Centri Sociali per un importo di 480.000,00 euro. Inoltre è stata accantonata la somma di 50.000,00 per far fronte al pagamento di precedenti progettualità a favore di Comuni ed enti morali.

nei Piani di Rientro e l'attuale blocco del *turn over* non hanno permesso di elevare, in termini qualitativi e quantitativi, l'offerta sanitaria domiciliare.

L'utilizzo delle risorse degli Obiettivi di Servizio permetterà di standardizzare, secondo i criteri definiti a livello nazionale per le cure domiciliari di secondo e terzo livello, gli accessi del personale sanitario necessario garantendo una maggiore qualificazione ed appropriatezza degli interventi e delle risposte assistenziali.

Le figure professionali coinvolte saranno le seguenti:

- infermieri professionali;
- professionisti della riabilitazione;
- dietisti;
- psicologi;
- medici specialisti;
- operatori socio-sanitari.

Le ore erogate dalle predette figure professionali e gli accessi degli operatori, i cui dati sono desumibili dal modello ministeriale del Sistema Informativo Sanitario (FLS21), di seguito riportati e relativi all'anno 2014, potranno essere implementati, a seguito dell'avvio degli interventi previsti, di circa il 20% annuo sulla base della valutazione dei Piani di Assistenza Individuali e dei nuovi casi presi in carico.

Anno	Casi trattati	Casi trattati - anziani	Accessi personale medico - anziani	Ore di assistenza erogata - anziani - Terapisti della riabilitazione	Ore di assistenza erogata - anziani - Infermieri professionali	Ore di assistenza erogata - anziani - Altri operatori	Accessi degli operatori - anziani - Terapisti della riabilitazione	Accessi degli operatori - anziani - Infermieri professionali	Accessi degli operatori - anziani - Altri operatori
2014	3.911	3.487	16.385	31.694	75.423	4.641	29.645	89.302	4.670

## 5. DEFINIZIONE PRIORITÀ DI INTERVENTO

### 5.1. LINEE PRIORITARIE D'INTERVENTO

L'Assistenza Domiciliare è una realtà ben radicata nella nostra Regione, e rappresenta una delle maglie più importanti della rete dei servizi assistenziali territoriali, ma la qualificazione dell'ADI è un presupposto indispensabile per garantire un servizio efficace.

Pertanto, onde evitare interventi inappropriati ed inefficienze, è necessario che i servizi di ADI rispettino alcune caratteristiche di fondo essenziali sulla base dei bisogni da soddisfare e delle necessità organizzative.

In un momento di necessità di miglioramento del *welfare* e in un contesto demografico ed epidemiologico profondamente mutato, le evidenze della letteratura e la stessa nostra esperienza locale sottolineano la necessità di puntare l'attenzione sulle Azioni di seguito riportate.

### 5.2. SCHEDE AZIONI/INTERVENTI

#### Obiettivo II S.06. Azione n.1

#### **Integrazione delle politiche sociali e sanitarie e realizzazione del cruscotto di controllo dell'ADI**

Difendere e rinnovare il *welfare* locale rilanciando il ruolo della concertazione tra le istituzioni sanitarie e sociali rappresenta uno degli obiettivi che la Regione Molise persegue.

La realtà molisana necessita di una struttura articolata a livello regionale in grado di operare quale sede di confronto, coordinamento ed integrazione tra la Regione e il sistema delle Autonomie locali esercitando, nel rispetto delle competenze detenute dalle sedi istituzionali di concertazione e di consultazione tra la Regione e gli Enti locali, attività di impulso, di proposta, di valutazione e di supporto all'attività. Diverse professionalità dovranno concorrere a realizzare l'obiettivo di "migliorare l'organizzazione dei servizi socio-sanitari, coordinandone le attività nel rispetto delle specificità di ruoli e di gestione, in una logica di sistema unitario di offerta e secondo i principi del "Welfare Community".

L'Azione prevede la istituzione di una Cabina di Regia composta da personale della Direzione Generale Politiche per la Salute, personale della Direzione Regionale Politiche Sociali e personale ASREM individuato dalla Direzione Strategica dell'ASReM, che svolgerà i seguenti compiti:

1. Sviluppare la programmazione integrata regionale delle politiche sociali e sanitarie;
2. Promuovere il lavoro integrato tra Distretto Sanitario e Ambito Territoriale – Realizzazione del cruscotto di controllo dell'ADI;
3. Attivazione, verifica e controllo protocolli di cura per la realizzazione delle prestazioni socio sanitarie
4. Funzioni di *governance* socio-sanitaria descritte dal PSR;
5. Monitoraggio e analisi del flusso SIAD (Sistema Informativo Assistenza Domiciliare);
6. Analisi dei dati contenuti nel sistema socio-sanitario (ASTER) e del sistema informativo regionale socio-sanitario nel suo complesso;
7. Definire e realizzare un sistema regionale di valutazione della presa in carico socio-sanitaria;

Si tratta di un'Azione strategica che nasce dall'analisi delle criticità riscontrate negli ultimi anni, sia sul fronte sanitario che sociale, la cui implementazione sarà in grado di creare una reale opportunità di realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria, per la quale il Molise registra ritardi.

Le azioni previste nei Programmi Operativi redatti dalla Regione Molise prevedono la messa a regime di un sistema informativo unitario in grado di raccogliere informazioni dettagliate relativamente ai servizi domiciliari, residenziali e semiresidenziali erogati dai Distretti e dagli Ambiti sociali, oltre che sull'utenza interessata dagli sportelli PUA (Porta Unitaria di Accesso) dei Distretti e dagli Uffici di cittadinanza ubicati nei Comuni della Regione. E' importante disporre di una modalità sistematica di verifica e valutazione della PUA e del sistema di presa in carico, in rapporto all'utenza, agli operatori, al territorio e ai diversi soggetti coinvolti nel lavoro di rete. Il sistema di valutazione fa parte del sistema informativo regionale attivato in attuazione della normativa nazionale (Flusso SIAD sull'assistenza domiciliare e Flusso FAR sull'assistenza residenziale e semiresidenziale approvati con distinti DM del 17 dicembre 2008) ed è strettamente correlato al modello regionale adottato per la valutazione multidimensionale e la presa in carico delle persone con bisogno sociosanitario complesso.

L'Azione sarà attuata dall'ASReM e avrà durata triennale

**Tabella n. 6 - Obiettivo II S.06. Azione n.1**

Azione	Responsabile		Costo	Fonte di finanziamento
	Assessorato	Direzione/Servizio		
Integrazione delle politiche sociali e sanitarie e realizzazione del cruscotto di controllo dell'ADI	Presidenza della Giunta regionale	Direzione Generale per la Salute	520.000,00	FSC 2007/ 2013
	Assessorato alle Politiche Sociali	Servizio Politiche Sociali		

## Obiettivo II S.06. Azione n. 2

### Potenziamento delle dimissioni protette

Nell'attuale scenario Sanitario regionale (economico/demografico) la continuità di cura tra ospedale e territorio è un obiettivo prioritario per garantire i migliori risultati assistenziali sia dal punto di vista del paziente (attenuare il senso di disorientamento e abbandono del paziente e dei familiari) sia dal punto di vista dell'organizzazione (appropriatezza delle cure e della gestione delle cronicità, ricorso appropriato al ricovero ospedaliero, presa in carico).

La dimissione dall'ospedale rappresenta, dal punto di vista clinico, la conclusione della fase acuta della malattia ed il conseguente passaggio dalla gestione della salute del cittadino al professionista che ne è titolare, cioè il Medico di Medicina Generale. Questo passaggio si dovrà caratterizzare per un trattamento delle acutezze sempre più breve, con conseguente dimissione sempre più precoce che richiede, da parte delle strutture dei servizi presenti sul territorio, un subentro tempestivo di attività per assicurare una continuità assistenziale.

Il momento della dimissione ospedaliera va gestito dal punto di vista organizzativo garantendo il coordinamento tra l'equipe ospedaliera che segue il paziente in fase di ricovero (dirigente medico, caposala) e l'equipe territoriale (dirigente medico, MMG/PLS, infermiere, assistente sociale).

La programmazione regionale molisana ha, tra l'altro, l'obiettivo di implementare i protocolli di dimissione protetta attraverso l'investimento mirato di risorse umane ed economiche, nonché mediante specifiche iniziative di formazione e di adeguamento organizzativo.

L'Azione sarà attuata dall'ASReM e avrà durata triennale con un effetto diretto sull'indicatore S.06, in quanto comporta un aumento del numero dei pazienti, over 65 anni, assistiti in ADI, determinato dal fatto che sarà possibile dimettere dagli ospedali regionali pazienti complessi e fragili, consentendone il ricovero nel proprio domicilio, con una decisa riduzione dei costi di istituzionalizzazione, sia sanitaria negli ospedali o nella lungodegenza, sia socio-sanitaria presso le RSA.

L'Azione è in coerenza con le indicazioni del nuovo Patto per la Salute 2014/2016 e con quanto contenuto nel Regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" del 5 agosto 2014 – Presidenza del Consiglio dei Ministri, All.1 punto 10 – nei quali viene dato impulso alle iniziative di continuità ospedale territorio, sottolineando la necessità di diffondere e consolidare i percorsi di dimissione e dimissioni protette, supportando accordi e condivisione di protocolli tra Ospedali e Territorio, in particolare con i Distretti socio-sanitari.

**Tabella n. 7 - Obiettivo II S.06. Azione n. 2**

Azione	Responsabile		Costo	Fonte di finanziamento
	Assessorato	Direzione/Servizio		
Potenziamento delle dimissioni protette	Presidenza della Giunta regionale	Direzione Generale per la Salute	1.300.000,00	FSC 2007/2013

### **Obiettivo II S.06. Azione n. 3**

#### **Acquisto di sistemi portatili di diagnostica per immagini**

La programmazione regionale è orientata nella direzione di un forte contenimento dei posti letto ospedalieri (sempre più ad alto contenuto tecnologico e riservati alle acuzie) a favore dello sviluppo di strutture socio sanitarie territoriali e di forme di assistenza domiciliare.

Per facilitare questo processo di trasferimento dell'assistenza socio-sanitaria dall'ospedale al territorio e, soprattutto, al domicilio dei pazienti, è indispensabile saper intercettare i loro bisogni, garantire un adeguato livello di tutte le prestazioni occorrenti, in modo tale da cogliere l'obiettivo dell'ottimizzazione della risposta assistenziale non disgiunta da quello del miglioramento della qualità della vita. Per fare questo, è necessario saper progettare ed implementare nuovi modelli di prevenzione e di gestione dell'assistenza socio-sanitaria.

L'Azione prevede l'acquisto di sistemi portatili di diagnostica per immagini, finalizzato alla riduzione dei tempi di attesa per i pazienti assistiti in ADI e una riduzione complessiva delle richieste di diagnostica presso le altre strutture sanitarie.

Ciò comporta:

- per il **paziente** una maggiore e rapida possibilità di accesso alla medicina specialistica, un'accelerazione della fase diagnostica ed avvio diretto alle terapie, una riduzione degli spostamenti, una riduzione dei costi (viaggi e perdita di ore lavorative);
- per l'**operatore sanitario remoto** (medico od infermiere) un rapido accesso alla consulenza specialistica, la possibilità di un rapido aggiornamento, un minor isolamento professionale e una riduzione della necessità di visite domiciliari;
- per la **struttura sanitaria** una riduzione dei costi per paziente, il miglioramento dei risultati clinici, la riduzione del numero di ricoveri, la riduzione delle giornate di degenza totali e la riduzione dei tempi di attesa

Si tratta di investire nell'acquisto di soluzioni concrete, capaci di garantire alti livelli di qualità con evidenti vantaggi per i diversi attori interessati e risparmio dei costi di gestione nel medio periodo e riduzione dei tempi di attesa, attraverso una riduzione complessiva delle richieste di diagnostica presso gli attuali centri.

L'Azione sarà attuata dall'ASReM

**Tabella n. 8 - Obiettivo II S.06. Azione n. 3**

Azione	Responsabile		Costo	Fonte di finanziamento
	Assessorato	Direzione/Servizio		
Acquisto di sistemi portatili di diagnostica per immagini	Presidenza della Giunta regionale	Direzione Generale per la Salute	400.000,00	FSC 2007/ 2013

#### **Obiettivo II S.06. Azione n. 4**

##### **Attività di informazione ed aggiornamento per i medici di medicina generale**

È necessario dare risalto al Medico di Medicina Generale (MMG), quale soggetto centrale delle cure primarie riconoscendo loro un maggior rilievo nella funzione di regolatore del sistema e di garanzia di qualità dei servizi sanitari, ed individuare e sperimentare modalità organizzative e gestionali adeguate alla doverosa razionalizzazione della spesa sanitaria.

L'ADI non è possibile e non può essere considerata tale senza il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale che costituisce il responsabile primario dell'assistenza stessa.

Le persone, attraverso il rapporto fiduciario con il proprio medico di medicina generale, potranno avvalersi dell'orientamento e dell'accompagnamento al percorso di cura. A questo scopo è prevista la realizzazione di forme d'integrazione professionale, tra medici di medicina generale, idonee a collegare l'attività dei singoli medici tra loro con gli obiettivi e i programmi distrettuali, in modo da assicurare che chi accoglie la domanda, sia esso singolo professionista o unità multiprofessionale,

garantisca capacità di ascolto, di orientamento, di tutela della privacy e di accompagnamento, quando necessario.

Nello stesso tempo deve garantire funzioni di filtro, di osservatorio della domanda, di monitoraggio dei bisogni e delle risorse, di conoscenza della domanda inevasa, aggiornando e utilizzando sistematicamente la mappa delle risorse sanitarie e sociali presenti nel territorio.

Le attività di formazione e aggiornamento dei MMG saranno definite e attuate dall'ASReM attraverso la presentazione di progetti formativi .

**Tabella n. 9 - Obiettivo II S.06. Azione n. 4**

Azione	Responsabile		Costo	Fonte di finanziamento
	Assessorato	Direzione/Servizio		
Attività di informazione ed aggiornamento per i medici di medicina generale	Presidenza della Giunta regionale	Direzione Generale per la Salute	100.000,00	FSC 2007/ 2013

#### **Obiettivo II S.06. Azione n. 5**

##### **Informazione/formazione per lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze delle figure professionali coinvolte nel sistema ADI**

Lo sviluppo di un sistema territoriale di assistenza, che vede nell'ADI uno dei suoi maggiori punti di forza, non può prescindere da interventi formativi centrati sulle modalità di organizzazione delle cure domiciliari, sulla tipologia di assistenza garantita, sui livelli di professionalità, sugli strumenti di integrazione istituzionale, professionale e gestionale e sui risultati in termini di salute. Occorre, inoltre, dedicare particolare attenzione alla formazione di tutto il personale coinvolto.

Infatti la capacità di pianificare e attuare il cambiamento delineato dalle scelte strategiche di programmazione regionale, dipende anche dalla valorizzazione e dalla formazione delle risorse umane chiamate ad operare nel sistema dei servizi assistenziali domiciliari integrati.

Si dovrà investire, sia in termini di incremento delle competenze professionali degli operatori, ma anche nella formazione e selezione dei responsabili dei servizi, in modo da favorire la crescita di una classe dirigenziale idonea ad esercitare le funzioni di programmazione, controllo e verifica dei risultati prodotti.

La formazione, leva strategica delle politiche per il personale e del cambiamento organizzativo, va considerata in una logica di *long life learning*, ovvero secondo l'esigenza di continuare ad imparare durante tutto l'arco della vita lavorativa; in questo senso si parla di formazione permanente e continua.

La formazione sarà pianificata, programmata e progettata in stretta relazione con le politiche sanitarie e sociali per diventare strumento fondamentale e condizione indispensabile per la realizzazione dei programmi che i diversi attori dovranno realizzare.

Altro aspetto della azione informativa e formativa, sulla quale la Regione intende investire riguarda lo sviluppo di un sistema di tutela efficace rivolto al delicato livello del *caregiving*, rafforzando le conoscenze, la sicurezza ed il sostegno ai soggetti, familiari o loro incaricati, che hanno per maggior tempo e con continuità in carico il paziente domiciliare. In ogni caso, la strategia formativa

privilegerà le ragioni dell'efficacia, facendo in modo che nelle azioni formative siano compresenti i diversi soggetti interessati alla soluzione dei problemi, per meglio affrontarli e superarli.

### **Tipologia delle azioni formative**

La partecipazione ai percorsi formativi, di seguito enunciati, avviene in sintonia con le normative legislative vigenti e con le normative contrattuali che regolano la formazione continua in sanità.

Descrizione degli interventi previsti:

1. interventi formativi, di tutoraggio ed assistenza per gli operatori pubblici e privati operanti nel settore finalizzati a valorizzare, anche passando da una attenta analisi delle competenze individuali, le risorse umane delle organizzazioni ed aumentarne le capacità, conoscenze e competenze di tipo trasversale in diversi campi tra cui quelli:
  - della comunicazione e relazione interna ed esterna, anche per aumentare il livello di integrazione e lavoro in *team*;
  - della programmazione, progettazione e gestione di servizi, in particolar modo inerenti i sistemi assistenziale e socio-sanitario della Regione;
  - del monitoraggio, della valutazione e del controllo delle attività;
  - dell'organizzazione e valorizzazione di reti tra le istituzioni; in particolare, formazione rivolta al miglioramento delle tecniche di lavoro in team, alla diffusione delle pratiche di dialogo sociale;
  - del controllo di gestione.
2. promozione e/o organizzazione di seminari;
3. produzione e diffusione di materiale, anche per mezzo delle nuove tecnologie informatiche;
4. interventi specifici per ciascuna figura professionale relativi al proprio campo di intervento.

Tra i punti di forza risultanti dall'attivazione delle attività formative, va innanzitutto ricordato quello della creazione di condizioni perché si migliorino sistematicamente le capacità di tutti gli operatori sanitari impegnati nelle attività di ADI come condizione fondamentale per la qualità dell'assistenza, attraverso non solo lo sviluppo di competenze professionali, ma anche l'aumento della capacità di ognuno di lavorare all'interno della propria organizzazione e di rapportarsi all'utenza.

L'Azione attuata dall'ASReM è rivolta agli operatori dipendenti dell'ASReM e/o a quelli dei soggetti affidatari dei servizi domiciliari.

### **Profili professionali coinvolti:**

- Medici di Medicina Generale;
- Medici Specialisti;
- Infermieri;
- Fisioterapisti;
- Psicologi;
- Assistenti Sociali;
- Operatori Socio-Sanitari;
- Assistenti Geriatrici.

### **Enti di provenienza/appartenenza:**

- Dipendenti di strutture sanitarie pubbliche e/o private;
- Dipendenti e collaboratori delle cooperative sociali di servizio;

- Volontari ed operatori delle organizzazioni no profit.

### **Piattaforma regionale per l'e-learning**

La possibilità per il sistema regionale dell'Assistenza Domiciliare Integrata di dotarsi di una piattaforma per la formazione a distanza potrebbe rientrare in una strategia complessiva di investimento già adottata dalla Regione Molise attraverso il progetto *e – Health*, che prevede una serie di misure attivate per raggiungere un'efficienza gestionale dal punto di vista dei costi, della qualità dell'assistenza e della possibilità di accesso dei cittadini ai servizi sanitari. Disporre già di una tecnologia ICT per la realizzazione di una piattaforma di *e-learning* per l'ADI potrebbe infatti essere il primo passo verso la creazione di un sistema regionale di Formazione a distanza intorno al quale promuovere la crescita di una rete informativa e di diffusione di contenuti didattici.

Le Funzioni del sistema:

1. gestione (fornitura e acquisizione) dell'informazione sulle iniziative formative dell'ASReM e della Regione Molise (Piani di formazione, Catalogo corsi, dati economici, reportistica, etc.);
2. raccolta centralizzata delle attività formative svolte;
3. gestione prodotti formativi *on-line*;
4. gestione condivisa delle riviste *on-line*;
5. gestione condivisa materiali didattici dei corsi e di altra documentazione disponibile *on-line* (con possibilità di tracciamento e protezione del diritto d'autore);
6. gestione regionale delle risorse umane dedicate alla formazione (catalogo formatori, progettisti di formazione, esperti di contenuto);
7. supporto alla creazione di documenti e materiali per gruppi di lavoro;
8. offrire la possibilità di costituzione e supporto allo sviluppo di comunità virtuali (di pratiche e di apprendimento).

Vantaggi:

Il sistema formativo, basato su una tecnologia web, offre i seguenti vantaggi:

1. condivisione risorse (materiali, informazioni, prodotti formativi, etc.);
2. acquisizione e strutturazione del *know-how*;
3. riduzione dei costi e ottimizzazione degli investimenti in formazione;
4. sviluppo delle reti professionali;
5. accelerazione dei processi di scambio informativo;
6. valorizzazione del capitale umano regionale.

Sviluppo:

Il sistema di *e-learning* per la formazione nell'ambito delle attività di Assistenza Domiciliare Integrata dovrà adeguarsi agli standard minimi tecnologici attuali dei distretti prevedendone nel contempo i possibili sviluppi.

Pertanto è possibile pensare che tale sistema abbia avvio dalla costruzione di una piattaforma regionale con un percorso di sviluppo modulare per i distretti a seconda dei diversi livelli raggiunti dallo sviluppo delle tecnologie disponibili in ciascuna ex zona distrettuale.

L'attuazione dell'Azione è affidata all'ASReM.

Tabella n. 10 - Obiettivo II S.06. Azione n. 5

Azione	Responsabile		Costo	Fonte di finanziamento
	Assessorato	Direzione/Servizio		
Informazione/formazione per lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze delle figure professionali coinvolte nel sistema ADI	Presidenza della Giunta regionale	Direzione Generale per la Salute	139.500,00	FSC 2007/ 2013

**Obiettivo II S.06. Azione n. 6****Qualificazione e sostegno del lavoro di cura ed assistenza svolto privatamente a domicilio degli anziani da collaboratori privi di qualifiche professionali**

Le famiglie del territorio molisano, sempre più frequentemente, ricorrono al lavoro di cura delle Assistenti Familiari per accudire i propri anziani non autosufficienti nel loro contesto abitativo, sociale e familiare. Ma una progettazione davvero integrata e “a rete” dei servizi di cura agli anziani fragili in una logica di qualità e garanzia di continuità assistenziale presuppone, a fianco del ruolo attivo delle famiglie, una azione incisiva per l'emersione e la qualificazione di soggetti non professionali verso un ruolo attivo di Assistenti Familiari.

L'Azione attuata direttamente dalla Regione Molise prevede un piano di formazione per la qualificazione di operatori esterni all'ASReM ed è rivolta a tutti quei soggetti che operano all'interno della famiglia per il sostegno delle funzioni di accudimento e cura a favore di anziani, non autosufficienti, consentendo così di integrare il modello ADI esistente, con attività di natura socio-assistenziale.

La finalità è quella di garantire affidabilità e competenza al soggetto assistito e agevolare l'evoluzione personale del prestatore d'opera attraverso un sistema di riconoscimento delle competenze acquisite. Gli interventi formativi e di aggiornamento saranno così orientati sia alla formazione al ruolo (legislazione), sia al rafforzamento delle competenze tecniche specifiche (sicurezza, assistenza e igiene), salvaguardando specificità e capacità di integrazione tra professionalità, al fine di garantire un approccio multidimensionale e interdisciplinare alla complessità dei bisogni della persona anziana.

In questa prospettiva, la Regione Molise, con la Delibera di Giunta Regionale del 9 aprile 2010 n. 243 ha approvato, tra l'altro, la revisione del profilo professionale e formativo di “Assistente Familiare” e del relativo sistema certificatorio.

La qualifica di “Assistente Familiare” è conseguita attraverso la frequenza di un percorso formativo della durata di 200 ore, articolato in attività di formazione teorica in aula (120 ore) ed attività pratiche (80 ore) da svolgersi in strutture deputate all'assistenza dei non autosufficienti oppure presso famiglie in affiancamento con un tutor individuato dal soggetto attuatore dell'azione formativa. In caso di presenza di destinatari stranieri, con difficoltà linguistiche, potrà essere previsto un modulo propedeutico di lingua italiana per stranieri della durata minima di 50 ore.

Il percorso formativo è rivolto a occupati, inoccupati o disoccupati senza distinzione di sesso e nazionalità, residenti o domiciliati nella Regione Molise, che abbiano compiuto la maggiore età. Nel

caso di persone occupate, occorre che esse siano impegnate in mansioni di cura e sostegno familiare presso strutture di assistenza (case di cura e/o di riposo) e/o domicili privati.

Per poter presentare domanda di partecipazione al percorso formativo è necessario:

- aver compiuto 18 anni alla data di iscrizione al corso;
- aver assolto all'obbligo formativo. Gli stranieri devono produrre copia conforme all'originale del titolo di studio conseguito all'estero e traduzione asseverata dello stesso;
- aver ottenuto il certificato di idoneità alla mansione, rilasciato dal medico competente, ai sensi della normativa vigente in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro.

Inoltre gli stranieri devono:

- essere in possesso del permesso di soggiorno;
- avere capacità di espressione orale e scritta e grado di conoscenza della lingua italiana che consenta loro di partecipare attivamente al percorso formativo. Tale conoscenza è valutata, dall'Organismo di formazione, attraverso un test d'ingresso.

Il percorso formativo è attivato attraverso un Avviso Pubblico di selezione, rivolto agli Organismi di Formazione (Ente di formazione o raggruppamento di Enti), per la presentazione di una proposta di progettazione e realizzazione del corso di formazione per Assistente Familiare

L'Ente di formazione (o il Raggruppamento) deve garantire lo svolgimento del corso in tre diverse sedi territoriali, ubicate a Campobasso, Termoli ed Isernia, o aree limitrofe, con un numero di allievi minimo di 14 e massimo di 20 unità per ogni sede. Considerando l'utenza potenziale, variegata dal punto di vista delle competenze all'ingresso e degli impegni da assolvere, nonché le attività preliminari da svolgere, è consentito completare le attività proposte in un arco temporale massimo di mesi 8 a partire dalla data stabilita all'interno della Convenzione tra Organismo di formazione aggiudicatario ed Agenzia.

Le competenze acquisite, inoltre, costituiscono credito formativo per la partecipazione alle azioni formative per "Operatore Socio Sanitario" per un massimo di 120 ore da attribuire in base alla normativa regionale vigente.

L'intervento prevede, inoltre, l'istituzione di un Albo regionale degli Assistenti familiari, contenente i nominativi degli operatori che hanno frequentato con successo i corsi, con l'intento di favorire un incontro qualificato tra la domanda e l'offerta.

**Tabella n. 11 - Obiettivo II S.06. Azione n. 6**

Azione	Responsabile		Costo	Fonte di finanziamento
	Assessorato	Direzione/Servizio		
Qualificazione e sostegno del lavoro di cura ed assistenza svolto privatamente a domicilio degli anziani da collaboratori privi di qualifiche professionali	Presidenza della Giunta regionale	Direzione Generale per la Salute	600.000,00	FSC 2007/ 2013
	Assessorato alle Politiche Sociali	Servizio Politiche Sociali		

**Obiettivo II S.06. Azione n. 7****Implementazione dell'Assistenza Domiciliare per pazienti con gravi patologie per qualificare ed integrare gli interventi socio-sanitari ed evitare il ricorso ai ricoveri impropri.**

La necessità di costruire un sistema di servizi integrati a rete attraverso la qualificazione della spesa sociale e sanitaria impone di ripensare le caratteristiche della rete dei Servizi esistenti in favore di una maggiore qualificazione e appropriatezza degli interventi e delle risposte assistenziali.

L'Azione prevede l'implementazione del servizio di Assistenza Domiciliare per pazienti, ultrasessantacinquenni, affetti da gravi patologie. Essa è finalizzata ad aumentare il numero di pazienti in ADI in media-alta intensità assistenziale, che allo stato attuale, data la carenza di figure professionali dedicate e di medici specialisti, non è possibile soddisfare completamente. L'implementazione di tale attività è essenziale per evitare che la riduzione di posti letto ospedalieri, da effettuare in linea con la nuova normativa in materia di standard ospedalieri, si traduca in riduzione dell'offerta di salute in generale.

Il servizio, attraverso le varie forme di assistenza, inserendosi nell'ambito della qualificazione diffusa della rete dei servizi, persegue lo scopo di favorire la permanenza a domicilio dell'utente, valorizzare la risorsa famiglia, evitare i ricoveri impropri, favorire il mantenimento/recupero delle abilità residue del malato e dell'unità familiare.

Attualmente il numero di assistiti *over 65* in ADI, risultante anche dai modelli FLS21, è pari a 3.487unità (Cfr. § 4.1). Attraverso l'utilizzo di dette risorse si prevede un miglioramento in termini qualitativi e quantitativi del servizio attualmente reso attraverso una presa in carico qualificata, con un aumento di ore di assistenza erogata, soprattutto per i pazienti affetti da patologie complesse, in nutrizione artificiale, in ventilazione assistita e con gravi patologie neurologiche. E' previsto, altresì, un aumento degli assistiti presi in carico, nel corso del prossimo triennio, stimata intorno alla percentuale del 5%, derivante dalla diminuzione dei ricoveri impropri e dal potenziamento dell'assistenza domiciliare.

La Regione Molise, attualmente in Piano di Rientro, anche alla luce del recente Regolamento sugli standard ospedalieri approvati dal Governo, dovrà rimodulare la propria riorganizzazione sanitaria attraverso la riconversione degli ospedali di piccole dimensioni quali quelli di Agnone, Venafro e Larino. La richiesta, sempre più pressante, di dare maggiore garanzia di continuità assistenziale, da un lato al termine del percorso di cure dal momento del ricovero ospedaliero al rientro a domicilio e, dall'altro di garantire il mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti ormai stabilizzate, richiede un maggior coordinamento tra la rete delle risposte sanitarie territoriale e quelle dell'area dell'integrazione sociosanitaria. Tale riorganizzazione richiede, necessariamente, un potenziamento delle attività di assistenza domiciliare in favore dei pazienti anziani *over 65*.

La Regione Molise intende consolidare l'esistente servizio di ADI, assicurato dalla ASREM sia con personale interno, sia con l'implementazione del servizio di assistenza domiciliare integrata resa attraverso le prestazioni erogate da cooperative con comprovata esperienza nella gestione di servizi di assistenza domiciliare a carattere sanitario e socio-sanitario che siano in grado di assicurare la presa in carico delle esigenze assistenziali dei pazienti e, sia con l'introduzione di

innovativi sistemi di monitoraggio dei pazienti anziani affetti da patologie cardiovascolari, quali ad esempio la telecardiologia, proponendo anche uno sviluppo dei sistemi informativi ed informatici di gestione e controllo dei servizi ed avendo una adeguata capacità e flessibilità di risposta organizzativa ed operativa ivi compresa la capacità di realizzare, attraverso idonei momenti di formazione, lo sviluppo di specifiche competenze del proprio personale.

Il potenziamento del numero degli utenti attualmente presi in carico ed il miglioramento della qualità e quantità delle prestazioni rese, reso possibile dall'utilizzo delle risorse degli Obiettivi di Servizio troverà la sua naturale prosecuzione al termine della riorganizzazione attualmente in atto della rete sanitaria regionale, anche attraverso la riallocazione di personale dipendente ospedaliero nelle reti territoriali.

Il servizio, già attivo, che si intende implementare prevede:

- la realizzazione di un servizio di assistenza domiciliare socio-sanitaria attraverso una modalità organizzativa e operativa che sia attuata, secondo gli indirizzi ministeriali e regionali, con l'individuazione di diversi livelli e tipologie di cure domiciliari di diversa tipologia ed intensità;
- la progressiva definizione di standard e procedure uniformi di servizio su tutto il territorio di pertinenza;
- la realizzazione di un adeguato sistema informativo/informatizzato al fine di monitorare gli aspetti qualitativi dei servizi, di disporre di dati epidemiologici e di verificare costantemente i livelli di efficacia e di spesa dei servizi attraverso lo sviluppo e l'implementazione del cruscotto ADI di cui all'Azione 1.

Di fondamentale importanza è il funzionamento delle Porte Uniche di Accesso, già presenti presso ciascuna realtà distrettuale, quale accesso al sistema integrato di interventi e servizi socio-sanitari e quale luogo fisico unitario cui possa rivolgersi il cittadino evitando dispersive ricerche e risposte adeguate ai propri bisogni. Il potenziamento di tale primo e fondamentale anello, di un più ampio percorso di presa in carico della persona anziana, si rende necessario al fine dell'avvio della sua presa in carico, fino alla valutazione multidimensionale e alla costruzione di un piano personalizzato di assistenza. La PUA costituisce un sistema unico di accoglienza della domanda in grado di offrire al cittadino, simultaneamente, tutta la gamma di opportunità offerta dalla rete locale dei servizi e consentirgli di percorrere, a partire da un solo punto di accesso, l'intera rete dei servizi sociosanitari. L'attivazione dell'assistenza, richiesta dal medico responsabile delle cure del paziente, prevede il coinvolgimento del MMG (Medici di Medicina Generale) nella definizione degli obiettivi e dei processi assistenziali attraverso la valutazione multidimensionale.

L'utilizzo di tali risorse consentirà il potenziamento delle attuali UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) con personale dedicato al fine di velocizzare e di specializzare la presa in carico dell'assistito anziano con l'individuazione di un piano di cura con intervento di tipo multidisciplinare.

L'attuazione dell'Azione sarà affidata all'ASReM e avrà durata triennale

Tabella n. 12 - Obiettivo II S.06. Azione n.7

Azione	Responsabile		Costo	Fonte di finanziamento
	Assessorato	Direzione/Servizio		
Implementazione dell'Assistenza Domiciliare per pazienti con gravi patologie per qualificare ed integrare gli interventi socio-sanitari ed evitare il ricorso ai ricoveri impropri	Presidenza della Giunta regionale	Direzione Generale per la Salute	2.100.000,00	FSC 2007/ 2013
			3.097.739,74	Risorse residue OdS (Delibera CIPE n. 79/2012)
<b>TOTALE</b>			<b>5.197.739,74</b>	

**Obiettivo II S.06. Azione n. 8****Automatizzazione della gestione dei servizi di assistenza domiciliare**

La peculiarità del servizio di Assistenza Domiciliare rende necessaria la possibilità di controllare e di verificare puntualmente le attività svolte. Il servizio non si svolge in una singola struttura ma presso le abitazioni degli utenti presi in carico. E' necessario, per questo, garantire un'assistenza efficace ed efficiente.

In alcuni casi gli operatori, che provvedono a fornire i servizi agli assistiti, non sono dipendenti degli Enti Istituzionali che erogano i servizi, ma sono organizzati in associazioni o cooperative, che devono rendere conto delle attività effettuate e della regolarità e qualità del loro operato. Occorre che l'attività svolta dagli operatori risponda a precisi criteri di tracciabilità, in modo che risultino le visite effettuate presso gli assistiti, con evidenza dei relativi orari, dei servizi prestati, ecc.

L'Azione prevede l'acquisto di terminali palmari per l'automazione della gestione dei servizi di assistenza domiciliare. L'utilizzo di un'apparecchiatura che consenta di stabilire non solo l'effettiva presenza dell'operatore presso il paziente ma anche la tipologia delle prestazioni rese durante il servizio, nonché la durata delle stesse, rappresenta garanzia di qualità del servizio migliorandone l'organizzazione attraverso un regolare flusso di informazioni.

E' previsto l'acquisto di apparecchi *smartphone* e di un *software* dedicato, da collegare all'attuale sistema informatico regionale al fine di monitorare, sia in termini di controllo che di qualità, il servizio reso ai pazienti.

L'attuazione dell'Azione è affidata all'ASReM.

Tabella n. 13 - Obiettivo II S.06. Azione n. 8

Azione	Responsabile		Costo	Fonte di finanziamento
	Assessorato	Direzione/Servizio		
Automatizzazione della gestione dei servizi di assistenza domiciliare	Presidenza della Giunta regionale	Direzione Generale per la Salute	125.000,00	FSC 2007/ 2013
	Assessorato alle Politiche Sociali	Servizio Politiche Sociali		

## **Obiettivo II S.06. Azione n. 9**

### **Potenziamento dell'Assistenza Domiciliare per le persone affette dal morbo di Alzheimer**

La Regione Molise nel 2006 ha emanato, con deliberazione di Giunta Regionale del 17 ottobre 2005 n. 1423, le Linee Guida per l'erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare Alzheimer (ADA) sull'intero territorio Regionale con l'intento di garantire un servizio di assistenza a persone parzialmente o totalmente non autosufficienti inserite in un contesto familiare con l'obiettivo di riportare l'individuo ed i suoi bisogni al centro della rete dei Servizi.

Il servizio di ADA ha avuto il merito di diffondere una cultura assistenziale qualificata ed ha raggiunto ottimi risultati tanto da essere ancora in corso, ma l'elevato numero di soggetti anziani con deterioramento cognitivo, nonché la previsione di un progressivo aumento di tali patologie e, conseguentemente, delle prestazioni di cura da effettuare negli anni a venire, suggeriscono di ampliare il numero di utenti assistiti per assicurare ad un maggior numero di malati di Alzheimer, ma soprattutto ai nuclei familiari coinvolti, interventi capaci di garantire l'appropriatezza delle risposte assistenziali.

La presente Azione attuata dall'ASReM prevede il potenziamento dell'Assistenza Domiciliare per le persone anziane affette dal morbo di Alzheimer attraverso un piano triennale di Assistenza Domiciliare Alzheimer (ADAh) nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Essa risponde all'esigenza di confermare, potenziare e qualificare, su tutto il territorio regionale, il servizio di assistenza domiciliare nei confronti di pazienti anziani affetti da Alzheimer e più in generale da patologie dementigene. L'ADA viene richiesto principalmente per pazienti con grave compromissione cognitiva ma che evidenziano disturbi comportamentali ancora gestibili in ambiente domestico; convivere con un malato affetto da una simile patologia è tuttavia oggettivamente gravoso, spesso anche molto stressante, determinando talvolta veri e propri disturbi ansioso/depressivi. Diviene così necessario agire oltre che sul paziente anche sulla famiglia, offrendo una pluralità di interventi socio-sanitari in rapporto sinergico garantendo l'integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali attraverso una programmazione unitaria delle attività e dei servizi da parte della ASReM, per il tramite dei Distretti Socio-Sanitari, in un'ottica di condivisione della pianificazione territoriale.

Si prevede che attraverso l'implementazione dell'Azione gli utenti presi in carico passeranno da 100 a 200 unità.

Con la determinazione della Giunta regionale n. 55 del 3 febbraio 2015 è stato approvato il Progetto Esecutivo per il "Potenziamento dell'assistenza domiciliare per le persone affette dal morbo di Alzheimer (ADAh) per il triennio 2015-2017. Il Progetto prevede l'attivazione di ambulatori "dedicati" in grado di garantire la diagnosi e la presa in carico tempestiva del paziente con demenza, la continuità assistenziale ed un corretto approccio alla persona ed alla famiglia nelle diverse fasi della malattia e nei diversi contesti di vita e di cura (Modello CDCD - Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze).

I CD – Centri di Demenza saranno coordinati da un Referente aziendale e verranno attivati presso ogni Distretto sanitario con il compito di gestire la fase diagnostica e provvedere, al termine di questa, all'inserimento nel percorso assistenziale. All'interno del CD opereranno specialisti neurologi, geriatri e psichiatri per un numero di ore calibrato sull'incidenza distrettuale della

malattia.

**Tabella n. 14 - Obiettivo II S.06. Azione n. 9**

Azione	Responsabile		Costo	Fonte di finanziamento
	Assessorato	Direzione/Servizio		
Potenziamento dell'Assistenza Domiciliare per le persone affette dal morbo di Alzheimer	Presidenza della Giunta regionale	Direzione Generale per la Salute	1.350.000,00	FSC 2007/ 2013

## Obiettivo II S.06. Azione n. 10

### Assistenza tutelare di base

L'Azione prevede il potenziamento del sistema della "presa in carico socio-sanitaria domiciliare" mediante l'erogazione di assistenza tutelare di base svolta da operatori qualificati (O.S.S. e/o O.S.A.) nei casi di "nuclei familiari deboli".

L'Azione avrà durata triennale ed ha la finalità di sostenere le spese che gli Ambiti Territoriali Sociali sopportano per l'assistenza a domicilio di anziani fragili, a condizione che la maggior parte di questi siano correttamente arruolata in ADI.

Attraverso questa Azione si garantisce la c. d. "Assistenza tutelare" prevista nell'ambito dell'ADI e che il DPCM 14 febbraio 2001, confermato dal DPCM 29 novembre 2001, pone a carico dei Comuni in forma singola o associata.

Il servizio socio-sanitario si farà carico anche della parte di tutela personale, nei casi di utenti/pazienti che abbiano bisogno di assistenza sanitaria e/o sociale in forma domiciliare, con nuclei familiari non in grado di assisterli.

Questo tipo di assistenza, che annovera tra le sue prestazioni tipiche la cura e l'igiene personale della casa, la tutela sociale, il contrasto alla solitudine, ecc., nei casi a forte integrazione socio-sanitaria è la condizione necessaria affinché il paziente permanga nel suo domicilio e si eviti il ricovero in strutture sanitarie (lungodegenza) o socio-sanitarie (RSA) con un evidente beneficio sia per l'utente stesso che per la spesa sanitaria regionale.

Detta parte del sistema dell'ADI, in Molise, è in fortissima sofferenza in quanto i Comuni, sia in forma singola che associata, attraverso gli Ambiti Territoriali Sociali, sono in gravissima difficoltà finanziaria e non riescono a garantire il servizio, se non in forma ridottissima.

In un'ottica di integrazione socio-sanitaria e di presa in carico globale dell'anziano, la scelta dei risultati da conseguire e le azioni per ottenerli, sono orientate, dall'esigenza di riservare una attenzione particolare alla componente socio-assistenziale dei servizi, che risulta essere, in alcuni casi, molto critica e poco presidiata, anche alla luce della contrazione del trasferimento di risorse ordinarie dedicate alle politiche sociali, in generale, e alla non autosufficienza, in particolare. Tale componente è fondamentale sia per rispondere pienamente agli obiettivi generali di riequilibrio territoriale dei servizi, sia quale stimolo al mercato del lavoro.

L'Azione ha un effetto diretto sull'Indicatore S.06 in quanto aumenta il numero di pazienti potenzialmente assistibili a domicilio, determinando un aumento della domanda potenziale, e, sul lato dell'offerta, consente l'erogazione del servizio ADI a pazienti che ne sarebbero esclusi.

Con la determinazione della Giunta regionale n. 50 del 30 gennaio 2015 è stato approvato il progetto esecutivo per l'Assistenza tutelare di base per il triennio 2015-2017.

Il predetto progetto esecutivo ha attribuito le risorse disponibili, ai 7 Ambiti Territoriali Sociali (ATS) in base alla percentuale derivante dal rapporto fra il numero di anziani ultrasessantacinquenni residenti in ciascun ATS e il totale della popolazione anziana ultrasessantacinquenne residente in Molise.

**Tabella n. 15 - Obiettivo II S.06. Azione n. 10**

Azione	Responsabile		Costo	Fonte di finanziamento
	Assessorato	Direzione/Servizio		
Assistenza tutelare di base	Assessorato alle Politiche Sociali	Servizio Politiche Sociali	3.000.000,00	FSC 2007/ 2013

#### **Obiettivo II S.06. Azione n. 11**

##### **Facilitazione dell'accesso dell'utente ai servizi sociosanitari attraverso un'efficiente implementazione delle Porte Unitarie di Accesso (PUA) e la realizzazione di processi di valutazione omogenei (UVM)**

L'Azione consiste nel facilitare l'accesso dell'utente ai servizi sociosanitari attraverso un'efficiente implementazione delle Porte Unitarie di Accesso (PUA) e la realizzazione di processi di valutazione omogenei (UVM).

Alla luce della nuova proposta di Piano Sanitario Regionale 2013-15, la PUA, e il sistema di gestione delle cure territoriali, assumono un ruolo centrale, nell'ottica della riduzione del tasso di ospedalizzazione con lo specifico intento di rendere integrato e omogeneo il sistema di accesso ai servizi socio-sanitari territoriali e quelli socio-assistenziali territoriali, attraverso un'azione concreta e quotidiana di lavoro collaborativo tra strutture organizzative e professionali afferenti all'ambito sanitario e sociale.

L'Azione prevede la messa a regime del sistema PUA/SVAMA/UVM/PAI con l'estensione ai disabili, anche attraverso il concreto utilizzo della SVAM-Di (Scheda di Valutazione Multidimensionale Disabili), e agli adulti fragili delle procedure e delle prestazioni ad essa connesse.

L'Azione prevede, inoltre, attraverso un lavoro costante di manutenzione e adeguamento delle procedure, l'abbattimento dei tempi che intercorrono tra l'adozione dei piani di assistenza temporanei (P.O.P.) in Piani di Assistenza Individualizzata (PAI), evitando così l'erogazione di servizi e prestazioni potenzialmente impropri e conseguendo una riduzione dei relativi costi.

L'Azione è attuativa degli obiettivi posti e delle raccomandazioni contenute nel Patto della Salute 2014/2016 ed ha un effetto diretto sull'indicatore S.06 in quanto aumenta e qualifica sul territorio la presenza di punti in cui è possibile richiedere le prestazioni ADI per le persone anziane. Consente,

inoltre, il coordinamento territoriale degli enti e dei soggetti che, a vario titolo, sono coinvolti nell'assistenza dell'anziano, proponendo e disponendo l'arruolamento degli anziani nell'ADI.

L'attuazione dell'Azione è affidata all'ASReM.

**Tabella n. 16 - Obiettivo II S.06. Azione n. 11**

Azione	Responsabile		Costo	Fonte di finanziamento
	Assessorato	Direzione/Servizio		
Facilitazione dell'accesso dell'utente ai servizi sociosanitari attraverso un'efficiente implementazione delle Porte Unitarie di Accesso (PUA) e la realizzazione di processi di valutazione omogenei (UVM)	Presidenza della Giunta regionale	Direzione Generale per la Salute	1.500.000,00	FSC 2007/ 2013

#### **Obiettivo II S.06. Azione n. 12**

##### **Completamento residenza per anziani – Comune di Palata**

L'intervento prevede il completamento della residenza per anziani nel comune di Palata. La struttura, ubicata lungo la Strada comunale Fontanelle, è composta da tre livelli per un totale di 700 mq. Il piano terra ospita i locali a servizio della struttura (sala polivalente e soggiorno comune, cucina e locali accessori, atrio-ingresso, parrucchiere-pedicure, palestra, ufficio amministrativo, ambulatorio, infermeria, spogliatoi del personale, camera mortuaria, locale per il culto, depositi vari e servizi igienici), il primo piano ospita 12 camere da letto per un totale di 20 posti letto, e il secondo piano ospita 8 stanze per un totale di 12 posti letto, sala infermieri e spazi adibiti al deposito di biancheria sporca e pulita oltre al materiale di pulizia.

L'Azione prevede interventi strutturali relativi ad opere di contenimento e di sistemazione esterna (muri di contenimento in cemento armato) necessari per una ridefinizione generale degli spazi con l'individuazione dei percorsi pedonali e di quelli carrabili in relazione alla ripartizione funzionale esistente degli ambienti e dei locali di servizio. E' prevista, inoltre, la realizzazione di una copertura leggera, in legno lamellare, in corrispondenza dei parcheggi riservati al personale, ricavati all'interno degli spazi risultanti dalla demolizione controllata del rudere in cemento armato antistante il fronte est della residenza. La forma della copertura garantirà la possibilità di installare, in futuro, un impianto fotovoltaico del tipo a film sottile in silicio amorfo, le cui apparecchiature e strumenti di manovra potranno essere alloggiati nel vano tecnico appositamente ricavato a margine dei parcheggi.

Tabella n. 17 - Obiettivo II S.06. Azione n. 12

Azione	Responsabile		Costo	Fonte di finanziamento
	Assessorato	Direzione/Servizio		
Completamento residenza per anziani – Comune di Palata	Presidenza della Giunta regionale	Direzione Generale per la Salute	600.000,00	FSC 2007/ 2013

**Obiettivo II S.06. Azione n. 13****Riqualificazione immobile in Casa protetta per anziani – Comune di Ripabottoni**

Gli interventi di riqualificazione, previsti nella presente Azione, sono relativi all'adeguamento, della parte ancora in disuso e alla sistemazione esterna della struttura "Casa protetta comunale".

L'opera prevede:

- la realizzazione di un nuovo nucleo di alloggi, composto da ulteriori 3 stanze singole, nel corpo B della struttura. Nello specifico, il progetto prevede la realizzazione, nelle 3 stanze, dell'impianto idrico-sanitario e di scarico, dell'impianto elettrico, dell'impianto termico, dell'impianto di sicurezza ed antincendio, dei massetti, dei pavimenti, dei rivestimenti, delle controsoffittature e delle pitture. Le stanze, di ampiezza fra i 14 e i 15 mq, saranno dotate di servizi igienici attrezzati per la non autosufficienza.
- la riqualificazione del corpo A che sarà destinato ad ospitare le attività collettive fondamentali per la vita sociale degli ospiti della Casa. Si prevede di realizzare una nuova suddivisione degli spazi interni che porteranno alla creazione di un ingresso, un salone e due w.c. di cui uno per disabili. Gli ambienti saranno completi di impianto idrico – sanitario e di scarico, impianto elettrico, impianto di climatizzazione, impianto di sicurezza antincendio. Verranno sostituiti gli infissi esterni e verranno effettuate lavorazioni atte a isolare termicamente il corpo A.
- la sistemazione dell'area antistante la struttura, destinata a zona parcheggio.

Tabella n. 18 - Obiettivo II S.06. Azione n. 13

Azione	Responsabile		Costo	Fonte di finanziamento
	Assessorato	Direzione/Servizio		
Riqualificazione immobile in casa protetta per anziani – Comune di Ripabottoni	Presidenza della Giunta regionale	Direzione Generale per la Salute	335.500,00	FSC 2007/ 2013

Nella Tabella che segue si riporta il totale delle risorse disponibili per gli interventi destinati ai servizi di cura per gli anziani.

Tabella n. 19 – Totale risorse disponibili

Risorse	Importo
Risorse residue Obiettivi di Servizio - Delibera del CIPE n. 79/2012	3.097.739,74
Risorse della Linea di intervento IV.B "Rete sociosanitaria regionale" dell'Asse IV "Inclusione e Servizi Sociali" del PAR FSC Molise 2007/2013	13.420.000,00*
<b>Totale complessivo</b>	<b>16.517.739,74</b>
<b>Totale risorse disponibili per le Azioni da n.1 a n. 13</b>	<b>15.167.739,74</b>

\*nel totale è compreso anche l'intervento "Servizio di Telesoccorso-teleassistenza-telemedicina" pari a euro 1.350.000,00 attivato con la DGR n. 31 del 15 gennaio 2013

Nella Tabella 20 sono indicate le Azioni che hanno un impatto diretto sull'indicatore S.06. "Presenza in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata" con l'indicazione della fonte finanziaria, le risorse interessate e gli utenti presi in carico.

Tabella n. 20 – Azioni che hanno un impatto diretto sull'indicatore S.06 - Fonte di finanziamento e utenti presi in carico

Azioni	Importo (euro)	Fonte di finanziamento	Stato attuazione intervento	Utenti presi in carico	
				TOT	Di cui nuovi utenti
<b>Azione n. 7</b>	2.100.000,00	FSC 2007-2013			
Implementazione dell'Assistenza Domiciliare per pazienti con gravi patologie per qualificare ed integrare gli interventi socio-sanitari ed evitare il ricorso ai ricoveri impropri	3.097.739,74	Risorse residue OdS (Delibera Cipe n. 79/2012)	Programmato	3.661	174
	<b>5.197.739,74</b>				
<b>Azione n. 9</b>					
Potenziamento dell'Assistenza Domiciliare per le persone affette dal morbo di Alzheimer	<b>1.350.000,00</b>	FSC 2007-2013	Attivato	200	100
<b>Azione n. 10</b>					
Assistenza tutelare di base	<b>3.000.000,00</b>	FSC 2007-2013	Attivato	130	130
<b>TOTALE</b>	<b>9.547.739,74</b>				

Tabella n. 21 – Riepilogo Azioni e Fonti di Finanziamento

Azione	Costo	Fonte di Finanziamento
1 - Integrazione delle politiche sociali e sanitarie e realizzazione del cruscotto di controllo dell'ADI	520.000,00	FSC 2007/ 2013
2 - Potenziamento delle dimissioni protette	1.300.000,00	FSC 2007/2013
3 - Acquisto di sistemi portatili di diagnostica per immagini	400.000,00	FSC 2007/ 2013
4 - Attività di informazione ed aggiornamento per i medici di medicina generale	100.000,00	FSC 2007/ 2013
5 - Informazione/formazione per lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze delle figure professionali coinvolte nel sistema ADI	139.500,00	FSC 2007/ 2013
6 - Qualificazione e sostegno del lavoro di cura ed assistenza svolto privatamente a domicilio degli anziani da collaboratori privi di qualifiche professionali	600.000,00	FSC 2007/ 2013
	2.100.000,00	FSC 2007/ 2013
7 - Implementazione dell'Assistenza Domiciliare per pazienti con gravi patologie per qualificare ed integrare gli interventi socio-sanitari ed evitare il ricorso ai ricoveri impropri	3.097.739,74	Risorse residue OdS (Delibera CIPE n. 79/2012)
	5.197.739,74	
8 - Automatizzazione della gestione dei servizi di assistenza domiciliare	125.000,00	FSC 2007/ 2013
9 - Potenziamento dell'Assistenza Domiciliare per le persone affette dal morbo di Alzheimer	1.350.000,00	FSC 2007/ 2013 (Azione attivata con la DGR n. 55 del 3 febbraio 2015)
10 - Assistenza tutelare di base	3.000.000,00	FSC 2007/ 2013 (Azione attivata con la DGR n. 50 del 30 gennaio 2015)
11 - Facilitazione dell'accesso dell'utente ai servizi sociosanitari attraverso un'efficiente implementazione delle Porte Unitarie di Accesso (PUA) e la realizzazione di processi di valutazione omogenei (UVM)	1.500.000,00	FSC 2007/ 2013
12 - Completamento residenza per anziani – Comune di Palata	600.000,00	FSC 2007/ 2013
13- Riqualificazione immobile in casa protetta per anziani – Comune di Ripabottoni	335.500,00	FSC 2007/ 2013
<b>TOTALE</b>	<b>15.167.739,74</b>	<b>12.070.000,00</b> FSC 2007/2013 <b>3.097.739,74</b> Risorse OdS
Servizio di Telesoccorso - Teleassistenza – Telemedicina"	1.350.000,00	FSC 2007/ 2013 (in corso di realizzazione – DGR n. 31 del 15 gennaio 2013)
<b>TOTALE RISORSE</b>	<b>16.517.739,74</b>	

**6. CRONOPROGRAMMA**

Azioni	2014	2015	2016	2017
1 - Integrazione delle politiche sociali e sanitarie e realizzazione del cruscotto di controllo dell'ADI				
2 - Potenziamento delle dimissioni protette				
3 - Acquisto di sistemi portatili di diagnostica per immagini				
4 - Attività di informazione ed aggiornamento per i medici di medicina generale				
5 - Informazione/formazione per lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze delle figure professionali coinvolte nel sistema ADI				
6 - Qualificazione e sostegno del lavoro di cura ed assistenza svolto privatamente a domicilio degli anziani da collaboratori privi di qualifiche professionali				
7 - Implementazione dell'Assistenza Domiciliare per pazienti con gravi patologie per qualificare ed integrare gli interventi socio-sanitari ed evitare il ricorso ai ricoveri impropri				
8 - Automatizzazione della gestione dei servizi di assistenza domiciliare				
9 - Potenziamento dell'Assistenza Domiciliare per le persone affette dal morbo di Alzheimer				
10 - Assistenza tutelare di base				
11 - Facilitazione dell'accesso dell'utente ai servizi sociosanitari attraverso un'efficiente implementazione delle Porte Unitarie di Accesso (PUA) e la realizzazione di processi di valutazione omogenei (UVM)				
12 - Completamento residenza per anziani – Comune di Palata				
13 - Riqualificazione immobile in casa protetta per anziani – Comune di Ripabottoni				