

PARTE 2°



RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Premessa

Il sistema sanitario della Regione Campania in tutte le analisi che sono state prodotte, sia con riferimento alla adeguatezza delle strutture, dei posti letto e dell'assetto territoriale, sia con riferimento alla spesa ha evidenziato la assoluta necessità che una buona programmazione riequilibri il rapporto oggi esistente fra livello essenziale ospedaliero e livello essenziale di assistenza territoriale, spostando sul territorio risorse umane e tecnologiche, atte a garantire percorsi diagnostici e terapeutici che oggi trovano inappropriate risposte negli ospedali.

L'importanza della continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del paziente come mezzo fondamentale per rendere effettivo il diritto alla salute del cittadino è ribadito anche nel nuovo Patto per la Salute 2010-2012.

Passaggio fondamentale per raggiungere tale obiettivo è la razionalizzazione della funzione ospedaliera, finalizzata anche al recupero di maggior efficienza nell'utilizzo delle risorse.

Per la Campania che oggi destina più risorse della media del Paese all'assistenza ospedaliera, esistono ampi margini per intervenire in questa direzione.

E' pertanto necessaria la condivisione dell'assunto culturale che soltanto la conoscenza del bisogno reale consente l'individuazione e l'eliminazione della domanda indotta, per cui l'appropriatezza è da ricercare non solo nella risposta erogativa, quanto anche, e soprattutto, nel complesso contesto sociologico che sottende alla formazione della domanda stessa: solo dopo che la domanda è stata individuata come espressione di un reale bisogno, va poi ricercata la modalità dell'intervento nonché l'ambito di cura più appropriato nell'ottica di privilegiare comportamenti che vedano la ricerca di efficienza quale discriminante di percorsi egualmente efficaci.

Si deve sostanziare quindi la ricerca dell'efficacia e dell'appropriatezza clinica, attraverso l'elaborazione di linee guida diagnostico-terapeutiche condivise e la ricerca dell'appropriatezza



nell'ambito della cura attraverso l'elaborazione di percorsi assistenziali condivisi per macropatologie.

L'appropriatezza dell'ambito di cura impone che la rete di offerta sia configurata quale un insieme fortemente integrato Ospedale-Territorio e, pertanto, la modalità di produzione dell'offerta sia individuata come una piattaforma unica, a valenza sia territoriale che ospedaliera: L'appartenenza all'uno o all'altro livello non deve contenere più elementi di divisione, di funzioni o attività, ma deve rappresentare soltanto una linea continua di gradienti di intensità della risposta socio – assistenziale - sanitaria calibrata sul reale bisogno di salute.

Con un tale modello possiamo individuare quali sono i determinanti economici che sottendono le convenienze strategiche per una ASL finanziata a quota capitaria:

- a. non inflazionare il volume delle prestazioni erogate, moderando il più possibile la produzione, fino al punto in cui questo non generi aumento della fuga sanitaria,
- b. intervenire a monte del processo di deterioramento della salute e non a valle, privilegiando interventi di prevenzione, educazione sanitaria, diagnosi precoce,
- c. ricercare l'efficacia delle cure, evitando reiterazioni e duplicazioni,
- d. individuare percorsi che ottimizzino i rapporti efficacia/costo per minimizzare la spesa per assistito mirando a non perdere in efficacia, che aumenterebbe i costi assistenziali,
- e. attrarre e mantenere la domanda nei circuiti aziendali interni e attrarre import sanitario, limitando l'export sanitario alle sole specialità non presenti in azienda,
- f. negoziare e sottoscrivere con i fornitori esterni contratti interaziendali che disciplinino il consumo delle alte specialità per stabilizzarne i volumi, prezzi e percorsi, sterilizzando il più possibile il pericolo di mobilità in uscita indotta,
- g. governare la domanda nella triplice accezione di: eliminare la domanda impropria, indirizzarla nelle strutture interne all'ASL o in quelle contrattate, inviarla lungo i percorsi aziendali definiti che massimizzano il rapporto efficacia/costo.

Tutto questo configura la creazione di un "Distretto forte" con un ruolo centrale nel sistema di conoscenza del bisogno reale dei cittadini e di governo dei percorsi di soddisfacimento della domanda.

Per ottenere questo è anche indispensabile elaborare strategie volte a creare un rapporto di partnership tra Medici di Medicina generale (MMG), Pediatri di libera scelta (PLS) ed Azienda, attraverso un mutamento culturale dei rapporti che intercorrono tra azienda e professionisti per giungere alla definizione di obiettivi comuni di salute, all'elaborazione di percorsi condivisi ed alla progressiva introduzione del concetto di "Gestione Controllata delle Risorse".

Si vuole proporre in modo nuovo il ruolo del territorio, recuperando una posizione centrale dei MMG e PLS che garantiscano un approccio centrato sulla persona.

I MMG e PLS in sinergia con il personale dei distretti, sono il punto di riferimento primario nella gestione della persona, progettando i profili di assistenza a livello distrettuale insieme a tutti gli altri servizi individuati nella gestione del caso. Si potrà così potenziare "la Presa in Carico" attraverso un percorso verso cui indirizzare la persona, che tenendo conto da un lato delle Linee Guida e dall'altro della concreta potenzialità del territorio in termini di offerta dei servizi, riesca a limitare l'accesso a prestazioni e servizi impropri.

1. Quadro attuale

La legge regionale n. 16 del 28.11.2008 ha modificato in maniera sostanziale l'ambito di riferimento del territorio di ogni singola ASL, assumendo il modello di ASL Provinciale, ad eccezione della Provincia di Napoli che è stata divisa in tre aziende Napoli 1 centro, Napoli 2 Nord e Napoli 3 Sud.

Anche i Distretti sono stati modificati nel senso di una riduzione del loro numero che è passato da 97 a 72 con scomparsa di tutti i distretti piccoli.

L'aumento della popolazione di riferimento e, soprattutto l'estensione del territorio di competenza, caratterizzato spesso da decine di Comuni, riporta in primo piano quanto affermato nella premessa che, cioè, la filosofia del distretto forte è quella che deve guidare il presente piano di riorganizzazione del livello di assistenza territoriale.





1.1 Assetti organizzativi Distretti-Ambiti territoriali

Una importante criticità che resta da superare e che costituisce uno degli obiettivi da programmare è il mancato allineamento fra i nuovi territori dei distretti e gli ambiti sociali; la proposta è la formulazione di un piano di riallineamento dei 52 ambiti territoriali con i 72 distretti sanitari - da approvare con atto giuntale - e che delinea percorsi amministrativi e gestionali per realizzare la perfetta coincidenza.

Tale piano da concludersi entro il 31.12.2010 dovrà prevedere attività ed azioni tese a rimuovere le difficoltà della riorganizzazione proposta, nonché i tempi tecnici utili.

2. Il distretto

Il Distretto Sociosanitario, inteso come un sistema complesso, è il luogo dove si producono risposte di salute.

Il Distretto rappresenta da decenni, in teoria, il centro della programmazione sociale e sanitaria, la sede della lettura dei bisogni della popolazione, dove è possibile stabilire le vere priorità territoriali e quindi programmare, per tappe, gli interventi a misura del singolo cittadino e delle singole famiglie.

Nel Distretto agiscono i determinanti distali della salute (ambiente, relazioni sociali, condizione economica, livello di istruzione) e si realizzano quelli prossimali (comportamenti, stili di vita).

Questa dimensione territoriale agisce da facilitatore delle politiche integrate coerenti con i bisogni del territorio, nel rendere più agevole ed efficace la partecipazione dei cittadini e mantenere vivo il circuito metodologico virtuoso tra: analisi territoriale – programmazione-monitoraggio – valutazione.

Obiettivo prioritario è quindi promuovere programmi intersettoriali realizzati congiuntamente da Enti Locali, Azienda Sanitaria, e le forme associative presenti sul territorio, con particolare riguardo alla “integrazione dei servizi con la rete di solidarietà formale ed informale”.

Riveste particolare rilievo nell'organizzazione territoriale dei servizi la modalità di individuazione di soggetti gestori a cui sia stata affidata la realizzazione di specifici servizi



all'utenza o di progetti basati sulla metodologia di lavoro per progetti personalizzati come previsto dal DPCM del 14.02.2001.

In questi ultimi anni l'Assessorato alla Sanità della Regione Campania, ha posto in essere una serie di attività finalizzate a favorire i processi di integrazione sociosanitaria ma soprattutto ad applicare e monitorare i Livelli Essenziali di Assistenza sociosanitaria intesi come garanzia al cittadino di fruibilità di servizi. Sono stati considerati indispensabili l'utilizzo degli strumenti di programmazione e pianificazione quali il Programma attività territoriali (Pat) nonché la messa a regime del monitoraggio dei Lea sociosanitari ed il recepimento dei decreti ministeriali del dicembre 2008 sui flussi informativi residenziali, semiresidenziali e domiciliari.

3. Strumenti per la programmazione socio sanitaria nel distretto – il programma delle attività territoriali (PAT)

Nell'ambito delle attività di pianificazione, programmazione e gestione degli interventi, il programma delle attività territoriali (PAT) nella programmazione territoriale, assume la duplice veste di strumento di programmazione e di analisi delle risorse finalizzato ad organizzare e articolare l'assistenza sanitaria primaria e l'integrazione sociosanitaria nel distretto. Esso è, difatti, uno strumento di analisi dell'offerta e di identificazione delle risorse, e, in quanto documento di programmazione, è il risultato di una "pianificazione strategica".

La pianificazione compiuta a livello distrettuale, così come evidenziato dal decreto legislativo n.229 del 1999, assolve ad una funzione di controllo del territorio, inteso come lo spazio funzionale, relazionale e delle transazioni in cui si realizzano, nel campo della salute, i profili assistenziali adeguati, con le necessarie possibili combinazioni fra livelli di assistenza sociosanitaria e relative infrastrutture.

Il PAT, pertanto, è un dispositivo che, sulla base di un'adeguata analisi dei bisogni e del territorio consente di formulare proposte operative e percorsi assistenziali in risposta al bisogno sociosanitario espresso dalla persona.

Ciò che si richiede di realizzare, attraverso l'elaborazione del documento PAT, non è solo fotografare l'esistente sistema di offerta dei servizi e delle prestazioni erogate ma anche realizzare

una mappa sul funzionamento delle strutture operative che costituiscono il distretto sanitario e evidenziare:

- le modalità di integrazione dei percorsi assistenziali realizzati a livello territoriale
- fattori qualificanti il sistema di offerta ai cittadini
- le relazioni fra i vari attori che concorrono a garantire l'accesso alle prestazioni.
- la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni offerte

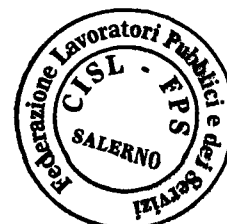
In sintesi il PAT deve essere concepito come uno strumento indispensabile per il direttore di distretto, nella sua qualità di programmatore, pianificatore e responsabile della gestione delle risorse assegnate, per i direttori responsabili delle singole unità operative e per operatori del territorio nella fase di realizzazione dei servizi e di attivazione delle risorse.

3.1 La redazione del PAT

La redazione del PAT deve essere compilata dal direttore del distretto in collaborazione con il coordinatore sociosanitario al fine di garantire uniformità di erogazione e gestione dei servizi. Nello specifico il PAT deve fornire una lettura unitaria dei bisogni di salute e di benessere del territorio e, nel definire tali obiettivi, ne deve delineare la risposta unitaria e unica in termini di offerta di percorso assistenziale ai bisogni, facendo emergere il funzionamento delle strutture eroganti servizi e prestazioni e una analisi dei costi e della spesa sostenuta. Per la programmazione sociosanitaria il PAT dovrà essere coerente in termini di programmazione e di tempistica con la redazione del piano di zona degli ambiti territoriali.

3.2 Analisi dei bisogni

Per condurre un'adeguata analisi dei bisogni è necessario che nel PAT confluiscono tutte le informazioni relative al territorio e allo stato di salute, pertanto, il programma delle attività territoriali ricomponesse in unico strumento tutti i flussi informativi dell'Azienda sanitaria locale e delle altre fonti. Nel documento vanno descritte le modalità organizzative del distretto, al fine di rilevare le reali dimensioni delle attività erogate, conoscere le articolazioni operative e di gestione dei singoli servizi.





4. L'integrazione socio sanitaria – compiti del distretto

L'approccio integrato risponde alla complessità dei problemi di salute ed ha inizio fin dal momento della programmazione congiunta. Quest'ultima costituisce, di fatto, il momento fondamentale per la definizione di strategie e priorità d'intervento in relazione a bisogni presenti sul territorio e ai quali il sistema di offerta dei servizi sanitari e sociosanitari deve dare risposta.

L'orientamento regionale e nazionale nel definire i percorsi di riqualificazione delle prestazioni erogate in regime di integrazione sociosanitaria è di favorire la domiciliarità e la semiresidenzialità, in un'ottica di valorizzazione e sostegno della risorse familiari e della rete di relazioni sociali attivabili sul territorio.

La programmazione strategica di questi interventi deve orientare la scelta futura del pianificatore a prevedere interventi che rispondano a questa filosofia della de-ospedalizzazione e della riduzione della residenzialità e a individuare soluzioni modulari e per la presa in carico dei soggetti fragili. In tale contesto è qualificante, nonché imprescindibile, la programmazione intersettoriale, poiché il sistema di offerta nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria è duplice, e la dicotomia dell'approccio settoriale al problema è superato dalla condivisione di obiettivi e priorità d'intervento sociale e al tempo stesso sanitario, in relazione ai quali destinare le risorse disponibili in capo a ciascun comparto. Pertanto tra le priorità specifiche del distretto sociosanitario, in merito alla programmazione degli interventi e alla garanzia della continuità assistenziale, si ribadiscono in particolare:

- a) la priorità assistenziale della presa in carico globale, di cittadini in situazione di "non autosufficienza" (anziani e disabili) specificando numero e tipologia di bisogno nonché tipologia di offerta di servizi,
- b) la riqualificazione del sistema di offerta dei servizi anche attraverso la riconversione di struttura dal sistema sanitario al sistema sociosanitario nell'ottica dell'appropriatezza e del contenimento della spesa,
- c) il potenziamento dell'unità di valutazione integrata,
- d) la individuazione dei centri di responsabilità e di costo a livello distrettuale (budget),
- e) la implementazione di sistemi integrati di verifiche e monitoraggio delle prestazioni.

In prospettiva, quindi, la programmazione e progettazione condivisa di una rete territoriale dei servizi ed interventi sociosanitari deve essere messa in linea con un processo di sviluppo e

consolidamento degli strumenti di integrazione gestionale e professionale che possano garantire la presa in carico della persona e il superamento di politiche settoriali di risposta al bisogno complesso. Si deve affermare come processo culturale oltre che professionale il concetto di progetto individualizzato, definito dal Ministero della Salute come Piano assistenziale individualizzato (PAI), quale strumento per la realizzazione di un percorso condiviso ed unitario socio assistenziale.

In questo contesto si ribadisce che i distretti devono operare su tre nodi problematici:

Accesso unitario alle prestazioni,

Valutazione multidimensionale,

Progetto personalizzato - definizione della responsabilità del caso (case manager).

Questi temi sono stati ribaditi e rafforzati anche dal ministero della Salute nell'ambito del "Piano di rientro" che ha previsto un percorso specifico relativo alla valutazione multidimensionale e alla definizione di strumenti unici e condivisi di accesso alle prestazioni di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare (DGRC n. 460 del 2007).

5. Il sistema di presa in carico dei distretti dall'accesso ai servizi alla codifica del bisogno e il progetto personalizzato

Le modalità di accesso ai servizi sanitari sono di norma dirette. La richiesta è formulata in modo diretto dall'utente/cittadino ai servizi distrettuali e si traduce in una richiesta di prestazioni disponibili, spesso non supportata da una consapevole domanda o analisi del bisogno non espresso. Più problematico è il nodo dell'accesso ai servizi di tipo sociosanitario che costituiscono il core assistenziale del distretto stesso.

Governare l'accesso e la valutazione del bisogno è premessa necessaria per organizzare la presa in carico e l'erogazione, pertanto adottare percorsi unitari di accesso è una scelta vincente non solo per garantire l'appropriatezza, ma anche l'equità di distribuzione delle risposte e dell'accesso sull'intero territorio.



5. 1 L'accesso:la porta unitaria di accesso – PUA .

Per rispondere in modo puntuale alla domanda formulata a livello territoriale, occorre definire modalità organizzative e strategie per intercettare la domanda e organizzare la risposta al bisogno. Nell'ottica di superare la frammentarietà delle risposte, emerge la necessità di organizzare servizi che garantiscano accoglienza, informazione ed orientamento al cittadino fin dal primo momento della formulazione della richiesta e che agevolino l'accesso ai servizi.

L'obiettivo è di promuovere un modello di integrazione dell'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari per i cittadini con lo scopo di :

- orientare i soggetti;
- promuovere la capacità del cittadino di scelta e di empowerment nel fare scelte informate;
- incrementare il funzionamento del sistema di assistenza territoriale;
- realizzare percorsi territoriali che permettano di promuovere percorsi assistenziali di tipo domiciliare rispetto alla residenzialità;
- innalzare la capacità di risposta del sistema sanitario regionale ai bisogni del cittadino;
- promuovere risposte integrate ai bisogni sociosanitari complessi;
- favorire modelli organizzativi che favoriscano l'integrazione con il sistema di presa in carico sociale, implementando progetti personalizzati per la presa in carico integrata sistema sanitario e sistema sociale;
- favorire la continuità dei percorsi assistenziali;
- migliorare la cooperazione fra le istituzioni.



In coerenza con le recenti indicazioni ministeriali e con le linee di programmazione regionali, la Regione Campania intende continuare a promuovere il modello organizzativo della PUA – porta unitaria di accesso. Questa è una modalità organizzativa che può prevedere specifici spazi ma deve essere intesa soprattutto come modello e funzione di integrazione e raccordo stabile dei diversi punti e nodi di accesso sanitario e sociale a cui il cittadino si rivolge, eliminando duplicazioni e sovrapposizioni.

La Porta Unitaria di Accesso va intesa come funzione duplice esercitata dagli enti locali attraverso il segretariato sociale e dai distretti sanitari per le ASL, dalle singole unità operative con

compiti di informazione, decodifica dei bisogni, orientamento, trasmissione delle richieste ai servizi competenti.

La PUA rappresenta quindi l'anello operativo strategico per il recepimento unitario della domanda per tutti i servizi sociali e sanitari a gestione integrata e compartecipata (di natura domiciliare, residenziale e semiresidenziale).

In un'ottica di integrazione gestionale la PUA deve essere normata a livello locale anche mediante un Regolamento congiunto Ambito Territoriale/ASL che deve prevedere un meccanismo di coordinamento automaticamente attivato ogni qual volta una richiesta di accesso da parte del cittadino interessato o una segnalazione da parte di terzi pervenga ad uno dei seguenti punti della rete formale:

- Medico di Medicina Generale / Pediatra di Libera Scelta;
- Unità Operativa Distrettuale;
- Segretariato Sociale dell'Ambito Territoriale (che opera in stretto raccordo funzionale con i Servizi Sociali Professionali);



A tal fine occorre definire, in particolare, l'utilizzo di strumenti unici e la messa in rete telefonica e informatica fra i diversi punti di accesso.

Gli attori della Porta Unitaria di Accesso dovranno discriminare il bisogno espresso dal cittadino (*valutazione di primo livello*) ed avviare un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle situazioni problematiche espresse, semplici o complesse, possa prevedere l'invio ai servizi - sanitari o sociali - o l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata

La richiesta deve essere effettuata attraverso una specifica modulistica elaborata ad hoc che deve contenere almeno le seguenti informazioni:

- Dati anagrafici del cittadino e recapiti (nome e cognome, codice fiscale, n. telefono, ecc.);
- Indicazione di chi ha effettuato la segnalazione (cittadino, familiare ecc.);
- Tipo di bisogno/domanda espressa/verbalizzata (in sintesi);
- Invio diretto ai servizi sanitari o sociali nel caso di bisogno semplice;
- Attivazione del percorso integrato di presa in carico nel caso di bisogno complesso;



6. Valutazione multiprofessionale e multidimensionale: strumenti e organizzazione territoriale

Nel caso in cui un soggetto presenti bisogni multifattoriali che necessitano di risposte di tipo complesso si rende necessario individuare la natura del bisogno al fine di individuare percorsi assistenziali appropriati utilizzando strumenti e scale di valutazione che siano certificate e validate a seconda del bisogno espresso. Ciò richiede l'invio alla valutazione multiprofessionale (con il concorso di più professionalità all'interno delle UUOO distrettuali) da effettuarsi in sede di unità di valutazione specifiche afferenti alle UUOO distrettuali e/o multidimensionale in sede di UVI se il bisogno espresso non può trovare soddisfacimento con il concorso di professionalità di una sola U.O. o il bisogno richiede una risposta anche di tipo socio-assistenziale e si rileva l'opportunità di verificare le condizioni socio - relazionali ed ambientali.

Il principio della Valutazione Multi Dimensionale (VMD) viene sancito in modo esplicito dal DPCM 14 febbraio 2001, dove all'articolo 4, comma 3, si recita: *“per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sociosanitarie, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidimensionale del bisogno”*¹.

Si può definire la valutazione multidimensionale quale *“processo globale e dinamico interdisciplinare volto a identificare e descrivere la natura e l'entità dei problemi di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale di una persona”*. Per effettuare la valutazione del bisogno si ricorre a scale e strumenti scientificamente validati (ossia già sottoposti a revisioni critiche in ambito nazionale e/o internazionale). La Valutazione Multidimensionale delle persone adulte ed anziane è lo strumento per l'accesso ai servizi sociosanitari di rete residenziali, semiresidenziali e domiciliari integrati.

Vi è necessità di esaminare i quattro assi collegati alla funzionalità psico-fisica: **autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva, disturbi comportamentali** e di un asse collegato alle caratteristiche sociali: **supporti/reti formali e informali e autonomia finanziaria**.

La valutazione multidimensionale è attivata, come detto, nel caso in cui si ravvisino problemi complessi che richiedono una valutazione delle diverse dimensioni sanitarie-assistenziali-

¹ Il principio della valutazione multidimensionale (VMD) trova un suo primo riferimento nel Progetto obiettivo *Tutela della salute degli anziani*, dove si suggerisce la necessità di un “approccio globale” ai problemi della condizione anziana; mentre il Piano sanitario nazionale 2001-2003, introduce la VMD per le dimissioni ospedaliere delle persone anziane

sociali. Rappresenta l'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni dell'assistito ed è l'atto prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del Progetto Personalizzato. La valutazione multidimensionale viene effettuata da un team multiprofessionale, l'Unità di Valutazione Integrata, con competenze multi-disciplinari, in grado di leggere le esigenze di persone che presentano situazioni problematiche complesse, in cui è inscindibile il bisogno sanitario da quello sociale².

Va istituita almeno una UVI per ogni distretto sanitario, secondo quanto definito nei Piani di Zona e nei PAT.



Alle UVI devono partecipare i seguenti componenti:

- Un medico di Medicina Generale / pediatra di Libera Scelta ed un assistente sociale individuato dall'Ambito Territoriale, entrambi responsabili della presa in carico del cittadino/utente;
- Un medico dell'UO distrettuale competente ed un referente per l'integrazione sociosanitaria dell'Ufficio di Piano, entrambi delegati alla spesa per le parti di competenza, su provvedimento, rispettivamente, del Direttore del Distretto Sanitario e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano.

L'UVI può essere integrata, con le modalità previste nel regolamento, da altre figure specialistiche legate alla valutazione del singolo caso.

La UVI svolge i seguenti compiti :

- effettua la *valutazione multidimensionale* del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del suo nucleo familiare (valutazione di 2° livello);
- elabora il Progetto Personalizzato, che deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela;
- verifica e aggiorna l'andamento del Progetto Personalizzato

² Potrebbe essere utile definire condivisi idonei protocolli operativi con gli altri servizi sia sanitari che sociali, e condivisi sia con i MMG e PLS del territorio che definiscano le procedure da porre in essere per garantire l'attuazione dei progetti personalizzati intesi come risposta integrata a bisogni complessi che, ponendo al centro dell'intervento l'utente e la sua famiglia, tessano intorno a loro una rete di sostegno e di supporto nel breve, medio e lungo periodo, a secondo della natura, dell'intensità e della durata del bisogno."

La *valutazione multidimensionale* dell'UVI deve essere effettuata con uno strumento specifico, al fine di rendere omogenei e confrontabili i criteri di valutazione, strumento che sarà reso disponibile dalla Regione Campania anche informatizzato al fine di alimentare i flussi informativi definiti dal Ministero della salute.

Considerato che, di norma, la presa in carico deve avvenire entro 30 giorni dalla richiesta di accesso, per garantire il rispetto di tale tempistica, la valutazione multidimensionale a cura dell'UVI deve concludersi, con la redazione del Progetto Personalizzato di cui paragrafo successivo, entro 20 gg. dalla proposta di ammissione e dall'attivazione del percorso integrato, salvo i casi di urgenza.

In sede UVI viene individuato il *Case Manager o Responsabile del caso*, un professionista che opera come “riferimento” e “facilitatore” per la persona in carico al servizio. Il *Case Manager o Responsabile del caso* ha il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale, per coordinare le risorse e migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza. Il *Case Manager o Responsabile del caso* è colui che verifica la fase operativa e funge da raccordo fra l'équipe operativa e l'UVI.

È importante distinguere tra la responsabilità clinica del caso, che rimane in capo al MMG/PLS (il naturale referente sanitario dell'assistito che coordina comunque gli interventi sanitari) e la responsabilità del Progetto Personalizzato, che è appunto del *Case Manager o Responsabile del caso*. Il ruolo di Case manager è assunto da figure assistenziali diverse a seconda della tipologia e complessità del bisogno del paziente: può quindi essere una figura sanitaria o sociale, in base ai bisogni prevalenti del soggetto e alle scelte organizzative. Il responsabile del caso è individuato in sede UVI ed è all'UVI che deve direttamente rispondere del suo operato. Visto l'impegno che tale funzione richiede, è opportuno affidare ad uno stesso operatore un numero limitato e compatibile di casi da coordinare

7 Il progetto personalizzato

I distretti nell'ambito delle attività di presa in carico dovranno utilizzare il **progetto personalizzato** che nasce dalla necessità di porre al centro del sistema sociosanitario integrato l'individuo portatore di bisogni complessi (al tempo stesso di natura sanitaria e sociale), cui non è possibile



fornire risposta esaustiva ed efficace attraverso l'erogazione di prestazioni semplici (ancorché articolate in un piano assistenziale). Ciò implica che non tutte le persone afferenti all'area distrettuale sono eleggibili per un progetto personalizzato (es.: visita specialistica, programma vaccinale, ecc.). Un progetto personalizzato dovrà, in tutti i casi, essere definito dall'Unità di valutazione integrata (UVI) nelle persone le cui condizioni richiedono prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica, riferite alle aree:

- materno-infantile,
- anziani,
- handicap e disabilità,
- patologie psichiatriche,
- dipendenza da droga, alcool e farmaci,
- patologie per infezioni da Hiv e patologie cronico- degenerative
- malati terminale.



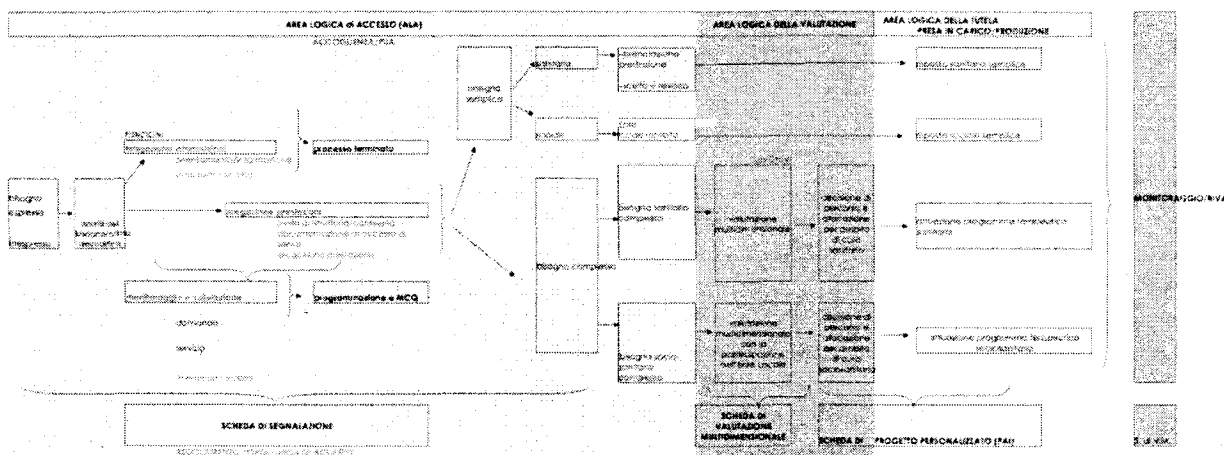
Il progetto personalizzato redatto dall'UVI terrà conto dei bisogni, delle aspettative e priorità del paziente e dei suoi familiari, delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari. La personalizzazione del progetto implica la condivisione degli obiettivi, l'accettazione delle azioni da svolgere e delle modalità d'intervento, la suddivisione del carico economico nonché la responsabilità rispetto ai risultati attesi e le modalità di verifica.

Gli obiettivi dei progetti personalizzati sono la promozione dell'inclusione e del mantenimento nel corpo sociale delle persone con disabilità o in condizioni di bisogno sociosanitario. Al fine di evitare l'instaurarsi di sistemi tendenti a perpetuare le condizioni di marginalità e di esclusione attraverso la istituzionalizzazione sanitaria o sociale e l'assistenzialismo tale obiettivo andrà perseguito attraverso la progressiva trasformazione dei bisogni e relativi interventi sanitari a rilevanza sociale, in bisogni ed interventi sociali a rilevanza sanitaria, privilegiando la domiciliarizzazione degli interventi e la permanenza delle persone utenti nei propri contesti famigliari e comunitari. Sul piano operativo, è possibile distinguere 4 fasi entro cui si sviluppa un progetto personalizzato:

1. Accesso
2. Valutazione multiprofessionale e multidimensionale del bisogno
3. Progetto e relativa spesa



4. Verifica e valutazioni



8 Il sistema di classificazione dei Lea sociosanitari

Gli attuali flussi informativi non garantiscono una lettura esaustiva del processo territoriale di presa in carico del soggetto. Non consentono, inoltre, di monitorare l'effettivo utilizzo della valutazione multidimensionale, né di verificare l'integrazione gestionale e organizzativa con gli enti locali nell'erogazione delle prestazioni oggetto di compartecipazione. Mentre con il progetto di informatizzazione e monitoraggio delle prestazioni erogate secondo quanto previsto dal decreto del presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre del 2001 e dalla delibera di giunta regionale n. 476 del 2004, nel rispetto delle indicazioni fornite dal Ministero della Salute con il decreto ministeriale 12 dicembre 2001 "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" si è voluto introdurre un sistema di classificazione che tiene conto dei percorsi e delle condizioni di accesso ai servizi sociosanitari, consentendo in tal modo di valutare i nodi critici dell'accesso al sistema sociosanitario di erogazione delle prestazioni. Il sistema di classificazione ha una struttura elementare che si basa su cinque elementi: denominazione, area di bisogno, finalità e funzioni prevalenti, struttura-organizzazione, operatori.

Lo sviluppo del sistema di monitoraggio è duplice: sviluppo di tipo quantitativo che si propone tale sistema è orientato al governo della spesa sociosanitaria al fine di garantire un equilibrio economico-finanziario per le singole aziende sanitarie nel rispetto del diritto ineludibile di garanzia delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie. Lo sviluppo qualitativo, ovvero verificare e

introdurre una metodologia di presa in carico basata sulla valutazione multidimensionale e sul progetto personalizzato.

L'obiettivo del monitoraggio regionale e della relativa attuazione a livello distrettuale è rilevare e individuare:

- L'effettiva erogazione delle prestazioni,
- La responsabilità nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni,
- La responsabilità in termini di spesa e di erogazione,
- La qualificazione in termini di percorso assistenziale, attraverso l'analisi degli strumenti di valutazione.



Obiettivo è ottenere un sistema unico monitoraggio di tutte le prestazioni erogate, in particolare per portatori di bisogno complesso. I dati elaborati consentiranno di misurare in termini qualitativi e quantitativi le attività del distretto e permetterà di verificare il funzionamento delle singole unità operative.

Le notizie che il PAT fornisce sul distretto e sulle modalità operative e le azioni realizzate per il coordinamento dei singoli servizi aziendali, consente di effettuare una valutazione sull'efficacia delle scelte effettuate ed opportunità di introdurre nuovi modelli organizzativi e gestionali. In questo senso il programma delle Attività territoriali è il principale strumento informativo su cui costruire il monitoraggio regionale, pertanto il distretto, luogo del governo della domanda e dell'offerta al cittadino, deve dotarsi di strumenti di rilevazione e di valutazione dell'offerta garantita ai cittadini.

9 Determinazione dei fabbisogni regionali in relazione all'area del bisogno

Si vuole procedere per la determinazione dei fabbisogni di posti letto ad analizzare l'attuale offerta sanitaria e sociosanitaria sia pubblica che privata (in relazione ai dati disponibili) incrociati e rilette con gli indici di fabbisogno determinati dall'attuale quadro normativo regionale e nazionale.

In Regione Campania le strutture private provvisoriamente accreditate ex art. 26 L.833/78 residenziali e semiresidenziali hanno rappresentato fino ad oggi l'unica risposta alle disabilità complesse e permanenti trasformate nel corso del tempo in patologie croniche e stabilizzate. Ciò ha determinato un'evidente inappropriata dell'offerta e un conseguente squilibrio economico-finanziario.

Con l'adozione del Decreto Commissariale n. 6 del 2010 si è dato avvio alla fase di riconversione di quelle strutture che, per la tipologia di assistiti, presentano una vocazione prevalentemente sociosanitaria.

Particolare importanza riveste l'adozione di linee guida in materia di compartecipazione sociosanitaria e la determinazione di tariffe per le prestazioni erogate in regime semiresidenziale e residenziale da RSA e Centri Diurni. Con tale provvedimento alle strutture art 26/L 833 sono state estese le procedure sociosanitarie in particolare:

- ai centri provvisoriamente accreditati ex art 26 L.833/78 che assistono utenti in regime residenziale e semiresidenziale, che hanno superato i 240 gg di permanenza e hanno presentato istanza di riconversione in RSA e/o Centro Diurno;
 - ai centri provvisoriamente accreditati ex art 26 L.833/78 che pur non avendo presentato istanza di riconversione in RSA e/o Centro Diurno, assistono utenti in regime residenziale e semiresidenziale che hanno superato i 240 gg di permanenza;
- alle strutture sociosanitarie per anziani, disabili e demenze che hanno presentato istanza e che sono in attesa dell'accREDITAMENTO istituzionale, già in possesso dell'autorizzazione all'esercizio quali RSA e/o Centri Diurni di cui alla DGRC 7301/2001 nei limiti del tetto di spesa sociosanitario e che hanno già stipulato contratti con le AASSLL per la fornitura del servizio.



In attesa, quindi, del completamento della rete di assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale e nelle more dell'accREDITAMENTO definitivo ai sensi del Regolamento 1/2007, è stata prevista l'applicazione delle suindicate tariffe anche per prestazioni sociosanitarie erogate da strutture ex art 26 .

In considerazione del mutato assetto normativo e dell'incremento della popolazione residente, dall'analisi dell'appropriatezza derivante dalle valutazioni multidimensionali effettuate nelle ASL, si rende necessaria una rivisitazione o una conferma degli attuali indici di PL come di seguito riportato :

9.1 Attività di riabilitazione funzionale in regime residenziale e semiresidenziale

Per tali attività ex art. 26, l'indice attualmente previsto è di 0,40 PL per 1.000 abitanti, che corrisponde a 2.325 posti letto. Dalla interrogazione dei modelli RIA11 del sistema informativo



NSIS, risultano operativi 1.310 PL residenziali e 3.087 PL semiresidenziali, per un totale di 4.397 PL. Pertanto, in virtù della possibile riconversione in RSA residenziale e semiresidenziale di 1.964 PL, si conferma l'indice di 0,4 PL per 1.000 abitanti, considerando anche che dalle richieste di riconversione inviate dalle ASL, ai sensi del decreto commissariale n.6/2010, resterebbero in riabilitazione funzionale 2.433 PL.

9.2 RSA disabili

In relazione al processo sopra descritto, i 1.964 PL da riconvertire in RSA e le nuove istanze presentate dalle ASL per circa 830 PL, si registra un totale di 2.794 PL dedicati all'assistenza residenziale e semiresidenziale, che rappresenta 0,48 PL per 1.000 abitanti, escluso il pubblico. Dall'attuale indice del fabbisogno per RSA-disabili di 0,35 PL / 1.000 ab (pubblico in base alla vigente normativa), corrispondente a 2.035 PL, si propone un indice omnicomprensivo di pubblico e privato residenziale e semiresidenziale di almeno 0,70/1.000 ab che corrisponde a 4.069 PL.

9.3 RSA Centri Diurni anziani e demenze

L'attuale fabbisogno pubblico di PL 2/1.000 ab, previsto dal Piano Ospedaliero - LR 24/2006, corrisponde a 1.846 PL pubblici riservati alla popolazione ultrasessantacinquenne (la Legge Finanziaria Regionale n.24 del 29.12.2005, all'art. 3 comma 10 ha eliminato il tetto regionale di fabbisogno per le strutture private). In base al Decreto Commissariale n.6/2010 quali nuove istanze rappresentate dalle ASL dal privato risultano essere 488 PL (residenziale e semiresidenziale), mentre posti letto pubblici da ricognizioni precedenti risultano essere 606 PL, per un totale di 1094 PL. Allo stato, visti i tempi di degenza presso Ospedali Pubblici e Casa di Cura private di utenza ultrasessantacinquenne che evidenzia una forte area di inappropriatazza, ma soprattutto la presenza in strutture sociali di anziani non autosufficienti in evidente bisogno sociosanitario si rende necessaria una riformulazione dell'indice di PL su base regionale. L'indice di fabbisogno per far fronte a tali criticità deve essere elevato almeno a 5/1.000 ultrasessantacinquenne, omnicomprensivo di pubblico e privato residenziale, di cui almeno il 5% per semiresidenziale (demenze / Alzheimer in base alla domanda) per un totale 4.614 PL.



9.4 Strutture psichiatriche residenziali (SIR)

Attualmente per l'assistenza psichiatrica residenziale sono attivi 870 PL, prevalentemente pubblici ex residui manicomiali mentre la cosiddetta nuova utenza è spesso seguita in DSM parzialmente a domicilio e con ricadute notevoli sui ricoveri in SPDC Per le strutture Intermedie psichiatriche (SIR) si propone pertanto il tasso di PL 3/10.000 ab su popolazione residente, corrispondenti a 1.744 PL complessivi, come proposto dalle linee guida nazionali sulla salute mentale, recepite con DGRC 1380 del 06.08.2009



9.5 Strutture psichiatriche semiresidenziali

Per le strutture psichiatriche semiresidenziali si propongono PL 2/10.000 ab su popolazione residente corrispondenti a 1163 PL L'incremento è motivato da un notevole diminuzione dei residui manicomiali e da un considerevole aumento della nuova utenza

9.6 Comunità residenziali e semiresidenziali tossicodipendenti

Con deliberazione di Giunta Regionale della Campania n. 6245 del 27.10.1993 viene definita la rete degli Enti Ausiliari che opera sul territorio campano con le rispettive sedi operative e con PL 821 in provvisorio accreditamento. Con verbale del 04.06.2009, il Comitato Tecnico Scientifico per le Dipendenze, al quale la deliberazione n. 7301/01 demanda la definizione del fabbisogno, individua il fabbisogno regionale, dall'analisi degli indicatori (indicati nella normativa regionale) ricava un indice pari a 5%/n.ro iscritti ai Ser.T. Tuttavia in ragione del necessario potenziamento dell'offerta del servizio pubblico anche per evitare forti spese extraregionali e in relazione al passaggio di competenze di tutte le funzioni svolte dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale ai sensi del D.P.C.M. 01/04/2008, tra cui la presa in carico di detenuti tossicodipendenti, si porta la proposta all'8% come indicato di seguito nella tabella. variazioni eventuali potranno essere previste in ragione di nuovi servizi da attivare (accoglienza e servizi specialistici)



9.7 Strutture per Hospice

Con DGRC 4408 del 26.09.2001 è stato approvato il documento di programma regionale per la "Realizzazione dei centri residenziali di cure palliative – hospice con la relativa rete di assistenza domiciliare" che prevedeva una serie di strutture hospice, , con DGRC 5509 del 15.11.2002 sono stati approvati ulteriori progetti di realizzazione di strutture hospice.

Con delibera 885/2007 nell'ambito del piano di rientro è stato preso atto del programma realizzato e sono stati conferiti ulteriori obiettivi ai direttori generali delle ASL e delle AO.

In relazione al fabbisogno di posti letto in hospice si propone quale indice su pop. residente 0,5 PL / 10.000 ab. ovvero 290 PL. (fonte: Commissione tecnico-scientifica Ministero della Salute - sito Ministero)

9.8 Assistenza dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità.

La Regione Campania nel rispetto delle indicazioni fornite dalla conferenza stato-regioni: "Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009" ha programmato l'utilizzo dei fondi a destinazione vincolata riservati per l'azione "La promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità".

Il progetto regionale approvato con delibera 995/2009 si prefigge l'organizzazione di percorsi integrati di assistenza domiciliare in linea con il Piano Sanitario Nazionale che prevede, per tutte le persone affette da disabilità cronica e particolarmente vulnerabili, la promozione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza attraverso il miglioramento e la diversificazione delle strutture sanitarie al fine di perseguire il miglioramento della qualità della vita delle persone disabili e dei propri familiari

I destinatari degli interventi sono soggetti in stato di bassa responsività (stato vegetativo - SV o di minima coscienza - SMC³) con un quadro di totale non-autosufficienza, conseguente a danno

³ Lo Stato Di Minima Coscienza si distingue dallo Stato Vegetativo per la presenza di comportamenti associati alle attività di coscienza

cerebrale di origine traumatica o di altra natura (emorragia cerebrale, ipossia/anossia, encefalite), che ha determinato una condizione di coma, più o meno protratto nella fase acuta ed a cui sono conseguite disabilità sensoriali, motorie, cognitive e comportamentali permanenti

La scelta di orientare la programmazione a favorire percorsi specifici di presa in carico a livello distrettuale non solo ospedaliero nasce della necessità di rispondere a questo fenomeno che in Italia è in rapida evoluzione, anche in considerazione dell'aumento dell'aspettativa di vita, reso possibile dalle migliorate conoscenze mediche .

Inoltre con la DGRC 995/2009 in relazione alle risorse vincolate per gli obiettivi del PSN anno 2009, è stato proposto un progetto per l'attivazione di "Percorsi assistenziali nelle SUAP (Speciali Unità di Accoglienza Permanente) per soggetti in Stato vegetativo e in Stato di minima coscienza" per un importo complessivo di € 5.000.000 in residenzialità e € 5.000.000 per l'assistenza domiciliare

Per le Speciali Unità di Assistenza Permanente (SUAP).L'indice di fabbisogno è 3-5 PL / 100.000 ab., parametrato sullo stesso dato della pop. residente suindicato pertanto il corrispondente un fabbisogno di n. 232 PL.



9.9 Cure domiciliari

La nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare (documento del Ministero della Salute 2006) riorganizza e ridefinisce le cure domiciliari, distinguendo, come di seguito descritto in dettaglio, gli interventi basati su prestazioni, che non necessitano di integrazione e valutazioni multidimensionali, dalle Cure Domiciliari Integrate, definite come una modalità di assistenza integrata - sanitaria e sociale - erogata al domicilio dell'Assistito, in modo continuo ed integrato, in relazione alla natura ed alla complessità dei bisogni a cui si rivolge.

Gli obiettivi specifici del Sistema delle Cure Domiciliari Integrate sono:

- fornire adeguata assistenza a persone che presentano problematiche di tipo sanitario e sociale suscettibili di trattamento domiciliare, evitando i ricoveri ospedalieri impropri e l'ingresso in residenza,
- favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle residue capacità di autonomia e relazionali,

- rendere possibili dimissioni ospedaliere tempestive ed assicurare la continuità assistenziale mediante lo strumento della “dimissione protetta”,
- supportare i “caregiver” e trasmettere loro delle competenze che possano tradursi in autonomia di intervento,
- migliorare in ultima analisi la qualità della vita di persone non autosufficienti o a rischio di perdita dell'autosufficienza, favorendo il mantenimento delle capacità residue.

La “Nuova caratterizzazione dell’assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio” articola le cure domiciliari in tre tipi:

- Cure Domiciliari di tipo Prestazionale,
- Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello,
- Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e Cure Domiciliari palliative per malati terminali.



Nel richiamato documento della Commissione sono fissati gli indicatori e gli standard assistenziali minimi relativi alle cure domiciliari. Nello specifico è data particolare enfasi alle cure domiciliari già definite ADI rivolte a pazienti ultra/65 .

L’indice di “presa in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata”, è costruito rapportando il numero di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI) al totale della popolazione residente anziana (over 65 anni),

- numero di malati assistiti ≥ 65 anni/residenti ≥ 65 anni target: 3,5 %

Il documento costituisce un utile riferimento per la definizione dei profili di cura in base alla complessità, natura del bisogno e intensità delle cure.

La programmazione unitaria 2007/2013 utilizza tale indicatore per misurare la qualità dei servizi alla persona ed ha assunto quale target lo standard individuato. Al fine di misurare il target individuato, il Ministero della Salute e il Dipartimento dello Sviluppo Economico – DPS hanno definito quale baseline – anno 2005 - a partire dal quale misurare l’incremento numerico in termini percentuali di utenti collocati in assistenza domiciliare integrata. La misurazione di tale indicatore avviene mediante l’unica fonte informativa validata utilizzata sull’intero territorio nazionale: il modello di rilevazione FLS 21 con il quale le aziende sanitarie conferiscono i dati al Ministero della Salute.

La Regione Campania ha elaborato un piano specifico definito PIANO DI AZIONE anche per l’indicatore S06, con il quale sono state determinate le azioni utili per il raggiungimento di questo

target assegnato. In questo documento sono contenute le linee d'indirizzo, le modalità di raggiungimento del target, le risorse da utilizzare di tipo ordinario e non. Inoltre sono stati stabiliti i target su base annua da raggiungere a livello regionale e ad una verifica intermedia effettuata dal Ministero dello Sviluppo Economico e dal Ministero della Salute la Regione Campania –con i dati rilevati mediante il modello FLS 21 del Flusso informativo ministeriale è passata dall'1,4% del 2005 (baseline) all'1,86% del 2008 che nella programmazione è divenuta il nuovo baseline da osservare per la misurazione dell'incremento percentuale su base annua . Pertanto la Regione Campania in virtù del risultato del 2008 ha ottenuto un premio a valere su risorse FAS da reinvestire nel miglioramento e potenziamento del servizio stesso .



FABBISOGNO CURE DOMICILIARE ULTRA/65

Come già riportato, il target medio da raggiungere al 2012 (da verificare entro il 2013) è il 3,5%, la distanza media da colmare è quindi pari a 1,7 punti. Per identificare dati di baseline e target individuali relativi alle nuove 7 ASL, si è provveduto ad accorpare opportunamente i dati disponibili, relativi all'anno 2008 e riferiti alle precedenti 11 ASL. Sono pertanto stati ricostruiti, sulla base dei dati per 11 ASL resi disponibili dal Ministero della Salute, i livelli dell'indicatore S06 per ciascuna delle 7 nuove ASL.

Tabella 2 – target Obiettivo di Servizio S.06 Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) al 2012 in base al Baseline del 2008

Asl	pop>64 media 2008 ⁴	asl casi trattati in adi 2008 ⁵	baseline s06 al 2008	casi da trattare al 2012 ⁶	target s06 al 2012
avellino	86.132	2.408	2,8	3.833	4,5
benevento	60.118	1.073	1,8	2.068	3.04
caserta	132.301	2.940	2,2	5.129	3,9
napoli 1	182.706	1.302	0,7	4.325	2,4
napoli2	113.380	1.361	1,2	3.237	2,9
napoli3	144.354	2.121	1,5	4.510	3,1
salerno	197.872	5.713	2,9	9.887	4,5
totali	916.863	16.918	1,8	32.989	3,5

⁴ La popolazione maggiore di 64 anni (65 e oltre) è ripartita alle 7 nuove ASL attive dal 2009 sulla base della popolazione in età di riferimento residente al 2008 nei Comuni inseriti in ciascuna delle nuove 7ASL

⁵ I dati disponibili relativi al 2008 di fonte Ministero della Salute fanno riferimento alle precedenti 11 ASL e sono stati riassegnati alle 7 nuove ASL per la maggior parte sulla base di attribuzioni puntuali, una quota modesta dell'utenza ADI è invece riattribuita sulla base di stime effettuate dagli uffici regionali.

⁶ I target per le ASL sono stati definiti sulla base dell'incremento della baseline al 2008 di 1,7 punti (distanza media da colmare per il raggiungimento del target regionale al 3,5% nel 2012 sulla base del valore raggiunto al 2008). I valori target sono espressi in formato arrotondato alla prima cifra decimale.

Le ASL nella programmazione delle attività ordinarie e di quelle finanziate e programmate con i fondi a destinazione vincolata, ex comma 34 e 34 bis dell'art. 1 della legge 662/96 –FONDI CIPE - devono programmare le proprie attività di cure domiciliari considerando l'obiettivo – Target di riferimento come definito dalla tabella sopraripotata. I dati forniti ed esposti in tabella sono indicativi per la programmazione, i competenti uffici regionali provvederanno a fornire dati aggiornati da fonte Istat utili alla programmazione e misurazione dell'indicatore

Di seguito gli elementi da considerare nel programmare e costruire un sistema di servizi di cura domiciliare:

- implementazione di un sistema integrato per l'accesso,
- Istituzione della UVI con personale di ASL e Ente Locale,
- Utilizzo di strumenti condivisi per la valutazione in accesso, per la stesura del Progetto personalizzato e per la valutazione in itinere al fine di garantire appropriatezza, uniformità e equità nell'accesso e nell'erogazione dei servizi.



9.10 Cure domiciliari malati terminali

Come riportato, con riferimento al documento della commissione LEA, sono individuate le cure domiciliari integrate di III livello e le Cure palliative domiciliari alle persone nella fase terminale della vita. Le cure domiciliari palliative devono essere garantite nell'ambito della Rete di assistenza ai malati terminali. Le cure sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone nella fase terminale della vita, affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sui 7 giorni nonché pronta disponibilità 13 medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver. Le cure domiciliari palliative richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente da parte di una equipe professionale e la definizione di un Progetto di assistenza individuale (PAI). Le cure domiciliari palliative sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.



Attualmente la Regione Campania ha programmato le attività di assistenza domiciliare ai malati terminali nell'ambito della rete di assistenza territoriale ai malati terminali, con i seguenti atti

- DGRC 3329 del 21/11/2003: "Linee Guida per l'attivazione della rete integrata di Assistenza ai Malati Terminali tra gli hospice, i Servizi e le strutture esistenti sul territorio preposti alle Cure Palliative"(DGR 4408 del 26/9/2001).La Delibera approva le Linee Guida per l'Attivazione della rete integrata di assistenza ai Malati Terminali tra gli hospice, i servizi e le strutture esistenti sul territorio preposti alle cure palliative. Nella stessa si stabilisce l'erogazione di una prima tranche di finanziamento pari al 10% dell'importo totale e si demanda a successivi atti dirigenziali l'attivazione del CRAMT (Coordinamento Regionale per l'Assistenza al Malato Terminale).

ALL: 1 al presente documento

- Decreto Dirigenziale 345 del 19 ottobre 2004: "Attivazione del Coordinamento Regionale per l'Assistenza al Malato Terminale (CRAMT) per la rete integrata di assistenza ai malati terminali tra le strutture hospice, i servizi e le strutture esistenti sul territorio preposti alle cure palliative".

Il decreto attiva il Coordinamento Regionale per l'assistenza al malato terminale e indica tutti i componenti che fanno parte della Commissione. Con i successivi DD 163 del 23/11/08 e DD 21 del 6/3/08 si è provveduto a sostituire ed integrare i componenti del Coordinamento Regionale per l'Assistenza al Malato Terminale.

- DGRC 511 del 15.04.2005: "Assistenza ai Malati Terminali Piano di Formazione e Aggiornamento del personale sanitario e parasanitario della Regione Campania da impiegare nella rete per l'assistenza ai malati terminali".

- DGRC 5744 del 28.10.2000: "Progetti Obiettivo ex art.1 comma 34 della L.662/1996 – FSN 98 ed ex Deliberazione CIPE n. 128/99". Approva il progetto Obiettivo Regionale per l'ADI, per la domiciliarizzazione delle cure ai soggetti non anziani e in condizioni di fragilità.

Anche per questo livello assistenziale il Ministero, attraverso il già richiamato documento della commissione LEA propone indicatori specifici e standard assistenziali che si propongono di seguito:

Indicatore	STANDARD
1) Numero di malati deceduti per anno a causa di tumore (ISTAT cod. ICD 9 : 140-208) assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio sul numero di malati deceduti per malattia oncologica per anno	>=45%

2) Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e la presa in carico domiciliare da parte della Rete di cure palliative è inferiore o uguale a 3 giorni sul numero di malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa	>=al valore individuato per l'indicatore n. 1 moltiplicato per n. 55 giorni
3) Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (ISTAT ICD 9-cod. 140-208)	80%

9.11 Fabbisogno cure palliative

Per l'indicatore n. 2 delle cure palliative si stima che occorre erogare complessivamente a livello regionale ca. 674.000 giornate di assistenza.



Tabelle di riepilogo fabbisogno

Strutture Residenziali Psichiatriche

	Popolazione al 1 gennaio 2009	Fabbisogno pl. RES (SIR) 3/10000	Fabbisogno strutture psichiatriche SEMIRES 2/10000	PL RESIDENZIALI ESISTENTI
Avellino	439565	132	88	
Benevento	288726	87	58	
Caserta	904197	271	181	
Napoli 1	1032388	310	206	
Napoli 2	1032411	310	206	
Napoli 3	1009576	303	202	
Salerno	1106099	332	221	
TOTALE		1744	1163	870

Strutture Residenziali per Tossicodipendenti

	Fabbisogno 8% su iscritti ai Ser.T.	Tossicodipendenti iscritti	Posti convenzionati Terapeutici Riabilitativi	Posti convenzionati Pedagogici Riabilitativi	Totale Posti Convenzionati
Avellino	119	1491	67	0	67
Benevento	44	548	8	0	8
Caserta	256	3200	214	0	214
Napoli 1	553	6908	25	158	183
Napoli 2	278	3479	16	15	31
Napoli 3	286	3571	146	50	196
Salerno	418	5229	82	40	122
TOTALI	1.954	24.426	558	263	821

Strutture Residenziali per Anziani



	Popolazione ultra65 al 1 gennaio 2009	PL strutture pubbliche come da dati conferiti dalle AA.SS.LL.				PL Strutture private- dati elaborati da informazioni conferite dalle AA.SS.LL.				Colonna I Nuova proposta di indice di fabbisogno regionale=	Colonna L di cui lo 5% per CD
		Colonna A RSA A - 2/1000 POP ULTRA 65 DA P.O. L.R. 24 del	Colonna B PUBBLICO PI resid RSA	Colonna C PUBBLICO PI SEMIRES per anziani	Colonna D TOTALE PUBBLICO RES+SEMIR ES (Colonna	Colonna E Istanze dal privato RES	Colonna F Istanze dal privato SEMIRES	Colonna G TOTALE PRIVATO RES+SEM IRES	Colonna H totale offerta PL (Colonna D+G)		
Avellino	86.401	173	48	20	68	165	23	188	256	432	22
Benevento	60.185	120	20	0	20	60	0	60	80	301	15
Caserta	133.443	267	36	0	36	145	20	165	201	667	33
Napoli 1	183.267	367	282	60	342	0	0	0	342	916	46
Napoli 2	115.293	231	53	20	73	0	0	0	73	576	29
Napoli 3	145.578	291	0	0	0	0	0	0	0	728	36
Salerno	198.541	397	67	0	67	75	0	75	142	993	50
TOTALI	922.708	1.846	506	100	606	445	43	488	1.094	4.614	231



RSA per Disabili

	Popolazione al 1 gennaio 2009	Colonna A RSA H 0,35/1000 DA L.R. 8/2003 e Finanziaria 2005	PL strutture pubbliche attivi come da dati conferiti dalle AA.SS.LL.			PL Strutture private- dati elaborati da informazioni conferite dalle AA.SS.LL.				
			Colonna B PUBBLICO PI resid RSA	Colonna C PUBBLICO PL SEMIRES per anziani	Colonna D TOTALE PL PUBBLICO RES+SEMIRE S (Colonna B+C)	Colonna E Nuove Istanze e istanze di riconversione strutture private	Colonna F Istanze dal privato SEMIRES	Colonna G TOTALE PRIVATO RES+SEMIRE S (Colonna E+F)	Colonna H totale offerta PL attivi (Colonna D+G)	Nuova proposta di indice di fabbisogno regionale= 0,70/1000 su pop residente
Avellino	439.565	154	35	15	50	264	92	356	406	308
Benevento	288.726	101	0	0	0	0	0	0	0	202
Caserta	904.197	316	25	13	38	224	206	430	468	633
Napoli 1	1.032.388	361	0	0	0	20	140	160	160	723
Napoli 2	1.032.411	361	24	0	24	150	573	723	747	723
Napoli 3	1.009.576	353	0	0	0	139	330	469	469	707
Salerno	1.106.099	387	0	0	0	380	276	656	656	774
TOTALI	5.812.962	2035	84	28	112	1177	1617	2794	2906	4069

Strutture art. 26

	colonna A Popolazione residente al 1 gennaio 2009	Colonna B Fabbisogno art. 26 0,40/1000 da DGRC 7301/2001	Colonna C Pl. da RIA 11 res art. 26 da RIA 11 2009	Colonna D PL da RIA 11 semiResiden art. 26 da RIA 11 2009	Colonna E totale PL res. e semires (Colonna C+D)	Colonna F n. pl con richiesta riconversione RES	Colonna G n. pl con richiesta riconversione SEMIRES	Colonna H totale di richieste riconversione resid e semires (colonna F+G)	Colonna I Differenza residuo RES in art. 26 (colonna C-F)	Colonna L Differenza residuo SEMIRES in art. 26 (colonna D-G)	Colonna M n. PL RES+SEMIRE residuali art. 26 (Colonna I+L)
Avellino	439.565	176	165	85	250	135	85	220	30	0	30
Benevento	288.726	115	113	67	180	0	0	0	113	67	180
Caserta	904.197	362	155	318	473	144	213	357	11	105	116
Napoli 1	1.032.388	413	15	806	821	15	140	155	0	666	666
Napoli 2	1.032.411	413	146	513	659	108	408	516	38	105	143
Napoli 3	1.009.576	404	232	577	809	99	310	409	133	267	400
Salerno	1.106.099	442	484	721	1205	100	267	307	364	514	898
TOTALI	5812962	2325	1310	3087	4397	601	1363	1964	709	1724	2433

10 – La rete materno-infantile e dei Consultori Familiari

La necessità di ricostruire e rinforzare la rete dei Consultori Familiari, nasce da specifiche esigenze di programmazione che derivano dagli obiettivi del piano di rientro e precisamente dalla chiusura di tutti i punti nascita che espletano meno di 500 parti all'anno, così come rappresentato nelle parti del presente documento dedicati alla riorganizzazione ospedaliera.

E' infatti evidente che l'assenza del punto nascita in un determinato territorio non comporta soltanto lo spostamento del luogo del parto, ma la perdita di riferimenti per l'assistenza al percorso nascita che veniva sostanzialmente garantito dall'ospedale (ecografie, analisi ematochimiche, visite periodiche, ecc.).

Indipendentemente dai vincoli dettati dal piano di rientro, la Regione Campania da tempo è interessata al percorso nascita, associato alla campagna sul parto fisiologico, da contrapporre alla percentuale di 60% di parti cesarei sul totale dei nati che pone la nostra Regione prima in Europa.

Tali interventi si possono qui sintetizzare:

Riferimento Nazionale:

D.M. 24 aprile 2000 Adozione del Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) relativo al "Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000".

Riferimento regionale:

- DGR n. 2413 del 25.07.2003 – "Linee Guida per la assistenza alla gravidanza ed al parto normale in Regione Campania" e "Protocollo per l'assistenza in Gravidanza, al Parto e nel Puerperio in Condizioni di Fisiologia in Regione Campania.
- DGR n. 118 del 02.02.2005 – "Indicazioni per la riduzione della incidenza del taglio cesareo in Regione Campania" con allegati.
- LR n. 002 del 02.03.2006 (BURC n. 12 del 6 marzo 2006) – "Norme per la promozione del parto fisiologico".
- DGR n. 966 del 14.07.2006 (BURC n. 38 del 21 agosto 2006) – "Atto di indirizzo della Legge Regionale n. 2 del 2 marzo 2006 Norme per la promozione del parto fisiologico".
- LR n. 2041 del 23.11.2007 – "Linee Guida alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere sulla promozione dell'allattamento al seno".
- DGR n. 2162 del 14.12.2007 – "Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale approvato con delibera n. 460 del 20.03.2007 – Intervento progettuale n. 11 interventi di razionalizzazione dei punti nascita".



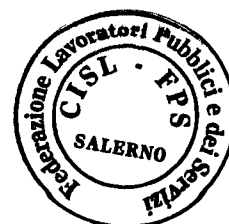
- DGR n. 1370 del 28.08.2008 – “Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 662/96. Recepimento dell'accordo ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2007” (BURC n. 37 del 15 settembre 2008): Linea progettuale 2 – All. B, Linea progettuale 2 – All. C.
- DGR n. 1091 del 12.06.2009 – “Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 662/96. Recepimento dell'accordo ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2008. Modifica ed integrazione DGR 996 del 22/05/2009” (BURC n. 43 del 6 luglio 2009): Linea progettuale 2.

Da ultimo, l'analisi dell'attuale modello organizzativo della dotazione di personale, dei programmi e delle attività offerte alla popolazione, confermano la crisi del ruolo dei Consulenti Familiari nel nostro sistema sanitario regionale e precisamente:

- Perdita pressoché generalizzata della connotazione del Consultorio Familiare all'interno del Distretto, sostituito dall'ambulatorio di ginecologia e dall'ambulatorio di pediatria con associato il centro vaccinale;
- Variabilità della mission che, lungi dall'essere omogenea in ogni territorio, subisce le variazioni legate alle tipologie ed alla vocazione del personale che vi opera;
- Assenza pressoché generalizzata di gravide assistite nel percorso nascita;

Riqualificare il Consultorio Familiare prevede l'individuazione nell'ambito della programmazione aziendale di :

- uno spazio dedicato all'interno del Distretto,
- offerta di servizio alla famiglia/coppia/donna,
- offerta integrata socio sanitaria,
- offerta di educazione/informazione sanitaria continua,
- offerta di corsi di preparazione alla nascita,
- presenza di mediatori culturali (obbligatoria) nelle aree di intensa presenza di donne e famiglie extracomunitarie,
- l'implementazione fino alla messa a regime del piano della prevenzione dei tumori della sfera genitale femminile.





PRESA IN CARICO
DOMANDA DEL CITTADINO → ACCOMPAGNAMENTO PERCORSO ASSISTENZIALE

