REGIONE ABRUZZO
PIANO D'AZIONE
OBIETTIVO DI SERVIZIO S.06 "SERVIZI DI CURA AGLI ANZIANI"

1 QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO.

1.1. Normativa nazionale

1.2 Normativa regionale

2 ANALISI DI CONTESTO

3 IL PERCORSO ASSISTENZIALE DOMICILIARE E LE SUE FASI

4 ATTIVITA' 2015

5 QUADRO DEGLI INTERVENTI IN CORSO FINANZIATI CON TUTTE LE FONTI DISPONIBILI

6 PROGRAMMA e INTERVENTI

6.1 Intervento 1: Teleassistenza e Telesalute a supporto e integrazione del Servizio di assistenza domiciliare integrato

6.2 Intervento 2: integrazione del Servizio di assistenza domiciliare integrato degli Operatori Socio Sanitari (O.S.S.)

6.3 Gestione e modalità di attuazione degli interventi

AGGIORNAMENTO PDA -OBIETTIVO S.06 ADI.

1 QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO.

1.1. Normativa nazionale

Il **Patto per la Salute 2014 – 2016, ponendosi sulla direzione già tracciata dai precedenti documenti di intesa Stato – Regioni e dai piani sanitari nazionali precedenti,** prevede tra le azioni di implementazione della rete territoriale il potenziamento delle cure domiciliari, tenuto anche conto della tendenza all'invecchiamento della popolazione e della aumento correlato delle patologie croniche.
In particolare, **all'art. 5** (Assistenza territoriale) prevede espressamente che "le UCCP e le AFT hanno come compiti essenziali:

- assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali (medicina generale tramite le AFT, Assistenza infermieristica, attività territoriale ambulatoriale e domiciliare, attività specialistica, servizi di supporto)
- garantire la continuità dell'assistenza nelle tre declinazioni (relazionali, gestionale ed informativa) prevedendo l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi e l'0integrazione informativa tra le componenti della medicina convenzionata, la rete distrettuale e ospedaliera".

Il Patto per la Sanità digitale, Piattaforma strategica per la realizzazione degli obiettivi di *governace* del Patto della Salute 2014/2016, ha come finalità quello di analizzare e proporre priorità, modelli organizzativi e realizzativi di riferimento, strumenti di finanziamento utili alla riorganizzazione della rete assistenziale del Servizio Sanitario, vista come una priorità non soltanto per le Regioni, che sono coinvolte in un piano di rientro finanziario, ma più in generale per tutte le amministrazioni che devono conciliare la crescente domanda di salute con i vincoli di bilancio esistenti. Nel contesto attuale, che vede la chiusura di presidi sanitari, la loro trasformazione, il potenziamento delle cure primarie e l'articolazione della rete ospedaliera in *Hub&Spoke*, l'innovazione digitale si

presenta come strumento strategico per il potenziamento dell'intero sistema di *governance* per la Sanità, concorrendo all'adozione di modelli assistenziali più avanzati, più conformi alle esigenze di cura e tutela, e coerenti con la complessiva razionalizzazione e riduzione dei costi del SSN prevista dal Patto della Salute 2014/2016, coniugando sostenibilità e difesa dei principi fondamentali del welfare.

All' art. 6 " Assistenza socio- sanitaria" prescrive che le Regioni disciplinano i principi e gli strumenti per 'integrazione dei servizi e delle attività sanitarie sociosanitarie e sociali particolarmente per le aree della non autosufficienza, della disabilità, ecc. e forniscono indicazioni alle Asl ed agli altri enti del sistema sanitario regionale per la erogazione congiunta degli interventi, nei limiti delle risorse programmate per il SSR e per il Sistema dei servizi sociali per le rispettive competenze".

Le Linee Guida sulla Telemedicina del Ministero della Salute recepite dall'accordo Stato Regione del 20/02/2014 prevedono che l'innovazione tecnologica può contribuire a una riorganizzazione della assistenza sanitaria, in particolare sostenendo lo spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio, attraverso modelli assistenziali innovativi incentrati sul cittadino e facilitando l'accesso alle prestazioni sul territorio nazionale.
Le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie abilitate dalla telemedicina sono fondamentali in tal senso, contribuendo ad assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, un supporto alla gestione delle cronicità, un canale di accesso all'alta specializzazione, una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare e un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza.
Inoltre, dette linee guida, classificano i servizi di telemedicina in telemedicina specialistica, telesalute e teleassistenza.

La Telesalute attiene principalmente al dominio della assistenza primaria. Riguarda i sistemi e i servizi che collegano i pazienti, in particolar modo i cronici, con i medici per assistere nella diagnosi, monitoraggio, gestione, responsabilizzazione degli stessi. Permette a un medico (spesso un medico di medicina generale in collaborazione con uno specialista) di interpretare a distanza i dati necessari al Telemonitoraggio di un paziente, e, in quel caso, alla presa in carico del paziente stesso.
La registrazione e trasmissione dei dati può essere automatizzata o realizzata da parte del paziente stesso o di un operatore sanitario.
La Telesalute prevede un ruolo attivo del medico (presa in carico del paziente) e un ruolo attivo del paziente (autocura), prevalentemente pazienti affetti da patologie croniche, e in questo si differenzia dal Telemonitoraggio. La Telesalute comprende il Telemonitoraggio, ma lo scambio di dati (parametri vitali) tra il paziente (a casa, in farmacia, in strutture assistenziali dedicate,…) e una postazione di monitoraggio non avviene solo per l'interpretazione dei dati, ma anche per

supportare i programmi di gestione della terapia e per migliorare la informazione e formazione (knowledge and behaviour) del paziente.

Per Teleassistenza, si intende un sistema socio-assistenziale per la presa in carico della persona anziana o fragile a domicilio, tramite la gestione di allarmi, di attivazione dei servizi di emergenza, di chiamate di "supporto" da parte di un centro servizi. La Teleassistenza ha un contenuto prevalentemente sociale, con confini sfumati verso quello sanitario, con il quale dovrebbe connettersi al fine di garantire la continuità assistenziale. Non rivolgendosi all'ambito sanitario, ma a quello socio-assistenziale, non sarà oggetto di queste Linee di Indirizzo.

TELEMEDICINA					
CLASSIFICAZIONE		AMBITO	PAZIENTI		RELAZIONE
TELEMEDICINA SPECIALISTICA	TELE VISITA	sanitario	Può essere rivolta a patologie acute, croniche a situazioni di post-acuzie	Presenza attiva del Paziente	B2C B2B2C
	TELE CONSULTO			Assenza del Paziente	B2B
	TELE COOPERAZIONE SANITARIA			Presenza del Paziente, *in tempo reale*	B2B2C
TELE SALUTE		sanitario	E' prevalentemente rivolta a patologie croniche	Presenza attiva del Paziente	B2C B2B2C
TELE ASSISTENZA		socio-assistenziale	Può essere rivolta ad anziani e fragili e diversamente abili		

1.2 Normativa regionale

Per quanto concerne la normativa regionale, va senz'altro richiamata in questa sede, la sezione del **Piano sanitario Regionale 2008- 2010, approvato con l.r. 5/2008** che contempla tra le linee di azione strategiche l'implementazione ed il miglioramento delle cure domiciliari, come risposta terapeutica più appropriata al trattamento della cronicità, che per il quadro clinico complessivo non postuli una risposta terapeutica in regime residenziale e semiresidenziale.

Su una analoga falsariga si pongono il Programma Operativo 2010 e il Programma operativo 2011-2012, nonché il recente Programma Operativo 2013- 2015 approvato con DCA 84/2013 s.m.i. con DCA 102/2013, che all' Azione 3.4. nel prevedere come linea d indirizzo strategica il potenziamento dell'assistenza domiciliare individua come soggetto responsabile di processo il Servizio regionale competente per la Programmazione socio-assistenziale, imponendo un monitoraggio semestrale della qualità e continuità delle cure domiciliari.

Piano Sociale regionale 2011-2013 approvato con Delibera di Consiglio Regionale del 25 marzo 2011, n. 75/1 . Il P.S.R. 2011-2013 intende proporre i seguenti macro-obiettivi:

Macro-obiettivi (obbligatori per ogni ambito):

- favorire, ove possibile, la de-istituzionalizzazione e la permanenza a domicilio delle persone anziane, incrementando i servizi di assistenza domiciliare e di assistenza domiciliare integrata e la continuità assistenziale, intesa quale prosecuzione metodologica di intervento;
- promuovere forme di tele-aiuto, tele-conforto e altre forme di assistenza telefonica;
- favorire le cure domiciliari dei soggetti non autosufficienti;
- favorire forme di convivenza per gli anziani soli, anche attraverso l'incentivazione delle esperienze maturate sul territorio;
- favorire azioni che promuovano la socializzazione degli anziani in condizione di emarginazione e solitudine, anche a causa di isolamento territoriale, attraverso la promozione e la facilitazione di aggregazioni sociali spontanee. L'obiettivo, inoltre, è quello di tutelare la fragilità degli anziani attraverso la prevenzione e la sorveglianza attiva. L'organizzazione dei servizi rivolti alla persona anziana "fragile" deve essere comunque ispirata ad una visione "positiva" della salute degli anziani, investendo in risorse e attenzioni per prevenire lo stato di non autosufficienza e permettere una vecchiaia serena nel proprio "ambiente di vita".

Con DGR n. 468 del 24/06/2015, la Regione Abruzzo ha recepito l'accordo tra il Governo e le Regioni sul documento recante "Telemedicina Linee di indirizzo nazionali" in quanto detto documento rappresenta il riferimento unitario nazionale per la implementazione dei servizi di telemedicina, individuando gli elementi necessari per una coerente progettazione e impiego di tali sistemi nell'ambito del SSR.

Il DGR 224/2007 "Il Sistema delle Cure Domiciliari-Linee Guida" definisce la strategia della Regione Abruzzo per le cure domiciliari, aggiornato con il documento della Commissione LEA del Ministero della Salute del 2008 "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio".
DGR n. 23 del 16/01/2012 "Approvazione della cartella domiciliare integrata" in attuazione della precedente DGR n. 244, pone in essere le basi per la registrazione delle informazioni relative all'assistenza domiciliare integrata.

L'Allegato "A" alla D.G.R. 28.09.2012, nr. 621 recante figura professionale di "operatore socio-sanitario" definisce il profilo professionale dell'operatore socio-sanitario, regolamentato a livello nazionale dall'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 22 febbraio 2001 tra il Ministro della Sanità, il Ministro della Solidarietà Sociale, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

L'operatore socio-sanitario svolge attività di cura e di assistenza alle persone in condizione di disagio o di non autosufficienza sul piano fisico e/o psichico, al fine di soddisfarne i bisogni primari e favorirne il benessere e l'autonomia, nonché l'integrazione sociale.

Infine, con DGR n. 677 del 07/08/2015, avente ad oggetto "Programmazione sociale regionale. Definizione Ambiti Territoriali Socio-Sanitari. Atto di indirizzo" la Giunta Regionale prevede che gli Ambiti Territoriali sociale devono essere coincidenti nel numero e nell'estensione con i Distretti Sanitari esistenti sul territorio.

Con DGR 679/P del 21/10/2014 sono state approvate "le Disposizioni transitorie per la gestione dei Piani di Zona per i servizi sociali per l'anno 2015".

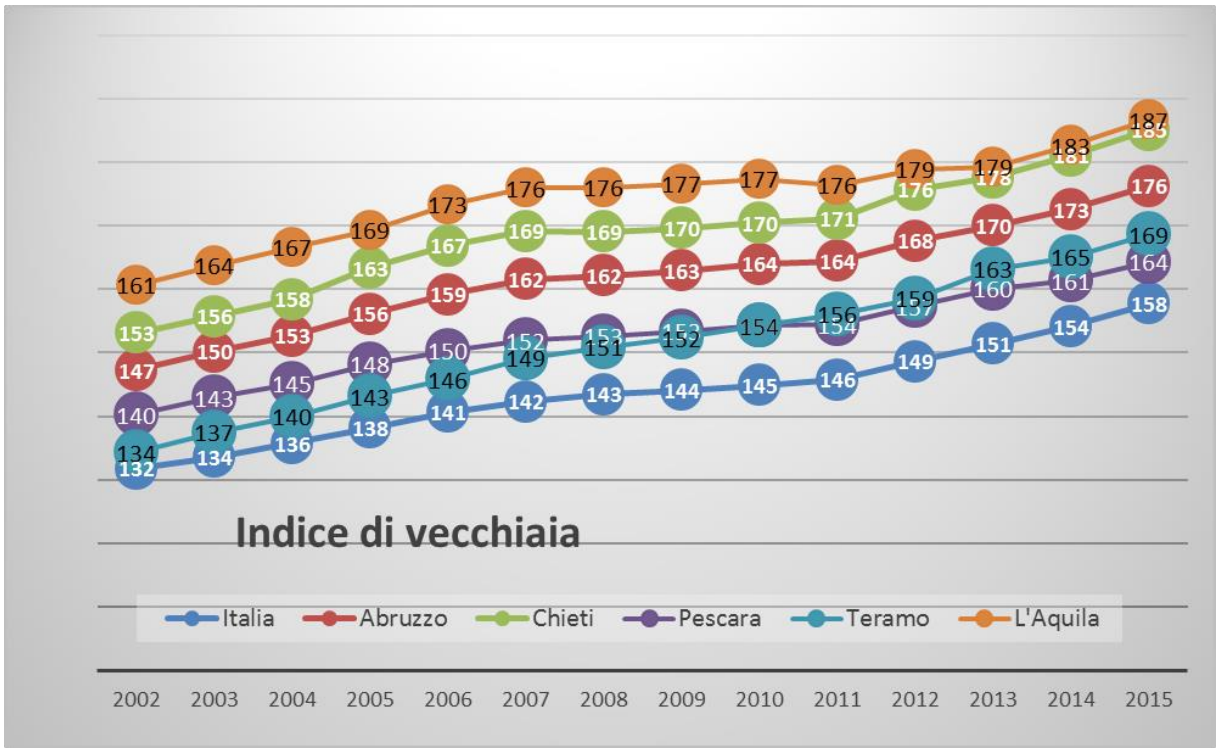
Con DGR 938 del 18/11/2015, la Regione Abruzzo ha approvato l' atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale degli interventi rivolti alle persone non autosufficienti – piano locale per la non autosufficienza – PLNA 2015.

2 ANALISI DI CONTESTO

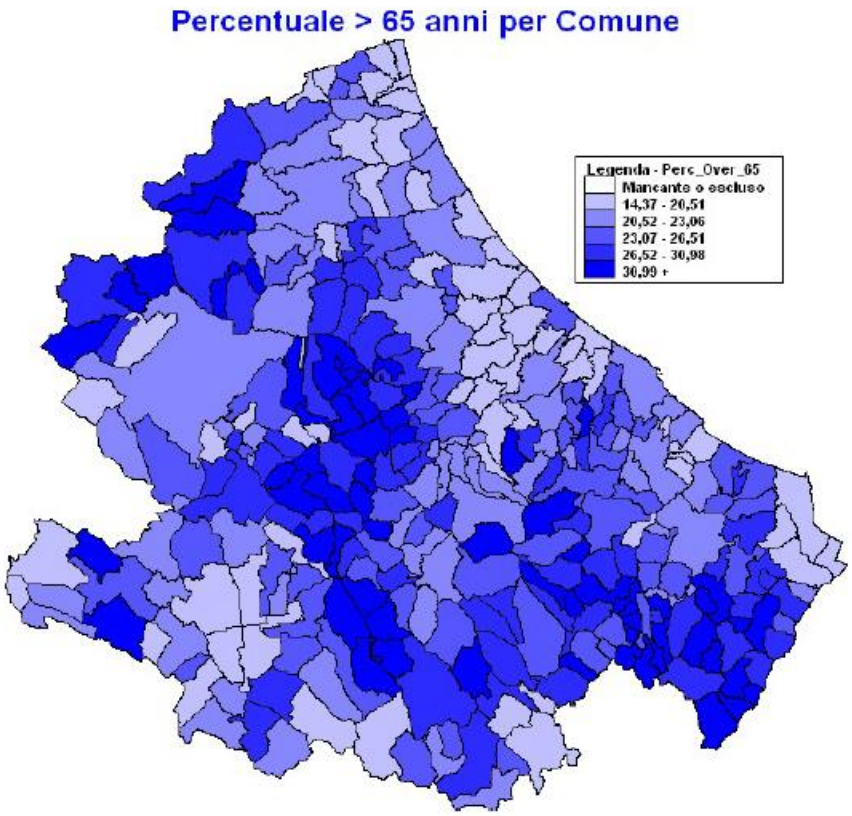
L'analisi di contesto di cui al presente paragrafo muove da una oculata individuazione di alcuni fondamentali indicatori di fabbisogno.

L'indice di vecchiaia è un indicatore statistico dinamico usato nella statistica demografica per descrivere il peso della popolazione anziana in una determinata popolazione. Sostanzialmente stima il grado di invecchiamento di una popolazione. Esso si definisce come il rapporto di composizione tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e la popolazione più giovane (0-14 anni); valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai giovanissimi. È un indicatore abbastanza grossolano ma efficace, poiché nell'invecchiamento di una popolazione si ha generalmente un aumento del numero di anziani e contemporaneamente una diminuzione del numero dei soggetti più giovani, ed in questo modo numeratore e denominatore variano in senso opposto esaltando l'effetto dell'invecchiamento della popolazione.

L'indice di vecchiaia in Abruzzo è cresciuto del 20% dal 2002 al 2015, passando da 147 a 176 ultra65enni su 100 ragazzi. Tale tendenza è comune a tutte le provincie, ma con livelli diversi tra L'Aquila e Chieti (187 e 185 rispettivamente) e Teramo – Pescara (169 e 164 nel 2015).



L'incremento della speranza di vita alla nascita e il progressivo invecchiamento della popolazione è anche rappresentato dalla percentuale della popolazione over 65 residente nei comuni abruzzesi (figura successiva).



Dalla metà degli anni ’90 diversi gruppi di ricercatori (Katon1 Wagner2 Von Korff3), hanno ridefinito l’approccio alle malattie croniche spostando i modelli di cura da un approccio reattivo, basato sul paradigma ‘dell’attesa’ dell’evento acuto, ad un approccio proattivo, improntato al paradigma preventivo, dell’evitare o rinviare nel tempo la progressione della malattia, sull’empowerment del paziente (e della comunità) e alla qualificazione del team assistenziale (sanitario e sociale). Tale approccio è stato successivamente adottato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità. La strategia più efficace disponibile nei confronti di queste patologie, è rappresentata dall’implementazione di strategie di controllo dei casi a rischio (case finding) di tipo

[1] Katon W., Collaborative management to achieve treatment guidelines, Journal of the American Medical Association [273]. 1995

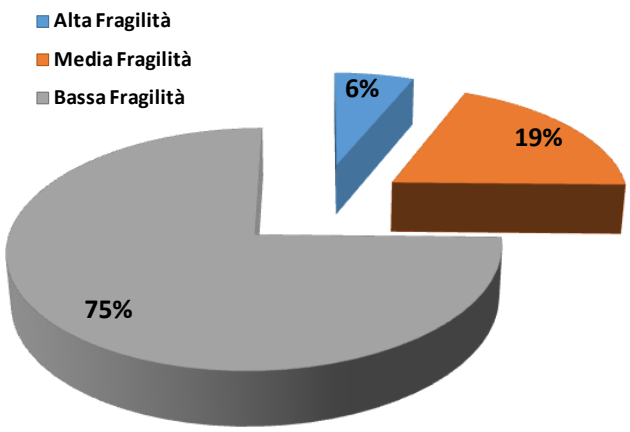
[2] Wagner EH. What will it take to improve care for chronic illness?. Effective Clinical Practice, 1: 2-4. 1996.

[3] Von Korff M. Collaborative management of chronic illness, Gruman J., Schaefer J.K., Curry S.J. and Wagner E.H. Annals of Internal Medicine [127] 1997.

preventivo al fine di contrastarne il peso e l'incidenza, attraverso una riduzione significativa del rischio di ospedalizzazione (Billings4).

Fragilità della popolazione abruzzese 2014

Con l'attuazione del modello proattivo di assistenza al paziente cronico è possibile evitare accessi al Ps e ricoveri inappropriati, migliorare gli outcome di salute e abbassare i costi dell'assistenza. La stratificazione del rischio dei pazienti con patologie cronico-degenerative orienta, quindi, in modo decisivo il fulcro dell'assistenza sanitaria verso il territorio, sia in termini di sviluppo delle attività di prevenzione e programmazione di interventi assistenziali proattivi, sia in termini di guida dei percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali rivolti a specifici gruppi di pazienti con malattie croniche. La condivisione di questo approccio rende pertanto necessario dotarsi di strategie e strumenti in grado di identificare e misurare, dal punto di vista epidemiologico, i soggetti più fragili: cioè i pazienti anziani con fragilità assistenziale, che hanno il tasso più alto di consultazione in medicina generale e costituiscono la maggior parte dei ricoveri ospedalieri per acuti.



I soggetti fragili sono stati individuati a partire dalla popolazione residente con un algoritmo statistico predittivo (validato nel 2015) che tiene conto della numerosità e della qualità dei ricoveri ospedalieri (variabile dipendente) e, pe ora, di una decina di variabili che misurano la correlazione

[4] Billings, "Case finding for patients at risk of readmission to hospital: development of algorithm to identify high risk patients," British Medical Journal, 327-330, 2006;.

[5] Falasca P, Berardo A and Di Tommaso F, Development and validation of predictive MoSaiCo (ModelloStatisticoCombinato) on emergency admissions: can it also identify patients at high risk of frailty? AnnIst Super Sanità 2011 | Vol. 47, No. 2: 220-228 DOI: 10.4415/ANN _11_02_15

delle patologie croniche (diabete mellito di tipo 2, bronco pneumopatia cronica ostruttiva [BPCO], scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa e tumori in fase di remissione) con gli Accessi al PS, l'Assistenza Domiciliare (sanitaria e sociale), l'età, il genere, le prestazioni specialistiche ambulatoriali, i chilometri percorsi per recarsi in Ospedale e/o Pronto soccorso, l'esenzione ticket e la poli-prescrizione farmaceutica. L'algoritmo calcola un indice predittivo in grado di individuare i soggetti più fragili, cioè maggiormente a rischio di progressione sfavorevole verso l'insorgenza di eventi avversi alla salute, la non autosufficienza e il ricorso ai servizi sanitari. I dati qui esposti in questo paragrafo derivano dal calcolo che è stato realizzato per la popolazione dei tre Distretti interni (Alto Vastese, Sangro-Aventino e Guardiagrele) della Asl2 Lanciano Vasto Chieti nel 2014 e, con una certa approssimazione in base ai dati disponibili della SDO, esenzioni ticket per patologia e Pronto Soccorso, in Regione Abruzzo nel 2015. Come viene evidenziato nelle tabelle successive il rischio di fragilità è direttamente proporzionale al ricorso ai servizi sanitari e sociali, quindi direttamente correlabile al rischio di scarsa aderenza o vulnerabilità nel seguire correttamente e prescrizioni terapeutiche, i trattamenti e le raccomandazioni (per questo la chiamiamo Fragilità Assistenziale). Tale indice presenta vantaggi sia a livello manageriale (si vedano le applicazioni programmatorie adottate nel Piano strategico della Asl Lanciano Vasto Chieti 2015-20176), sia clinico - assistenziale: per fornire all'operatore sanitario un profilo socio-sanitario in grado di rimuovere gli ostacoli che si frappongono alla corretta adesione ai trattamenti e raccomandazioni, guidare l'individuazione degli interventi proattivi e la scelta dei percorsi assistenziali del singolo paziente (case e disease management).

Regione Abruzzo	Popolazione con Età > 60 anni Fragilità			
Indicatori	Alta Fragilità	Media Fragilità	Bassa Fragilità	Totale
Residenti	24.685	75.764	296.436	396.885
% Femmine	48%	54%	51%	51%
Età>=85	20%	15%	14%	14%
% con una patologia cronica	46%	24%	1%	5%
% con due o più patologie croniche	32%	6%	0%	2%
Ricoveri ripetuti, urgenti o impropri	27%	7%	3%	5%

La tabella illustra la classificazione nelle tre classi di fragilità di 396.885 soggetti con età uguale o superiore di 60 anni, presenti nell'anagrafe scelta-revoca della Regione Abruzzo. Tali classi sono attribuite dal modello statistico predittivo in base alla probabilità di ciascun individuo di avere un ricovero ripetuto, urgente o improprio l'anno successivo alla misura. Come si evidenzia nella tabella 24.685 sono i soggetti fragili in regione (6,4% della popolazione > 60 anni e 1,9% della complessiva).Come si può osservare i soggetti con alta fragilità sono in prevalenza maschi, 54% di donne nella media fragilità, il 20% dell'alta fragilità è > 85 anni (14% nella bassa), il 46% ha una

[6] http://www.info.asl2abruzzo.it/azienda/piano-strategico-2015-2017.html

patologia cronica e il 32% due o più, inoltre il 27% ha una probabilità di un evento di ospedalizzazione rispetto al 7% della media e 3% della bassa fragilità.

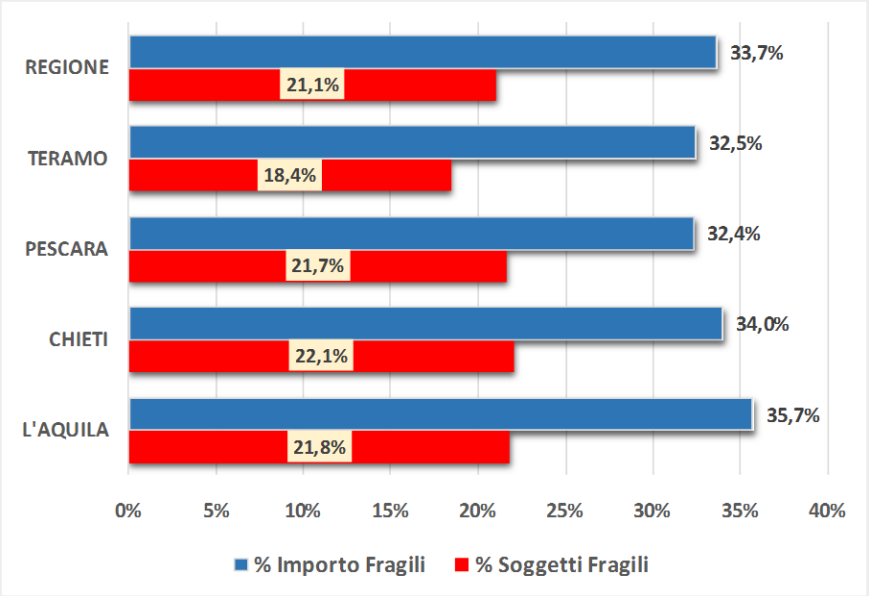
Regione Abruzzo	Popolazione con Età > 60 anni Fragilità			
Servizi assistenza consumati per 100 soggetti	**Alta Fragilità**	**Media Fragilità**	**Bassa Fragilità**	**Totale**
Ricoveri	102,9	29,0	10,1	19,5
Urgenti	63,8	8,6	2,5	7,5
Potenz. impropri	17,9	7,2	3,4	5,0
Accessi al PS	270,9	44,0	15,4	36,7
Codici Bianchi o Verdi al PS	105,6	27,1	8,6	18,2
Codici Rossi o Gialli al PS	144,1	14,3	5,9	16,1
Accessi da mezzanotte alle 8.00	270,9	44,0	15,4	36,7

L'utilizzo dell'assistenza sanitaria è misurata con la percentuale di ricoveri ospedalieri totali (102 ricoveri ogni 100 individui vs 10%), tra cui i ricoveri urgenti (63% vs 2,5%) e potenzialmente impropri (17,9% vs 3,4%), di accessi al Pronto Soccorso (270% - cioè 2,7 accessi a testa - vs 15%). Il rapporto dell'ammontare dei servizi erogati per 100 soggetti delle tre popolazioni risulta quindi 10 volte maggiori per l'alta fragilità rispetto alla bassa. Di questi quelli urgenti 25 volte maggiori, 5 volte di più quelli impropri e oltre 17 volte di più gli accessi al Pronto Soccorso. Di questi 12 volte più codici bianchi o verdi, 24 volte codici urgenti (rossi e gialli) e 17 volte più accessi notturni.

Regione Abruzzo	Popolazione con Età > 60 anni Fragilità			
Importo pro-capite	**Alta Fragilità**	**Media Fragilità**	**Bassa Fragilità**	**Totale**
Accessi al PS	€ 202,27	€ 31,43	€ 11,77	€ 27,37
Ricoveri Totali	€ 3.969,48	€ 1.083,05	€ 340,41	€ 707,90
Totale Importo pro-capite	€ 4.171,75	€ 1.114,48	€ 352,18	€ 735,26
Costi salvabili/anno	€ 85.871.111	€ 65.678.870	€ 72.323.440	€ 222.771.625

Dal punto di vista dell'impatto economico l'importo pro-capite complessivo dei 24.685 soggetti fragili abruzzesi è 11 più alto dei soggetti non fragili (€ 4.171 vs € 352). In buona sostanza i 24.000 soggetti fragili, che corrisponde al 6,4 % della popolazione ultra 60enne, consuma il 38,8% delle risorse economiche destinate a questa popolazione (la stima è limitata alle risorse strettamente ospedaliere). L'ultima riga indica l'ammontare dei costi ospedalieri salvabili (corrispondenti ai ricoveri impropri per condizioni trattabili nel territorio): è evidente che un intervento di sviluppo dei servizi territoriali avrebbero un impatto maggiore sulla popolazione ad alta fragilità, in quanto di minor numero.

Il grafico mostra le percentuali per provincia dei soggetti fragili ricoverati in ospedale nel 2014 e la quota del costo totale di degenza.



Stato dell'arte delle cure domiciliari nella Regione Abruzzo

Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi ecc.., prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Nell'ambito delle cure domiciliari integrate risulta fondamentale l'integrazione con i servizi sociali dei comuni. Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale deve essere valutato attraverso idonei strumenti che consentano la definizione del programma assistenziale ed il conseguente impegno di risorse.
Gli obiettivi principali delle cure domiciliari sono:

a. l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;
b. la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
c. il supporto alla famiglia;
d. il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
e. il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale.

Al fine di interpretare meglio i dati di attività delle cure domiciliari si definisce per giornata effettiva di assistenza (GEA) il numero di giorni nel quale è stato effettuato almeno un accesso

domiciliare. Per CIA si intende il coefficiente di intensità assistenziale calcolato come il numero di GEA/ numero di giornate di cura (intervallo tra inizio e fine della presa in carico domiciliare).

La Tabella 1 mostra gli standard di riferimento individuati per le prese in carico.

Standard Qualificanti	
Classi	GEA (giornate)
Zero*	GEA < 4
Prima	4 ≤ GEA ≤ 9
Seconda	9 < GEA ≤ 15
Terza	15 < GEA ≤ 18
Quarta	GEA > 18

Tabella 1: Standard qualificanti - Indicatori SIAD-Sistema Assistenza Domiciliare

Tabella 2: Legenda dei CIA

CIA 0 base	PAI con GEA<4
CIA 1	Cure Domiciliari Integrate di I livello
CIA 2	Cure Domiciliari Integrate di II livello
CIA 3	Cure Domiciliari Integrate di III livello
CIA 4	Cure palliative malati terminali

La Tabella 2 mostra la leggenda dei CIA in relazione con i livelli di cure domiciliari integrate.

Nella Tabella 3 è illustrato il rapporto tra il numero di prese in carico attivate presenti in SIAD ed il numero di casi trattati rilevati dal modello FLS21 - Anno 2014. Si rileva tale valore regionale è pari al 111%.

Tabella 3: Rapporto tra il numero di prese in carico attivate presenti in SIAD ed il numero di casi trattati rilevati dal modello FLS21 - Anno 2014 -

Asl		SIAD	FLS 21 quadro H	Rapporto SIAD attivate - FLS 21 quadro H	SIAD	
Codice	Descrizione	Pic attivate	Casi trattati		Pic erogate	Rapporto SIAD erogate - FLS 21 quadro H
201	AVEZZANO-SULMONA-L'AQU	5683	5172	110%	3615	70%
202	LANCIANO-VASTO-CHIETI	4160	5118	81%	2363	46%
203	PESCARA	7796	5409	144%	2691	50%
204	TERAMO	4095	3885	105%	2711	70%
	TOTALE	21734	19584	111%	11380	58%

Dati elaborati dal *"Servizio Gestione Flussi Informativi, Mobilità Sanitaria, Procedure Informatiche ed Emergenza Sanitaria"* del Dipartimento per la Salute e per il Welfare attraverso il Flusso SIAD- Anno 2014.

Nella Tabella 4 sono stati analizzati i numeri e i tassi delle Prese in carico (PIC) effettuate dalla Cure Domiciliari della Regione Abruzzo per Intensità di Cura.

Sono considerate le "prese in carico" già aperte al 1 gennaio dell'anno di riferimento o aperte nel corso dello stesso anno. Per "prese in carico erogate" si intendono quelle per le quali la regione ha inviato i dati relativi al tracciato 1 e tracciato 2 del flusso SIAD (relativo ad accessi).

Tabella 4: Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura. - Anno 2014 - Dettaglio Asl -

		GdC 0		CIA Base		CIA 1		CIA 2		CIA 3		CIA 4		Popolazione 2014	TOTALE DI PIC
Codice Asl	Descrizione Asl	PIC erogate	Tasso di prese in carico	PIC erogate	Tasso di prese in carico	PIC erogate	Tasso di prese in carico	PIC erogate	Tasso di prese in carico	PIC erogate	Tasso di prese in carico	PIC erogate	Tasso di prese in carico		
201	AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	138	0	325	1	796	3	1.402	5	323	1	631	2	300.774	3.615 (31,8%)
202	LANCIANO-VASTO-CHIETI	112	0	282	1	580	1	828	2	200	1	361	1	389.053	2.363 (20,8%)
203	PESCARA	477	2	24	0	338	1	1.120	4	207	1	525	2	315.725	2.691 (23,6%)
204	TERAMO	204	1	447	1	981	3	796	3	82	0	201	1	306.955	2.711 (23,8%)
	TOTALE	931	0,71	1.078	0,82	2.695	2,05	4.146	3,16	812	0,62	1.718	1,31	1.312.507	11.380

Dati elaborati dal *"Servizio Gestione Flussi Informativi, Mobilità Sanitaria, Procedure Informatiche ed Emergenza Sanitaria"* del Dipartimento per la Salute e per il Welfare attraverso il Flusso SIAD- Anno 2014

Nell'anno 2014 il Sistema delle Cure Domiciliari Regionali ha erogato 11.380 PIC, di cui il 31.8% dalla ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila. Il numero maggiore di PIC sono stati erogate per intensità di cura di CIA 2 (4.146 PIC) cioè quelle ricomprese nelle cure domiciliari di II livello.

Nell'anno 2013 il Totale PIC erogate erano 7.487, il livello CIA più rappresentato era sempre il II Livello delle Cure Domiciliari con un tasso di prese in carico pari al 2,47% (dati tratti dal Monitoraggio LEA 2013)

Tabella 5: Assistiti over 65 trattati in SIAD in rapporto alla popolazione anziana (per 100) - Anno 2014 - Dettaglio Asl -

Codice Asl	Descrizione Asl	Assistiti over 65	Popolazione over 65	Assistiti over 65 con Pic erogate *100 ab. over 65
201	AVEZZANO-SULMONA-L'AQU	2.741	66.320	4,13
202	LANCIANO-VASTO-CHIETI	1.735	88.330	1,96
203	PESCARA	1.989	68.910	2,89
204	TERAMO	1.867	65.927	2,83
	TOTALE	8.332	289.487	2,88

Dati elaborati dal *"Servizio Gestione Flussi Informativi, Mobilità Sanitaria, Procedure Informatiche ed Emergenza Sanitaria"* del Dipartimento per la Salute e per il Welfare attraverso il Flusso SIAD- Anno 2014.

Nell'anno 2014 sono stati assistiti 8.332 pazienti in cure domiciliari over 65 anni, Tabella 5, che rappresentano il 2.88% di tutta la popolazione abruzzese over 65 anni. Il tasso di assistiti over 65 anni più alto è rappresentato dalla Asl di Avezzano- Sulmona- L'Aquila con il 4.13% anche se la popolazione più anziana risiede nella ASL di Lanciano-Vasto-Chieti.
Nella Tabella 6 si riportano i tassi standardizzati per età per 1000 abitanti riferiti all'anno 2014. Questo tasso regionale ha un valore del 7.10 ‰. Nell'anno 2013 il Sistema delle Cure Domiciliari regionale aveva un tasso di presa in carico standardizzato per età di 5,67‰ (dati tratti dal Monitoraggio LEA 2013).

3 IL PERCORSO ASSISTENZIALE DOMICILIARE E LE SUE FASI

Il processo è lo svolgimento di una serie di attività che si succedono in maniera logica destinate a trasformare un qualsiasi momento di input in una prestazione fruibile (output) da un utente.
In particolare, il processo assistenziale può essere definito come un insieme ordinato di prestazioni sanitarie e/o sociali, articolate per fase, erogate con lo scopo di raggiungere un determinato esito.
Le fasi del processo assistenziale in cure domiciliari sono:

- la segnalazione,
- la valutazione,
- la presa in carico,
- definizione del piano assistenziale,
- la verifica,
- la conclusione.

Punto Unico di Accesso
L'accesso alle Cure Domiciliari avviene attraverso il P.U.A. definito come una modalità organizzativa concordata tra Distretto ed Ambito Sociale, ed ha come obiettivi:

- garantire ai Cittadini ed agli Operatori una porta unitaria di accesso ai servizi socio-sanitari del territorio
- garantire una capillare azione informativa sui percorsi assistenziali, sociali e socio-sanitari anche mediante attivazione di numero verde
- garantire l'invio all'UVM per la valutazione del bisogno e per l'eventuale presa in carico
- garantire la continuità del percorso assistenziale
- garantire la semplificazione delle procedure amministrative

Il P.U.A. può essere attivato, tramite diverse modalità di comunicazioni, da:

- Singolo Cittadino o familiare
- Medico di medicina generale o Pediatra di libera scelta
- Servizi sociali
- Servizi sanitari (Unità Operative ospedaliere, RSA, Consultori familiari, Servizi di riabilitazione etc)
- Servizi istituzionali (scuola, Tribunale per i minorenni, Ambiti sociali, etc)
- Servizi non istituzionali (Case di riposo, cooperative sociali, associazioni di volontariato etc.)

Le funzioni di front-office sono svolte da un Dirigente Medico del Distretto Socio-Sanitario, da un Infermiere e da un'assistente Sociale, con adeguato supporto amministrativo. Le funzioni di back-office e di coordinamento del servizio sono assicurate dal Direttore del distretto o da un suo delegato in stretta collaborazione con il Responsabile dell'ufficio di Piano dell'Ambito.
Dovrà essere previsto uno stretto collegamento con i servizi di Segretariato Sociale e con i MMG e con i PLS, in particolare per le situazioni urgenti o che necessitano di accompagnamento nell'accesso.
L'equipe del P.U.A. dovrà essere in grado di decodificare il bisogno, indicando percorsi semplici e complessi di risposta, dove per risposte semplici si intende l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o sociali che non richiedano il coinvolgimento della Unità di Valutazione Multidimensionale.
Dovrà, inoltre, essere in grado di effettuare l'orientamento verso i dipartimenti territoriali: Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento Dipendenze Patologiche e Dipartimento Materno-Infantile.
In particolare, per quanto attiene alle C.D. :

- curerà l'inoltro delle richieste di attivazione delle cure prestazionali al Dirigente Medico del Distretto Sanitario responsabile delle C.D. per l'autorizzazione
- attiverà l'UVM per l'ammissione alle altre tipologie di C.D. .

Dimissione Protetta Ospedaliera
La dimissione Protetta si pone i seguenti obiettivi:

- riduzione della durata della degenza
- contenimento dei ricoveri impropri
- creare una interrelazione tra il ricovero ospedaliero ed il reinserimento nel territorio

- promuovere attività congiunte e di raccordo tra il personale socio- assistenziale e sanitario, ospedaliero e del territorio.

Possono essere canditati alla dimissione protetta soggetti ospedalizzati, indipendentemente dall'età, affetti da patologie che, superata la fase acuta, tuttavia necessitano ancora di particolari prestazioni sanitarie, socio-assistenziali e riabilitative, effettuabili a domicilio ma in maniera coordinata e continuativa. La dimissione a domicilio in questi casi deve avvenire previo accertamento dell'attivazione dell'assistenza domiciliare.
La richiesta va effettuata dal Medico Ospedaliero al P.U.A. almeno 2 giorni lavorativi prima della data prevista per la dimissione, tramite l'apposita scheda. Il P.U.A. attiva la UVM per la valutazione del caso e la stesura del P.A.I. In collaborazione con lo Specialista ospedaliero, di norma entro le 48 ore.
In particolare nel caso di persone anziane, alla fase di ricovero ospedaliero è opportuno che si sovrapponga precocemente, intorno alla terza giornata dall'ammissione, l'attivazione e l'interfaccia con le figure professionali e le strutture del distretto (sempre tramite il P.U.A.) per la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione e organizzazione dei percorsi successivi.
Il trasporto dell'Assistito a domicilio va effettuato, quando le condizioni cliniche lo richiedono, mediante ambulanza fornita dalla ASL.
Nel caso in cui le condizioni cliniche lo impongano, deve essere previsto un percorso preferenziale per il rientro presso il reparto di provenienza.
Deve essere auspicata la massima integrazione con il medico ospedaliero del reparto di provenienza, anche con programmazione, riportata nel P.A.I. di consulenze domiciliari o telefoniche.
Dalla nuova programmazione sanitaria (istituzione dei PL di Osservazione Breve) questa tipologia di dimissione viene applicata anche al paziente dimesso dal Pronto Soccorso con una tempistica specifica rispetto al bisogno assistenziale.

Unità Valutazione Multidimensionale
L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), unica per l'ammissione alle cure domiciliari e per l'ammissione nelle residenze, deve essere prevista nel Distretto Sanitario di Base e la sua composizione deve essere corrispondente a quanto descritto dalla normativa regionale vigente.
E' un gruppo altamente qualificato di persone che in base alla propria professionalità ed esperienza predispone il progetto personalizzato del soggetto che presenta una pluralità di bisogni sociali e/o sociosanitari e/o sanitari;
Costituiscono attività specifiche della UVM:

- Analisi e valutazione multidimensionale del bisogno;
- Individuazione del setting operativo dove indirizzare il paziente (domicilio, semiresidenza, residenze sanitarie);
- Elaborazione del progetto personalizzato di assistenza in cui vengono definiti le persone coinvolte, i risultati attesi e le attività;
- verifica e valutazione del progetto personalizzato e del bisogno a distanza di alcuni mesi o a seguito di cambiamenti del quadro sociosanitario, della situazione psicosociale e di quella sanitaria . Nel caso in cui le verifiche e le valutazioni periodiche diano esiti diversi da quelli previsti, è necessario procedere ad una riformulazione del progetto personalizzato;

- rilevazione dell’utilizzo di interventi sanitari, sociosanitari e sociali.

Gli strumenti proposti per la valutazione del bisogno assistenziale sono rappresentati dalle Scale di Valutazione (Allegato 1) i cui risultati saranno riportati sulla Scheda del P.A.I.
L'applicazione degli strumenti su indicati permette di identificare i diversi livelli di intensità di cure sanitarie e di intensità delle cure sociali, cui attribuire i rispettivi codici.

Piano Assistenziale Individualizzato (P.A.I.)
Basato su modalità condivise e confrontabili per la loro predisposizione, tenendo conto della metodologia di lavoro per progetti ben identificata dall’art. 2 del DPCM 14 febbraio 2001, e tale per cui alla valutazione del bisogno (corredata da fattori osservabili e misurabili) deve far seguito la definizione dei risultati attesi, anch’essi misurabili in sede tecnica e, per quanto possibile, anche in sede di valutazione partecipata di efficacia con la persona utente e la sua famiglia.

Nei progetti personalizzati viene identificata la Intensità assistenziale in funzione della natura e complessità del bisogno. La stessa viene definita sulla base della quantità e qualità delle risorse (professionali e di altra natura) impiegate per l’attuazione del progetto personalizzato.
Nel P.A.I. dovranno essere indicati:

- i bisogni sanitari e gli interventi previsti, con l'individuazione delle figure professionali coinvolte, dei loro compiti e della periodicità dei trattamenti;
- i bisogni sociali e le azioni previste, con l'individuazione delle parti coinvolte e degli strumenti necessari;
- il "case manager", ossia del responsabile del caso, (MMG dell'Assistito, o altra figura professionale del Sistema delle Cure Domiciliari, su delega del MMG) referente dell'organizzazione e del controllo dell'applicazione del P.A.I. nel singolo caso;
- il "caregiver";
- gli obiettivi e la durata del trattamento;
- la periodicità della verifica intermedia dell'applicazione del P.A.I. con l'individuazione degli indicatori specifici;
- le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi;
- il P.A.I. deve essere sottoscritto dal Paziente e/o da un familiare.

Case manager
Il "Responsabile del caso" è un operatore che si assume la responsabilità del controllo dell'attuazione degli interventi previsti nel programma assistenziale personalizzato (è il garante del piano assistenziale individualizzato). E' colui che ha in mano il controllo della fase operativa delle Cure Domiciliari verificando chi ha fatto che cosa, con quale frequenza, in che modo, in che tempi, ecc..
Rappresenta anche il primo riferimento "organizzativo" per l'assistito, la sua famiglia e gli operatori dell'équipe assistenziale. Il responsabile del caso tutela indirettamente l’assistito poiché tutelando il piano assistenziale e individualizzato si fa garante della modalità di lavoro per obbiettivi e quindi del raggiungimento degli obbiettivi assistenziali stessi. E’ quindi una figura di raccordo all’interno dell’équipe assistenziale, garantendone l’integrazione, tenendo le fila della

comunicazione tra i suoi membri e assicurando che gli interventi assistenziali sul singolo caso siano effettuati in maniera coordinata senza sovrapposizioni, intralci reciproci e/o vuoti di assistenza.
Visto l'impegno che tale funzione richiede, il responsabile del caso di regola può seguire un numero limitato di casi.
Il responsabile del caso viene individuato dall'unità valutativa distrettuale nella prima riunione di valutazione ed è alla stessa UVM che deve direttamente rispondere del suo operato
Allo scopo di fornire ogni utile elemento di valutazione per il singolo caso, partecipa anche alle sedute dell'unità valutativa per la verifica e l'eventuale revisione del programma assistenziale personalizzato. Cura inoltre il rapporto con la famiglia dell'utente con il referente familiare fornendo la più ampia informazione sul programma assistenziale che deve essere dalla famiglia pienamente condiviso, al fine di attivare la massima collaborazione e di raccogliere tutte le indicazioni utili e/o le richieste di aiuto e di supporto.

La cartella domiciliare integrata regionale (cdir)
La Cartella Domiciliare Integrata Regionale deve contenere tutte le informazioni acquisite in tutto il percorso del paziente assistito in Cure Domiciliari Integrate.

Le sue funzioni sono:

- fornire una base informativa per decisioni clinico-assistenziali appropriate garantendo una continuità assistenziale;
- documentare lo stato dell'assistito, i trattamenti effettuati e i risultati conseguiti;
- tracciare le attività svolte permettendo così di risalire (tracciabilità) a responsabili, cronologia e modalità di esecuzione;
- facilitare l'integrazione operativa dei diversi professionisti che intervengono sul singolo paziente;
- costituire una fonte dati per la valutazione dell'attività assistenziale, per indirizzare in maniera appropriate la formazione e aggiornamento degli operatori sanitari e socio-sanitari e per base di studi scientifici e ricerche cliniche;

La Cartella, per le funzioni sopra descritte:

- diventa essenziale per l'alimentazione e la completezza del flusso dell'Assistenza domiciliare (SIAD) che la Regione Abruzzo ha adottato e che metterà a regime;
- deve rimanere a domicilio del Paziente fino a chiusura del caso;
- la tenuta della cartella è a carico del care giver;
- l'archiviazione della Cartella è a carico del Responsabile del Servizio Cure Domiciliare Distrettuale.

Delle attività elencate, si sottolinea che il Punto Unico di Accesso, L'Unità di valutazione multidimensionale (UVM), il Piano Assistenziale Individualizzato (P.A.I.) e la cartella domiciliare integrata regionale (cdir) sono strumenti condivisi e integrati tra l'organizzazione sanitaria DSB e il sociale ATS (ex DGR n. 938 del 18/11/2015).

4 ATTIVITA' 2015

Con DGR n. 938 del 18/11/2015 "Atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale degli interventi rivolti alla non autosufficienza", la Regione Abruzzo, al fine di sostenere la qualità di vita delle persone in condizioni di non autosufficienza, promuove sull'intero territorio regionale un complesso di interventi finalizzati a:

- facilitare la piena integrazione della persona non autosufficiente in ogni contesto della vita;
- valorizzare ed implementare la domiciliarità;
- alleviare l'impegno quotidiano dei nuclei familiari.

Tali interventi sono caratterizzati da un elevato grado di integrazione sociale e sanitaria e vengono pianificati e gestiti dagli Ambiti Territoriali Sociali mediante i Piani Locali per la Non Autosufficienza elaborati in coerenza con le finalità indicate annualmente nei Decreti interministeriali per la ripartizione del Fondo per le non autosufficienze.

Il Piano Locale per la Non Autosufficienza (P.L.N.A.) intende evitare ogni tipologia di ricovero improprio per favorire la permanenza della persona non autosufficiente nel nucleo familiare, migliorando, di conseguenza, la qualità delle relazioni affettive intrafamiliari, nonché delle relazioni sociali.
Tale finalità viene perseguita attraverso la creazione e lo sviluppo continuo di una rete, composita ed organizzata, di politiche, di risorse e di interventi a sostegno della domiciliarità e dei nuclei familiari che si fanno carico della cura, dell'assistenza e della tutela delle persone non autosufficienti.
In particolare, il P.L.N.A. si caratterizza come strumento di concertazione tra l'Ente dell'Ambito Territoriale Sociale (A.T.S.) ed il Distretto Sanitario di Base (D.S.B.) e stabilisce le modalità operative per l'attuazione degli interventi territoriali e domiciliari per la non autosufficienza, nel rispetto delle indicazioni fornite dal DPCM 29.11.2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza) e successive modifiche e integrazioni.

L'integrazione socio sanitaria all'interno della suddetta rete si fonda sul processo di presa in carico. La presa in carico, dalla quale può originarsi l'invio e l'accesso ai diversi tipi di prestazioni e di interventi, richiede unitarietà nei momenti della valutazione, della definizione del progetto assistenziale individualizzato (P.A.I.), della verifica e dell'aggiornamento del progetto medesimo.
In tale contesto, il P.L.N.A. definisce:

- il sistema delle responsabilità locali nell'attuazione delle politiche sociali e sanitarie per la domiciliarità;
- i processi unitari per la valutazione del bisogno di cura da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) di cui al Piano Sociale Regionale 2011 – 2013 prorogato con verbale di Consiglio Regionale n. 161/11 del 01.10.2013 e alla deliberazione di Consiglio Regionale n. 679/P del 21.10.2014 con la quale sono state approvate le "Disposizioni transitorie per la gestione dei Piani di Zona per i servizi sociali, per l'anno 2015" e Piano Sanitario Regionale 2008 – 2010 e ss.mm.ii.;
- un processo di presa in carico attraverso il progetto assistenziale individualizzato, di sostegno e di accompagnamento della persona non autosufficiente e del suo nucleo

familiare nell'ambito degli interventi individuati nel presente Atto, da valutare nella loro globalità, in rapporto alla situazione di bisogno di assistenza rilevato mediante l'utilizzo di specifiche scale di valutazione;
- gli interventi da attuare e le risorse professionali, sociali, sanitarie e finanziarie, nonché eventuali quote di cofinanziamento da parte dell'ATS e dell'Azienda USL;
- gli strumenti per il monitoraggio e la valutazione degli interventi attuati.

L'insieme delle politiche di sostegno della domiciliarità si caratterizza per l'implementazione della rete dei servizi già programmati all'interno dei Piani di Zona, a seguito della presa in carico della persona non autosufficiente.

Si ritiene utile sottolineare che nell'approccio al tema della disabilità e della non autosufficienza è necessario introdurre una lettura improntata ad una nuova visione culturale , scientifica e giuridica anche alla luce della riflessione internazionale in materia di Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) che ha posto l'obiettivo di ideare ed implementare interventi che, da una modalità settoriale approdino ad un approccio globale per la costruzione di una società pienamente inclusiva tenendo conto della centralità della persona.

Le persone con disabilità e coloro che versano in stato di fragilità rappresentano il paradigma della molteplicità dei bisogni affettivi, relazionali, terapeutici e di piena inclusione sociale.

La risposta ai bisogni evidenziati si rileva estremamente eterogenea nella diffusione dei servizi sul nostro territorio regionale a cui corrisponde anche una sperequazione della spesa sociale. Il paradigma è che i territori più poveri sono anche quelli che presentano bisogni maggiori. Pertanto, si ritiene necessario una riduzione delle eterogeneità non solo della spesa ma anche dei modelli di intervento.

L'attuazione del presente obiettivo di servizio ha il precipuo intento di sostenere le famiglie in difficoltà, alleviare i carichi familiari, assicurare una giusta qualità della vita delle persone ultrasessantacinquenni non autosufficienti, evitare il pesante fenomeno di burnout da parte dei familiari e trasmettere competenze per l'autonomia di intervento.

Con l'atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale degli interventi rivolti alla non autosufficienza, la Regione Abruzzo ha inteso definire che l'integrazione socio-sanitaria è fondata sul processo di presa in carico che viene concretizzata mediante l'utilizzo del PAI e valutata dall'UVM. Questo processo di presa in carico è orientata, tra l'altro, allo sviluppo dell'ADI e del telesoccorso-teleassistenza.

Le principali categorie diagnostiche assistite nel 2015 dal servizio di assistenza domiciliare riguardano le seguenti malattie:

Categorie Diagnostiche Maggiori	Percentuale rispetto ai pazienti assistiti in ADI ≥ 65 anni
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo (diabete, ecc.)	6,7%
Malattie dell'apparato respiratorio (BPCO, ecc.)	2,9%
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (lesioni da decubito, ecc.)	9,8%
Malattie del sistema circolatorio (scompenso cardiaco, ecc.)	13,2%
Tumori (oncologia)	11,5%
Disturbi psichici (disturbi cognitivi, ecc.)	2,7%
Malattie del sistema nervoso (ictus, emiplegie, paraplegie, ecc.)	9,6%
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti (sindrome ipocinetica, allettamento, ecc.)	5,0%
Fattori che influenzano lo stato di salute (TAO*, anemie, epatopatie, ecc.)	7,9%

A.S.L. 1	**Anno 2015**	**Totale pazienti A.D.I.**	**Fascia età**
	Cure Domicilairi Integrate (ADI)	**5.400**	**≥ 65 anni**
			4.079
	Cure Domicilairi Prestazionali	**2.337**	**2.185**
A.S.L. 2	**Anno 2015**	**Totale pazienti A.D.I.**	**Fascia età**
	Cure Domicilairi Integrate (ADI)	**5.693**	**≥ 65 anni**
			4.300
	Cure Domicilairi Prestazionali	**2.464**	**2.303**
A.S.L. 3	**Anno 2015**	**Totale pazienti A.D.I.**	**Fascia età**
	Cure Domicilairi Integrate (ADI)	**5.896**	**≥ 65 anni**
			4.454
	Cure Domicilairi Prestazionali	**2.552**	**2.386**
A.S.L. 4	**Anno 2015**	**Totale pazienti A.D.I.**	**Fascia età**
	Cure Domicilairi Integrate (ADI)	**4.792**	**≥ 65 anni**
			3.620
	Cure Domicilairi Prestazionali	**2.074**	**1.939**
Regione	**Anno 2015**	**Totale pazienti A.D.I.**	**Fascia età**
	Cure Domicilairi Integrate (ADI)	**21.781**	**≥ 65 anni**
			16.453
	Cure Domicilairi Prestazionali	**9.426**	**8.813**

Per il futuro è necessario prevedere un aumento di almeno il 5% annuo del numero dei pazienti assistiti dalle Cure Domiciliari, per cui:			
Setting assistenziale	Annualità	Ipotesi totale assistiti	Ipotesi assistiti ≥65aa
Cure Domicilairi Integrate	2016	22.870	17.276
	2017	24.014	18.139
	2018	25.214	19.046
Cure Domicilairi Prestazionali	2016	9.897	9.254
	2017	10.392	9.716
	2018	10.912	10.202

5 QUADRO DEGLI INTERVENTI IN CORSO FINANZIATI CON TUTTE LE FONTI DISPONIBILI

Sulla base della ricognizione effettuata sul CE relativo alle annualità 2015 si rileva che per l'assistenza Domiciliare integrata dal FSR sono stati erogati 21.634.831,39 mentre dal Fondo per la non autosufficienza 656.618 per gli anziani in ADI e € 292.795 per l'ADI disabili come da tabella seguente (stima tendenziale):

FINANZIAMENTO PUBBLICO	PESCARA	CHIETI	L'AQUILA	TERAMO	REGIONE
Fondo Sanitario Regionale (ADI)	€ 7.189.856,00	€ 5.831.759,00	€ 3.816.275,00	€ 4.796.941,39	€ 21.634.831,39
PLNA Anziani	€ 162.790,38	€ 171.623,26	€ 177.742,97	€ 144.461,39	€ 656.618,00
PLNA disabili	€ 72.590,47	€ 76.529,17	€ 79.258,04	€ 64.417,32	€ 292.795,00

Con DGR n. 311 del 29 aprile 2015 risulta superata la previsione di utilizzare quale fonte di finanziamento disponibile quella riferibile al PAR FAS 2007-2013.

Linea Progettuale L.P.5 a valere sul finanziamento 2015 (cfr Intesa Stato – Regioni rep. 234/CSR del 23.12.2015) finanziata con fondi ex art. 1 cc 34 e 34 bis della L. 662/96 (progetti obiettivo regionali a rilevanza nazionale per l'attuazione della programmazione socio-sanitaria nazionale e regionale). Si tratta di un apposito progetto relativo a "Gestione della Cronicità" attraverso modelli avanzati di gestione delle malattie croniche (pazienti non in ADI) teso alla riqualificazione e al potenziamento PUA, ADI e UVM presso le sedi erogative distrettuali e all'informatizzazione integrata dei servizi ivi erogati.

Con DGR n. 938 del 18/11/2015 "approvazione atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale degli interventi rivolti alle persone non autosufficienti – piano locale per la non autosufficienza – plna 2015", la Regione Abruzzo ha deliberato di finalizzare le risorse assegnate dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, pari ad € 9.594.000,00, alla copertura dei costi di rilevanza sociale

dell'assistenza socio-sanitaria quali risorse aggiuntive rispetto a quelle già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti.
Tale somma viene destinata agli Ambiti Territoriali Sociali con le seguenti modalità:

- € 5.756.400,00, quale quota pari al 60% dell'importo complessivo di € 9.594.000,00, agli Ambiti Territoriali Sociali, per la realizzazione degli interventi rivolti esclusivamente alle persone non autosufficienti, conformi alle finalità di cui all'art.2 del Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 14.05.2015;
- € 3.837.600,00, quale quota pari al 40% dell'importo complessivo di € 9.594.000,00, agli Ambiti Territoriali Sociali, per la realizzazione degli interventi di cui all'art.2 del Decreto 14.05.2015, rivolti alle persone in condizione di disabilità gravissima, come definite dall'art.3 del Decreto medesimo, e precisamente:
    - € 1.000.000,00 per le persone affette da SLA e già assistite con il progetto SLA di cui alle D.G.R. n. 265 del 02.05.2012 e D.G.R. n. 742 del 12.11.2012;
    - € 2.837.600,00 da ripartire con i medesimi criteri utilizzati per il riparto degli stanziamenti agli A.T.S. destinati per gli interventi previsti nei Piani di Zona, destinata a:
        - nuovi casi di persone affette SLA;
        - aggravamenti con conseguente passaggio di Fascia superiore delle persone affette da SLA;
        - disabilità gravissima ai sensi dell'art. 3, comma 1, del Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali 14.05.2015;
        - ADI – Assistenza domiciliare integrata s.l.a. e disabilità gravissima;
        - ADSA - Assistenza domiciliare socio assistenziale s.l.a. e disabilità gravissima.

6 PROGRAMMA e INTERVENTI

Attraverso le risorse FSC 2007/2013 di attuazione del meccanismo premiale collegato agli Obiettivi di Servizio, ex delibera Cipe 79/2012, si intende potenziare e supportare il sistema dell'assistenza domiciliare integrata regionale che ha visto nell'ultimo anno una decurtazione di risorse in particolare alla luce del taglio delle risorse destinate pari a €6.000.000,00 decise con DGR n. 311 del 29 aprile 2015 per gli adempimenti previsti ex art. 16 del D.L.95/2012.

Le risorse destinate pari a €8.047.693,00, come ripartite con DGR 299/2014, intendono finanziare due interventi, collegati tra loro, finalizzati ad incidere sul target S.06. Tali interventi contemplano due linee di attuazione a cura della Regione, delle 4 Asl e degli Ats, che hanno l'obiettivo di facilitare un processo di integrazione socio-sanitaria che veda l'anziano non autosufficiente al centro del sistema di cure domiciliari, riducendo, sotto il profilo sanitario, il rischio di ricoveri inappropriati ed alleviando sotto il complementare profilo socio- assistenziale gli oneri socio-economici delle famiglie con anziani a carico.

6.1 Intervento 1: Teleassistenza e Telesalute a supporto e integrazione del Servizio di assistenza domiciliare integrato

Lo sviluppo di strumenti per la Telemedicina consente sia di trovare nuove risposte a problemi tradizionali della medicina, sia di creare nuove opportunità per il miglioramento del servizio sanitario tramite una maggiore collaborazione tra i vari professionisti sanitari coinvolti e i pazienti. Il principale obiettivo della implementazione della Telemedicina è quello di sviluppare la continuità delle cure e l'integrazione Ospedale – Territorio. Si tratta di introdurre un modello organizzativo integrato per il monitoraggio remoto domiciliare di pazienti cronici (telemedicina specialistica, teleconsulto, teleradiologia, laboratorio biomedico, telesalute e monitoraggio dei parametri relativi ai dispositivi elencati di seguito), associato ad una centrale di coordinamento, di emergenza (H24) ed educazionale unica regionale (ASL capofila) e una centrale di servizi presso la sede dell'UCCP gestito dagli infermieri di fragilità a supporto del medico di medicina generale. La tecnologia di telesalute (monitoraggio dei parametri sanitari e gestito dagli infermieri) e quella di teleassistenza (monitoraggio di parametri ambientali e di non autosufficienza di pertinenza sociale) sarà fornita alla coorte di pazienti fragili maggiori di 65 anni in assistenza domiciliare integrata al fine di migliorare i parametri clinici, assistenziali, organizzativi ed economici rispetto alla tradizionale assistenza.
I dispositivi tecnologici che possono essere adottati, ad integrazione dell'assistenza domiciliare, riguardano:

- kit di rilevazione dei parametri sanitari e sociali a domicilio del paziente (vedi tabella seguente)

Rilevazioni possibili e dispositivi interfacciati:

Interfaccia hub bidirezionale	Fonendoscopio	Cardiotocografo	PT/INR
Spirometria	Pressione arteriosa	ECG 12 derivazioni	Ecografo
Analisi multiparametrica del sangue	Colesterolo e trigliceridi	Termometro auricolare	ECG 3 derivazioni
Dermatoscopio	Glicemia	Saturimetria	Peso corporeo

- digitalizzare la cartella domiciliare integrata regionale attraverso l'introduzione di un database unico regionale e della sua compilazione elettronica con dispositivi, tablet a casa del paziente compilabile da tutti gli operatori sanitari e sociali che si recano a domicilio;

- monitorare il tempo dedicato all'assistenza domiciliare dai vari operatori medici, infermieristici, sociali, fisioterapisti ecc.. dotando il paziente di un Hub e gli operatori di un chip (smartcard) che si aggancia all'Hub quando l'operatore si reca a domicilio per tutta la durata del servizio. Utile per evitare la registrazione dell'avvenuta erogazione del servizio.

I servizi richiesti hanno l'obiettivo di fornire ai Distretti sanitari di base (DSB) e agli Ambiti territoriale sociale (ATS) uno strumento per l'attuazione dei progetti di carattere sperimentale, in attuazione dell'intesa tra Governo e Regioni concernente il nuovo Patto della Salute per gli anni 2014-2016 (CSR n. 82 del 10/07/2014).

La Regione è interessata ad implementare su tutto il territorio regionale soluzioni innovative per la presa in carico dei pazienti fragili, lo sviluppo dell' autocura e l'aumento dell'aderenza alla terapia attraverso l'implementazione della telesalute e teleassistenza per la sperimentazione di un nuovo modello organizzativo di cure domiciliari.

L'obiettivo è quello di sperimentare un nuovo servizio di monitoraggio domiciliare per la gestione integrata dei pazienti fragili, con un partenariato pubblico privato, al fine di facilitare lo scambio di informazioni tra pazienti collocati al proprio domicilio e operatori sanitari presenti nelle UCCP e sociali presenti nei PUA, di monitorare a distanza parametri clinici del paziente, per il controllo dello stato di salute e per la rilevazione delle eventuali situazioni critiche, di accedere ai dati del paziente da qualsiasi luogo nonché di fornire al paziente strumenti di supporto per l'autocura e per l'aderenza alla terapia.

Preliminarmente le ASL, coinvolte nella predisposizione del presente intervento, hanno rilevato il fabbisogno specifico come da tabella seguente:

TELESALUTE (MONITORAGGIO PARAMETRI CLINICI) (patologia principale)	**N. PAZIENTI ASL 1**	**N. PAZIENTI ASL 2**	**N. PAZIENTI ASL 3**	**N. PAZIENTI ASL 4**	**N. PAZIENTI in Regione Abruzzo**
DIABETE	149	157	162	132	600
BPCO	42	44	46	37	170
LESIONI	124	131	135	110	500
SCOMPENSO	99	105	108	88	400
ONCOLOGIA	87	91	95	77	350
DISTURBI COGNITIVI / ALZHEIMER	15	16	16	13	60
TAO	12	13	14	11	50
MALATTIE CEREBROVASCOLARI	20	21	22	18	80
TOTALE PZ.	548	578	598	486	**2210**
TELEASSISTENZA	**N. PAZIENTI ASL 1**	**N. PAZIENTI ASL 2**	**N. PAZIENTI ASL 3**	**N. PAZIENTI ASL 4**	**N. PAZIENTI (non inclusi in telesalute)**
CALL CENTER/CENTRALI DI MONITORAGGIO	223	235	244	198	**900**

SUPPORTO ALLA ADERENZA ALLA TERAPIA	74	78	81	66	**300**
SENSORI SPAZIALI E DI POSIZIONE	22	24	24	20	**90**
HEALTH CORNER	**N. PAZIENTI ASL 1**	**N. PAZIENTI ASL 2**	**N. PAZIENTI ASL 3**	**N. PAZIENTI ASL 4**	**N. PAZIENTI (non inclusi nei gruppi precedenti)**
VALIGETTA IN DOTAZIONE OSS PER ESAMI DIAGNOSTICI DI PRIMO LIVELLO	124	131	135	110	**500**
TOTALE PAZIENTI	992	1045	1083	880	**4000**

Rilevando le seguenti evidenze epidemiologiche su base dati reale:

RAGGRUPPAMENTO DIAGNOSI	**% UTENTI**	**% ACCESSI**	**UTENTI**	**ACCESSI**
TUMORI (140-239)	10,2	8,3	1678	1366
MALATTIE SISTEMA NERVOSO (320-389)	9,4	12,4	1547	2040
MALATTIE DEL SISTEMA CARDIO-CIRCOLATORIO (390-459)	10,3	9,7	1695	1596
MALATTIE DELLA PELLE E SOTTOCUTANEE (680-709)	9,2	11,1	1514	1826
MALATTIE DEL SISTEMA OSTEO-MUSCOLARE (710-739)	6,8	7,9	1119	1300
TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI (800-999)	12,7	11,4	2090	1876
ALTRE PATOLOGIE	41,4	39,2	6812	6450
TOTALE PAZIENTI IN ADI				
16453				

TELESALUTE (MONITORAGGIO PARAMETRI CLINICI) (patologia principale)	N. PAZIENTI in Regione Abruzzo
DIABETE	600
BPCO	170
LESIONI	500
SCOMPENSO	400
ONCOLOGIA	350
DISTURBI COGNITIVI / ALZHEIMER	60
TAO	50
MALATTIE CEREBROVASCOLARI	80
TOTALE PZ.	**2210**

TELEASSISTENZA	N. PAZIENTI (non inclusi in telesalute*)
CALL CENTER/CENTRALI DI MONITORAGGIO	**1290**
SUPPORTO ALLA ADERENZA ALLA TERAPIA	
SENSORI SPAZIALI E DI POSIZIONE	
HEALTH CORNER	N. PAZIENTI (non inclusi nei gruppi precedenti*)
VALIGETTA IN DOTAZIONE OSS PER ESAMI DIAGNOSTICI DI PRIMO LIVELLO	**500**
TOTALE PAZIENTI	**4000**

L' obiettivo della sperimentazione è quello di valutare come l'uso di un modello organizzativo integrato per il monitoraggio remoto domiciliare di pazienti cronici (telesalute e teleassistenza del peso corporeo, glicemia, pressione arteriosa, frequenza cardiaca ed interfaccia hub bidirezionale), associato ad una centrale di servizi di telesalute educazionale (presso la sede dell'UCCP) a supporto del medico di medicina generale, fornito ad una coorte di pazienti fragili, sia in grado di migliorare i parametri clinici, assistenziali, organizzativi ed economici rispetto alla tradizionale assistenza.

Criteri comuni per la definizione del capitolato finalizzata alla acquisizione di servizi di monitoraggio domiciliare:

1. fornitura delle componenti hardware e software per assicurare il trasferimento e la gestione dei dati dei pazienti nella fasi di misurazione e monitoraggio: n. 4000 interfaccia hub bidirezionale (centralina per la raccolta di misurazioni) connessa con scheda dati;
2. garantire la connettività dei dispositivi medici all'Hub e, in generale, il corretto funzionamento dei collegamenti e delle interconnessioni tra la strumentazione in dotazione dei vari attori del servizio (pazienti, infermieri e medici);
3. predisporre un portale clinico – telematico su cui accedono in specifiche aree riservate, medici, infermieri e pazienti per consultare e scambiare dati desunti dai kit di telemedicina e dal registro di fragilità;
4. i kit medici, l'Hub bidirezionale e il portale clinico devono essere certificati per l'utilizzo della gestione delle terapie dei pazienti da parte del medico, Certificazione CE Classe 2°;
5. assistenza tecnica, da intendersi come tutti quegli interventi atti a ripristinare il corretto funzionamento e le corrette prestazioni delle apparecchiature fornite, quali: manutenzione preventiva programmata, manutenzione correttiva ed eventuale sostituzione dei dispositivi medici in dotazione al paziente, in caso di irreparabilità così

da assicurare la continuità del servizio. I piani di intervento di assistenza tecnica saranno concordati separatamente;

6. il servizio di telemedicina e teleassistenza sarà implementato nell'ambito della rete delle cure primarie (PTA e UCCP) dei Distretti sanitari di base, che coinvolgerà 4000 pazienti fragili, per una durata complessiva della sperimentazione di due anni;
7. fornitura di un servizio "Centrale di ascolto": gli operatori in ascolto devono possedere il titolo di infermiere professionale;
8. il servizio deve essere erogato nelle 12 ore (8-20) per sei giorni alla settimana senza interruzione;
9. la centrale d'ascolto deve ricevere tutte le comunicazioni effettuate dai domicili ove sono collocati i kit attivi, deve rispondere velocemente (almeno entro un'ora) alle richieste critiche o di emergenza, deve trasmettere tempestivamente (almeno entro la successiva mezz'ora) i dati ricevuti e le comunicazioni rese all'utente verso la rete assistenziale della (MMG, Infermieri della Fragilità, Specialisti, 118, etc);
10. la centrale di ascolto dovrà effettuare almeno 4000 telefonate mensili e almeno 600 telefonate trimestrali di teleassistenza (con compilazione di check list specifica) ad altrettanti pazienti in aggiunta a quelli a cui viene erogata il servizio di telesalute;
11. la centrale d'ascolto deve garantire la trasmissione bidirezionale e la conservazione "a norma" dei dati sensibili;
12. il servizio di telemedicina e teleassistenza deve essere già implementato, dunque testato, in altre Aziende Sanitarie Locali italiane (numero installazioni in altre ASL);
13. deve essere garantita un'attività professionale, statistica, epidemiologica per effettuare un'indagine di valutazione sull'impatto sulla salute ed economico sull'azione di presa in carico del paziente fragile nelle Aree Interne nell'anno di sperimentazione.

Criteri <u>specifici</u> per la definizione del capitolato finalizzata alla acquisizione di servizi di monitoraggio domiciliare per pazienti fragili per specifiche malattie croniche, come sotto individuate, per un totale di 4000 kit, la cui distribuzione verrà effettuata in sede di definizione dei fabbisogni di gara:

a) DIABETE MELLITO. Fornitura in comodato gratuito di kit composti da: n.1 sfigmomanometro, n.1 bilancia, n.1 glucometro;
b) SCOMPENSO CARDIACO. Fornitura in comodato gratuito di Kit composti da: n.1 ECG monoderivazione, n.1 sfigmomanometro, n.1 bilancia;
c) BRONCOPNEUMOPATIA. Fornitura in comodato gratuito di Kit composti da: n.1 spirometro, n.1 pulsossimetro, n.1 pedometro;
d) TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE. Fornitura in comodato gratuito di Kit composti da: un. 1 misuratore INR;

L'intervento è indirizzato a pazienti in ADI con pluripatologie croniche (diabete, scompenso cardiaco, BPCO). Sulla base di una valutazione economica sviluppata nell'ambito del progetto dell'Area interna prototipo "Basso Sangro Trigno" si è rilevato che Ogni 1000 pazienti fragili con pluripatologie croniche è possibile stimare interventi di telesalute con monitoraggio tecnologico domiciliare (HUB, BMP, peso, glucometro, saturimetro, ECG ad una derivazione) a 300 pazienti, altri 300 con monitoraggio tecnologico dell'aderenza alla terapia (teleassistenza) e altri 400 pazienti seguiti dagli OSS con monitoraggio telefonico periodico (centrale servizi). In aggiunta è prevista la disponibilità di 5 kit di unità di monitoraggio mobile (dispositivi portatili per la rilevazione dei parametri a domicilio, con stesse strumentazioni di cui sopra, con possibilità di ulteriore rilevazione del colesterolo, trigliceridi, INR, HbAc1, ECG a 12 derivazioni). La spesa prevista per ciascun paziente sulla base di tale stima per anno è quantificabile intorno a € 500,00 inclusi i consumabili.

Da rilevare che il costo del materiale consumabile (strisce, aghi) per i soli pazienti diabetici è stimabile in circa € 300 per anno, quindi la spesa riferita all'investimento è limitata a € 200 a paziente.

Il funzionamento della telesalute e telassistenza, di cui al presente intervento, è vincolato alla presenza di attività professionale che utilizza la tecnologia al fine della sorveglianza e presa in carico dei problemi sanitari dei pazienti. Tale attività in ADI è svolta da infermieri professionali a cui si affiancheranno gli operatori socio sanitari di cui all'intervento 2.

L'intervento 1 avrà un costo di 4.047.693,00 con risorse premiali ODS, che andrà a coprire 4.000 pazienti con patologie croniche maggiori di 65 anni in ADI per un periodo di due anni. Di queste 47.693,00 sono destinate ad adeguamenti infrastrutturali delle reti telematiche aziendali e potenziamento del registro della fragilità degli ATS.

6.2 Intervento 2: integrazione del Servizio di assistenza domiciliare integrato degli Operatori Socio Sanitari (O.S.S.)

Il profilo dell'Operatore Socio Sanitario è stato definito dall'Accordo della Conferenza Stato Regioni del 22 febbraio 2001.

Svolge la sua attività sia nel settore SOCIALE che in quello SANITARIO in servizi di tipo socio assistenziali e Socio sanitari, residenziali e non residenziali, in ambiente ospedaliero e al domicilio dell'utente.

Svolge la sua attività su INDICAZIONE, ciascuno secondo le proprie competenze, degli operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria (personale infermieristico) e a quella sociale, ed in collaborazione con gli altri operatori, secondo il criterio del lavoro multiprofessionale.

Le attività dell'Operatore Socio Sanitario sono rivolte alla persona e al suo ambiente di vita, al fine di fornire:

1) assistenza diretta e di supporto alla gestione dell'ambiente di vita
2) intervento igienico sanitario e di carattere sociale
3) supporto gestionale, organizzativo e formativo.

Con deliberazione di Giunta Regionale Abruzzo n.621 del 28 settembre 2012, avente ad oggetto "D.G.R. N.82 del 16.02.2012 "Definizione della figura professionale di "Operatore socio-sanitario" e approvazione degli indirizzi per i contenuti minimi del corso di formazione per il conseguimento della qualifica"- Modifiche ed integrazioni" è stata modificata ed integrata la D.G.R. n.82 del 16.02.2012 e , tra l'altro, approvato il documento denominato "Figura professionale di Operatore socio-sanitario", Allegato "A", comprensivo dell'allegato A1 denominato "Modello di attestato".

Dal punto di vista organizzativo, l'O.S.S. è una figura che, a differenza dell'Operatore Socio Assistenziale (OSA), può accedere per concorso a lavorare nel Servizio Sanitario Nazionale e quindi negli ospedali pubblici o nelle strutture territoriali e nei servizi di Assistenza Domiciliare. In Regione Abruzzo non è stata ancora pienamente regolamentata la funzione dell'O.S.S. nelle Aziende Sanitarie, mentre tale figura ricopre un ruolo attivo e trova sbocchi lavorativi nelle strutture residenziali e nelle Cooperative di servizi domiciliari.

L'allegato "A" alla D.G.R. 28.09.2012, nr. 621 della Regione Abruzzo recita che: "L'Operatore socio-sanitario svolge la sua attività sia nel settore sociale che in quello sanitario, in servizi di tipo socio-assistenziale e socio-sanitario, residenziali o semiresidenziali, in ambiente ospedaliero e al domicilio dell'utente, collaborando con gli altri operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e/o quella sociale, secondo il criterio del lavoro multiprofessionale."

Il ruolo che potrebbe svolgere nell'ambito dell'ADI l'inserimento dell'O.S.S., in collaborazione con altre figure professionali, che potrebbero essere utilmente dedicate ad attività a maggior contenuto professionale, riguarda le seguenti attività:

1) collaborare con l'utente e la sua famiglia:
   - nel governo della casa e dell'ambiente di vita, nell'igiene e cambio biancheria;
   - nella preparazione e/o aiuto all'assunzione dei pasti;
   - quando necessario, e a domicilio, per l'effettuazione degli acquisti;
   - nella sanificazione e sanitizzazione ambientale;
2) curare il lavaggio, l'asciugatura e la preparazione del materiale da sterilizzare;
3) garantire la raccolta e lo stoccaggio corretto dei rifiuti, il trasporto del materiale biologico sanitario, e dei campioni per gli esami diagnostici, secondo protocolli stabiliti;
4) svolgere attività finalizzate all'igiene personale, al cambio della biancheria, all'espletamento delle funzioni fisiologiche, all'aiuto nella deambulazione, all'uso corretto dei presidi, ausili e attrezzature, all'apprendimento e mantenimento di posture corrette;

5) In sostituzione e appoggio dei familiari e su indicazione del personale preposto è in grado di:
   - aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchi medicali, di telesalute e teleassistenza di semplice uso;
   - aiutare nella preparazione alle prestazioni sanitarie;
   - osservare, riconoscere e riferire alcuni dei più comuni sintomi di allarme che l'utente può presentare (pallore, sudorazione ecc.);
   - attuare interventi di primo soccorso;
   - controllare e assistere la somministrazione delle diete;
   - aiutare nelle attività di animazione e che favoriscono la socializzazione, il recupero ed il mantenimento di capacità cognitive e manuali;
   - collaborare ad educare al movimento e favorire movimenti di mobilizzazione semplici su singoli e gruppi;
   - provvedere al trasporto di utenti, anche allettati, in barella carrozzella;
   - svolgere attività di informazione sui servizi del territorio e curare il disbrigo di pratiche burocratiche;
   - accompagnare l'utente per l'accesso ai servizi.

L'inserimento dell'O.S.S. a supporto e integrazione dei servizi di Assistenza Domiciliare condurrebbe dal punto di vista strategico a sviluppare il nuovo approccio alla prevenzione della salute delle persone anziane, comprese quelle con fragilità, secondo il più noto modello delle malattie croniche (Chronic Care Model).

In base alle evidenze disponibili gli O.S.S. possono:

1) Controllare l'impatto probabile dell'attività della badante sul piano di assistenza della persona
2) Supportare i care giver (badanti o familiari) ad esplorare i possibili benefici che potrebbero essere messi in campo per la persona che assistono. Aiutarli a gestire le risorse disponibili, in modo che la loro capacità di sostenere la cura della persona non sia compromessa per la gestione del processo di autocura
3) gli O.S.S. devono contattare gli operatori sanitari della persona (infermieri di fragilità) per tutte le preoccupazioni circa i farmaci prescritti
4) gli O.S.S. dovrebbero riferire all'infermiere di fragilità nominato degli eventuali problemi dei farmaci prescritti, inclusi gli effetti collaterali o la riluttanza del paziente a prendere le medicine
5) gli operatori socio sanitari devono riconoscere l'incontinenza come un sintomo e garantire che le persone entrino in contatto con l'infermiere di fragilità
6) fornire alle persone informazioni su come il servizio domiciliare può aiutare a gestire la propria vita, compreso il primo punto di contatto e quando sorgono nuovi problemi
7) gli O.S.S. dovrebbero garantire che l'assistenza sia centrata sulla persona e che la persona sia supportata in modo rispettoso e in grado di promuovere la dignità e fiducia.

In aggiunta è possibile dotare l'O.S.S. o l'Infermiere dell'ADI di dispositivi diagnostici portatili di facile uso per eseguire un set di esami diagnostici di controllo per il monitoraggio periodico delle comuni patologie croniche (Diabete, Bpco, Scompenso cardiaco, ecc..) da sottoporre al Medico in remoto:

- Glicemia
- Colesterolo
- Trigliceridi
- Creatinina
- Peso
- Pressione
- ECG, con refertazione
- Holter Pressorio

L'intervento 2 prevede l'acquisizione di 200.000 ore di assistenza da parte degli Operatori Socio Sanitari, (calcolato su un costo medio orario di € 20.00) verso gli stessi utenti beneficiari dell'intervento 1 (4000 pazienti) permettendo così l'erogazione di 25 ore aggiuntive a paziente all'anno da impiegare per applicare i servizi di telesalute e teleassistenza che amplificano e potenziano la resa oraria in termini di presa in carico e cura dei singoli pazienti, utilizzando la tecnologia in remoto.

Tale intervento viene realizzato utilizzando € 4.000.000 delle risorse premialo ODS ADI

6.3 Gestione e modalità di attuazione degli interventi

L'attuale attenzione per la cura centrata sulla persona corre il rischio di sopravvalutare l'indipendenza e di stigmatizzare la dipendenza e l'interdipendenza, entrambi componenti della vita di molti pazienti anziani. L'obiettivo degli interventi coordinati fra loro sono concentrati sulla cura centrata sulla relazione, cioè, con l'uso delle tecnologie e di operatori dedicati, pongono l'accento sulle interazioni tra paziente, famiglia, assistenti, professionisti sanitari e il personale di assistenza sociale. Sostenere queste interazioni è importante per l'erogazione di una assistenza sanitaria efficace, in particolare in ambito domiciliare.

La migliore relazione di medici e infermieri con il paziente, potenziato con la telesalute e teleassistenza, ha un impatto ulteriore sulla salute degli individui, relativo alla aderenza alla terapia. Con questo termine si intende il conformarsi del paziente alle raccomandazioni e alle prescrizioni del medico riguardo ai tempi, alle dosi e alla frequenza nell'assunzione del farmaco per l'intero ciclo di terapia.

Infatti, come evidenziato recentemente dall'AIFA, una maggior aderenza significa minor rischio di ospedalizzazione, minori complicanze associate alla malattia, maggiore sicurezza ed efficacia dei trattamenti e riduzione dei costi per le terapie. Com'è ormai noto, la popolazione anziana è quella

più a rischio sotto il profilo dell'aderenza alle terapie, specie in compresenza di più patologie. L'Italia è al secondo posto in Europa per indice di vecchiaia, con intuibili conseguenze sull'assistenza sanitaria a causa del numero elevato dei malati cronici. L'aderenza alle terapie è pertanto fondamentale per la sostenibilità del SSN. Dalle analisi contenute nel Rapporto OsMed 2014, poco più della metà dei pazienti (55,1%) affetti da patologie croniche assume le medicine con continuità.

In sintesi l'impatto atteso degli interventi 1 e 2 sull'assistenza dei 4000 pazienti in ADI ultrasessantacinquenni con patologie croniche è legato sia alla riduzione dell'ospedalizzazione non necessaria e degli accessi a pronto soccorso con codice bianco, stimabile in € 2.000/anno per paziente (costi cessanti), sia al miglioramento della aderenza alla terapia i cui risparmi non sono rilevabili attualmente.

I due interventi sono rivolti, in modo integrato, alla ideazione e implementazione di un nuovo modello socio-assistenziale rivolto alle condizioni di fragilità. Il punto di avvio è la definizione programmata e l'individuazione dei singoli pazienti over 65 anni non autosufficienti in ADI con un modello epidemiologico predittivo. Tale processo si attua attraverso il registro epidemiologico della fragilità in fase di avvio nel progetto dell'area interna prototipo Basso Sangro Trigno. La fase successiva prevede la verifica da parte degli operatori sanitari del DSB e degli operatori sociale dell'ATS dell'effettiva fragilità preliminare all'assegnazione del kit di telesalute e teleassistenza. Il team di ogni ambito distrettuale riceverà il numero di pazienti fragili da trattare con questo programma e l'indicazione di una lista nominativa. I soggetti inclusi, dopo adeguata valutazione e inserimento nel registro della fragilità, saranno dotati di kit tecnologico e inclusi nel monitoraggio da parte degli Operatori socio sanitari.

Gli interventi vedono un soggetto attuatore nella Regione Abruzzo che, attraverso il competente Servizio, provvederà a predisporre e gestire tutte le fasi per l'attivazione della gara di appalto per la fornitura di 4000 kit e del relativo servizio comprensivo di formazione e affiancamento. La formazione prevede dei corsi specifici integrativi per la sorveglianza e presa in carico della fragilità. Nell'ambito di tale fase si attiveranno i meccanismi di selezione della stazione appaltante in base alla vigente normativa regionale (art. 21 L.R. n. 1 del 2011) che prevede l'obbligatorietà di operare approvvigionamenti su scala regionale con apposita programmazione oppure attraverso la disciplina relativa al soggetto aggregatore regionale". Tale procedura consente di governare il processo in maniera efficiente e rispettando i limiti temporali definiti nella presente ipotesi progettuale.

ll Dipartimento della Salute e del Welfare, della Regione Abruzzo, si occuperà di istruire il riparto e l'assegnazione dei fondi che sarà legato al criterio di individuazione territoriale dei 4.000 pazienti in ADI (fermo restando la proiezione di fabbisogno specifico riportato nella tabella pag. 25), del monitoraggio e la valutazione dell'attuazione degli interventi attraverso il registro epidemiologico della fragilità come strumento unico di individuazione e verifica dei servizi erogati e fonte di indicatori di esito attraverso un'indagine di soddisfazione degli utenti.

Gli utenti individuati sulle ASL delle quattro province abruzzesi, saranno dotati di kit da collocare al domicilio di ogni singolo paziente identificato per il monitoraggio remoto di parametri vitali e di controllo di alcune malattie (pressione arteriosa, glicemia, peso, colesterolo, cretinina, ECG, INR, O2ematico, ecc.) per malati cronici e fragili che presentano una o più delle seguenti malattie: scompenso cardiaco, diabete, broncopneumopatia ostruttiva, terapia anticoagulante orale, malattie oncologiche. Il servizio comprende la fornitura di un hub bidirezionale di trasmissione, un portale per il monitoraggio a distanza del paziente e un centro servizi infermieristico (centrale di ascolto) per rispondere velocemente alle richieste critiche o di emergenza H12, 6 giorni su 7. Tutto il servizio ha un costo medio di € 500.000 anno per 1000 pazienti.

In stretta connessione con il primo, il secondo intervento, finalizzato a incrementare e rafforzare l'assistenza domiciliare tramite OSS verso pazienti in ADI, prevede l'acquisto di ore di OSS da parte delle ASL/ATS verso gli stessi pazienti individuati e dotati di kit.

Le risorse pari a € 4.000.000 saranno assegnate attraverso un procedimento di assegnazione delle risorse, con provvedimento amministrativo, alle 4 ASL ripartendo la somma sulla base delle esigenze rilevate e in accompagnamento al primo intervento.

L'intervento è strutturato su base territoriale capoluoghi di provincia e consiste nell'erogazione di ore di OSS ad integrazione dell'assistenza domiciliare sanitaria e sociale tramite esperimento di procedure ad evidenza pubblica per incrementare il servizio a domicilio dei pazienti non autosufficienti, non mobilizzabili o sprovvisti di sostegno familiare.

In tal senso si stima di incrementare l'attuale offerta di prestazioni OSS per i soli 4000 pazienti in ADI individuati/da individuare per un monte ore stimato in 200.000 (25 ore anno per paziente) ad integrazione dell'assistenza già prevista. In particolare, si è stabilito un bisogno per singolo paziente di 25 ore/anno che, come descritto nella presente relazione, da erogare sia in modalità diretta (a domicilio del paziente) e sia in modalità indiretta attraverso le risorse centralizzate telematicamente attraverso il primo intervento.