



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

DELIBERAZIONE N. 49/11 DEL 9.12.2014

Oggetto: Finanziamento a favore delle Aziende Sanitarie Locali per gli interventi finalizzati allo sviluppo del sistema dell'Assistenza Domiciliare Integrata. Ripartizione fondo regionale 2014.

L'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale riferisce che lo sviluppo del sistema dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) costituisce uno dei principali obiettivi della programmazione sociosanitaria della Regione e, all'interno dei servizi territoriali, ha la finalità di garantire la continuità assistenziale in favore delle persone non autosufficienti o a grave rischio di perdita della autosufficienza.

A tale scopo, con la deliberazione della Giunta regionale n. 51/49 del 20 dicembre 2007 sono state emanate le Direttive per la riqualificazione delle Cure domiciliari integrate (CDI), nelle quali sono state previste le tipologie di assistenza domiciliare, definito il modello organizzativo ed il percorso assistenziale ed è stato previsto il coordinamento a livello distrettuale. L'accesso alle CDI avviene attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA) e l'Unità di Valutazione Territoriale (UVT) istituiti con la Delib.G.R. n. 7/5 del 21 febbraio 2006 e le cui modalità di funzionamento sono state definite con la Delib.G.R. n. 15/24 del 13.4.2010 Linee guida sul funzionamento del Punto Unico di Accesso nel processo delle Cure Domiciliari Integrate e nei percorsi socio-sanitari.

L'Assessore fa presente, altresì, che con la deliberazione della Giunta regionale n. 52/18 del 3 ottobre 2008 "Adozione del Piano d'azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio 2007/2013" (di seguito Piano d'Azione) è stata recepita la deliberazione del CIPE n. 82 del 3 agosto 2007 "Regole di attuazione del meccanismo di incentivazione legato agli obiettivi di servizio del Quadro Strategico Nazionale (QSN) per il periodo 2007/2013". In particolare, all'interno del suddetto Piano d'Azione, nell'ambito dell'Obiettivo II "Aumentare i servizi di cura alla persona, alleggerendo i carichi familiari per innalzare la partecipazione delle donne al mercato del lavoro", è stato stabilito, quale obiettivo specifico, di incrementare dall'1,30 al 3,5% la percentuale di anziani assistiti in ADI rispetto al totale della popolazione anziana (65 anni e oltre) entro l'anno 2013.



Il Rapporto Annuale sugli Obiettivi di Servizio (RAOS 2012) e il monitoraggio effettuato a ottobre 2012 hanno rilevato, a livello regionale, alcune criticità organizzativo-gestionali relative alle Cure domiciliari Integrate erogate. In particolare è emersa la carenza di accessi effettuati al domicilio dell'assistito in CDI da parte figure mediche specialistiche con esperienza nella gestione dei pazienti portatori di bisogni sociosanitari particolarmente complessi, tra i quali i pazienti oncologici.

Con la Delib.G.R n. 51/12 del 28.12.2012 è stato pertanto previsto e finanziato un sistema premiante volto a incrementare il numero degli accessi a domicilio da parte di figure mediche specialistiche con esperienza nella gestione di casi complessi, destinati ad assistiti in CDI di terzo livello e Cure Palliative e a malati terminali, proseguito con la Delib.G.R. n. 53/60 del 20.12.2013.

Con la Delib.G.R. n. 33/32 dell'8.8.2013 sono state inoltre approvate le Linee guida per lo sviluppo della rete di cure palliative nella Regione Sardegna.

L'Assessore fa presente che si intende perseguire un progressivo adeguamento agli standard minimi relativi all'assistenza ai malati terminali in Cure palliative previsti dal Decreto ministeriale del 22 febbraio 2007, n. 43.

In particolare, considerata la carenza sul territorio regionale di figure professionali competenti in cure palliative, si ritiene opportuno potenziare complessivamente l'assistenza medico specialistica a domicilio rivolta agli assistiti in Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e Cure Palliative e a malati terminali, dando continuità ai progetti proposti dalle ASL nell'anno 2014.

Perché l'offerta dei servizi di Cure Domiciliari Integrate sia appropriata in termini quali-quantitativi al fabbisogno di salute è necessario che la programmazione degli interventi parta da un'analisi del fabbisogno attraverso lo studio dei dati epidemiologici e degli indicatori sociosanitari che consentono di caratterizzare la domanda di salute.

L'Assessore fa presente che è stata effettuata una stima dei casi attesi di Cure Domiciliari Integrate (CDI) partendo dai dati demografici ed epidemiologici regionali e da studi sul bisogno socio-sanitario presenti in letteratura. In particolare la stima dei casi potenziali di CDI di primo, secondo e terzo livello è stata ottenuta applicando alla popolazione ultrasessantacinquenne, residente al 1° gennaio 2011 in ogni singola ASL, i tassi dello studio BISS (Il bisogno socio-sanitario degli anziani in Toscana. I risultati dello studio epidemiologico di popolazione BISS. 2009) condotto dall'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS) della Toscana. Tali tassi si riferiscono a livelli di isogravità del bisogno di pazienti che presentano condizioni di non autosufficienza e disabilità, per i quali necessita un'assistenza continua (isogravità 4-5). I casi stimati sono stati classificati in base alla tipologia di CDI. I casi attesi di anziani con isogravità 4 sono stati considerati come CDI di primo e secondo livello. Quelli con isogravità 5, come CDI di terzo livello, come riportato nella tabella



successiva. Nell'interpretazione dei risultati è necessario tener conto di possibili bias in parte ascrivibili alle diverse caratteristiche socio-sanitarie delle Regioni confrontate ed in parte alla mancanza di informazioni sulle condizioni abitative e di supporto formale-informale che rappresentano ulteriori requisiti per l'erogazione delle Cure Domiciliari.

	Popolazione ISTAT 2011 ultra 65enne	Numero di casi annui potenziali di CDI di 1° e 2° livello (livello di isogravità 4 pari a 2,8% della popolazione over 65)	Numero di casi annui potenziali CDI di 3° livello (livello di isogravità 5 pari a 0,8% della popolazione over 65)
ASL 1 Sassari	66.368	1.858	531
ASL 2 Olbia	27.255	763	218
ASL 3 Nuoro	32.929	922	263
ASL 4 Lanusei	11.963	335	96
ASL 5 Oristano	37.043	1.037	296
ASL 6 Sanluri	21.234	595	170
ASL 7 Carbonia	25.992	728	208
ASL 8 Cagliari	103.203	2.890	826
Totale Regione	325.987	9.128	2.608

Per la stima relativa alle Cure Domiciliari Palliative si è provveduto ad applicare il tasso di mortalità per tumore, relativo alla fascia di età over 65 dell'intera Regione, alla popolazione over 65 residente in ogni ASL. In questo modo è stato quantificato il numero annuo di morti previste per patologie tumorali in quella fascia di età.

Il tasso di mortalità per tumore è stato ricavato dalla banca dati dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ed è relativo all'anno 2011. Il numero di pazienti potenzialmente beneficiari di Cure Domiciliari Palliative è stato determinato applicando, ai casi attesi, la percentuale del 65%, così come previsto dal Decreto del Ministero della Salute 22 febbraio 2007, n. 43 "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311". È stato pertanto stimato che una quota pari al 65% dei casi attesi di tumore possa essere assistita al proprio domicilio.

Il dato ottenuto, pari a 2.458 pazienti potenziali, è compatibile con il dato derivato dall'applicazione dei tassi dello studio BISS che prevede un numero di pazienti eleggibili per cure domiciliari di 3° livello pari a 2.608, tenendo conto che non tutti i pazienti inseriti in cure di terzo livello sono pazienti oncologici.

Lo standard minimo di assistenza è stata calcolato con esclusivo riferimento ai malati oncologici, come indicato nel Decreto del Ministero della Salute 22 febbraio 2007, n. 43, sulla base delle



esperienze italiane più consolidate e dei dati di letteratura internazionale, pur nella consapevolezza che l'utenza potenziale di cure palliative è rappresentata anche da malati inguaribili in fase avanzata e terminale, indipendentemente dalla patologia di base (malati cardiologici, pneumologici, neurologici, metabolici, ecc.).

Si precisa infatti che le cure palliative, come definito dalla legge del 15 marzo 2010, n. 38, sono l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici.

Numero di soggetti ultrasessantacinquenni potenzialmente beneficiari di Cure palliative domiciliari all'anno				
Azienda	Popolazione residente ultra65enne (anno 2014)	Tasso specifico di mortalità per tumore nella popolazione ultra65enne (x 10.000 abitanti)	Numero morti annue attese nella popolazione ultra 65enne	Numero di soggetti over 65 potenzialmente beneficiari di Cure palliative domiciliari (65%dei casi attesi) all'anno
ASL 1 Sassari	71.105	108	768	499
ASL 2 Olbia	29.714	108	321	209
ASL 3 Nuoro	34.839	108	376	245
ASL 4 Lanusei	12.523	108	135	88
ASL 5 Oristano	38.773	108	419	272
ASL 6 Sanluri	22.523	108	243	158
ASL 7 Carbonia	28.437	108	307	200
ASL 8 Cagliari	112.217	108	1212	788
Totale Regione	350.131	108	3.781	2.458

Poiché studi condotti in diversi paesi ipotizzano che circa il 90% dei pazienti che muore di cancro manifesta una fase terminale della durata media di circa 90 giorni, se la durata della presa in carico di ciascun paziente fosse di 90 giorni, in un anno, ogni Medico specialista avrebbe la possibilità di prendere in carico pazienti per quattro cicli/anno.

Partendo dal numero di pazienti ultrasessantacinquenni potenziali, dalla durata media della presa in carico per paziente (90 giorni) e da una frequenza di accesso dello specialista per assistito pari ad un accesso alla settimana è stato calcolato il numero minimo di accessi che dovrebbero essere garantiti a domicilio dai Medici specialisti, come riportato nella tabella successiva.



Standard sull'assistenza medico specialistica domiciliare per pazienti ultrasessantacinquenni inseriti in CDI di 3° livello e Cure Palliative e a malati terminali: numero di accessi previsti a domicilio per i Medici specialisti all'anno.		
	Numero di pazienti ultrasessantacinquenni potenzialmente beneficiari in un anno di Cure palliative (65%dei casi attesi)	Numero di accessi previsti a domicilio dai Medici specialisti per pazienti ultrasessantacinquenni inseriti in CDI di 3° livello e Cure Palliative e a malati terminali
ASL 1 Sassari	499	6.489
ASL 2 Olbia	209	2.712
ASL 3 Nuoro	245	3.179
ASL 4 Lanusei	88	1.143
ASL 5 Oristano	272	3.538
ASL 6 Sanluri	158	2.055
ASL 7 Carbonia	200	2.595
ASL 8 Cagliari	788	10.241
Totale Regione	2458	31.953

Poiché i dati rilevati sull'assistenza medico specialistica erogata al momento attuale dalle ASL della Regione risultano ancora, in taluni casi, distanti dagli standard riportati nella tabella precedente e in attesa della istituzione di Equipe di Cure palliative presso tutti i Distretti sociosanitari delle ASL (come previsto dalla Delib.G.R. n. 33/32 dell'8.8.2013) l'Assessore intende perseguire gradualmente il raggiungimento dei suddetti standard di assistenza e fissa per l'anno 2015 i target riportati nella tabella successiva.

L'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale propone pertanto di ripartire le risorse finanziarie stanziare per l'anno 2014 (€ 7.000.000 - Bilancio regionale 2014 - UPB S5.03.007 - capitolo SC 05.0670) tra le Aziende Sanitarie Locali della Sardegna sulla base del criterio della popolazione con età maggiore di 65 anni residente in ciascun ambito territoriale aziendale al 1° gennaio 2014. In particolare, il fondo spettante a ciascuna ASL deve essere assegnato attraverso l'introduzione di un meccanismo premiante.

L'importo complessivo, destinato a ciascuna ASL secondo il criterio sopraccitato, sarà quindi assegnato con le seguenti modalità:

- una quota pari al 40% del fondo destinato a ciascuna ASL verrà assegnato a seguito della presentazione di un progetto che preveda la realizzazione di interventi a domicilio destinati a pazienti ultrasessantacinquenni inseriti in CDI di terzo livello e Cure Palliative e a malati terminali da parte di figure mediche specialistiche con esperienza nella gestione di casi



complessi (quali Medici palliativisti, Medici specialisti in Anestesia e rianimazione, in Oncologia, in Neurologia, in Chirurgia, in Medicina Interna, in Geriatria, in Ortopedia, in Fisiatria, in Cardiologia e altre in branche specialistiche). Tali figure professionali dovranno essere reperite attraverso meccanismi di mobilità interna destinati a potenziare le Unità Operative Cure Domiciliari Integrate distrettuali, oppure attraverso la collaborazione con le Unità Operative dei Presidi Ospedalieri del territorio e con i Servizi sanitari territoriali;

- la restante quota pari al 60% del fondo destinato a ciascuna ASL verrà assegnata al raggiungimento del 100% degli indicatori di risultato di seguito riportati (numero di accessi effettuati da parte della figura professionale del Medico Specialista nell'anno 2015). In caso di raggiungimento dell' 80% degli indicatori di risultato verrà assegnata a ciascuna ASL una quota complessiva pari al 90% del fondo ad essa destinato. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi dell'80% e 100% degli indicatori di risultato le somme andranno suddivise in misura uguale tra le altre Aziende che hanno raggiunto il 100% del risultato.

INDICATORI DI RISULTATO DA RAGGIUNGERE PER L'ANNO 2015: numero di accessi a domicilio dei Medici specialisti per pazienti ultrasessantacinquenni inseriti in CDI di 3° livello e Cure Palliative e a malati terminali	
ASL 1 Sassari	3.569
ASL 2 Olbia	1.491
ASL 3 Nuoro	1.749
ASL 4 Lanusei	629
ASL 5 Oristano	1.946
ASL 6 Sanluri	1.130
ASL 7 Carbonia	1.427
ASL 8 Cagliari	5.633
Totale Regione	17.574

L'Assessore fa presente che i progetti di cui sopra dovranno essere trasmessi al Servizio competente dell'Assessorato entro il 30.3.2015 e dovranno prevedere, nelle more dell'approvazione da parte della Giunta regionale delle nuove Linee di indirizzo in materia di Cure domiciliari integrate (CDI), un modello organizzativo delle CDI coerente con la Delib.G.R. n. 51/49 del 20.12.2007 "Direttive per la riqualificazione delle Cure Domiciliari integrate", con la Delib.G.R. n. 15/24 del 13.4.2010 "Linee guida sul funzionamento del Punto Unico di Accesso nel processo delle Cure Domiciliari Integrate e nei percorsi socio-sanitari" e con la Circolare n. 19700 del 23.9.2010, con cui sono state trasmesse alle ASL le Linee guida sul funzionamento della Unità di Valutazione Territoriale (UVT).



Al fine di un'adeguata attribuzione del profilo di cura domiciliare integrata, in fase di valutazione multidimensionale del caso, si precisa che in base a quanto indicato nel Decreto Ministeriale del 22 febbraio 2007, n. 43, nel periodo di assistenza domiciliare in cure palliative per pazienti oncologici e non, è appropriato un coefficiente di intensità assistenziale (CIA) maggiore o uguale a 50 (il coefficiente di intensità assistenziale è il rapporto tra giornate effettive di assistenza e la durata del piano di cura domiciliare). Pertanto tutti i pazienti nella fase terminale della loro vita, oncologici e non, devono ricevere assistenza in Cure domiciliari integrate sette giorni su sette e assistenza medico specialistica per almeno un giorno alla settimana al fine di consentire un costante monitoraggio clinico del paziente e un ridotto ricorso all'accesso in ospedale.

All'interno del Piano Attuativo degli Interventi (PAI) dovranno essere previsti due livelli di interventi:

- interventi di base erogati dal Medico di Medicina generale e dagli operatori della Unità operativa Cure Domiciliari Integrate del Distretto sociosanitario; si tratta di interventi programmati sui 7 giorni settimanali. Il medico di medicina generale è il responsabile clinico del caso;
- interventi dei Medici specialisti erogati per almeno un giorno alla settimana.

L'Assessore fa presente che la Delib.G.R. n. 51/49 del 20.12.2007, in attuazione delle indicazioni previste dal Documento "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" approvato dalla commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA il 18.10.2006, prevede che per le Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e le Cure Palliative e a malati terminali la loro collocazione sia nel Livello di Assistenza Distrettuale. Pertanto, sebbene in alcune di queste tipologie di cure risultino fondamentali gli apporti di professionalità che svolgono attività presso le strutture ospedaliere, si ritiene necessario confermare il coordinamento e l'organizzazione delle CDI in capo al livello distrettuale, sia per garantire una referenza unica per il malato e i familiari, sia per assicurare una maggiore omogeneità nella gestione del paziente.

L'Assessore fa presente che le Aziende dovranno fornire alla Regione il dato relativo all'indicatore di risultato con cadenza semestrale entro il 10 luglio 2015 ed entro il 10 gennaio 2016. Il competente Servizio dell'Assessorato provvederà a monitorare il dato direttamente attraverso il sistema informativo SISaR, sul quale tutte le ASL sono tenute a inserire i dati relativi agli accessi medico specialistici relativi all'indicatore.

L'Assessore dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale propone, infine, che le somme assegnate alle ASL che non dovessero raggiungere il risultato indicato vengano suddivise in misura uguale tra le altre Aziende.



La Giunta regionale, udita la proposta dell'Assessore dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale e preso atto del parere favorevole di legittimità del Direttore generale della Sanità

DELIBERA

- di ripartire le risorse finanziarie stanziare per l'anno 2014 a favore delle Aziende Sanitarie Locali, sulla base del criterio della popolazione con età maggiore di 65 anni, residente in ciascun ambito territoriale aziendale al 1° gennaio 2014, così come indicato nell'allegato alla presente deliberazione;
- di stabilire che le somme, finalizzate al potenziamento delle Cure Palliative Domiciliari, degli interventi a domicilio a favore dei malati terminali e dei pazienti inseriti in CDI di terzo livello da parte di figure mediche specialistiche, vengano assegnate sulla base dei criteri richiamati in premessa.

Il Direttore Generale

Alessandro De Martini

p. Il Presidente

Cristiano Erriu