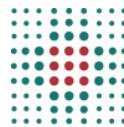




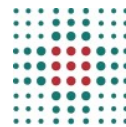
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

*DISTRETTO DELLA MONTAGNA*

**PROGRAMMA  
DELLE ATTIVITA'  
TERRITORIALI  
2005-2007**

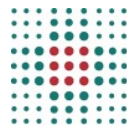


*Approvato in Comitato di Distretto  
il 9 marzo 2006*





<b>INDICE</b>	<b>Pag.</b>
<b>PREMESSA</b>	<b>4</b>
<b>IL TERRITORIO E LA POPOLAZIONE</b>	<b>5</b>
<b>GLI OBIETTIVI AZIENDALI DECLINATI NEL DISTRETTO</b>	<b>8</b>
<b>IL PROGRAMMA DELLE ATTIVITA'</b>	<b>9</b>
<b>1. ACCESSIBILITA'</b>	
1.1. Distribuzione farmaci ad alto costo	9
1.2. Consegna e ritiro a domicilio degli ausili protesici	10
1.3. Accesso ai servizi con un punto unificato	11
<b>2. INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO</b>	
2.1. Specialistica ambulatoriale	12
2.2. Attivazione infermiere di famiglia	13
2.3. Attivazione di un polo socio-sanitario integrato a Farini	14
2.4. Assistenza domiciliare: ADI e ADP	15
2.5. Rimodulazione ed incremento dell'offerta riabilitativa	16
2.6. Continuità di cura per patologie: paziente diabetico, in trattamento anticoagulante, con scompenso cardiaco (percorsi di integrazione fra MMG, specialisti ed infermieri di famiglia)	17
2.7. Dimissioni protette: costruzione del percorso integrato sociale e sanitario	18
<b>3. ASSISTENZA PRIMARIA</b>	
3.1. Riorganizzazione dell'attività di Guardia Medica	19
3.2. Revisione della distribuzione dei punti di prelievo	20
<b>4. SANITA' PUBBLICA</b>	
4.1. Revisione della distribuzione degli ambulatori per certificazioni medico legali e vaccinazioni	21
<b>5. PREVENZIONE</b>	
5.1. Consolidamento Screening oncologici ed avvio Screening colon retto	22
<b>6. SALUTE MENTALE</b>	
6.1. Attuazione progetto aziendale "Legieri" (presa in carico MMG e DSM)	23

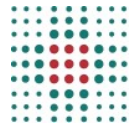


## 7. INTEGRAZIONE SOCIO - SANITARIA

7.1. Handicap adulto: sostegno al progetto “Vivaio”	24
7.2. Case protette: adeguamento dell’offerta	25
7.3. Protocollo d’intesa per la realizzazione del Progetto Montagna, del PAT e del PDZ	26
7.4. Attivazione e sperimentazione operatore sentinella	27
7.5. Sperimentazione ed implementazione schede di verifica aspetti sanitari e socio – assistenziali all’interno delle strutture protette	28

## 8. NON AUTOSUFFICIENZA

8.1. Attivazione procedura per disabilità gravissime	29
8.2. Costruzione e sperimentazione fondo della non autosufficienza	30



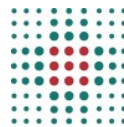
## PREMESSA

*Il Piano delle Attività Territoriali è la programmazione dell'Azienda USL relativamente alle attività sanitarie e socio sanitarie all'interno del territorio distrettuale. Questo tipo di programmazione a valenza distrettuale deve essere coerente con gli altri strumenti di programmazione sovraordinati quali il Piano per la Salute ed il Piano Strategico dell'Azienda USL e deve intersecarsi con i Piani di Zona del Distretto. Il Piano per la Salute ha l'obiettivo di identificare i temi prioritari di salute di tutto il territorio provinciale in base ai quali sia i PAT che i PDZ sviluppano le azioni necessarie ed il Piano Strategico dell'Azienda USL definisce gli obiettivi strategici pluriennali.*

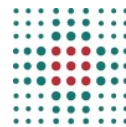
*Ancora, il PAT nasce dal confronto fra il Comitato di Distretto quale organo di governo del territorio di competenza e l'Azienda USL sui bisogni della popolazione e, all'interno dell'Azienda, dal rapporto fra "Committenza", quale funzione di lettura dei bisogni sanitari e socio sanitari e la "Produzione" quale strumento di erogazione dei servizi e di governo clinico.*

*Il Distretto della Montagna costituisce per le sue caratteristiche (popolazione anziana e dispersa su un'ampia zona montuosa) un territorio molto particolare e diverso dagli altri tre distretti della provincia. Proprio per questo, l'Azienda USL aveva già predisposto un progetto specifico denominato appunto "Progetto Montagna" considerando questo Distretto come un luogo di sperimentazione per forme nuove e diverse di presa in carico sia dal punto di vista sanitario che socio sanitario e con l'obiettivo di costruire una continuità operativa fra Ospedale e Territorio per la facilitazione all'accesso ai servizi.*

*Il Progetto Montagna, che è stato condiviso anche con il Comitato di Distretto e che è il punto di riferimento per la costruzione del Piano delle Attività Territoriali, ha preso avvio due anni fa. Molte azioni previste sono state già sperimentate e devono essere implementate e/o consolidate, altre, soprattutto nell'ambito socio sanitario, devono ancora prendere avvio.*



*Il Piano delle Attività Territoriali del Distretto della Montagna può essere considerato, quindi, come un ulteriore fase della realizzazione del Progetto Montagna.*

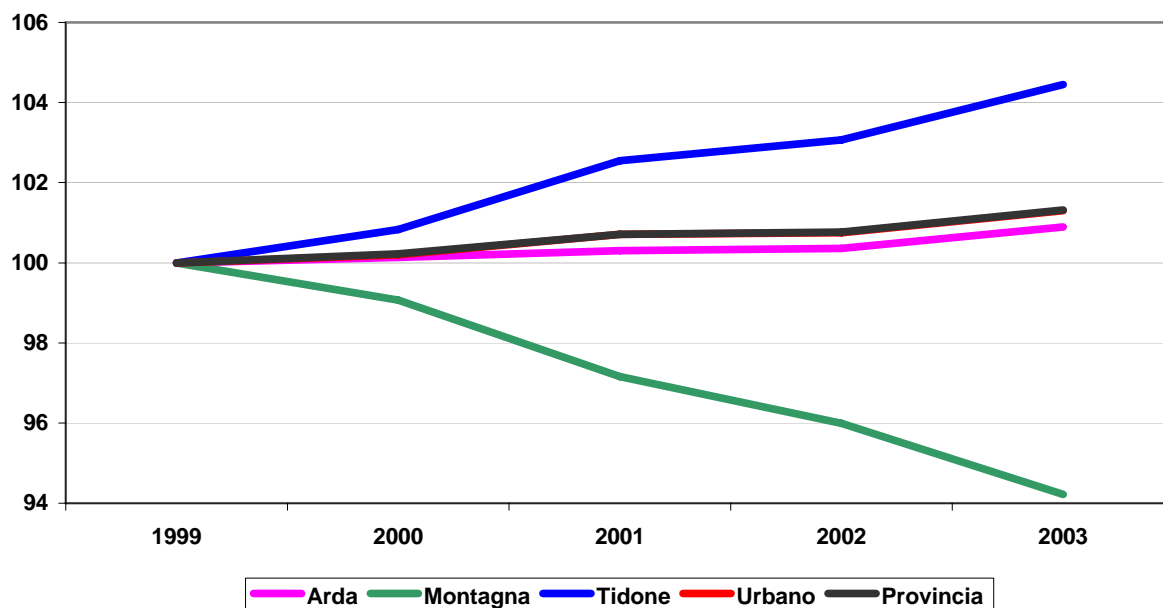


## IL TERRITORIO E LA POPOLAZIONE

Le caratteristiche territoriali e demografiche del distretto della montagna sono ormai conosciute e sono state descritte in vari documenti (Il profilo di salute della provincia di Piacenza, il Piano Strategico dell'Azienda USL di Piacenza, il Piano di Zona del Distretto della Montagna). Vale la pena di sottolineare ancora, comunque, almeno le caratteristiche demografiche principali di questo territorio in quanto essenziali per comprendere la tipologia di interventi da realizzare nell'ambito della programmazione sanitaria territoriale e socio sanitaria.

il Distretto della Montagna ha una popolazione residente pari a 15.392 abitanti con un trend demografico fortemente in diminuzione.

Popolazione residente per distretto socio-sanitario 1999-2003

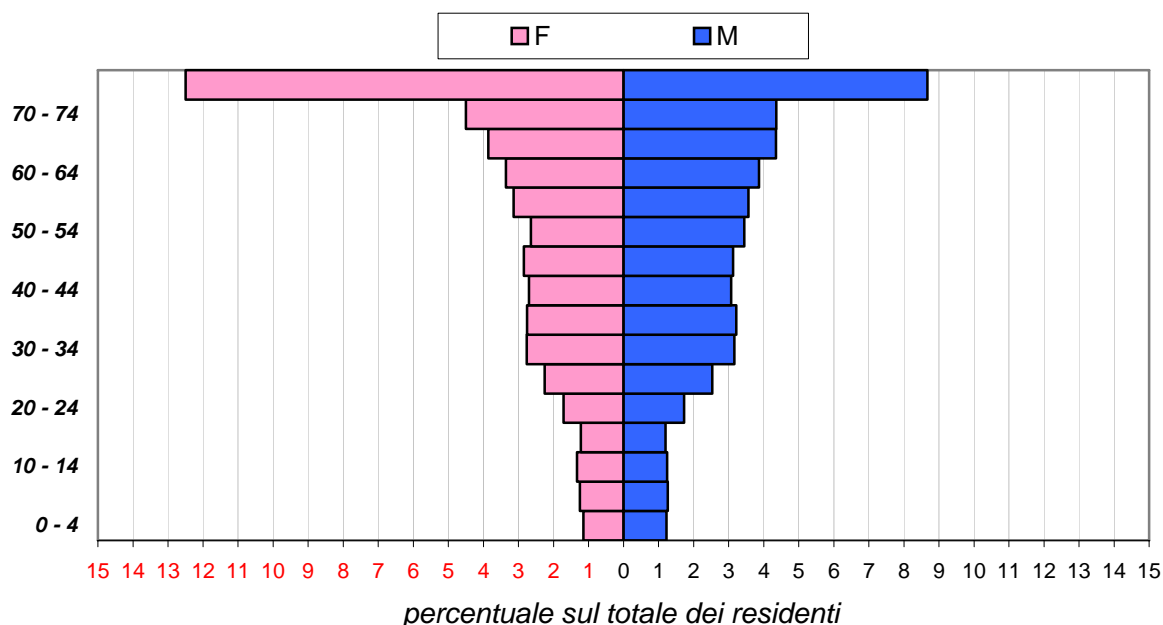


Gli indicatori demografici indicano, rispetto alla provincia, un accentuato e progressivo invecchiamento della popolazione.



	Età media		Indice di vecchiaia		Indice di dipendenza totale		Indice di dipendenza senile		% anziani		% grandi anziani	
	1991	2003	1991	2003	1991	2003	1991	2003	1991	2003	1991	2003
<b>Distretto della Montagna</b>	51,0	53,5	426,2	513,5	71,65	84,09	58,0	70,4	33,81	38,23	33,81	38,23
<b>Provincia di Piacenza</b>	44,1	45,9	190,9	210,5	47,7	55,92	31,3	37,9	21,19	24,32	21,19	24,32

### Distretto della Montagna - 31/12/2003



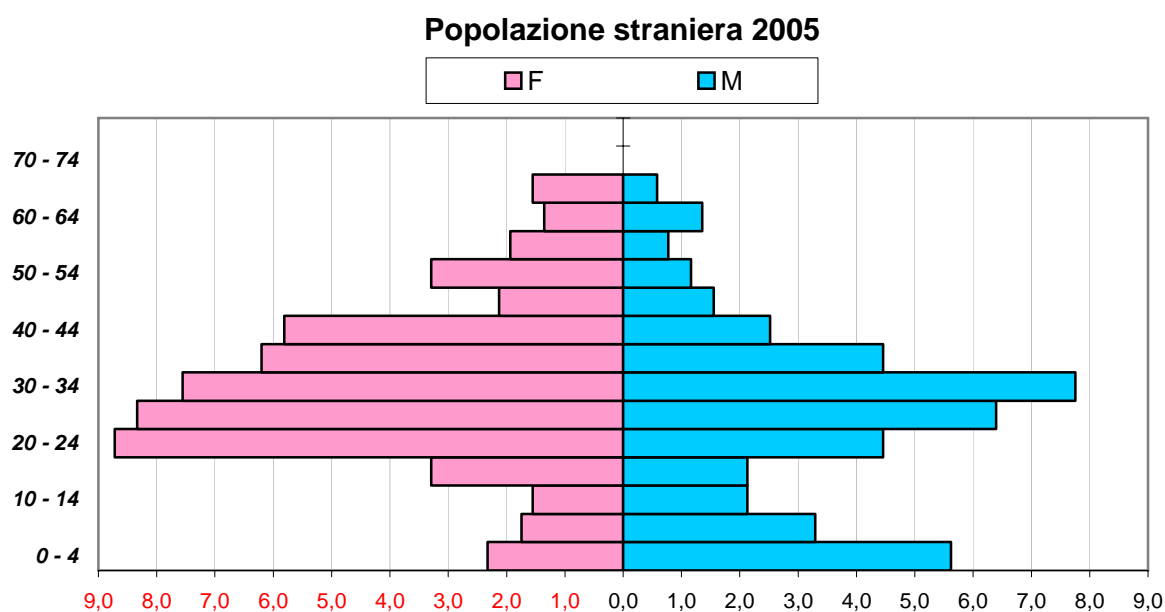
Il censimento 2001 ha evidenziato anche come il numero di **famiglie unipersonali** nel territorio del distretto della montagna sia molto più elevato rispetto al dato provinciale (24% contro il 13%). Si è calcolato che nella sola Val Trebbia siano 1325 gli anziani ultra65enni che vivono soli e che nel Comune di Bobbio gli ultra80enni che vivono soli siano 250.

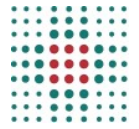
Altro dato da evidenziare è quello della **dispersione della popolazione** sul territorio. Il Distretto della Montagna ha una superficie che copre il 34% del territorio provinciale mentre gli abitanti rappresentano meno del 6% della popolazione provinciale con una densità di popolazione tra le più basse anche nella Regione Emilia Romagna e il 42% della popolazione del distretto vive in case sparse o in piccoli nuclei abitati mentre la maggioranza della popolazione piacentina (86%) abita in centri abitati.



Zona	Superficie (Kmq)	Abitanti (31/12/2004)	Densità
Distretto della Montagna	874,92	15.392	17,59
Provincia di Piacenza	2589,47	273.705	105,69

La popolazione straniera, pur con un andamento inferiore a quello provinciale, tende progressivamente ad aumentare (dal 2,1 % nel 2002 al 3,4 nel 2004). La caratteristica particolare dell'immigrazione degli ultimi anni del distretto rispetto agli altri è che si tratta di una immigrazione prevalentemente femminile (55,8%) legata sia ai ricongiungimenti familiari sia all'aumento, anche in questo territorio, del fenomeno della assistenza familiare.





## GLI OBIETTIVI AZIENDALI DECLINATI NEL DISTRETTO

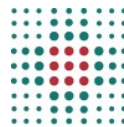
Le strategie e gli obiettivi del PAT quale programmazione integrata nel territorio distrettuale, come già detto, discendono direttamente dal Piano Strategico 2005-2007 dell'Azienda USL che, per quanto concerne il Distretto della Montagna, riprende il "Progetto Montagna".

Proprio per le caratteristiche già descritte sia territoriali che della popolazione del distretto, la necessità emergente e, quindi, l'obiettivo aziendale principale è sicuramente quello di favorire l'accessibilità alle cure attraverso due linee di intervento:

- il rafforzamento delle reti di integrazione fra tra servizi sociali, sanitari ed educativi a livello istituzionale, organizzativo, gestionale e professionale per la presa in carico complessiva dei problemi sanitari e socio sanitari dei cittadini
- il rafforzamento della motivazione e del ruolo degli operatori interni per aumentarne la professionalità e la motivazione

e più nello specifico:

- lo sviluppo del ruolo del presidio ospedaliero di Bobbio non solo come luogo erogatore di prestazioni di degenza o di emergenza, la definizione di percorsi integrati che possano rispondere efficacemente ad una domanda sanitaria particolare legata alle peculiarità del territorio
- lo sviluppo della Medicina Generale del territorio. Proprio per le caratteristiche del territorio, nel distretto della Montagna più ancora che altrove, è necessario integrare il percorso assistenziale dove il Medico di Medicina Generale è l'anello di congiunzione fra paziente ed offerta sanitaria che può realizzare la reale presa in carico
- lo sviluppo dell'attività di assistenza sul territorio (infermieristica e specialistica) che garantisca la domiciliarità attraverso l'integrazione di tutte le figure professionali coinvolte
- il consolidamento ed estensione delle attività assistenziali quali Day Hospital e Day Service.



Dagli obiettivi strategici, dall'analisi dei bisogni e della rete dell'offerta già esistente sul territorio sono stati identificate e definite le azioni da sviluppare nel triennio.



## PIANO DELLE AZIONI

### 1. ACCESSIBILITA'

#### 1.1. Distribuzione farmaci "ad alto costo"

Situazione attuale	Criticità
<p>L'Azienda ha attivato da tempo la distribuzione diretta di farmaci contenuti nel programma ospedale territorio (continuità assistenziale e terapeutica) sia prescrivibili solo dallo specialista sia prescrivibili dal MMG.</p> <p>La Regione Emilia Romagna sta predisponendo degli indirizzi generali per una maggiore accessibilità alla distribuzione dei farmaci</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Onere del ritiro dei farmaci a carico dell'utente che si deve recare presso il punto di distribuzione spesso molto lontano dal domicilio (la distribuzione avviene ora a Piacenza)valutazioni ambientali per il superamento delle barriere architettoniche</li></ul>

Interventi Specifici	Indicatori/ Evidenze di risultato
<ul style="list-style-type: none"><li>• Analisi del bisogno</li><li>• Coinvolgimento di tutta la rete esistente sul territorio (Infermieri territoriali, MMG, strutture residenziali ecc)</li><li>• Definizione condivisa dei nuovi percorsi di distribuzione</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Protocollo condiviso tra gli operatori coinvolti nella distribuzione</li><li>• Attivazione servizio di distribuzione</li></ul>



## 1.2. Consegna e ritiro a domicilio degli ausili protesici

<b>Situazione attuale</b>	<b>Criticità</b>
All'interno del percorso di prescrizione, autorizzazione e fornitura degli ausili protesici, il ritiro e la restituzione sono attualmente a carico degli utenti	<ul style="list-style-type: none"><li>• Magazzino non informatizzato</li><li>• Locali non idonei per l'accesso del pubblico</li><li>• Onere a carico della famiglia che già gestisce un familiare invalido e che spesso risiede lontano dai punti di distribuzione</li></ul>

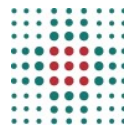
<b>Interventi Specifici</b>	<b>Indicatori/ Evidenze di risultato</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Attivazione di appalto con Ditta che effettua consegna e ritiro degli ausili protesici al domicilio dell'utente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Appalto del servizio</li><li>• Attivazione delle nuove modalità di fornitura</li></ul>

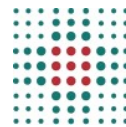


### 1.3. Accesso ai servizi con un punto unificato

Situazione attuale	Criticità
<p>L'attuazione del Progetto Montagna ha permesso di dare impulso al processo di integrazione delle attività ospedaliere e territoriali all'interno del distretto.</p> <p>L'ospedale di Bobbio è stato identificato come punto di accesso unificato ai servizi sanitari del distretto.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mancanza d'Integrazione tra i vari punti informativi (sanitari e sociali) già presenti sul territorio.</li><li>• Mancanza di criteri condivisi di priorità e/o appropriatezza d'accesso alla rete di risposte.</li><li>• Gli utenti sono costretti a orientarsi in prima persona tra i vari percorsi assistenziali previsti, col rischio di esclusione delle fasce più deboli</li></ul>

Interventi Specifici	Indicatori/ Evidenze di risultato
<ul style="list-style-type: none"><li>• Individuazione di personale da dedicare all'accoglienza, a carico dell'area socio-sanitaria e formazione specifica.</li><li>• Definizione di protocolli operativi condivisi con i servizi sociali comunali per la semplificazione dei percorsi d'accesso ai servizi, con attività d'informazione, orientamento, accompagnamento ed osservatorio</li><li>• Unificazione delle modalità di accesso nell'area dei bisogni socio-sanitari (riduzione delle ridondanze, razionalizzazione delle risorse).</li><li>• Lettura e rilevazione del bisogno, identificazione di eventuali ulteriori punti unificati d'accesso.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Protocolli operativi con definizione delle responsabilità e dei compiti specifici</li><li>• Presenza di operatori formati</li></ul>





## 2. INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

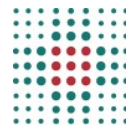
### 2.1. Specialistica ambulatoriale

Situazione attuale	Criticità
<p>Presso l'Ospedale di Bobbio ed il poliambulatorio di Bettola vengono svolte attività specialistiche a cui concorrono specialisti operanti nella medicina e P.S. di Bobbio, specialisti convenzionati, specialisti operanti in altre Unità Operative aziendali.</p> <p>L'ammontare complessivo dell'impegno orario settimanale dedicato all'attività specialistica ambulatoriale è di 166 ore.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• il profilo del distretto in relazione alla specialistica evidenzia:<ul style="list-style-type: none"><li>- bassi volumi di offerta decentrata</li><li>- bassi indici di consumo della popolazione</li><li>- alta mobilità passiva extradistrettuale e, in minor misura, extraaziendale</li></ul></li><li>• alto turnover degli infermieri dedicati</li></ul>

Interventi Specifici	Indicatori/ Evidenze di risultato
<ul style="list-style-type: none"><li>• analisi dettagliata del consumo di specialistica dei residenti del distretto funzionale ad un'eventuale rimodulazione dell'offerta orientato ai reali bisogni della popolazione</li><li>• potenziamento e qualificazione dell'offerta garantita da specialisti interni all'U.O. Medicina e P. S. di Bobbio attraverso specifici programmi di formazione e addestramento</li><li>• stabilizzazione del personale infermieristico dedicato in via prevalente all'attività ambulatoriale, anche attraverso percorsi di formazione specifica e di motivazione professionale</li><li>• valorizzazione dell'attività dei tecnici della</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• rimodulazione dell'offerta a seguito dei risultati dell'analisi dei consumi</li><li>• miglioramento dei tempi di attesa per le prestazioni storicamente più critiche</li><li>• percorso riabilitativo definito che garantisca la continuità delle cure fra ospedale, territorio e domicilio</li><li>• potenziamento dell'attività di Day Service</li></ul>



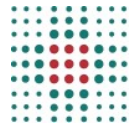
<p>riabilitazione secondo un piano complessivo di interventi che riguardi ospedale, ambulatorio e domicilio</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• potenziamento dell'attività del Day Service e migliorarne la funzionalità</li></ul>	
---	--



## 2.2. Attivazione dell'infermiere di famiglia

Situazione attuale	Criticità
<p>A causa di oggettive carenze di personale e difficoltà organizzative, nel contesto della montagna le prestazioni infermieristiche erogate a domicilio si caratterizzavano essenzialmente come prestazioni semplici nell'ambito del SID, dell'ADI e dell'integrazione socio-sanitaria.</p> <p>Recentemente, la disponibilità di tre Infermieri e di un coordinatore dedicati a tempo pieno al servizio domiciliare e un deciso investimento sul piano organizzativo, hanno consentito di conferire una maggiore stabilità degli operatori, l'introduzione di criteri di rendicontazione e di lettura delle attività, un più chiaro senso di appartenenza dell'equipe infermieristica.</p>	<p>Si può ritenere avviato il percorso di "radicamento" degli infermieri nel contesto territoriale, tuttavia permangono difficoltà connesse con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la necessità di completare l'organico</li> <li>• le caratteristiche del contesto geografico che richiedono soluzioni innovative specifiche.</li> </ul>

Interventi Specifici	Indicatori/ Evidenze di risultato
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento della dotazione di personale infermieristico, in modo da raggiungere la disponibilità di 4 unità dedicate al territorio.</li> <li>• Acquisizione ed impiego di risorse tecnologiche dedicate alla raccolta e alla condivisione delle informazioni cliniche fra infermiere, operatore sociale e MMG.</li> <li>• Forte integrazione funzionale ed operativa nei percorsi di dimissione protetta e di ADI con altre risorse presenti sul territorio (in particolare i tecnici di riabilitazione).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personale infermieristico stabilmente dedicato e formato</li> <li>• Procedure / protocolli condivisi da tutti gli operatori del territorio per la presa in carico assistenziale, per i percorsi di monitoraggio a domicilio e per la sorveglianza periodica di cittadini o di famiglie a rischio</li> <li>• Utilizzo di strumenti finalizzati al passaggio di informazioni fra gli operatori territoriali</li> </ul>



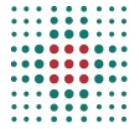
<ul style="list-style-type: none"><li>• Formazione specifica</li></ul>	
--	--



### 2.3. Attivazione di un polo socio-sanitario integrato a Farini

Situazione attuale	Criticità
<p>A Farini è presente una struttura residenziale per anziani, nella cui sede sono ubicati la postazione di Guardia Medica e il Punto di Primo Soccorso territoriale (118).</p> <p>Sono inoltre disponibili risorse diagnostiche quali ECG, laboratorio analisi automatizzato (POCT).</p> <p>A Bettola è attivo un poliambulatorio.</p>	<p>L'assenza di un'offerta assistenziale strutturata nell'alta val Nure comporta:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• oggettive difficoltà nella gestione di numerose patologie croniche caratterizzate dalla necessità di frequenti interventi sanitari che solo in parte possono essere gestiti a domicilio in sicurezza</li><li>• il ricorso ad ospedalizzazioni spesso improprie, per la maggior parte presso l'ospedale di Piacenza</li></ul>

Interventi Specifici	Indicatori/ Evidenze di risultato
<p>La proprietà della Casa protetta di Farini è intenzionata a procedere ad interventi di ampliamento della struttura, che potrebbero creare i presupposti per una estensione e qualificazione dell'offerta assistenziale.</p> <p>Al termine dell'intervento edilizio si potrà procedere all'attivazione di un "Polo Socio-Sanitario Integrato", all'interno del quale potranno essere attivati:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• un day service internistico</li><li>• 6 posti letto affidati alla gestione clinica dei MMG con l'assistenza di un pool di infermieri dedicati (Country Hospital)</li></ul> <p>Nel frattempo si procederà alla formazione del</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Attivazione del Country Hospital</li><li>• Attivazione Day Service internistico</li><li>• Adozione di protocolli condivisi tra gli Operatori Sanitari e Sociali del Territorio per la presa in carico dei casi multiproblematici</li></ul>



<p>personale coinvolto orientata all'integrazione delle competenze e alla definizione di protocolli operativi specifici per le modalità di assistenza previste tra gli Operatori Sanitari e Sociali del Territorio per la presa in carico dei casi multiproblematici</p>	
--	--



## 2.4. Assistenza domiciliare: ADI e ADP

Situazione attuale	Criticità
<p>A causa di oggettive carenze di personale infermieristico le prestazioni erogate a domicilio si caratterizzavano essenzialmente come prestazioni semplici nell'ambito del SID, dell'ADI e dell'integrazione socio-sanitaria.</p> <p>Il recente incremento dell'organico dedicato ha permesso una maggiore continuità nell'erogazione dell'assistenza.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volumi di offerta relativamente bassi in rapporto al profilo demografico ed epidemiologico, e profili di consumo disomogenei</li> <li>• Prevalenza del consumo di assistenza domiciliare a minore impatto assistenziale (ADI 1° livello), a scapito delle forme di presa in carico più complesse (ADI 2° e 3° livello).</li> <li>• Mancata contestualizzazione al territorio montano nel ricorso all'ADP</li> </ul>

Interventi Specifici	Indicatori/ Evidenze di risultato
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento della dotazione di personale infermieristico, in modo da raggiungere la disponibilità di 4 unità dedicate al territorio.</li> <li>• Acquisizione ed impiego di risorse tecnologiche dedicate alla raccolta e alla condivisione delle informazioni</li> <li>• Forte integrazione funzionale ed operativa nei percorsi di dimissione protetta e di ADI con altre risorse presenti sul territorio</li> <li>• Formazione specifica dedicata sia al personale infermieristico, sia ai medici (medicina di Bobbio e MMG del territorio)</li> <li>• Coinvolgimento e forte responsabilizzazione del Nucleo di Cure primarie per l'impiego appropriato dell'assistenza domiciliare (DP, ADI, ADP), con la partecipazione e il</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento complessivo dell'offerta di ADI, e in particolare della quota conseguente alla dimissione protetta.</li> <li>• Riduzione delle ADI di 1° livello (attraverso l'impiego di ADP e self help) e incremento delle forme di presa in carico più complesse (ADI 2° e, in misura comprensibilmente inferiore, ADI 3° livello).</li> <li>• Analisi periodica dell'attività e delle criticità relative all'assistenza domiciliare (DP/ADI/ADP) in seno al Nucleo di Cure Primarie.</li> </ul>



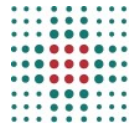
<p>coinvolgimento degli infermieri e dei tecnici di riabilitazione territoriali</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Utilizzo del self help diagnostico da parte dei MMG e degli infermieri territoriali</li></ul>	
---	--



## 2.5. Rimodulazione ed incremento dell'offerta riabilitativa

Situazione attuale	Criticità
<p>A causa di oggettive carenze di tecnici di riabilitazione, nel contesto della Montagna, la funzione riabilitativa ha presentato caratteri di precarietà, specie in ambito territoriale.</p> <p>Questa circostanza ha determinato una scarsa offerta ed una conseguente marcata mobilità passiva extradistrettuale (e in minor misura extraaziendale) sia per prestazioni in regime di ricovero, sia per prestazioni domiciliari e/o ambulatoriali.</p> <p>Recentemente sono stati assegnati a tempo pieno alle esigenze del territorio della Montagna due tecnici della riabilitazione. L'attività si integra con la presenza di uno specialista fisiatra da tempo operante in modo trasversale in ambito intra- ed extra-ospedaliero.</p>	<p>L'équipe riabilitativa recentemente costituita deve perfezionare le proprie competenze specifiche in relazione alla tipologia dei pazienti in carico, alla valutazione del contesto domiciliare e al supporto alla famiglia nella gestione del paziente</p>

Interventi Specifici	Indicatori/ Evidenze di risultato
<p>Riformulazione dell'offerta di assistenza riabilitativa orientata alla continuità fra ospedale e territorio con:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• riabilitazione del ricoverato multipro-blematico che garantisca la gestione delle patologie a più elevata incidenza nel nostro territorio</li><li>• partecipazione qualificata alla dimissione protetta e all'ADI</li><li>• realizzazione di un effettivo affiancamento alla famiglia che deve sostenere l'assistenza ad una persona non autosufficiente, di interventi mirati all'adattamento del contesto domestico</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• formalizzazione della partecipazione dell'équipe riabilitativa alla costruzione del percorso di dimissione protetta;</li><li>• cartella del trattamento riabilitativo per pazienti presi in carico nei vari ambiti organizzativi, dove siano esplicitati il programma riabilitativo o educativo, gli interventi eseguiti ed un bilancio del programma terapeutico effettuato</li><li>• archivio informatico accessibile da degenza-day hospital, ambulatorio, infermiere territoriale;</li><li>• reportistica relativa ai volumi di attività e alla tipologia degli interventi, compresa la valutazione</li></ul>



<p>alle esigenze dell'assistito anche mediante l'impiego appropriato di ausili;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• attivazione di un'offerta ambulatoriale di diagnosi e cura che risponda a criteri di appropriatezza e di sostenibilità.</li></ul>	<p>del contesto domiciliare preliminarmente alla prescrizione/consegna di ausili complessi e l'addestramento del paziente e dei suoi familiari all'utilizzo dei presidi stessi;</p>
---	---



## 2.6. Continuità di cura per patologie “target” (diabete, terapia anticoagulante cronica, scompenso cardiaco): percorsi di integrazione fra MMG, specialisti ed infermieri di famiglia

Situazione attuale	Criticità
<p>E' stato attivato il percorso di gestione integrata dei pazienti diabetici.</p> <p>E' stata avviata la gestione integrata della TAO mediante la distribuzione ai medici aderenti all'iniziativa (6/13) dei presidi diagnostici per il self help (attori: MMG e Medici Ospedalieri di Bobbio).</p> <p>E' stato avviato un percorso di integrazione nella diagnostica ECG che coinvolge un numero ristretto di MMG (3) e i Medici ospedalieri di Bobbio.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inadeguato grado di informatizzazione, problemi di connessione e di effettiva fruibilità della rete informatica</li><li>• Necessità di ulteriore formazione in relazione all'utilizzo degli ECG e di costante aggiornamento sulla gestione della TAO</li><li>• Offerta disomogenea sul territorio</li></ul>

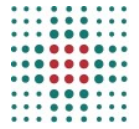
Interventi Specifici	Indicatori/ Evidenze di risultato
<ul style="list-style-type: none"><li>• Contestualizzazione dei percorsi aziendali alla realtà specifica del territorio montano.</li><li>• Coinvolgimento del NCP nell'aumento e nell'omogeneizzazione dell'offerta.</li><li>• Coinvolgimento diretto dell'infermiere territoriale e sviluppo di sinergie operative fra MMG, infermiere di famiglia e ospedale nella gestione del self help (domicilio, ambulatorio MMG, ambulatorio specialistico).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nuove procedure relative alla presa in carico e alla condivisione delle informazioni</li><li>• Analisi periodica dell'attività e delle criticità relative alla presa in carico integrata all'interno del Nucleo di Cure Primarie</li></ul>



## 2.7. Dimissioni protette: costruzione del percorso integrato sociale e sanitario

Situazione attuale	Criticità
<p>Nella zona montana è presente un indice di vecchiaia altissimo rispetto agli altri Distretti provinciali. Pertanto le dimissioni protette rappresentano un nodo cruciale dell'assistenza sanitaria e socio – sanitaria.</p> <p>E' stato definito un protocollo aziendale di dimissione protetta che prevede un percorso socio-sanitario ed in cui sono state definite forme di collaborazione col SAA. Tale protocollo è stato adeguato alla realtà specifica della montagna, prevedendo da un lato criteri meno rigidi sui tempi di dimissione e dall'altro la semplificazione di alcuni passaggi procedurali, data la piccola dimensione delle amministrazioni comunali</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Presenza di utenti in condizioni socio-assistenziali complesse in un contesto morfologico dove risulta difficile attivare anche le "assistenti domiciliari".</li><li>• Oggettive differenze tra le dimissioni protette attivate in Val Nure, spesso con utenti provenienti da ricoveri a Piacenza, e quelle in Val Trebbia con persone ricoverate a Bobbio.</li><li>• Integrazione fra sociale e sanitario non ancora completamente strutturata</li></ul>

Interventi Specifici	Indicatori/ Evidenze di risultato
<ul style="list-style-type: none"><li>• Perseguire nel coinvolgimento sistematico e tempestivo della figura dell'assistente sociale già durante la degenza, per valutare un progetto assistenziale individualizzato, concordato col reparto, col MMG e coi familiari.</li><li>• Coinvolgimento diretto delle assistenti sociali</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Procedura condivisa con i servizi sociali comunali.</li><li>• Progressivo incremento delle dimissioni protette attuate con l'intero percorso socio-sanitario sul totale.</li></ul>



<p>del comune di residenza del paziente, al fine di un utilizzo più razionale delle risorse.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Adozione di un protocollo operativo condiviso con i servizi sociali comunali.</li></ul>	
--	--

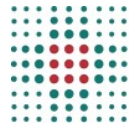


### 3. ASSISTENZA PRIMARIA

#### 3.1. Riorganizzazione dell'attività di Guardia Medica

Situazione attuale	Criticità
<p>Sono presenti nel Territorio 6 postazioni di Guardia medica notturna, prefestiva e festiva (Travo, Bobbio, Ottone, Bettola, Farini, Ferriere).</p> <p>L'attività svolta da questi presidi risente di forti fluttuazioni della domanda, anche connesse alla variazione stagionale della popolazione.</p> <p>E' presente una forma di integrazione operativa con il 118 a Farini, mentre a Bobbio si sta ultimando il trasferimento della sede di Guardia Medica nel Presidio Ospedaliero.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Relativo basso consumo per gran parte dell'anno, a fronte di un'offerta non sempre sufficiente per periodi circoscritti, in particolare quello estivo</li><li>• Scarsa comunicazione e collaborazione fra GM e MMG, particolarmente critica nei casi ADI.</li><li>• Insufficiente condivisione da parte della Guardia Medica delle scelte strategiche aziendali in tema di prescrizione di farmaci e di attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali</li></ul>

Interventi Specifici	Indicatori/ Evidenze di risultato
<ul style="list-style-type: none"><li>• Adozione di modalità strutturate di comunicazione e partecipazione alle attività del NCP da parte dei medici di GM che svolgono servizio nel territorio della Montagna, finalizzate al rafforzamento dell'integrazione reciproca.</li><li>• Introduzione di modalità di collaborazione fra Guardia Medica e infermieri territoriali (per esempio nella gestione ADI durante i fine settimana).</li><li>• Adozione di una modalità di coordinamento (posto unico di chiamata) che faciliti la</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Concentrazione delle chiamate presso un unico punto da cui organizzare in maniera più efficace gli interventi</li><li>• Analisi periodica dell'attività e delle criticità relative alla continuità assistenziale nell'ambito del Nucleo di Cure Primarie con i Medici di GM</li><li>• Percorso condiviso fra Medici di guardia Medica ed infermieri territoriali per la gestione ADI in particolari situazioni critiche</li></ul>



<p>distribuzione degli interventi ed aumenti il tasso di affidabilità percepita dall'utente.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Coordinamento tra Guardia Medica e 118 omogeneo su tutto l'ambito territoriale.</li><li>• Interventi di formazione e informazione dedicati a MMG, GM, Infermieri territoriali sul tema della reciproca integrazione funzionale</li></ul>	
---	--



### 3.2. Revisione della distribuzione dei punti di prelievo

<b>Situazione attuale</b>	<b>Criticità</b>
<p>Attualmente i punti prelievo distribuiti nel territorio sono 7 (Bettola, Farini, Ferriere, Travo, Bobbio, Salsominore, Ottone).</p> <p>I punti prelievo sono soggetti ad autorizzazione ed ad accreditamento ai sensi della L.R. 34/98.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'organizzazione attuale non nasce da un'analisi dei bisogni ma da fattori storici consolidati nel tempo</li><li>• Non ancora effettuata la verifica formale del possesso dei requisiti strutturali ed organizzativi previsti dall'accREDITAMENTO regionale</li></ul>

<b>Interventi Specifici</b>	<b>Indicatori/ Evidenze di risultato</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Verifica del possesso dei requisiti strutturali ed organizzativi previsti dalla normativa regionale per l'accREDITAMENTO.</li><li>• Valutazione della necessità della presenza dei punti prelievo in base ai bisogni ed alla dispersione territoriale.</li><li>• Analisi condivisa dei dati con le Amministrazioni Comunali e definizione di una nuova organizzazione dei punti prelievo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sedi dei punti prelievo ridefiniti in base ai bisogni emersi e ai requisiti per l'accREDITAMENTO</li></ul>

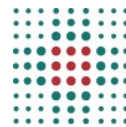


## 4. SANITA' PUBBLICA

### 4.1. Revisione della distribuzione degli ambulatori per certificazioni medico legali e vaccinazioni

<b>Situazione attuale</b>	<b>Criticità</b>
<p>Attualmente gli ambulatori per attività certificativa e vaccinale distribuiti nel territorio sono 8 (Bettola, Farini, Groppallo, Ferriere, Travo, Bobbio, Cortebrugatella e Ottone). Gli ambulatori sono soggetti ad autorizzazione ed ad accreditamento ai sensi della L.R. 34/98.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'organizzazione attuale non nasce da un'analisi dei bisogni ma da fattori storici consolidati nel tempo</li><li>• Non ancora effettuata la verifica formale del possesso dei requisiti strutturali ed organizzativi previsti dall'accreditamento regionale</li></ul>

<b>Interventi Specifici</b>	<b>Indicatori/ Evidenze di risultato</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Verifica del possesso dei requisiti strutturali ed organizzativi previsti dalla normativa regionale per l'accreditamento.</li><li>• Valutazione della necessità della presenza degli ambulatori in base ai bisogni ed alla dispersione territoriale.</li><li>• Analisi condivisa dei dati con le Amministrazioni Comunali e definizione di una nuova organizzazione degli ambulatori</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sedi degli ambulatori ridefiniti in base ai bisogni emersi e ai requisiti per l'accreditamento</li></ul>

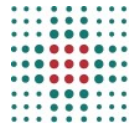


## 5. PREVENZIONE

### 5.1. Consolidamento screening per tumori della mammella e del collo dell'utero ed avvio screening per i tumori del colon retto screening

Situazione attuale	Criticità
<ul style="list-style-type: none"> <li>• screening mammografico e pap test: dal 2005 il primo livello (mammografia) viene effettuato direttamente nel comune capoluogo del distretto, mentre il primo livello dello screening per i tumori del collo dell'utero da tempo è effettuato nelle sedi distrettuali.</li> <li>• screening del colon-retto: dopo una sperimentazione circa le modalità operative di invito all'esecuzione del test per un gruppo ristretto della popolazione target, sta prendendo avvio anche nel distretto della montagna lo screening per i tumori del colon retto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasso di adesione agli screening più basso rispetto agli altri distretti</li> </ul>

Interventi Specifici	Indicatori/ Evidenze di risultato
<p>screening mammografico e pap test:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• coinvolgimento dei MMG per una maggiore sensibilizzazione della popolazione target</li> </ul> <p>screening del colon-retto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “capillarizzare” i punti di distribuzione dei contenitori e di raccolta del materiale sul territorio del Distretto</li> <li>• coinvolgimento delle Farmacie sia nella</li> </ul>	<p>screening mammografico e pap test:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• incremento tasso di adesione</li> </ul> <p>screening del colon-retto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• coinvolgimento di tutte le farmacie nella distribuzione dei contenitori</li> <li>• tasso di adesione in linea con le indicazioni</li> </ul>



<p>distribuzione dei contenitori per la raccolta delle feci alla popolazione target che e nel fornire all'utente le informazioni necessarie per una corretta esecuzione</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• ampliamento progressivo dell'invio degli inviti ad eseguire il test, fino a completare il round di popolazione target</li></ul>	<p>regionali</p>
---	------------------



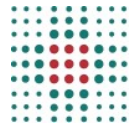
## 6. SALUTE MENTALE

### 6.1. Sviluppo progetto aziendale “Legieri” (presa in carico MMG e DSM)

*La Regione Emilia-Romagna, con il “Programma 2004-2006 Giuseppe Leggieri” intende realizzare concretamente delle reti integrate di servizi tra il sistema delle Cure Primarie ed il sistema della Salute Mentale con il fine di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie. In particolare ritiene prioritario realizzare percorsi di cura integrati rivolti a pazienti in età adulta affetti da disturbi mentali nell’ambito della medicina generale, tali da non permettere soluzioni di continuo nel percorso di cura del paziente.*

Situazione attuale	Criticità
<p>L’allungamento di vita della popolazione ma soprattutto l’isolamento sociale sono fattori che favoriscono l’evidenziarsi di un disagio psichico. Tale disagio può evolvere in forme cliniche che necessitano di una presa in carico.</p> <p>E’ in corso una sperimentazione per la gestione integrata, tra gli Psichiatri del DSM e i MMG, dei pazienti in cura presso il DSM con patologie psichiatriche in fase di compenso e con patologie non psichiatriche concomitanti.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Scarsa adesione dei MMG del Distretto alla sperimentazione</li><li>• Collaborazione tra i MMG e gli Psichiatri del DSM nella gestione più appropriata e meno gravosa degli assistiti con patologie psico-comportamentali che normalmente non accedono al DSM non strutturata</li></ul>

Interventi Specifici	Indicatori/ Evidenze di risultato
<ul style="list-style-type: none"><li>• Coinvolgimento del Nucleo di cure primarie</li><li>• Definizione di criteri condivisi tra MMG e DSM</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Incremento del numero MMG che aderiscono al progetto</li></ul>



<p>per la gestione di assistiti con problemi psichiatrici o, comunque, con disagio psichico.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Criteri di gestione condivisi</li></ul>
--	---



## 7. INTEGRAZIONE SOCIO – SANITARIA

### 7.1. Handicap adulto: sostegno al progetto “Vivaio”

Situazione attuale	Criticità
<p>Nella realtà della montagna la sola esperienza esistente finalizzata al mantenimento di persone con handicap adulto nel loro ambiente di vita è quella della Cooperativa Sociale “il Vivaio”.</p> <p>È già in atto una collaborazione tra l’Azienda e la Cooperativa che svolge attività di:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• inserimenti lavorativi protetti di persone adulte portatori di handicap;</li><li>• affiancamento di un tutor florivivaista;</li><li>• verifica, controllo, monitoraggio settimanale del gruppo da parte di un educatore.</li></ul> <p>L’attività della Cooperativa potrebbe diventare il punto di riferimento territoriale per le diverse esigenze dell’handicap adulto</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• scarsa integrazione tra cooperativa, familiari, Azienda, tessuto sociale</li></ul>

Interventi Specifici	Indicatori/ Evidenze di risultato
<ul style="list-style-type: none"><li>• Supporto sanitario e socio-sanitario all’attività anche attraverso le consulenze specialistiche necessarie</li><li>• Creazione di momenti d’incontro per i familiari su temi e problemi specifici con particolare riferimento all’area socio-sanitaria</li><li>• Condivisione con i Comuni di momenti di integrazione con il tessuto sociale,</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ulteriori inserimenti nel gruppo</li><li>• numero di utenti inseriti che rimangono nel progetto</li><li>• numero utenti dimessi per inserimento nel mondo del lavoro, in base al PAI</li><li>• verifiche periodiche costanti dell’andamento del PAI</li></ul>



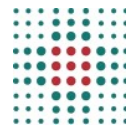
<p>partecipando a manifestazioni locali, coinvolgendo il volontariato e l'associazionismo già attivo</p>	
--	--



## 7.2. Case protette: adeguamento dell'offerta

Situazione attuale	Criticità
<p>Nel territorio del distretto sono presenti due case protette convenzionate, una a Bobbio (Elenio Silva) ed una a Farini (Alta Valnure). Sono terminati i lavori di ristrutturazione presso l'Elenio Silva, è in atto l'ampliamento della casa protetta di Farini.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provvisorietà dell'offerta legata alla ristrutturazione dell' "Elenio Silva"</li> <li>• Elevato turnover del personale infermieristico, con conseguenti difficoltà nel disporre permanentemente di personale adeguatamente formato</li> <li>• Case mix garantito dall'Elenio Silva non adeguato alla domanda</li> <li>•</li> </ul>

Interventi Specifici	Indicatori/ Evidenze di risultato
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sostegno in termini quantitativi e qualitativi il personale con particolare riferimento a quello infermieristico</li> <li>• Ridefinizione del ruolo della Casa Protetta di Farini nell'ambito della rete dell'offerta per anziani o per altre tipologie di bisogni.</li> <li>• Conclusione dell'iter autorizzativo per l' "Elenio Silva" (conferma autorizzazione)</li> <li>• Ridefinizione dell'organizzazione dell' "Elenio Silva" in relazione al numero e alla gravità degli ospiti, rafforzando il collegamento funzionale ed organizzativo con il presidio ospedaliero di Bobbio</li> <li>• Formazione del personale infermieristico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero infermieri delle case protette formati</li> <li>• Utilizzo procedure infermieristiche e protocolli aziendali</li> <li>• Riduzione della mobilità extradistrettuale di anziani non autosufficienti</li> </ul>





### 7.3. Protocollo d'intesa per la prosecuzione della realizzazione del Progetto Montagna, del PAT e del PDZ

Situazione attuale	Criticità
<ul style="list-style-type: none"><li>• Nell'ambito dell'integrazione socio sanitaria (anziani, minori, disabili) attualmente si seguono le indicazioni della 1637/96 e dei Lea regionali</li><li>• Le modalità di trasferimento finanziario fra enti (Comune di Bobbio /Ausl /altri comuni) sono poco strutturate</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mancanza di modalità operative condivise al fine di rendere coerenti e attivi i diversi livelli di programmazione</li><li>• Modalità non strutturate e sistematiche nella rilevazione dei costi</li></ul>

Interventi Specifici	Indicatori/ Evidenze di risultato
<ul style="list-style-type: none"><li>• Rilettura degli impegni reciproci evidenziati nelle diverse programmazioni</li><li>• Stesura di un protocollo d'intesa</li><li>• Definizione di modalità di garanzie e controllo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Protocollo d'intesa con indicati: impegni reciproci a livello gestionale/organizzativo, professionale ed economico.</li></ul>

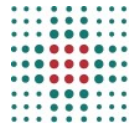




#### 7.4. Attivazione e sperimentazione operatore sentinella

Situazione attuale	Criticità
<p>Nel territorio sono già presenti singole persone che volontariamente segnalano situazioni a rischio e, di fatto, svolgono una funzione di raccordo tra i servizi sociali e sanitari e i bisogni di cittadini che vivono in condizioni d'isolamento sociale.</p> <p>Queste persone già inserite a pieno titolo nel tessuto sociale, possono creare una rete formalizzata di sostegno e di aiuto.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La presenza di persone sul territorio è molto frammentaria, legata allo spontaneismo, alla volontà del singolo e non ha caratteristiche di continuità.</li><li>• Non c'è una rete informativa strutturata con criteri omogenei di segnalazione e neppure un punto di riferimento socio-sanitario deputato a raccogliere e valutare le informazioni.</li></ul>

Interventi Specifici	Indicatori/ Evidenze di risultato
<ul style="list-style-type: none"><li>• Collaborare con i Comuni ed i Servizi Sociali che hanno la funzione di identificare una rete di persone che per il loro ruolo professionale o lavorativo abbiano buona conoscenza del territorio e che siano disposte a collaborare con i servizi stessi.</li><li>• Motivare, formare, informare durante alcuni incontri, le persone individuate dai Comuni.</li><li>• Formalizzare un percorso condiviso per una corretta valutazione del bisogno ed un passaggio chiaro delle informazioni raccolte.</li><li>• Individuare personale AUSL che diventi collettore delle richieste e attivatore del percorso condiviso con i Servizi Socio sanitari.</li><li>• Inclusione degli operatori sentinella formati</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Elenco delle persone disponibili a monitorare il territorio e formazione specifica</li><li>• Presenza di un operatore AUSL formato, che raccolga e definisca le domande.</li><li>• Monitoraggio e valutazione delle segnalazioni raccolte dall'operatore sentinella</li><li>• Interventi effettuati su segnalazione dell'operatore</li><li>• Valutazione della sperimentazione</li></ul>



negli elenchi dei volontari singoli dell'Azienda, come da regolamento aziendale.	
---	--



## 7.5. Sperimentazione ed implementazione schede di verifica aspetti sanitari e socio – assistenziali all'interno delle strutture protette

<b>Situazione attuale</b>	<b>Criticità</b>
<p>L'attuale sistema di controllo già attivo analizza, attraverso un'apposita scheda di valutazione, alcuni aspetti dell'assistenza:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Qualità</li><li>• Assetti gestionali</li><li>• Modalità di erogazione dell'assistenza</li><li>• Livello di copertura.</li></ul>	<p>La scheda di valutazione attualmente adottata non rileva sufficientemente alcuni aspetti di natura socio-assistenziale, economica e di qualità dell'assistenza</p>

<b>Interventi Specifici</b>	<b>Indicatori/ Evidenze di risultato</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• stesura e condivisione nuova scheda di valutazione che preveda l'inserimento di ulteriori indicatori di natura socio-assistenziale, economica e di qualità dell'assistenza. In particolare verranno estesi alle strutture protette gli indicatori di qualità già in uso in Azienda</li><li>• Somministrazione della scheda a livello distrettuale</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nuovo sistema di valutazione</li><li>• Sperimentazione e verifica</li><li>• Formalizzazione in Comitato di Distretto.</li></ul>

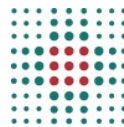


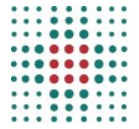
## 8. NON AUTOSUFFICIENZA

### 8.1. Attivazione procedura disabili gravissimi

<b>Situazione attuale</b>	<b>Criticità</b>
<p>Il DGR 2068/04, a tutela delle persone con disabilità gravissime, prevede l'attivazione di una serie complessa d'interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Assistenza domiciliare integrata</li><li>• Assegno di cura e di sostegno: 23 € die, integra e non sostituisce gli interventi previsti dal progetto personalizzato</li><li>• Interventi per l'adattamento dell'ambiente domestico</li><li>• Assistenza protesica</li><li>• Ricoveri temporanei in RSA</li><li>• Interventi di sostegno alle famiglie</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Attualmente è stata attivata una sola domanda su tutto il territorio della montagna.</li></ul>

<b>Interventi Specifici</b>	<b>Indicatori/ Evidenze di risultato</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• puntuale applicazione della DGR 2068/2004</li><li>• capillare informazione sulle indicazioni regionali ai MMG e alle Assistenti Sociali del Distretto e ai Comuni.</li><li>• pubblicazione a cura di Azienda e Comuni di un opuscolo per la massima divulgazione territoriale delle opportunità di legge.</li><li>• presa in carico complessiva del paziente e della famiglia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Incremento delle domande.</li><li>• effettuazione della valutazione entro 30 giorni dalla presentazione della domanda</li><li>• erogazione degli assegni di cura entro tre mesi dalla presentazione della domanda.</li></ul>





## 8.2. Costruzione del fondo della non autosufficienza

La condizione di non autosufficienza costituisce uno dei principali nuovi rischi sociali che interessano le società occidentali e sollecitano una profonda trasformazione dei sistemi di welfare.

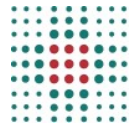
L'allungamento delle prospettive di vita media, e la conseguente crescita percentuale della popolazione ultrasessantacinquenne, rendono la non autosufficienza una condizione sempre più diffusa e la cui durata media tende anch'essa ad allungarsi. Questo fenomeno sembra peraltro iscriversi in una più generale crescita dei bisogni di cura socio-sanitari determinati da situazioni di cronicità. All'interno della popolazione disabile assumono così sempre maggiore rilevanza le disabilità acquisite in età adulta, a seguito di traumi o di patologie degenerative gravemente invalidanti.

Si tratta di problematiche che caratterizzano tutto il territorio regionale ma che in provincia di Piacenza e nel distretto della montagna risultano ancor più accentuate.

L'istituzione del Fondo Regionale per la non autosufficienza pare quindi costituire una significativa opportunità di qualificazione e potenziamento della rete dei servizi: si tratta non solo di integrare i flussi finanziari ma di ridisegnare complessivamente il sistema, cercando di intercettare e fornire risposte ad aree di bisogno finora vagamente rappresentate e scarsamente presidiate.

Previsto dalla legge regionale n° 2/2003 all'art. 50, il Fondo è stato istituito con l'articolo 51 della legge Finanziaria regionale del 23/12/2004, n° 27. Tale articolo prevede che il fondo, con contabilità separata e destinazione vincolata nel bilancio dell'ASL, finanzia prestazioni e servizi a carattere sociosanitario; esso individua altresì le fonti ordinarie di finanziamento del fondo: «risorse del fondo sociale e del fondo sanitario regionale, risorse statali finalizzate ed ulteriori risorse regionali provenienti dalla fiscalità generale... eventuali risorse di altri soggetti... risorse proprie appositamente destinate dai Comuni» (comma 3).

### *Le Azioni della Regione Emilia-Romagna*



*Il persistere del blocco all'autonomia impositiva di Enti Locali e Regioni anche per l'anno 2006 non rende possibile l'avvio completo del disegno regionale del fondo per la non autosufficienza. L'impossibilità di agire la leva fiscale non impedisce però di proseguire in un percorso di costruzione delle condizioni necessarie affinché la disponibilità di un aumento significativo di risorse, derivanti dal prelievo fiscale o dall'attivazione di un fondo nazionale, sia utilizzata in modo ottimale.*

*Nel corso del 2006 la Regione, che peraltro nel 2005 ha già messo in campo strumenti istituzionali di programmazione e governo del fondo, è impegnata a proseguire e a consolidare il percorso avviato con l'approvazione dell'art. 51 della legge finanziaria del 23/12/2004 n° 27 attraverso:*

- l'avvio dei sperimentazioni di modelli gestionali in ambito distrettuale frutto della collaborazione tra Comuni e Direzione Distrettuale, sperimentazioni monitorate dalla Regione;*
- l'avvio della costituzione del Fondo regionale per la non auto non autosufficienza a partire dalle risorse disponibili.*

*In attesa di una più precisa definizione delle prestazioni da ricomprendere nel FRNA, in questa prima fase la Regione ritiene opportuno limitare il riparto delle risorse 2006 su base aziendale e sulla base della popolazione residente => 75 anni.*

*Il fondo regionale viene determinato in questa fase a partire da una valutazione dell'entità degli oneri sostenuti nel 2005, riportando a 12 mesi gli oneri per servizi avviati in corso d'anno e prendendo in considerazione i servizi attivati attivi al 31/12/2005, incrementando del 2,5% il valore così ottenuto.*

*Le risorse vengono destinate alla copertura dei seguenti oneri:*

- oneri a rilievo sanitario per strutture e servizi per anziani non autosufficienti, case protette/RSA, centri diurni, assistenza domiciliare, piani sostegno personalizzato;*
- l'assegno di cura per anziani per la parte riferita al fondo sanitario regionale;*
- l'assegno di cura per soggetti con disabilità gravissime acquisite (solo assegno di cura e non parte residenziale) di cui alla delibera regionale n° 2068/2004, il riparto in questo caso si limiterà ai casi segnalati.*

*In questa prima fase quindi il Fondo non comprende le prestazioni sanitarie per Case protette, RSA, Centri Diurni e tutta l'attività sanitaria dell'ADI, gli interventi residenziali e semiresidenziali per disabili, gli interventi residenziali per soggetti con disabilità gravissime acquisite.*