

ATI 3 UMBRIA
Prot. N° 2995
del 03 DIC. 2010




Servizio Sanitario Nazionale – Regione Umbria
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 3

DIREZIONE GENERALE



ASL3 - AS3-01-PG

 Prot. 0058106 Del 03/12/2010 ore 12:04
Tit. I.1.5
Documento P - Registro: Partenza

SISTEMA DI GESTIONE QUALITA' CERTIFICATO UNI EN ISO 9001:2009



CERTIFICATO N° 9122/ASL3



IT 26258

Oggetto: *Integrazione PRINA come da deliberazione
ATI 3 UMBRIA del 29/10/2010*

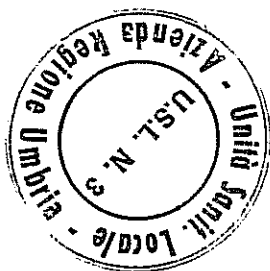
Ai Direttori Distretto

Al presidente ATI

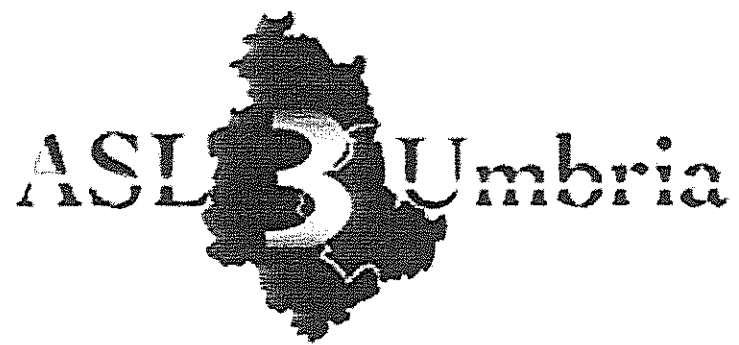
Dr. Daniele Benedetti

Preso atto della deliberazione dell'assemblea dell 'A.T.I. n.16 DEL 29/10/2010 oggetto "Approvazione del Piano Attuativo Triennale del PRINA anni 2010-2011-2012 dell'azienda USL n.3", si inviano all'attenzione delle SS.VV. le integrazioni come da indicazioni emerse nell'atto deliberativo sopra citato , necessarie per l'elaborazione dei piani operativi delle tre zone sociali.

Distinti saluti



Il Direttore Generale
Maria Gigliola Rosignoli



PRINA

PIANO ATTUATIVO TRIENNALE

2010 - 2011 - 2012

PREMESSA

In Umbria, come nel resto dell'Italia, si sta vivendo una trasformazione del contesto sociale, che va caratterizzandosi per l'incremento della popolazione anziana e per la riduzione del potere di acquisto delle famiglie, causato dalla crisi che ha determinato la perdita di competitività delle imprese.

In questo contesto si inserisce la nuova legislazione emanata dalla Regione dell'Umbria (L.R. 4 giugno 2008, n. 9; Reg. reg. 20 maggio 2009, n. 4; L.R. 28 dicembre 2009, n. 26) a sostegno dei cittadini che si trovano in condizione di disabilità, con la quale, in armonia con i principi della legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), nonché con i principi del diritto internazionale e del diritto comunitario in materia di diritti sociali della persona, si provvede a disciplinare la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

In concreto la nuova legislazione regionale, mette a disposizione distinti finanziamenti da destinare specificatamente alla Non Autosufficienza, individuando anche nuove risorse regionali oltre a quelle derivanti dal fondo nazionale per la non autosufficienza. Nello specifico il finanziamento aggiuntivo per l'Azienda USL n. 3 per gli anni 2009/11 (in realtà disponibili con un anno di ritardo) è il seguente:

- anno 2009 € 1.740.210;
- anno 2010 € 2.463.000;
- anno 2011 € 2.687.038.

Ma la legislazione di che trattasi propone anche alcune novità relative alla modalità di realizzazione dei servizi, in particolare con la DGR n. 1708, 30 novembre 2009, in esecuzione della legislazione medesima, è stato definito il "Nomenclatore tariffario degli interventi e prestazioni a favore di persone non autosufficienti, anziani, adulti e minori". Con tale atto sono state quindi individuate tutte le attività di riferimento, stabilendone la ripartizione della spesa tra "sanitario" e "sociale", in alcuni casi modificando la preesistente situazione. Tuttavia la novità che forse ha maggiori implicazioni, quantomeno sotto il profilo finanziario, è costituita dalle norme di cui all'art. 5 del Reg. reg. 20 maggio 2009, n. 4 e all'art. 37 della L.R. 28 dicembre 2009, n. 26, inerenti la compartecipazione alla spesa da parte dei soggetti destinatari delle prestazioni. Infatti con tali norme si stabilisce il principio secondo il quale la compartecipazione alla spesa da parte del cittadino viene stabilita tenendo conto della situazione economica del solo assistito (ISEE personale – precedentemente si faceva riferimento all'ISEE familiare), con la conseguenza che i Comuni, obbligati a coprire la differenza dei costi tra la quota sanitaria e

quella assicurata con la compartecipazione, presumibilmente troveranno qualche difficoltà a reperire i finanziamenti aggiuntivi necessari.

Non è dubbio che tali novità comporteranno un'alleggerimento dei carichi finanziari delle famiglie, con la conseguente ricaduta positiva sull'economia locale e, dunque, sul contesto sociale in generale.

ALCUNI DATI DI RIFERIMENTO

LA POPOLAZIONE DELLA ASL N. 3 - PRINCIPALI INDICI DEMOGRAFICI

L'Azienda USL n. 3 opera su un territorio composto da 22 Comuni, con una superficie

complessiva di 2.201 Km², con una densità media di 73,36 abitanti per Km².

La popolazione assistita dall'Azienda USL n. 3 è pari a 161.442 abitanti, riferita ai dati delle anagrafi comunali disponibili al 31/12/2008 (tabella 1).

Tab. 1: Popolazione residente Azienda USL n. 3 al 31/12/2008 (fonti Comunali).

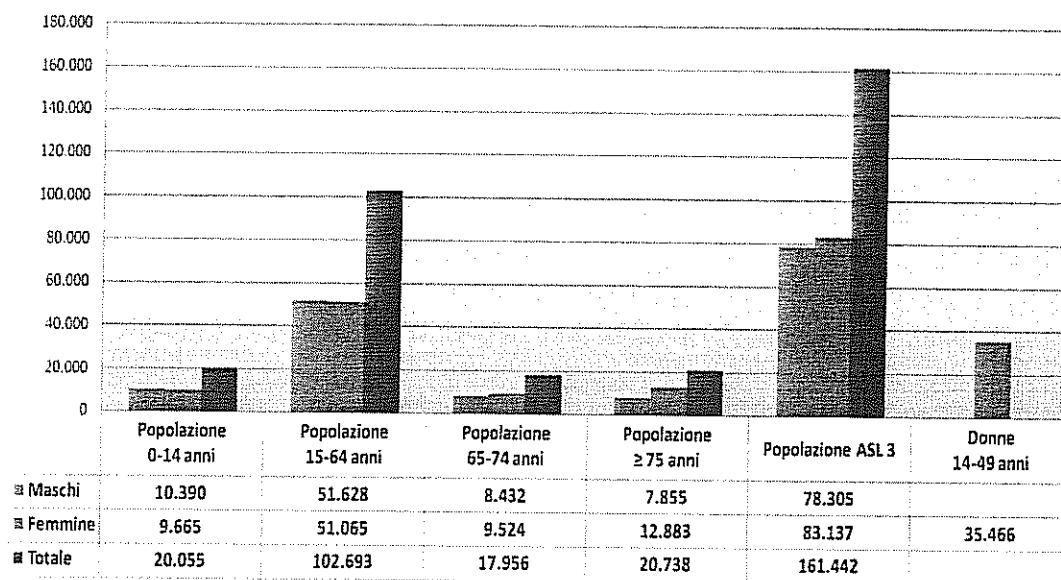
	COMUNE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	SUPERFICIE Km ²	DENSITA' PER Km ²
1	Cascia	1.588	1.669	3.257	181,09	17,99
2	Cerreto di Spoleto	569	608	1.177	74,79	15,74
3	Monteleone di Spoleto	339	306	645	61,58	10,47
4	Norcia	2.432	2.565	4.997	274,34	18,21
5	Poggiodoro	72	77	149	40,01	3,72
6	Preci	395	401	796	82,10	9,70
7	Sant'Anatolia di Narco	309	276	585	47,32	12,36
8	Scheggino	243	238	481	35,17	13,68
9	Vallo di Nera	207	213	420	36,03	11,66
	DISTRETTO N. 1 VALNERINA	6.154	6.353	12.507	832,43	15,02
10	Campello sul Clitunno	1.251	1.272	2.523	49,82	50,64
11	Castel Ritardi	1.591	1.646	3.237	22,53	143,68
12	Giano dell'Umbria	1.856	1.894	3.750	44,43	84,40
13	Spoleto	18.904	20.260	39.164	349,63	112,02
	DISTRETTO N. 2 SPOLETO	23.602	25.072	48.674	466,41	104,36
14	Bevagna	2.507	2.571	5.078	56,16	90,42
15	Foligno	27.356	29.829	57.185	263,77	216,80
16	Gualdo Cattaneo	3.215	3.223	6.438	96,79	66,52
17	Montefalco	2.825	2.924	5.749	69,34	82,91
18	Sellano	575	601	1.176	85,54	13,75
19	Spello	4.218	4.443	8.661	61,31	141,27

20	Trevi	4.075	4.246	8.321	71,16	116,93
21	Nocera Umbra	3.051	3.119	6.170	157,19	39,25
22	Valtopina	727	756	1.483	40,51	36,61
DISTRETTO N.3 FOLIGNO		48.549	51.712	100.261	901,77	111,18
AZIENDA USL N. 3		78.305	83.137	161.442	2.201	73,36

Tab. 2: Popolazione residente per fasce di età e per Distretto al 31/12/2008

FASCE D'ETÀ	DISTRETTO 1 VALNERINA		DISTRETTO 2 SPOLETO		DISTRETTO 3 FOLIGNO		ASL 3	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
0-14	1.699	13,58	5.910	12,14	12.446	12,41	20.055	12,42
15-64	7.813	62,47	30.776	63,23	64.104	63,94	102.693	63,61
65-74	1.279	10,23	5.640	11,59	11.037	11,01	17.956	11,12
≥ 75	1.716	13,72	6.348	13,04	12.674	12,64	20.738	12,85
Totale	12.507	100,00	48.674	100,00	100.261	100,00	161.442	100,00

Graf. 1: Popolazione per fasce d'età e per sesso. Anno 2008



L'analisi del contesto demografico, risultato di dinamiche di popolazione in continua evoluzione e dell'andamento storico dei fenomeni naturali di natalità e mortalità e dei movimenti migratori, si può effettuare attraverso alcuni indici.

L'indice di invecchiamento, che quantifica la percentuale di persone con un'età \geq a 65 anni sul totale della popolazione, un indicatore di sintesi particolarmente importante per stimare i bisogni assistenziali della popolazione, mostra come il

24% della popolazione aziendale presenti un'età superiore ai 65 anni con il valore più elevato nel Distretto n. 2 (24,63%) e valori molto vicini nel Distretto n. 1 (23,95%) e nel Distretto n. 3 (23,65%).

Nella tabella n. 2 si evidenzia che il 13% circa della popolazione aziendale è costituito da ultra-settantacinquenni.

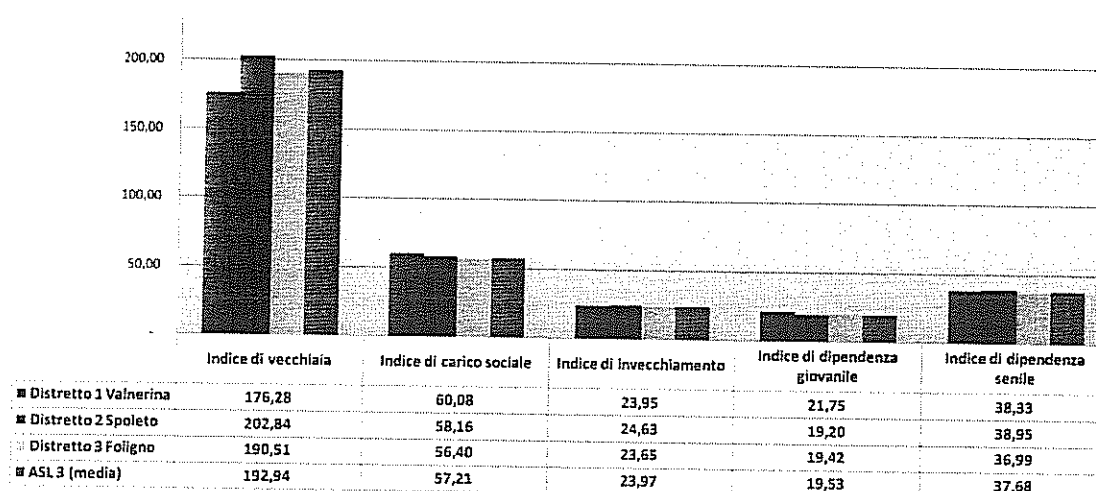
L'**indice di vecchiaia**, che serve a valutare il ricambio generazionale e rappresenta un indicatore dinamico che stima il grado di invecchiamento di una popolazione (valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani (> 65 anni) rispetto ai giovanissimi < 15 anni), risulta essere più basso nel Distretto n. 1 (176,28), mentre negli altri due Distretti si ha una variabilità da 202,84 (del Distretto n. 2) a 190,51 (del Distretto n. 3).

L'**indice di carico sociale**, che rapporta i soggetti che dovranno entrare nel mondo lavorativo (≤ 14 anni) e quelli che ne sono usciti (> 65 anni) con le età considerate lavorative (15-65 anni), è più elevato nel Distretto n. 1 (60,08%), seguito dal Distretto n. 2 (58,16%) e più basso nel Distretto n. 3 (56,40%).

L'**indice di dipendenza giovanile**, che misura il rapporto tra la parte di popolazione giovane che non lavora (0-14 anni, parte della popolazione non attiva) e quella potenzialmente attiva (15-64 anni), risulta più elevato nel Distretto n. 1 (21,75) rispetto agli altri due Distretti (dove è pari a 19,20 a Spoleto e 19,42 a Foligno).

L'**indice di dipendenza senile**, che misura il rapporto tra la parte di popolazione anziana che non lavora (≥ 65 anni, parte della popolazione non attiva) e quella potenzialmente attiva (15-64 anni) è più elevato nel Distretto n. 2 (38,95).

Graf. 2: Principali indici demografici per Distretto. Anno 2008



INDICE DI INVECCHIAMENTO: (popolazione ≥ 65 anni / totale popolazione) *100

INDICE DI VECCHIAIA: (popolazione ≥ 65 anni / popolazione 0- 14 anni) *100

INDICE DI CARICO SOCIALE: (pop. 0-14 anni + pop. ≥ 65 anni) / pop. 15-64 anni) *100

INDICE DI DIPENDENZA GIOVANILE: (pop. 0-14 anni / pop. 15-64 anni) *100

INDICE DI DIPENDENZA SENILE: (pop. ≥ 65 anni / pop. 15-64 anni) *100

Sulla base di tali indicatori le previsioni demografiche suggeriscono che nei prossimi anni la popolazione del territorio continuerà ad invecchiare, con conseguente aumento della quota di popolazione dipendente e potenziale incremento del numero di prestazioni sanitarie a favore degli anziani e, più in generale, per i soggetti non autosufficienti. Si tratta quindi di riconsiderare e di ampliare, in maniera consistente, gli interventi a sostegno delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie su cui troppo spesso grava il maggior carico assistenziale

IL SISTEMA DEI SERVIZI

I servizi sociali e sanitari del territorio che si occupano di persone non autosufficienti e a rischio di non autosufficienza sono articolati su due livelli distinti:

- i servizi per l'area della fragilità, di natura quasi esclusivamente sociale in carico ai Comuni delle Zone Sociali territoriali (direttamente e in delega);
- i servizi più propriamente per l'area della non autosufficienza, gestiti dalla ASL e compartecipati da parte dei Comuni degli Ambiti territoriali.

Per quanto attiene al primo livello gli interventi, oltre a costituire un valido supporto per le persone che sono in carico, rappresentano quegli elementi qualificanti della rete di servizi che hanno lo scopo di prevenire e/o ritardare l'insorgere di problematiche che potrebbero favorire una condizione di non autosufficienza.

■ I SERVIZI PER L'AREA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

(gestiti dalla Azienda USL e compartecipati da parte dei Comuni delle Zone Sociali)

AREA	DENOMINAZIONE SERVIZIO
ANZIANI	Assistenza Domiciliare
	Assegni di cura di cui alla L. R. n. 24/2004
	Residenze Protette (Pubbliche e Private convenzionate)
	Centri Diurni Anziani (Alzheimer/Anziani N.A.)
DISABILI	Assistenza Domiciliare socio-riabilitativa ed educativa
	Assistenza Domiciliare con finalità assistenziale
	Centri Socio-Riabilitativi ed Educativi Residenziali
	Centri Socio-Riabilitativi ed Educativi Diurni
	Comunità Alloggio
	Dopo di Noi
Servizio Accompagnamento Lavorativo (SAL)	

MINORI	Centri Socio- Riabilitativi ed Educativi Diurni
	Strutture Comunitarie Diurne a carattere socio-educativo-assistenziale
	Assistenza Domiciliare con finalità socio-riabilitativa ed educativa
	Assistenza Domiciliare con finalità terapeutico-riabilitativa (Laboratori abilitativi)
	Strutture Educative Comunitarie residenziali a valenza socio-terapeutica-riabilitativa
	Strutture Educative Comunitarie residenziali a valenza socio-educativo-assistenziale
SALUTE MENTALE	Assistenza Domiciliare con finalità terapeutico-riabilitative e assistenziali
	Gruppi Appartamento/Rete abitativa
	Comunità Terapeutiche Residenziali di tipo 1 (CTR1)
	Unità di Convivenza
	Centro Assistenza Diurno (C.A.D.)
	Servizio Accompagnamento Lavorativo (S.A.L.)

LA SPERIMENTAZIONE PRINA

Il "Programma operativo PRINA" (Piano Regionale Integrato per la Non Autosufficienza), cui fa riferimento un finanziamento relativo all'anno 2008, formulato a livello di Azienda/ATI (D.A. D.G. n. 101 del 27 febbraio 2009) e per il quale la Regione dell'Umbria ha espresso parere di congruità con DGR n. 555/2009, prevede gli interventi di seguito enunciati.

AREA	INTERVENTO
SALUTE MENTALE	Centro Diurno Terapeutico - Riabilitativo per l'età evolutiva (finalizzato soprattutto a bambini con autismo o comunque quadri psicopatologici complessi che attualmente non hanno spazi/servizi adeguati al bisogno).
DISABILITÀ	Potenziamento dei Centri Socio Riabilitativi per Disabili adulti con Modulo Diurno per Disabilità Acquisita.
	Riorganizzazione ed ampliamento dell'offerta dei Centri Socio Riabilitativi e dei Centri Socio Educativi e di Sollievo.
ANZIANI	Potenziamento Centro Diurno Anziani.
	Potenziamento Assistenza Domiciliare
AGEVOLAZIONI PER I TRASPORTI	

In riferimento al programma sopra citato i servizi sono stati attivati/potenziati con la sola eccezione di quegli interventi che sono sostanzialmente di nuova istituzione, per i quali la difficoltà maggiore, attualmente in via di risoluzione, era costituita dal reperimento di spazi idonei.

La parte di finanziamento per l'anno 2008 non ancora utilizzata ed i finanziamenti programmati per gli anni 2009/11, saranno impiegati per la realizzazione dei programmi operativi riferiti al triennio 2010/12.

PRIORITÀ ED OBIETTIVI

Da quanto esposto in premessa, come già rilevato nella programmazione di sperimentazione PRINA, si evincono con chiarezza le problematiche cui prioritariamente occorre far fronte mediante il perseguimento dei seguenti obiettivi:

1. favorire il mantenimento della persona non autosufficiente all'interno del proprio contesto familiare e sociale, mediante una limitazione del ricorso a strutture residenziali;
2. sviluppare ulteriormente la rete dei servizi, con la finalità di assicurare una molteplicità di interventi, una migliore personalizzazione degli stessi e, dunque, una attività sociosanitaria caratterizzata fortemente sotto il profilo dell'integrazione;
3. garantire a tutti i cittadini, mediante la valutazione del proprio stato di bisogno, un progetto personalizzato che metta a disposizione risorse adeguate per quel grado di bisogno, in quanto disponibili;
4. assicurare che il sistema dei servizi di accesso, valutazione e presa in carico, si definisca compiutamente sulla base di quanto già stabilito nel PRINA ed indicato nelle programmazioni territoriali attivate nel corso del 2009;
5. dare risposte a bisogni rispetto ai quali la rete dei servizi sanitari e sociali non è ancora in grado di offrire soluzioni adeguate, in particolare nelle aree della salute mentale – età evolutiva – e della disabilità gravissima ed acquisita.

DEFINIZIONE DELLE AZIONI E DEGLI INTERVENTI

Tenendo conto degli obiettivi definiti e del quadro normativo di riferimento, si intendono sviluppare nell'arco del triennio 2010/12 gli interventi e le azioni di seguito descritti.

A) Potenziare gli interventi diretti a sostegno della domiciliarità ed in particolar modo:

- 1) Rafforzare l'assistenza domiciliare (tutelare e domestica) sia nei confronti delle persone anziane e sia nei confronti dei disabili minori e adulti.
- 2) Garantire ricoveri di sollievo sia in regime diurno che residenziale per assicurare alle famiglie un sostegno in particolari momenti legati a necessità programmate o di urgenza.
- 3) Incrementare l'offerta dei servizi semiresidenziali – diurni .
- 4) Garantire interventi di sollievo alla famiglia che si fa carico di assistere a domicilio la persona non autosufficiente, sia direttamente e sia attraverso un assistente familiare.

B) Dare continuità alla SPERIMENTAZIONE PRINA 2008:

- 1) garantire i servizi e gli interventi già attivati con i programmi territoriali di intervento sulla non autosufficienza 2008:
- 2) mettere a regime il protocollo operativo del percorso unico di accesso;
- 3) integrare in maniera stabile il personale sociale dei Comuni nelle Unità di Valutazione Multidisciplinari dell'Azienda Sanitaria;
- 4) costituire un livello di coordinamento integrato Distretto Sanitario/Zona Sociale.

C) Applicare con gradualità i criteri di riparto della spesa sociale e di quella sanitaria per tutti gli interventi e servizi relativi alle aree ad alta integrazione, in particolar modo per la psichiatria, così come previsto dalla DGR 21/2005 e 1708/09

D) Assicurare la copertura dei maggiori oneri che graveranno sulle amministrazioni comunali a seguito dell'applicazione delle nuove norme regionali concernenti la compartecipazione alla spesa per le prestazioni erogate.

E) Rimodulare e riorganizzare l'offerta territoriale di residenzialità, con particolare riferimento all'offerta di posti letto in Residenza Protetta ed RSA.

In riferimento al punto E) – “Riorganizzare l’offerta territoriale di residenzialità”, la situazione attuale è la seguente:

	P. L. previsti dalla DGR n. 1708/2009 come dotaz. Max. nel triennio 2009-2011	P. L. attualmente autorizzati nella ASL n.3	P. L. attivabili nel triennio 2009-2011
Residenza Protetta	409	354	55
R.S.A.	71	47	24

La programmazione per il triennio 2010-2012 prevede il seguente piano di interventi:

ANZIANI

-) Mantenere gli interventi già attivati con la sperimentazione PRINA;
-) Mantenere e potenziare il Servizio di Assistenza Domiciliare tutelare e domestica;
-) Implementare i Centri semiresidenziali per anziani non autosufficienti ed individuare moduli differenziati per Demenza- Demenza di Alzheimer;
Estendere i Centri semiresidenziali in tutti i territori aziendali, prevedendo almeno un servizio per ogni Distretto;
-) Prevedere interventi di sollievo per le famiglie, a sostegno della domiciliarità, tramite l’attivazione di posti letto di sollievo (2 p.l. per ogni Distretto Sanitario/Zona Sociale) e l’erogazione di assegni di cura/sollievo;
-) Riorganizzare ed ampliare nel triennio l’offerta di residenzialità protetta a livello aziendale.

DISABILI ADULTI

-) Mantenere gli interventi già attivati con la sperimentazione PRINA;
-) Riorganizzare e potenziare i Centri Socio riabilitativi ed educativi diurni, prevedendo anche un prolungamento orario;
-) Mantenere l’Assistenza Domiciliare Socio riabilitativa ed educativa e con finalità assistenziale;
-) Mantenere la rete di assistenza per il “Dopo di Noi” nel Distretto Sanitario n.2 di Spoleto;

-) Prevedere interventi di sollievo per le famiglie, a sostegno della domiciliarità;
-) Mantenere la collaborazione in tutto il territorio aziendale con il Centro Orientamento Ausili Tecnologici (COAT) per le specifiche progettualità;
-) Attivare nel Distretto Sanitario n.3- Foligno un modulo per la Disabilità Acquisita all'interno dei CSR.

DISABILI MINORI

-) Mantenere gli interventi già attivati con la sperimentazione PRINA;
-) Mantenere l'Assistenza Domiciliare Socio riabilitativa ed educativa e con finalità assistenziale;
-) Riorganizzare e potenziare l'Assistenza Domiciliare con finalità terapeutico-riabilitativa, mettendo a regime per ogni Distretto Sanitario i "Laboratori abilitativi " per lo sviluppo delle competenze linguistiche e cognitive;
-) Favorire l'integrazione scolastica del minore disabile attraverso progetti individuali di assistenza.

SALUTE MENTALE

-) Completare la riorganizzazione delle strutture e dei servizi per la Salute Mentale, prevedendo nel triennio anche l'attivazione di un Centro Diurno nel Distretto Sanitario n.2;
-) Potenziare l'Assistenza Domiciliare con finalità terapeutico- riabilitative e con finalità assistenziali;
-) Mantenere a regime i servizi attivati, applicando i criteri previsti dalla DGR n.1708/2009 da parte dell'Azienda Sanitaria e delle tre Zone Sociali;
-) Garantire accoglienza in strutture terapeutiche per minori affetti da disturbi comportamentali o patologie di interesse neuropsichiatrico con l'attivazione, nel triennio, di tre Centri Diurni per minori affetti da Autismo (uno per ogni Distretto Sanitario).

AUSILI E PROTESI

-) Si prevede l'erogazione di contributi per la fornitura di ausili e protesi non finanziati da altre leggi nazionali e regionali

TRASPORTO

-) Si prevedono agevolazioni per il trasporto di anziani e disabili, finalizzato all'accesso ai Centri socio-riabilitativi ed ai servizi socio-sanitari.

MODELLO ORGANIZZATIVO

In relazione alla normativa regionale che ha avviato il dibattito sulle modalità applicative dell'utilizzo del Fondo per la non autosufficienza, nel nostro territorio sono stati costituiti gruppi di lavoro che hanno visto il coinvolgimento di operatori dei Comuni e della Azienda USL, che hanno condotto alla elaborazione di percorsi operativi relativamente all'accesso, alla valutazione ed alla modalità di erogazione delle prestazioni.

Il lavoro prodotto è costituito dalla documentazione allegata che di seguito si elenca:

- a. Decisione amministrativa del Direttore Generale AUSL n. 3, n. 652 del 25/11/2009, avente ad oggetto *"Programma Regionale Intervento per la Non Autosufficienza: applicazione delle DGR n. 230 del 23/2/2009: "Atto di indirizzo di cui all'art. 6 c. 2 della L.R. n. 9/2009 – Criteri per la composizione delle unità di Valutazione Multidisciplinari e criteri di classificazione dei casi sottoposti a valutazione di non autosufficienza"*;
- b. Disciplinare del percorso di accesso ai benefici del PRINA (in bozza), che prevede in allegato la *"Scheda di segnalazione sociale"* e il modulo di *"Domanda di accesso ai benefici previsti per la non autosufficienza"*;
- c. Modello da utilizzare per il *"Programma Assistenziale Personalizzato (P.A.P.)"*;
- d. Modello di *"Patto per la cura ed il benessere"*.

Si evidenzia peraltro che, in esecuzione della sopra citata Decisione amministrativa, i Direttori dei Distretti Sanitari hanno adottato propri atti, con i quali hanno costituito nominativamente le U.M.V. territoriali.

Per ciò che riguarda il sistema informativo, saranno sviluppate le attività programmate a livello regionale.

LA FORMAZIONE

In relazione all'attività di studio sul modello organizzativo, sono stati già realizzati incontri con gli operatori per assicurare a tutti la conoscenza dei percorsi e degli strumenti predisposti.

Sono già state realizzate le tappe formative previste e relative all'utilizzo dello strumento di valutazione per le Residenze (VAOR ATLANTE).

Lo strumento stesso è utilizzato dal 1 gennaio 2010.

E' stata realizzata la formazione mirata all'utilizzo dello strumento SVAMDI per la valutazione della Disabilità Adulta ed Età Evolutiva.

Lo strumento è utilizzato dalle 2 UMV Disabili Adulti ed Età Evolutiva per la sperimentazione prevista di 6 mesi.

La formazione relativa all'utilizzo del sistema VAOR ADI per la domiciliarità è in fase di realizzazione; lo sviluppo dell'intero piano di formazione seguirà il percorso tracciato a livello regionale, che prevede attività formativa omogenea per tutti i territori.

LA COMUNICAZIONE

Ad integrazione delle iniziative attivate sulla base del piano di comunicazione regionale, saranno realizzati specifici momenti informativi rivolti in particolar modo a medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, organizzazioni sindacali operanti sul territorio, associazioni di volontariato ed associazioni di familiari, altre agenzie territoriali.

LA VALUTAZIONE

Il sistema dovrà fornire gli elementi ai vari livelli istituzionali per valutare l'impatto sociale che le prestazioni e gli interventi previsti dal Fondo hanno sulle persone non autosufficienti e le loro famiglie.

A tal fine il processo valutativo riguarderà il programma attuativo e quello operativo, a partire da una analisi dei dati sulle azioni previste.

A tal fine dovrà essere predisposta una relazione annuale sullo stato di attuazione dei programmi, evidenziando in particolare:

- e. il numero delle persone non autosufficienti prese in carico;
- f. il numero dei patti per la cura ed il benessere predisposti e sottoscritti;
- g. le modalità organizzative attraverso le quali la rete dei servizi sanitari e sociali hanno garantito il diritto di accesso ed il diritto alle prestazioni della persona non autosufficiente;
- h. i tempi medi di attesa tra la presa in carico e la sottoscrizione del Patto per la cura ed il benessere.

Oltre alle attività di verifica di cui sopra, si provvederà a predisporre tutto ciò che è necessario per garantire il monitoraggio e la verifica del Fondo regionale per la non autosufficienza, mediante il Sistema Informativo Nazionale per il monitoraggio della non autosufficienza (SINA), che rileva informazioni relative alle prestazioni erogate alle persone non autosufficienti.

Tale sistema Informativo si integra con i dati richiesti dal "nuovo" sistema informativo sanitario nazionale (NSIS), collegando le informazioni sulle

prestazioni sociali a quelle sanitarie e socio-sanitarie, relativamente alle prestazioni domiciliari e residenziali a ciclo diurno e continuativo.

Tale monitoraggio viene affiancato da un monitoraggio regionale per la valutazione di impatto del sistema e degli strumenti predisposti, le cui schede saranno trasmesse dai competenti Servizi regionali della Direzione regionale Sanità e Servizi sociali a tutte le Aziende Unità Sanitarie Locali regionali.

IL FINANZIAMENTO

Sulla base di quanto stabilito con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1708 del 30 novembre 2009, le risorse aggiuntive destinate al PRINA sono le seguenti (gli importi sono stati calcolati tenendo conto di quanto riportato nella DGR 1708/09, al netto del 5% trattenuto dall'Assessorato alla sanità e servizi sociali).

ANNO	DSB N.1	DSB N.2	DSB N.3	TOTALE
2008	66.386	83.000	399.099	€ 548.485
2009	147.223	518.589	1.074.398	€ 1.740.210
2010	197.953	697.284	1.444.613	€ 2.339.850
2011	215.959	760.710	1.576.017	€ 2.552.686

La destinazione delle risorse alle azioni programmate nei tre territori è quella proposta nella Tabella Finanziamenti PRINA ASL n.3.

Un ulteriore livello di dettaglio sarà definito nei programmi operativi, sulla scorta degli obiettivi e delle azioni individuati nel presente Piano Attuativo, tenendo conto delle specifiche esigenze di ogni singolo territorio e del livello di applicazione a livello locale delle DGR n. 21/05 e n. 1708/09.

In riferimento a quanto riscontrato relativamente al finanziamento anno 2008 si specifica quanto segue:

-) DISTRETTO n. 1: la quota di €. 66.386, non ricompresa nella tabella, verrà utilizzata in aggiunta ai finanziamenti previsti nel triennio 2010-2012 per l'agevolazione relativa ai trasporti;

-) DISTRETTO n. 2: la quota di €. 83.000 è ricompresa, nella tabella, nel finanziamento relativo all'anno 2009 (gestione anno 2010);

-) DISTRETTO n.3: la quota di €. 399.099, non ricompresa nella tabella, viene tutta utilizzata nell'anno 2010 per l'applicazione delle DGR n.21/2005 e n. 1708/2009

(mantenimento/potenziamento servizi , anche sulla scorta della programmazione PRINA effettuata nell'anno 2009 di cui €60.000 destinati alla agevolazione trasporti ed €. 50.000 destinati all'attivazione del C.D. per la Disabilità Acquisita, servizio non ancora attivato per lavori di ristrutturazione della sede)

ASSISTENZA RESIDENZIALE per Anziani A CICLO CONTINUATIVO

Per la residenzialità a ciclo continuativo si prevede nel triennio l'attivazione dei posti letto di R.P. ed RSA, come previsto dalla DGR n. 1708/2009 nonché una riorganizzazione dell'intera offerta di residenzialità per Anziani.

In particolare, negli anni 2010-2011, si ipotizza l'incremento dei posti letto come di seguito

-) R.P. Casa Serena ex Onpi - Foligno	n. 15
-) R. P. Comune di Bevagna	n. 20
-) R.P. Casa Marini – Spoleto	n. 20

Totale **n. 55 p.l.**

Con l'incremento di posti letto sopraccitato si andrebbe ad una dotazione complessiva di posti di residenzialità protetta che consentirà di regolarizzare l'utilizzo della struttura Casa Serena ex-Onpi, in cui osserviamo pazienti che, inseriti autosufficienti nella Residenza Comunitaria, con la perdita della autosufficienza e l'impossibilità di essere ricollocati in famiglia, sono rimasti nella struttura.

La regolarizzazione permette peraltro di ottimizzare i costi di gestione visto che la struttura dispone di una recettività ben superiore ai 55 p.l. attualmente autorizzati.

Un discorso a parte deve essere fatto per le strutture adibite ad assistenza sanitaria assistenziale a degenza breve (RSA); l'aumento della cronicità e la necessità di contenere la degenza negli ospedali per acuti, determinano una necessità sempre maggiore di posti letto.

Nella ASL 3 dagli attuali 47 posti letto (Cascia 10, Ex Onpi 25, Terraglia 12) come indicato nel (DGR n. 1708 2009) si passerà a 71 posti letto con incremento di 24 letti così distribuiti :

Distretto n. 3 con 43 letti di RSA,

Distretto n. 2. con 18 letti di RSA

Distretto n. 1 con 10 letti di RSA.

Le Residenze Sanitarie Assistite di Foligno e Spoleto insistono attualmente in strutture miste RP-RSA . Le RSA richiedono una tutela assistenziale maggiore rispetto alle RP ed è pertanto necessaria la loro ricollocazione presso ambiti in cui è possibile garantire un maggior livello assistenziale , anche grazie alla collocazione nell' immediata vicinanza di servizi a maggiore complessità.

Per il territorio di Spoleto i letti RSA autorizzati di Spoleto passeranno dagli attuali 12 a 18 letti . attualmente i letti di RSA sono collocati presso la struttura di Terraia . Tale struttura ha una potenzialità massima di 37 letti che sono così utilizzati:

- **25 letti RP**
- **12 letti di RSA**

Alla luce di quanto indicato precedentemente secondo le linee di indirizzo del piano sanitario regionale , i letti di RSA entro il 2011 verranno ricollocati all'interno della struttura ospedaliera utilizzando gli spazi occupati dalla medicina Interna prima del trasferimento nella nuova sede, in tal modo la struttura di Terraia potrà essere utilizzata anche per altre esigenze residenziali o semiresidenziali del territorio.

La collocazione della RSA in ospedale richiederà alcune modifiche strutturali per la ottimizzazione degli spazi e la messa a disposizione di un'area verde ad uso dei pazienti ricoverati. Con la individuazione di 18-20 posti letto con camere da due letti o da uno.

In accordo con i MMG ed in base alla disponibilità di spazi verranno attivati in via sperimentale alcuni letti di "*Ospedale di Comunità*". L'attivazione di letti di ospedale di comunità permetterà di gestire quei pazienti anziani con polipatologie , che, se pur gestiti a livello domiciliare possono aver bisogno per periodi brevi di una collocazione più protetta per approcci diagnostici o terapeutici.

Lo spostamento di pazienti RSA nella nuova sede all'interno dell'ospedale, determinerà inizialmente una riduzione dell'occupazione di Terraia e quindi la possibilità di inserire a Terraia ulteriori pazienti anche in regime residenziale, le cui tipologie saranno individuate in base alle esigenze dei servizi del territorio.

Ospedale : 14 letti RSA + 4 letti "*ospedale di comunità*"

Terraia : 25 letti RP + 4 letti RSA (*percorsi riabilitativi*) + 8 letti (*residenziale*)

Per il territorio di Foligno, vista la impossibilità di collocare la RSA all'interno della struttura ospedaliera, entro il 2013 è previsto lo spostamento dei letti di RSA in una struttura già accreditata dalla Regione .

Nel corso del quadriennio si prevede una graduale destrutturazione della Casa Serena ex Onpi, per i motivi a seguito elencati:

a) la struttura necessita di un profondo intervento di manutenzione straordinaria che deve interessare l'impianto idrico, fognario, l'impianto termico e l'impianto elettrico

b) è necessario inoltre il rifacimento di numerose opere murarie, marciapiedi , servizi igienici ecc.

Gli attuali interventi parziali di manutenzione straordinaria hanno permesso di garantire l'abitabilità provvisoria della struttura ma non possono evitare interventi radicali entro il periodo sopraindicato e che comunque richiederanno lo spostamento dell'utenza.

La struttura dell'ex Onpi attualmente è di proprietà del Comune di Foligno il quale , come è emerso dagli incontri effettuati con i responsabili tecnici, non è in grado di farsi carico dell'elevato costo dell'intervento.

Si renderà necessaria quindi una ricollocazione dei 70 ospiti della Residenza Protetta in parte presso le strutture autorizzate esistenti del territorio, in base alle esigenze dei pazienti e familiari come indicato nello schema sottostante :

- un nucleo di 40 ospiti verrà ricollocato a Foligno in struttura da individuare con apposita procedura di gara.
- i rimanenti 30 ospiti saranno riorganizzati nelle strutture che hanno fatto richiesta di autorizzazione alla realizzazione, utilizzando come criterio di priorità quello di privilegiare l'equa distribuzione delle strutture nei vari territori/Comuni distrettuali.

Come già accennato in premessa, rispetto agli obiettivi che discendono da un'attenta analisi di quelli che sono i bisogni più rilevanti del territorio, va precisato che le attuali norme regionali nell'ambito della non autosufficienza, pongono concrete difficoltà in relazione al raggiungimento degli stessi,

soprattutto per il quadro delle risorse del fondo per la non autosufficienza, che risulterebbe fortemente ridimensionato.

In particolare, il Regolamento Regionale 20 maggio 2009, n. 4, stabilendo nuove modalità di compartecipazione al costo delle prestazioni ed indicando le diverse forme di esenzione (totale, parziale e non esenzione), portano il sistema dei servizi e degli interventi a dover far fronte ai maggiori oneri, conseguenti alla diminuzione della compartecipazione da parte di utenti che già sono in carico presso le residenze protette, sia in convenzione che gestite direttamente. Inoltre, calcolando la compartecipazione non più sulla base del reddito familiare ma solo sulla base di quello individuale ed introducendo nel sistema l'esenzione totale, si escludono di fatto dalla compartecipazione moltissime persone anziane già inserite in strutture.

Da una stima fatta nelle tre Zone Sociali, approssimata per difetto, i Comuni si troverebbero a dover far fronte ad un incremento considerevole di costi, il più delle volte non sostenibile.

Tali maggiori oneri andrebbero ben oltre il 120%, rendendo impossibile qualsiasi forma di intervento da parte dei Comuni stessi, già in grave difficoltà nel sostenere il livello storico della spesa sociale.

In sostanza, nella migliore delle ipotesi, viste anche le attuali difficoltà di bilancio in cui versano i Comuni e che di fatto impediscono di trovare ulteriori finanziamenti, le risorse aggiuntive del Fondo verrebbero ad essere indirizzate prioritariamente per sostenere le persone non autosufficienti già inserite in strutture residenziali o semiresidenziali.

La quota restante delle risorse sarebbe di certo insufficiente per il raggiungimento degli altri obiettivi sopra determinati e, sicuramente, non potranno essere attivati tutti quei nuovi interventi a sostegno della domiciliarità, necessari per tutte le persone non autosufficienti che sono attualmente escluse dal sistema dei servizi in essere.