

Lavoro nell'Unità Anziani del Comune di Forlì da qualche anno accogliendo quotidianamente suggerimenti ed opinioni degli anziani e dei loro familiari rispetto ai servizi per anziani esistenti nel territorio. Gli anziani forlivesi sono tutto sommato contenti dei servizi socio-sanitari che offre il territorio ma notano un netto divario tra i loro bisogni e le risposte fornite dagli enti pubblici.

In particolare per quanto attiene l'assistenza domiciliare (di cui possono beneficiare per massimo 2 ore al giorno per sostegno all'assolvimento dei bisogni vitali ed ad un costo massimo pari a 13 euro l'ora) gli anziani ritengono l'intervento domiciliare qualitativamente eccellente ma molto limitato nel tempo e nei compiti svolti dall'assistente di base -e quindi necessariamente da integrare con il ricorso a personale assistenziale privato se non alla sostituzione dell'intervento pubblico con quello privato per l'assolvimento di servizi più "leggeri" ad es. igiene domestica, monitoraggio, compagnia, oppure per l'aggravamento delle condizioni psico-fisiche dell'anziano- nonchè difficilmente accessibile per il costo elevato del servizio rispetto ai prezzi di mercato.

Quanto alle strutture residenziali emerge spesso la considerazione dei familiari degli anziani non autosufficienti della difficoltà di accesso nelle case protette convenzionate dati i lunghi tempi d'attesa -e spesso la scrivente rileva che gli anziani in lista d'attesa per ingresso in casa protetta o ripiegano verso strutture residenziali a bassa soglia, sovente non autorizzate, come gruppi appartamento o case-famiglia gestite da badanti che si turnano e da volontari, oppure ricorrono ai posti privati gestiti dalle case protette convenzionate, quando non muoiono nella propria abitazione in attesa del tanto agognato ingresso in struttura.

Tra i familiari l'attenzione alla qualità di assistenza dell'anziano non autosufficiente in molti casi è elevata e questi fanno notare che alcune case protette convenzionate dispongono di poco personale addetto all'assistenza della persona, un notevole turn over di personale addetto alla cura ed all'assistenza della persona e scarsa igiene negli spazi assegnati ad i loro parenti.

Per migliorare la situazione dei servizi socio-sanitari integrati si propone di favorire la partecipazione non solo dei sindacati ma anche degli assistenti sociali che quotidianamente ascoltano anziani e loro familiari e di quegli anziani che esprimono al servizio sociale le difficoltà del territorio in un ottica di 'lavoro di comunità' in cui i diretti interessati e chi lavora per loro, insieme, costituiscono una pianificazione condivisa dei servizi e degli interventi per anziani sensibile all'individuazione delle risposte idonee ai reali bisogni degli anziani.

Si propone altresì di sviluppare il ricorso ad esperti esterni ai servizi per anziani per compiere valutazioni sulla qualità percepita dei servizi offerti, valutazioni da confrontare con una scheda di corrispondenza tra servizi chiesti da una persona X e servizi erogati alla persona X in un tempo definito Y, in modo da avere una sorta di mappa della situazione e da poter modificare le difficoltà che via via emergono.

Ringrazia per la disponibilità accordata e resta a disposizione per chiarimenti

Dott.ssa Alessandra Continenza

Gent.ma dr.ssa Continenza

La ringraziamo per il contributo che ha voluto portare ai lavori sul PAR con la sua mail del 5 agosto scorso. Purtroppo il periodo estivo non ci ha consentito di essere tempestivi nel dare riscontro alle sue segnalazioni e solo ora, con la ripresa del lavoro da parte di tutti i nostri collaboratori, siamo in grado di "aggiornare" le considerazioni che ci ha fatto pervenire.

a) assistenza domiciliare

Con l'avvio del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (Del. G.R. n° 509/2007) e delle linee di indirizzo di cui alla Del. G.R. n° 1206/2007, si sono superate le rigidità delle norme pre-vigenti e l'assistenza domiciliare potrà assumere una nuova funzione più allargata e comprensiva di interventi diversificati e riconoscibili nell'ambito di un "pacchetto" personalizzato a sostegno del mantenimento a domicilio delle persone anziane non autosufficienti. Con la Del. G.R. n° 2314/2005 "Incentivazione programmi di qualificazione e sviluppo dell'assistenza domiciliare", inoltre, si sono finanziati progetti finalizzati a uno o ad entrambi i seguenti obiettivi:

1. Sviluppo di attività di assistenza domiciliare qualificate per pazienti affetti da demenza e per il sostegno e l'accompagnamento dei familiari (per es. sostegno psicologico e trasferimento competenze specifiche per la cura nella fase iniziale della scoperta della malattia; interventi di sollievo e per l'attenzione al sé dei caregiver; affiancamento assistenti famigliari).
2. il consolidamento e la qualificazione delle attività connesse alle "dimissioni protette".

Proprio le dimissioni protette rappresentano uno dei momenti prioritari a supporto della continuità delle cure: con questo specifico finanziamento, si è inteso promuovere il consolidamento e la qualificazione di percorsi integrati ospedale-territorio condivisi a livello di procedure, modalità operative, linguaggi e utilizzati ordinariamente.

La programmazione della dimissione richiede l'intrecciarsi di competenze e contributi offerti da diversi professionisti e strutture per supportare la famiglia nella cura della persona sia con presidi appropriati sia con prestazioni sanitarie e interventi di natura socio-assistenziale, attivati tempestivamente, evitando discontinuità e frammentazioni.

La Del. G.R. n° 509/2007 ha inserito la garanzia in ambito distrettuale di un adeguato programma di dimissioni protette fra gli elementi essenziali della rete di servizi, opportunità e interventi per le persone non autosufficienti e la Del. G.R. n° 1206/2007 ha vincolato la possibilità di utilizzo del FRNA alla condivisa definizione tra Comuni ed AUSL e all'effettiva operatività di tale programma che deve essere idoneo ad assicurare alle persone non autosufficienti dimesse dall'ospedale la continuità assistenziale e l'adeguatezza dei percorsi assistenziali di cui necessitano.

b) strutture residenziali

Grazie alle risorse a disposizione degli ambiti distrettuali, le zone carenti potranno procedere gradualmente al riequilibrio, allo sviluppo, al consolidamento e alla qualificazione della rete dei servizi residenziali.

Nell'ambito del processo di accreditamento in prospettiva e, per le strutture convenzionate già dall'anno in corso, sono previsti interventi per contrastare la carenza di personale socio-sanitario e il turn-over (vedi Circolare 7 del 2007 che si allega).

Negli ultimi anni la Regione ha indicato come obiettivo di qualificazione della rete dei servizi per anziani l'ampliamento dell'offerta di servizi di sollievo, domiciliari, semiresidenziali e residenziali. Questo obiettivo si scontra a volte con esigenze diverse (gestionali, organizzative, economiche). Occorre però garantire in ogni ambito distrettuale un accesso flessibile, anche solo temporaneo o molto limitato, ai servizi per garantire a chi cura tempi e spazi di vita. La salute e l'equilibrio di "chi cura" è la principale risorsa di "chi è curato".

Negli ultimi anni sono anche aumentati gli inserimenti di "sollievo" sia nei centri diurni che nelle strutture residenziali.

Si ricorda che la legge regionale n° 5/1994 prevede nelle RSA un 10% dei posti letto per ricoveri temporanei, in prevalenza in dimissione dall'ospedale ed in parte (30%) dal domicilio.

In attesa della ridefinizione dell'esperienza dei ricoveri temporanei in RSA (10%) nell'ambito di una riflessione più allargata sulla funzione ospedaliera di lungodegenza e sulla continuità assistenziale, la DGR 509 ha già fissato le direttrici di sviluppo per i territori di questa nuova e specifica funzione dell'accoglienza di sollievo, quale potente strumento di sostegno ai caregiver. All'interno degli elementi essenziali da assicurare a livello distrettuale entro il 2009, infatti, è prevista l'offerta di opportunità residenziali per ricoveri temporanei e di sollievo.

La delibera attuativa del FRNA (n° 1206/2007), nell'ambito della ridefinizione del concetto e del ruolo dell'assistenza domiciliare, ha disposto l'allargamento del sostegno economico alle varie necessità di accoglienza di sollievo, accoglienza che può essere inclusa nell'ambito del "Progetto individualizzato di vita e di cure" come uno degli interventi pacchetto personalizzato.

Sarà possibile pertanto offrire opportunità di accoglienza temporanea di sollievo a costo ridotto per le famiglie e assicurate con modalità flessibili, orientate ai bisogni e alle scelte degli anziani e dei loro caregiver, tempestive in caso di emergenze.

Nello specifico, le finalità di questo tipo di intervento sono:

- assicurare una adeguata assistenza personale in situazioni di emergenza dovute a mancanza improvvisa (temporanea o prolungata) del caregiver principale (familiare o assistente familiare);
- garantire un periodo di sollievo per coloro che assistono persone non autosufficienti programmabile sulla base delle esigenze dell'anziano e del caregiver stesso;
- assicurare l'accompagnamento nella ridefinizione delle capacità di cura del caregiver principale a seguito di una modifica dell'equilibrio assistenziale conseguente alle mutate condizioni dell'anziano.

A livello economico, grazie al rimborso a carico del FRNA di una quota di 65 € al giorno, gli anziani non autosufficienti assistiti a domicilio potranno usufruire, nel caso di accoglienza in struttura residenziale, di una contribuzione ridotta a proprio carico di 25 euro al giorno per un massimo (nell'arco dell'anno) di 30 giorni di accoglienza temporanea di sollievo in strutture residenziali, anche frazionabili in più periodi.

c) qualità dei servizi

Nell'ambito dei gruppi tecnici misti attivati e operanti presso i servizi regionali sono di norma coinvolte figure professionali dell'area sociale che conoscono le difficoltà del territorio e sono quotidianamente a contatto con gli anziani e le loro famiglie. Si può comunque garantire un ulteriore impegno in questo senso da parte dei servizi regionali maggiormente coinvolti e interessati.

Sulla valutazione della qualità percepita, molti Enti gestori si sono già attrezzati per rilevare le valutazioni e le esigenze dei propri utenti, tenendone conto per il miglioramento della gestione. Quando verranno adottati gli standard e i requisiti per l'accreditamento dei servizi socio-sanitari, questo diventerà probabilmente un requisito per tutti i servizi accreditati.

Nel ringraziarla ancora, porgiamo i più cordiali saluti

Simonetta Puglioli

Mauro Mirri

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Servizio Governo dell'integrazione socio sanitaria e delle politiche per la non autosufficienza

Il Direttore Generale
Leonida Grisendi

	TIPO	ANNO	NUMERO
Reg.			
del			

CIRCOLARE n.

Ai Direttori Generali delle AUSL
Ai Presidenti delle Conferenze Territoriali sociali
e sanitarie
Ai Presidenti dei Comitati di Distretto

e p.c. Ai Sindaci dei Comuni Capofila di Distretto
Agli Assessori dei Servizi Sociali delle Province
Alle OO.SS. CGIL-CISL-UIL Regionali
AI CUPLA
Alle Associazioni regionali degli Enti gestori

Oggetto: Omogeneizzazione delle prestazioni sanitarie nella rete dei servizi per anziani non autosufficienti

Nell'ambito della progressiva costruzione di regole condivise per l'effettivo avvio del Fondo regionale per la non autosufficienza nel corso del 2006 è stata evidenziata la necessità di assicurare maggiore omogeneità per la erogazione di prestazioni sanitarie nella rete dei servizi per anziani non autosufficienti, in particolare nelle strutture residenziali (case protette/RSA).

Nel corso del 2006 un gruppo di lavoro ha approfondito le modalità assicurate nei diversi ambiti territoriali (vedi allegato 2), elaborando una proposta operativa per garantire maggiore omogeneità ed equità di trattamento.

40127 Bologna – Viale Aldo Moro, 21
Tel. 051/6397161-2 - Fax 051/6397056
e-mail: dgsan@regione.emilia-romagna.it

	ANNO	NUMERO	INDICE	LIV.1	LIV.2	LIV.3	LIV.4	LIV.5	ANNO	NUMERO	SUB
a uso interno DP			Classif.						Fasc.		

Dopo il confronto con le OO.SS. e le rappresentanze degli Enti gestori, con i Direttori di Distretto, i Direttori dei Dipartimenti di Cure Primarie, i Direttori sanitari e ai referenti aziendali per la DGR 1378/99, per una valutazione di impatto e dopo l'accordo in sede di Cabina di Regia, sono stati condivisi gli indirizzi operativi (vedi allegato 1) che si trasmettono con la presente e che costituiscono precise indicazioni attuative di quanto previsto nella Deliberazione GR 1378/1999.

In attesa della definizione dei criteri e degli standard per l'accreditamento dei servizi socio-sanitari, le AUSL assicurano l'attuazione graduale delle indicazioni della presente circolare.

In considerazione delle implicazioni che tali indicazioni hanno sulla operatività complessiva dei servizi per gli anziani è opportuno che il processo di attuazione si realizzi con la opportuna gradualità, in un tempo congruo attraverso un percorso concordato in ambito locale tra AUSL ed enti gestori, coordinato in ambito di Comitato di Distretto con la partecipazione del Direttore di Distretto, assicurando il confronto con le OO.SS. confederali e di categoria.

Nella prospettiva della definizione degli standard per l'accreditamento, le indicazioni di cui alla presente circolare contengono alcuni primi importanti elementi di novità che potranno essere arricchiti e meglio definiti nell'ambito dei criteri per l'accreditamento.

L'attuazione della presente circolare, benché inerente le prestazioni sanitarie, richiede una valutazione contestuale di tutti gli aspetti della gestione dei servizi della rete per anziani non autosufficienti ed un monitoraggio a livello di ambito distrettuale di ogni realtà, anche al fine di valutare attentamente ed in modo unitario le ricadute dell'attuazione delle presenti indicazioni.

Le SS.LL. sono invitate a dare la più ampia diffusione della presente circolare alle diverse articolazioni aziendali interessate, ai Comuni, agli Enti gestori.

La Regione predisporrà schede sintetiche di rilevazione per le Ausl per monitorare l'attuazione della presente circolare al 31.12.2007, al 30.6.2008 ed al 31.12.2008.

ALLEGATO 1

Omogeneizzazione delle Prestazioni sanitarie nella Rete dei Servizi per Anziani

INDIRIZZI OPERATIVI

SOMMARIO

I. LINEE DI INDIRIZZO	
PERSONALE	
FARMACI E PRESIDI.....	
<i>PRONTUARIO TERAPEUTICO</i>	
<i>PRESCRIZIONI DI FARMACI NON COMPRESI NEL PRONTUARIO TERAPEUTICO</i>	
<i>INDICAZIONI PER PROMUOVERE MAGGIORE APPROPRIATEZZA NELLE PRESCRIZIONI</i> <i>FARMACOLOGICHE</i>	
DISPOSITIVI MEDICI ED ALTRO MATERIALE SANITARIO.....	
II MONITORAGGIO	
INDICAZIONI PER I FARMACI CON PRESCRIZIONE INDIVIDUALE FUORI PRONTUARIO	

I. LINEE DI INDIRIZZO

Le seguenti Indicazioni sono tese a garantire maggiore omogeneità e si configurano come criteri applicativi unificanti dei principi già sanciti dalla Del GR 1378/99.

PERSONALE

Come già ipotizzato nel documento conclusivo della prima fase di analisi dei costi (maggio 2006) si conferma la necessità di perseguire l'obiettivo **di ricomporre le responsabilità gestionali** per le prestazioni infermieristiche, riabilitative e del coordinamento infermieristico interno alle strutture in capo all'ente gestore. Tale processo dovrà realizzarsi con la opportuna gradualità in un tempo congruo attraverso un percorso concordato in ambito locale tra AUSL ed enti gestori, coordinato in ambito di Comitato di Distretto con la partecipazione del Direttore di Distretto, assicurando il confronto con le OO.SS. confederali e di categoria ed il coinvolgimento attivo degli Enti gestori, che non comprometta i livelli e la qualità attuale degli interventi e trovare adeguato riscontro sia nell'ambito dei criteri per l'accreditamento che nella definizione delle tariffe. Tale orientamento costituisce una indicazione generale e prevalente, da realizzarsi ricorrendo a tutte le modalità previste dalla normative vigenti. Nel rispetto dell'obiettivo di ricomposizione delle responsabilità gestionali possono essere concordate a livello distrettuale modalità adatte al contesto ed allo sviluppo storico dei servizi, anche tenendo conto delle condizioni del mercato del lavoro.

In tale prospettiva a livello regionale sarà previsto tra i componenti della tariffa che sarà determinata il costo medio del personale infermieristico e riabilitativo, tenendo conto oltre che dei costi contrattuali (comprensivi della contrattazione integrativa) anche di altri costi indiretti quali ad esempio: fornitura divise e altro materiale, fornitura dispositivi di protezione individuale in conformità con la legge, formazione e aggiornamento.

Nel frattempo, anche in considerazione della diversità nelle forme di fornitura delle prestazioni sanitarie infermieristiche e riabilitative che nel breve periodo permarrà, si ritiene necessario fornire alcune indicazioni che garantiscano maggiore omogeneità anche nella fase di transizione.

A questo proposito è bene ricordare che l'intensità assistenziale infermieristica può variare in relazione al case-mix degli ospiti come già indicato nella Delibera GR 1378/1999. L'omogeneità da promuovere quindi si riferisce ad eguale intensità assistenziale, fermo restando la possibilità di una motivata flessibilità della stessa.

1. Le AUSL, in accordo con gli Enti gestori, garantiscono le prestazioni infermieristiche e riabilitative utilizzando le modalità che, in relazione alle effettive possibilità operative legate al contesto locale (mercato del lavoro, etc.), assicurino efficacia, efficienza e qualità, garantendo a parità di intensità assistenziale fornita il più alto livello di uso ottimale delle risorse.
2. Nella scelta delle modalità di fornitura è opportuno tendere a definire modalità omogenee all'interno della stessa struttura, evitando compresenza di operatori sanitari dipendenti da soggetti diversi.
3. E' necessario che, al di là delle forme di erogazione delle prestazioni (diretta dell'AUSL o a rimborso), nessun onere per la fornitura delle prestazioni infermieristiche e riabilitative previste e concordate tra AUSL ed ente gestore gravi sulla retta a carico degli ospiti., nel limite del successivo punto 4.
4. I rimborsi per il personale dipendente dall'ente gestore dovranno avvenire nel limite delle **spese effettivamente sostenute a seconda dei contratti di riferimento**. In ogni caso non è ammesso un rimborso superiore al costo a carico dell'AUSL in caso di fornitura diretta di

personale dell'AUSL. A tale proposito, a titolo indicativo del limite massimo, è stato ricostruito il costo medio orario (comprensivo della previsione di un aumento del 2,4% per il nuovo contratto per il 2006, sulla base delle indicazioni della legge finanziaria), tenendo conto di una quota media su base regionale riguardante i compensi incentivanti; il costo medio orario risulta pari a 24 euro per il personale infermieristico e a 20,65 euro per il personale riabilitativo. Tali importi saranno oggetto di rivalutazione in occasione delle revisioni contrattuali. Ulteriori retribuzioni aggiuntive, incentivanti o "ad personam", eccedenti la media considerata a livello regionale, per il personale dipendente, qualora ritenute necessarie dall'ente gestore, saranno poste a carico dell'ente gestore stesso.

Si è verificata inoltre la necessità di individuare un monte ore annuo di presenza attiva calcolando un periodo medio di ferie, i congedi previsti dal CCNL, un numero medio di giornate di malattie, sulla base delle rilevazioni effettuate sul personale dipendente delle Aziende. Sulla base di tali dati risulta una presenza lavorativa media per addetto pari 1548 ore annue.

Ad eccezione di situazioni contemporanee assenze che creano condizioni di contingenza ed emergenza, le assenze medie regionali per malattia e permessi e congedi vari (18 giorni) sono state considerate nella valutazione del costo orario descritto in precedenza e pertanto si fa fronte ad esse agendo sulla organizzazione ordinaria dell'assistenza.

L'AUSL in accordo con l'ente gestore è tenuta a collaborare a risolvere eventuali situazioni di contingenza ed urgenza, nei limiti della durata delle stesse, al fine di garantire la tutela degli ospiti e livelli adeguati del servizio.

Di norma per le assenze del personale dipendente per malattia di lunga durata (superiori a 25 giorni) provvede l'ente gestore, con un rimborso degli oneri aggiuntivi sostenuti dall'ente gestore pari al 100% per gli enti gestori con regime previdenziale pubblico e al 33% per gli enti gestori con regime previdenziale INPS.

5. I rimborsi di personale acquisto dagli enti gestori debbono avvenire nel limite delle spese effettivamente sostenute a seconda dei contratti di riferimento e comunque nel limite massimo dei valori orari indicati in precedenza. Eventuali aumenti rispetto alla attuale situazione vanno quindi correlati ad una completa applicazione di quanto previsto dai contratti di settore, all'attuazione di quanto previsto dal comma 787 dell'art. 1 della Legge 27 dicembre 2006 n. 296 (superamento del salario medio convenzionale per i lavoratori soci di cooperative sociali), alla garanzia degli elementi di qualità indicati al successivo punto 6.
6. Al di là degli aspetti economico-finanziari, è necessario richiamare anche nella fase transitoria, elementi e standard di qualità delle prestazioni che, soprattutto con riferimento al crescente utilizzo di personale straniero anche all'interno delle strutture per anziani, debbono essere assicurati qualsiasi sia la forma di fornitura delle prestazioni infermieristiche e riabilitative:
 - Consolidamento delle condizioni e dei rapporti di lavoro che assicurano continuità assistenziale e piena applicazione delle norme contrattuali;
 - capacità di garantire un corretto approccio relazionale;
 - garanzia di una corretta integrazione professionale ed interprofessionale, in considerazione del particolare contesto operativo e delle diverse figure professionali operanti all'interno delle strutture residenziali per anziani ;
 - garanzia di un costante aggiornamento relativo sia agli aspetti tecnici che relazionali adottando modalità di svolgimento delle attività formative che promuovano l'integrazione interprofessionale. Per quanto riguarda l'attività di formazione/aggiornamento obbligatoria prevista dalla Delibera GR 1378/99 l'AUSL definisce annualmente programmi di attività in relazione agli emergenti problemi di

salute della popolazione anziana ospitate nelle strutture, anche sulla base di indicazioni generali regionali;

- garanzia di una adeguata conoscenza della lingua italiana che consenta la relazione con l'anziano e i familiari, un corretto rapporto con gli altri operatori e garanzia di una corretta comunicazione professionale (consegne, applicazione protocolli, etc.);
- un corretto approccio alla dimensione multiculturale dell'inserimento di operatori professionali stranieri;
- monitoraggio e riduzione del turn over degli infermieri e dei terapisti.

Le AUSL si impegnano con gli enti gestori ad assicurare scelte organizzative che, al di là del rispetto dei parametri numerici e delle modalità di fornitura, assicurino il rispetto dei criteri sopra richiamati e della qualità dell'assistenza, al fine di garantire il benessere della popolazione anziana ospitata in residenza.

7. Le AUSL possono concordare con gli enti gestori strumenti adeguati per la gestione dell'attività infermieristica in modo da far fronte, anche nelle strutture che non hanno una presenza infermieristica h24, ad esigenze assistenziali individuali specifiche e limitate nel tempo, garantendo il mantenimento dell'ospite nella struttura, prevedendo a tale scopo la possibilità di incrementare la dotazione ordinaria per il tempo strettamente necessario, prevedendo un monte ore annuo flessibili da utilizzare eventualmente per queste situazioni.

FARMACI E PRESID

Le AUSL e gli enti gestori assicurano procedure adeguate per garantire una adeguata individuazione del fabbisogno e degli approvvigionamenti.

PRONTUARIO TERAPEUTICO

A livello regionale è in fase di definizione un prontuario terapeutico regionale che, a completamento del percorso già avviato con la Delibera GR n. 1540 del 6/11/2006 diventerà il punto di riferimento vincolante anche per le prescrizioni di farmaci nella rete dei servizi per anziani non autosufficienti. Nella definizione del prontuario o di ulteriori documenti applicativi dello stesso relativi ai servizi della rete per anziani si terrà conto delle esigenze terapeutiche degli anziani non autosufficienti ospitati nelle strutture, prevedendo la somministrazione dei farmaci ritenuti necessari, a prescindere dalla classe di appartenenza.

Nell'attesa che tale strumento diventi effettivamente operativo, le AUSL garantiscono l'assistenza farmaceutica direttamente attraverso la fornitura di medicinali previsti nell'ambito del Prontuario Terapeutico Aziendale o, dove predisposto, del Prontuario terapeutico dedicato alle strutture per anziani. L'adozione del Prontuario Terapeutico Aziendale rappresenta una facilitazione per il medico prescrittore che si avvale quindi di una valutazione dei principi attivi operata da una commissione di esperti del farmaco (Commissione Terapeutica Provinciale o Aziendale). Il passaggio attraverso un'altra selezione del Prontuario ospedaliero per la definizione di un elenco di farmaci d'uso consolidato e dedicati all'assistenza all'anziano rappresenta quindi un'ulteriore garanzia di appropriatezza nella scelta della terapia farmacologica.

A completamento della convenzione prevista dalla DGR 1378/99, l'Azienda sanitaria definisce con gli enti gestori un accordo in merito a modalità di distribuzione e tipologie di farmaci ricompresi nell'erogazione diretta appartenenti a tutte le fasce di concedibilità, dal momento che si tratta di una assistenza alternativa all'assistenza domiciliare o ospedaliera rivolta a pazienti complessi per patologia. Tale fornitura viene garantita ai pazienti ospiti nelle strutture convenzionate.

PRESCRIZIONI DI FARMACI NON COMPRESI NEL PRONTUARIO TERAPEUTICO

La richiesta di farmaci non compresi nell'elenco concordato deve essere limitata a casi eccezionali e deve avvenire con richiesta motivata personalizzata, che viene autorizzata

dalla farmacia ospedaliera solo dopo un'attenta valutazione delle possibilità di sostituzione con principi attivi della stessa categoria terapeutica presenti in prontuario e della disponibilità di medicinali con equivalenza terapeutica. L'eventuale prescrizione sul territorio con ricetta SSR deve contestualmente essere ridotta al minimo e viene monitorata periodicamente (ogni 6 mesi) attraverso l'analisi dei dati relativi all'assistenza farmaceutica convenzionata anche al fine di un eventuale aggiornamento del prontuario della struttura in relazione a nuove esigenze terapeutiche.

La prescrizione di farmaci in fascia C al di fuori dal prontuario va ridotta al minimo. L'ente gestore garantisce modalità di acquisto economiche, anche ricorrendo a forme di acquisto associato con altri enti gestori ed in sede di convenzione da atto delle modalità di contabilizzazione e riparto sulle rette. L'AUSL fornisce supporto per la definizione di corrette modalità di conservazione e gestione dei farmaci con prescrizione individuale e coinvolgendo i medici delle strutture promuove una periodica valutazione sull'entità e sull'appropriatezza delle prescrizioni al di fuori del prontuario. Al fine di omogeneizzare i comportamenti su questo tema la Regione fornisce alcune indicazioni di massima. (vedi scheda A) .

Sono opportune tutte le iniziative di comunicazione con i pazienti assistiti ed i loro familiari che pongano l'accento sulla necessità di limitare il numero di principi attivi assunti dall'anziano come valore di sicurezza e cura della salute, in considerazione del maggior rischio di interazione tra farmaci e di insorgenza dei possibili effetti collaterali.

INDICAZIONI PER PROMUOVERE MAGGIORE APPROPRIATEZZA NELLE PRESCRIZIONI FARMACOLOGICHE

L'Azienda sanitaria, con il coinvolgimento del Servizio Farmaceutico Aziendale, promuove attività di aggiornamento/formazione dei medici che svolgono attività di diagnosi e cura all'interno delle strutture per anziani volte alla condivisione del prontuario terapeutico concordato e dei reports periodici di monitoraggio su spesa e consumi dell'assistenza farmaceutica erogate alle strutture. L'analisi dei consumi sia interni alla struttura sia di farmaci eventualmente erogati in regime di assistenza farmaceutica convenzionata rappresenta l'idoneo strumento di confronto per l'attivazione di procedure di auditing clinico sul trattamento di specifiche patologie o sull'uso di determinate categorie terapeutiche. Altra metodologia da utilizzare è il benchmarking fra distretti aventi la stessa tipologia organizzativa ed erogativa per valorizzare le esperienze ed il confronto fra gli operatori sanitari e attivare partnership fra professioni diverse anche al fine di una corretta gestione del rischio farmacologico.

Le attività formative, infatti, devono comprendere anche l'esame dei percorsi di farmacovigilanza e di segnalazione di incidente o mancato incidente per dispositivo medico. A tale proposito si sottolinea che la popolazione anziana è maggiormente esposta al rischio di interazioni ed eventi avversi da farmaco a causa di molteplici fattori sia legati al paziente (modificazioni farmacocinetiche e farmacodinamiche, minori riserve fisiologiche, fragilità, presenza di più patologie e uso di più principi attivi) sia al sistema di sperimentazione clinica dei farmaci (anziani non reclutati negli studi di fase III).

Si ritiene pertanto necessario un consolidamento di rapporti fra il responsabile della (farmacovigilanza) ed il coordinamento sanitario delle strutture per anziani al fine di definire in ogni struttura, fatte salve le competenze e le responsabilità professionali individuali di ogni operatore sanitario, figure di interfaccia in grado di individuare correttamente e prevenire le situazioni di rischio per effetti collaterali, riconoscere le manifestazioni ad essi attribuibili con conseguente segnalazione alla rete nazionale di rilevazione. Si ritiene che tale figura possa essere individuata di norma nel professionista che ai sensi della DGR 1378/99 assicura il coordinamento delle attività sanitarie all'interno della struttura (medico o infermiere).

Il ricorso alla nutrizione artificiale sia essa parenterale o enterale deve avvenire in aderenza alle linee guida regionali ed al percorso definito dalla circolare n. 4 /2004.

Anche rispetto all'impiego di materiali per la medicazione avanzati è opportuno definire protocolli che prevedano un percorso di formazione del personale infermieristico e la diffusione delle linee guida già adottate.

DISPOSITIVI MEDICI ED ALTRO MATERIALE SANITARIO

Criterio generale:

le strutture devono essere messe in condizione di assicurare tutto il materiale ed i dispositivi medici necessari per un governo dei processi assistenziali che assicurino qualità, efficienza, efficacia ed equità di trattamento degli ospiti delle strutture residenziali

Al fine di garantire tali obiettivi si forniscono i seguenti criteri, prevedendo la fornitura diretta dell'AUSL tramite l'approvvigionamento generale per alcuni dispositivi, la fornitura diretta dell'Ente gestore per altri e la possibilità di prescrizione e fornitura nominale.

DISPOSITIVI MEDICI FORNITI DALL' AUSL		DISPOSITIVI E MATERIALI FORNITI DALL' ENTE GESTORE
Approvvigionamento generale	Tramite prescrizione nominale	
<p>Dispositivi medici di uso corrente necessari per il governo dei processi terapeutici indicati</p> <p>-somministrazione e gestione terapia infusiva e intramuscolare. Aghi,cateteri venosi, deflussori e raccordi ,siringhe (comprenderei anche quelle per insulina)</p> <p>- somministrazione e gestione terapia antalgica Da prescrizione dello specialista algologo</p> <p>-gestione del cateterismo vescicale Kit per cateterismo vescicale, cateteri vescicali, sacche per raccolta urina, tappi.</p> <p>--somministrazione e gestione nutrizione enterale con PEG o SNG e parenterale Sacche, deflussori, raccordi, nutrizioni enterali e parenterali</p> <p>-somministrazione di O2 terapia Maschere .occhiali e sondini per erogazione ossigeno</p> <p>Dispositivi medici di uso corrente necessari per il governo del processo diagnostico Pungidito e stick per diabetici,necessario per effettuazione esami ematici ed e laboratoristici ,sistemi tipo vacutainer e provette,contenitori per raccolta escreti e secreti</p>	<p>Ausili protesici di cui al DM 332/99: Sono esclusi gli elementi che non richiedono interventi di personalizzazione (es materassi e cuscini antidecubito generici ,tavolini per seggette)</p> <p>Dispositivi diagnostico terapeutici per utenti diabetici</p> <p>Dispositivi medici per il trattamento di persone con patologie riconosciute ai fini dell'esenzione</p> <p>Pompe per nutrizione enterale (SNG e PEG) e parenterale, integratori alimentari (nelle forme previste dalla Circolare 2/2004)</p> <p>Ossigeno per O2 terapia *</p>	<p>Ausili protesici per i quali non è richiesta personalizzazione come indicato nella Del. GR 564/2001</p> <p>Materiale per medicazione</p> <p>Detergenti e disinfettanti</p> <p>Materiale vario ad assorbenza</p> <p>Dispositivi di protezione individuale Guanti,camici,mascherine protettive</p> <p>Ossigeno 02 per situazioni di emergenza *</p>

* Vanno comunque assicurate chiare e definite modalità relativa alla fornitura in merito all'approvvigionamento e manutenzione delle attrezzature e dei materiali favorendo una ricomposizione unitaria di questa responsabilità.

II. MONITORAGGIO

La Regione assicura un monitoraggio della corretta applicazione delle presente linee di indirizzo anche al fine di valutare la necessità di correzioni o ulteriori indicazioni garantendo l'informazione ed il confronto con le OO.SS.

Una prima valutazione verrà svolta al 31.12.2007.

SCHEDA A

INDICAZIONI PER I FARMACI CON PRESCRIZIONE INDIVIDUALE FUORI PRONTUARIO

Premesso che

- nel prontuario definito a livello regionale sono compresi anche farmaci di fascia C ritenuti necessari per gli ospiti delle strutture residenziali;
- devono essere adottate tutte le azioni per **ridurre al minimo** la prescrizione di farmaci in fascia C non compresi nel prontuario regionale,

si forniscono le seguenti indicazioni e suggerimenti.

Modalità prescrizione

La prescrizione di farmaci non inclusi nell'elenco concordato con la AUSL deve essere ridotta al minimo e deve avvenire solo dopo attenta valutazione dei principi attivi inseriti nel prontuario quali possibili alternative terapeutiche.

Modalità acquisto

L'ente gestore garantisce le modalità di acquisto più economiche, ricorrendo a forme di dirette di acquisto associato con altri enti gestori o in accordo con l'AUSL.

Modalità di conservazione e gestione dei farmaci

Compatibilmente con l'organizzazione delle singole strutture, è preferibile che la conservazione dei farmaci personali acquistati dalle strutture medesime avvenga in armadio separato, tenuto comunque conto di eventuali esigenze di conservazione a temperatura controllata. Si suggerisce l'adozione di modalità di gestione degli stessi farmaci che non consentano errori di somministrazione, quali ad esempio l'indicazione sulla confezione del nome e cognome del paziente ospite.

Modalità di contabilizzazione

Per garantire omogeneità di trattamento tra gli ospiti di tutte le strutture si formula il seguente orientamento:

Il costo del farmaco non a carico del SSN viene assunto dall'ente gestore che lo iscrive in apposita voce del bilancio e considerato alla stregua degli altri costi e ripartito sulle rette degli ospiti.

Il principio di equità suggerisce che il costo dei farmaci non inclusi nell'elenco concordato con la AUSL a totale (fascia C) o parziale carico del cittadino forniti ad anziani ospiti delle strutture residenziali sia ripartito equamente sulle rette di tutti gli ospiti, riducendo così la spesa aggiuntiva pro-capite a somme estremamente contenute.

Nel caso di fornitura del farmaco acquistato dall'ente gestore risulta evidente la necessità di evidenziare contabilmente le somme spese per questi farmaci al fine di:

- a) consentire una verifica sull'entità del ricorso a prescrizioni di questo tipo e di conseguenza verificare l'appropriatezza delle prescrizioni e la possibilità di ridurre il ricorso a tale forme di prescrizione;
- b) fornire elementi per l'eventuale rivalutazione dei criteri di formulazione del prontuario;
- c) rendere facilmente identificabile la parte di costo farmaceutico che può entrare a far parte delle spese di "assistenza specifica" che alla luce della normativa fiscale vigente possono essere portate in detrazione o deduzione.

Rispetto a quest'ultimo elemento si ricorda che le spese per i medicinali forniti direttamente dalla struttura all'ospite, possono essere considerate spese mediche di assistenza generica e certificate nella dichiarazione annua insieme alle spese per l'assistenza specifica diretta.

Anche i prodotti parasanitari sono da considerarsi spese per assistenza specifica se prescritti dal medico e se è possibile identificare il collegamento con determinate patologie.

Tutti questi elementi, inseriti dall'ente gestore nel costo della retta, debbono essere considerati per determinare la somma delle spese per assistenza specifica da riportare in apposita dichiarazione che consente la detrazione/deducibilità ai fini fiscali.

Ogni ente gestore deve dare esplicitamente atto delle modalità adottate per la contabilizzazione ed il riparto dei costi dei farmaci non a carico del SSN sia nella convenzione con l'AUSL che negli strumenti di informazione/comunicazione con i cittadini e gli utenti (carta dei servizi, etc.).

Modalità verifica frequenza, entità e appropriatezza

L'AUSL verifica periodicamente l'entità del ricorso a prescrizione di farmaci non forniti dal SSN ed approfondisce la verifica con gli enti gestori ed i medici delle strutture che presentano valori unitari al di sopra della media regionale e della media di Ausl, al fine di ridurre il ricorso a tale forma di prescrizione e valutare l'eventualità di suggerire una possibile integrazione del prontuario terapeutico. Gli enti gestori sono tenuti ad organizzare i dati per consentire tali valutazioni periodiche.

Il Coordinatore dell'area sanitaria
F.to Dott. Eugenio Di Ruscio

Il Coordinatore dell'area socio-sanitaria
F.to Dott. Vittorio Severi

ALLEGATO 2

Analisi della situazione esistente

I. PREMESSA

L'attuazione delle indicazioni contenute nella delibera GR 1378/1999 ha prodotto nel territorio regionale una eccessiva diversità di comportamento tra le AUSL ed all'interno dei distretti che si traduce in un rischio di non equità. In particolare le aree più problematiche sono rappresentate da:

- a) fornitura e/o rimborso di personale sanitario, in particolare infermieri e terapisti;
- b) fornitura di farmaci
- c) fornitura di presidi sanitari e medici.

Nel 2006 è stato avviato il percorso per la costruzione delle condizioni di fattibilità del Fondo regionale per la non autosufficienza ed è stato indicato l'obiettivo di riduzione delle disparità oggi esistenti in materia di fornitura e rimborso delle prestazioni sanitarie.

Pur nella consapevolezza della entità e della incidenza relativa di questo problema sulle più generali differenze esistenti a livello regionale, si è ritenuto utile porre per il 2006 l'obiettivo di omogeneizzazione dei criteri di fornitura e/o rimborso delle prestazioni sanitarie (vedi documento approvato dalla Cabina di regia in data 14 febbraio 2006).

A tale scopo è stato costituito il gruppo di lavoro che ha predisposto questa proposta composto da: Fabrizio Raffaele - Servizio Governo dell'Integrazione socio-sanitaria e delle politiche per la Non-autosufficienza

Mazzetti Ilaria - Servizio Politica del farmaco

Moretti Lorenza - Servizio Giuridico Amministrativo e sviluppo delle risorse umane

Musconi Virginia - Servizio programmazione economica-finanziaria

Puglioli Simonetta - Servizio Governo dell'Integrazione socio-sanitaria e delle politiche per la Non-autosufficienza

Rolfini Maria – Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina generale, Pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari

II. LA SITUAZIONE DI PARTENZA

Sono state raccolte le informazioni disponibili sui tre temi ritenuti più rilevanti ed emergenti attraverso il flusso ordinario di monitoraggio della delibera 1378/99 ed attraverso l'acquisizione di ulteriori e specifiche informazioni da parte delle AUSL.

RIMBORSO E FORNITURA DEL PERSONALE SANITARIO

La Delibera di Giunta Regionale n. 1378/99 (delibera), relativamente all'Assistenza Infermieristica e all'Assistenza riabilitativa, prevede che *possa essere erogata:*

- a) *con personale messo a disposizione dall'AUSL;*
- b) *con personale messo a disposizione dagli enti gestori.*

Nel caso in cui il personale sia messo a disposizione dall'Ente Gestore, l'Azienda Unità sanitaria locale, previo accordo preventivo con l'ente gestore stesso, provvede al rimborso degli oneri effettivamente sostenuti entro i limiti precedentemente fissati.

DATI FORNITI DALLE AUSL PER LA RELAZIONE ANNUALE DI MONITORAGGIO DGR 1378/99

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Nel 2005, l'assistenza infermieristica a carico del Fondo sanitario nelle case protette è stata assicurata per il 30% con personale dipendente AUSL, per il 5% con personale acquisito da terzi dalle AUSL e per il 64 % da personale dipendente o acquisito dal soggetto gestore e rimborsato dalla Ausl.

Alcuni enti gestori garantiscono anche delle ore aggiuntive extra, non rimborsate dall'AUSL garantendo così una maggiore presenza del personale infermieristico, ma andando a recuperare il maggiore costo sulle rette.

Relativamente alle RSA, la situazione è analoga, con un 54% delle ore di assistenza infermieristica remunerate dal fondo sanitario assicurate dall'ente gestore con rimborso della AUSL, il 38% garantite direttamente con personale dipendente dell'azienda e l'8% con personale di cooperative in appalto con l'AUSL:

Dalle rilevazioni annuali 2004 e 2005 relative all'applicazione della delibera in oggetto emergono delle differenze significative relativamente a:

- n.ore annue a posto letto erogate a carico del Servizio sanitario;
- modalità di fornitura dell'assistenza infermieristica e riabilitativa (diretta o a rimborso)
- costo annuo a p.l. e costo per giornate di degenza dell'assistenza infermieristica.

Tali differenze non sono spiegabili unicamente con i margini di flessibilità pur previsti dalla delibera regionale e da mantenere in relazione ai bisogni sanitari degli ospiti e pertanto mettono in luce la necessità di migliorare la situazione esistente.

Da segnalare la crescente presenza di infermieri stranieri nella rete dei servizi per anziani, con problemi significativi rispetto alle capacità comunicative e relazionali con gli anziani ed al rapporto professionale con gli altri operatori.

Assistenza infermieristica in Casa Protetta [Rilevazione DGR n. 1378/99 anno 2005]

AUSL	N° posti letto	N° ore annue effettive con personale e AUSL	N° ore annue effettive con personale Ente gestore rimborsato da AUSL	n. ore annue effettive con personale e coop. In Appalto con AUSL	N° ore annue effettive extra non rimborsate da AUSL	Totale ore annue assi. Inferm. a carico Fondo sanitario	Totale ore annue di assistenza a inferm a carico FSR per P.L.	Costo annuo a p.l.	Costo per giornata di degenza in Euro
PIACENZA	1.001		183.051		5.008	183.051	183	3.707	10,3
PARMA	1.496	2.317	171.247	42.550	4.530	216.114	144	2.904	8,2
REGGIO E.	1.542	188.244	33.813			222.057	144	3.269	9,3
MODENA	1.774	213.928	66.297		3.635	280.225	158	3.124	9,0
BOLOGNA	2.020	30.221	324.321		29.033	354.542	176	3.652	10,7
IMOLA	411	52.096	9.690			61.786	150	3.434	9,6
FERRARA	1.235	5.983	165.591		3.177	171.574	139	2.968	8,7
RAVENNA	1.229	23.575	96.896	55.905		176.376	144	3.014	8,4
FORLI'	729	64.219	33.159			97.378	134	2.993	8,3
CESENA	635	6.106	74.034		1.566	80.140	126	2.671	7,5
RIMINI	443	900	53.763			54.663	123	3.309	9,5
TOT. RER	12.515	587.589	1.211.862	98.455	46.949	1.897.906	152	3.207	9,1

ASSISTENZA RIABILITATIVA

L'assistenza riabilitativa nel 2005 è stata assicurata nelle case protette, per il 9% con personale dipendente AUSL, per l'8% con personale acquisito da terzi dalle AUSL e per l'83 % da personale dipendente o acquisito dal soggetto gestore e rimborsato dall'Ausl. In quattro AUSL il personale è esclusivamente dipendente o acquisito dall'ente gestore e rimborsato dall'AUSL, in altre cinque in minima parte dipendente AUSL in gran parte dipendente o acquisito dall'ente gestore e rimborsato dall'AUSL, in una in parte acquisito dall'AUSL da terzi ed in parte dipendente o acquisito dall'ente gestore e rimborsato dall'AUSL.

Anche nelle RSA, l'assistenza riabilitativa è assicurata prioritariamente dall'ente gestore con proprio personale dipendente o acquisendolo da terzi, con rimborso delle relative ore da parte dell'AUSL(53%). Rispetto alle Case protette, risulta più alta la quota garantita direttamente dall'AUSL con proprio personale (41%).

Assistenza Riabilitativa in Casa Protetta [Rilevazione DGR n. 1378/99 anno 2005]

AUSL	N° posti letto	N° ore annue effettive e con personale AUSL	N° ore annue effettive con personale Ente gestore rimborsato da AUSL	n. ore annue effettive con personale e coop. In Appalto con AUSL	Totale ore annue assi. Riabilit. a carico Fondo sanitario	Totale ore annue di assistenza Riabilit. a carico FSR per P.L.	Costo ass Riabilitativa	Costo annuo a p.l.	Costo per giornata di degenza in Euro
PIACENZA	1.001	2444	26.067		28.511	28	573.705	573	1,6
PARMA	1.496	3.983	28.061	6.759	38.803	26	800.376	535	1,5
REGGIO E.	1.542	4.794	37.415		42.208	27	752.000	488	1,4
MODENA	1.774	11.501	27.377		38.878	22	886.068	499	1,4
BOLOGNA	2.020	4.056	74.219		78.275	39	1.034.191	512	1,5
IMOLA	411	4.257	2.462	2732	9.451	23	194.175	472	1,3
FERRARA	1.235		32.254		32.254	26	612.595	496	1,5
RAVENNA	1.229		14.480	16.605	31.085	25	563.563	459	1,3
FORLI'	729		16.691		16.691	23	292.000	401	1,1
CESENA	635		16.156		16.156	25	269.435	424	1,2
RIMINI	443		12.288		12.288	28	238.455	538	1,5
TOT. RER	12.515	31.035	287.470	26.096	344.601	28	6.216.562	497	1,4

SINTESI DATI SPECIFICI RACCOLTI DALLE AUSL NEL 2006

Dopo una analisi sui dati forniti dalle Aziende, emerge che le realtà presenti in Regione sono piuttosto diverse a seconda delle necessità e delle particolarità del territorio, è tuttavia possibile indicare un trend generale in via riassuntiva:

- Per quanto riguarda il reclutamento del personale, si rileva che la maggior parte delle Aziende rimborsa il personale fornito dall'ente gestore; in alcuni casi e tra questi in prevalenza nelle lpab, viene fornito personale proprio;
- Gli enti gestori hanno la maggior parte del personale in rapporto di dipendenza, in parte minore viene fornito da cooperative, in altri casi vi è personale assunto con contratti libero professionali. In quest'ultimo caso, i costi rimborsati sono più alti, sino ad arrivare ad una punta di costo orario pari a 32,00 Euro;
- I rimborsi richiesti per infermieri dipendenti dell'ente gestore rispettano una media di 21,00 Euro. I rimborsi richiesti per fisioterapisti dipendenti dell'ente gestore hanno un costo orario medio pari a 20,00 Euro;
- Nel caso in cui il personale venga garantito dall'ente gestore attraverso cooperative, co.co.co., ecc., il costo orario medio sale leggermente : per il personale infermieristico è pari a 23 Euro, per il personale addetto alla terapia riabilitativa è di 22 Euro;

- Le sostituzioni sono garantite dall'ente gestore nella maggioranza delle Aziende. In alcune AUSL le sostituzioni per le assenze lunghe sono garantite con personale della Azienda, in caso di assenze brevi il personale viene fornito dall'ente gestore, dietro rimborso da parte dell'Azienda;
- Non vi è completa omogeneità di comportamento delle AUSL rispetto alle sostituzioni;
- Significativo il numero di strutture che adotta soluzioni miste (personale sanitario dipendente dell'ente gestore + personale acquisito da terzi dall'ente gestore + personale dipendente AUSL).

Rispetto a questo quadro d'insieme è opportuno segnalare che :

- nell'Azienda USL di Ravenna sino ad oggi il personale sanitario è stato in parte significativa acquisito dall'AUSL da terzi e fornito agli Enti gestori, anche se è stato avviato un processo di reinternalizzazione;
- L'Azienda USL di Bologna si fa carico di rimborsi forfetari annui ove vengono compresi anche i rimborsi per il personale sanitario, comprensivo delle spese per le sostituzioni;
- L'Azienda USL di Piacenza invece non ha posto un tetto massimo di rimborso che avviene secondo le richieste presentate dall'ente gestore. Non sono state inoltre indicate le misure da adottare in caso di sostituzione;
- L'Azienda USL di Parma ha definito un tetto massimo di rimborso, che non sempre copre i costi sostenuti dagli Enti gestori.

Per quanto riguarda le tipologie contrattuali utilizzate dagli enti gestori per il reclutamento del personale, si nota una grande varietà che va dal rapporto di dipendenza, alla collaborazione, al contratto libero-professionale, tipologia maggiormente utilizzata in caso di necessità e di emergenza, con grande differenziazione nei costi.

PROBLEMI EMERGENTI

I principali elementi che causano differenze riguardano:

- **Il diverso livello di ricorso a personale non dipendente dell'AUSL.** In alcune AUSL è prevalente il ricorso a personale dipendente dell'Azienda, in altre il rimborso di personale dipendente dell'EG, in una prevale il personale acquisito da cooperative in appalto con l'AUSL, altre fanno ampio ricorso a libero professionisti. In considerazione dei diversi contratti, risultano costi unitari diversi a parità di assistenza erogata.
- I diversi criteri utilizzati dalle AUSL **per rimborsare gli enti gestori.** Nonostante le indicazioni regionali siano sufficientemente chiare, nel corso degli anni si sono consolidati comportamenti diversi da parte di alcune AUSL. Esistono problemi diversi nel caso di personale dipendente o acquisito dall'Ente gestore. Nel caso di rimborso del personale dipendente viene rimborsato il costo effettivamente sostenuto dall'E.G. in base al contratto di competenza. Esistono comportamenti non omogenei per quanto riguarda il riconoscimento della produttività (per quanto riguarda i soggetti gestori pubblici) ed eventuali integrazioni "ad personam" riconosciuti da soggetti gestori privati per assicurarsi le prestazioni e la continuità in particolare degli infermieri. Diversi sono i comportamenti anche per quanto riguarda le prestazioni Libero Professionali. Nel caso di rimborso di personale acquisito da terzi alcune AUSL rimborsano il costo orario effettivamente corrisposto dall'EG senza limiti di costo orario, altre hanno determinato un tetto massimo di rimborso garantendo comunque il rimborso del costo sostenuto dall'ente gestore, alcune hanno predeterminato un tetto massimo di rimborso che non copre i costi sostenuti dall'ente gestore. In quest'ultima situazione è evidente come una parte del costo dell'assistenza infermieristica e riabilitativa finisce per gravare sulla retta a carico degli ospiti.

- Il livello di garanzia (e/o rimborso) delle **sostituzioni** delle assenze. Alcune AUSL coprono anche le sostituzioni, cioè rimborsano il personale impiegato per le sostituzioni o lo forniscono direttamente; altre hanno concordato protocolli che prevedono la collaborazione in situazioni di emergenza, mentre altre pongono a carico degli EG i costi delle sostituzioni. Una linea di comportamento intermedia diffusa prevede la sostituzione (o il rimborso della stessa) in caso di assenze prolungate per malattia e/o maternità.
- Una piccola parte delle differenze è anche conseguenza del **diverso costo unitario tra le AUSL del personale dipendente**.

FARMACI E PRESIDII SANITARI

La DGR n. 1378/99 al punto 3.3 "Assistenza Farmaceutica" prevede: *"Le Aziende Unità sanitarie locali assicurano a favore degli anziani non autosufficienti ospitati nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti (case protette e RSA) la fornitura di farmaci e dispositivi medici di uso corrente e prodotti per l'alimentazione artificiale, con esclusione dei presidi per l'incontinenza e del materiale di medicazione, per il tramite del normale sistema di approvvigionamento.*

Le Aziende Unità sanitaria locale, all'interno del prontuario terapeutico locale, definiscono nell'ambito di protocolli aziendali, i farmaci la cui fornitura è garantita alle strutture residenziali per anziani non autosufficienti di cui alla presente direttiva per il normale sistema di approvvigionamento. [...]

Le AUSL sono tenute a evidenziare separatamente per ogni struttura residenziale di cui alla presente direttiva la spesa annua sostenuta per farmaci, dispositivi medici di uso corrente e prodotti per l'alimentazione artificiale, correlando la stessa alle modalità di erogazione dell'assistenza medica ed al case-mix degli ospiti della struttura".

DATI FORNITI DALLE AUSL PER LA RELAZIONE ANNUALE DI MONITORAGGIO DGR 1378/99

Assistenza farmaceutica nelle Case Protette [Rilevazione DGR n. 1378/99 anno 2005]

AUSL	Totale posti letto	A costo annuo fornitura farmaci in Euro	B costo annuo dispositivi medici di uso corrente e prodotti per l'alimentazione	Totale costo annuo	costo annuo a p.l. in Euro	costo per giornata in Euro
PIACENZA	1.001	424.570	110.865	535.435	535	1,5
PARMA	1.496	462.687	60.283	522.970	350	1,0
REGGIO E.	1.542	567.000	109.000	676.000	438	1,2
MODENA*	1.774			1.067.948	602	1,7
BOLOGNA	2.020	642.633	219.515	862.148	427	1,3
IMOLA **	458	271.249	56.169	327.418	715	2,0
FERRARA	1.235	374.309	26.354	400.663	324	0,9
RAVENNA	1.229	476.387	82.212	558.598	455	1,3
FORLI'	729	304.000	65.000	369.000	506	1,4
CESENA	635	275.419	82.455	357.874	564	1,6
RIMINI*	443			169.710	383	1,1

Assistenza farmaceutica in RSA [Rilevazione DGR n. 1378/99 anni 2005]						
AUSL	Totale posti letto	A costo annuo fornitura farmaci in Euro	B costo annuo dispositivi medici di uso corrente e prodotti per l'alimentazione	Totale costo annuo	costo annuo a p.l. in Euro	costo per giornata in Euro
PIACENZA	180	117.286	46.656	163.942	911	2,6
PARMA	88	45.363	13.748	59.111	672	2,0
REGGIO E.	193	137.000	87.000	224.000	1.161	3,6
MODENA	244	210.508	60.332	270.840	1.110	3,7
BOLOGNA	429	231.295	136.690	367.985	858	2,5
IMOLA **	110	143.294	52.671	195.965	1.782	4,9
FERRARA	225	134.774	18.100	152.874	679	2,1
RAVENNA	218	167.964	68.948	236.911	1.087	3,2
FORLI'	69	94.000	33.000	127.000	1.841	5,5
CESENA	82	59.321	76.309	135.630	1.654	4,7
RIMINI*	190			238.144	1.253	3,6
TOT. REG.	2.028	1.340.806	593.453	2.172.402	1.071	3,2

* Disponibile solo dato aggregato

** Considerata assistenza farmaceutica diretta fornita a n. 110 posti (70 Imola + 40 Medicina)

Le rilevazioni annue relative all'applicazione della delibera citata mostrano la presenza di differenze nei costi medi annui a posto letto e a giornata tra le diverse Aziende USL.

SINTESI DATI SPECIFICI RACCOLTI DALLE AUSL NEL 2006

Per capire l'origine delle differenze, è stato realizzato uno specifico approfondimento mirato ad indagare, in particolare:

- Modalità di prescrizione e fornitura farmaci e verifica diffusione di prontuari territoriali condivisi (in particolare farmaci non in fascia A)
- Modalità prescrizione e fornitura altri farmaci non forniti dall'AUSL
- Criteri di Fornitura dalle AUSL dei presidi sanitari (puntando sull'identificazione dei processi assistenziali complessi piuttosto che su elenco)
- Presidi sanitari acquisiti direttamente ed a carico degli enti gestori

L'indagine condotta nel mese di settembre del corrente anno relativamente alle modalità organizzative adottate dalle aziende sanitarie per la distribuzione di farmaci e dispositivi medici nelle strutture residenziali per anziani ha evidenziato la presenza di un prontuario terapeutico dedicato a tali strutture in 5 aziende (Parma, Bologna, Ferrara, Ravenna, Rimini). Solo l'Ausl di Parma specifica inoltre di aver realizzato un percorso di condivisione di questo strumento con i Medici di Medicina Generale (MMG) operanti nelle strutture, mentre nelle altre quattro aziende fra le figure professionali che hanno partecipato alla stesura del prontuario sono compresi i MMG componenti della Commissione Terapeutica Locale, il medico geriatra ospedaliero oppure il coordinatore del Servizio Salute Anziani. Il Prontuario Terapeutico, sia esso locale oppure dedicato a case protette e/o RSA, in tutte le realtà aziendali comprende anche farmaci di classe C. Per questi ultimi sembra prevalere l'erogazione diretta dei medicinali presenti nel prontuario, mentre eventuali altri farmaci richiesti sono dispensati mediante un accordo di fornitura.

La possibilità prevista dalla DGR 539/02 di estendere l'erogazione diretta di farmaci anche a pazienti ospiti in strutture non convenzionate, è già stata adottata nelle aziende dell'area emiliana, anche se gli accordi siglati comprendono talora solo alcune specifiche strutture, mentre tutte le aziende, tranne Rimini, hanno attivato la distribuzione diretta di farmaci anche per i posti letto non convenzionati all'interno di strutture convenzionate.

Da sottolineare come attività specifiche di coinvolgimento dei Medici di struttura per migliorare l'appropriatezza prescrittiva (vedi l'esperienza dell'AUSL Parma) sembrano risultare azioni decisive sia rispetto alla tipologia delle prescrizioni (bassissimo ricorso a farmaci di fascia C), sia rispetto alla quantità di farmaci prescritti. (vedi tabelle allegate n. 1 e n. 2).

Per quanto concerne invece l'approvvigionamento di farmaci che non rientrano nel prontuario adottato, la prescrizione viene effettuata tramite ricettario SSR in tutte le aziende ad eccezione di Reggio Emilia, Imola e Ravenna, in cui invece si è data indicazione di utilizzare esclusivamente la "richiesta motivata personalizzata" alla farmacia ospedaliera.

Nell'ambito dei percorsi di gestione del farmaco la rilevazione effettuata ha evidenziato omogeneità di comportamento nelle varie realtà aziendali. La richiesta dei farmaci al Servizio Farmaceutico della AUSL avviene sempre tramite l'invio di elenchi sottoscritti dai medici di struttura o dal responsabile infermieristico, mentre nelle aziende di Parma e Ferrara viene apposta una firma autorizzativa anche da parte di medici referenti del servizio salute anziani. Tale richiesta ha cadenza settimanale o quindicinale e solo a Cesena mensile per le case protette. L'infermiere è sempre la figura sanitaria responsabile della gestione dell'armadio farmaceutico, su cui vengono effettuate visite ispettive da parte del Servizio Farmaceutico Aziendale con periodicità saltuaria nelle aziende di Parma, Reggio Emilia, Modena, e con periodicità biennale nelle aziende di Imola e Rimini.

Per quanto riguarda la farmacovigilanza le AUSL non hanno attualmente implementato sistemi di rilevazione delle reazioni avverse da farmaci diversi dall'ordinario e non sembra siano state dedicate particolari risorse a tale settore, mentre gli interventi di monitoraggio sui farmaci utilizzati sono stati essenzialmente rivolti alla verifica dell'applicazione della legislazione vigente (presenza di piano terapeutico, controllo sulle pluriprescrizioni, rispetto delle note AIFA). Rispetto all'appropriatezza prescrittiva solo Modena segnala di avere analizzato i consumi in un'ottica di sicurezza d'impiego nella popolazione anziana.

Tutte le aziende sanitarie forniscono alle strutture per anziani dispositivi medici di uso corrente (così come definiti dalla circolare regionale n.4/91: aghi, cateteri, deflussori, occhiali e mascherine per ossigeno, sacchi e contenitori di plastica, siringhe monouso, sonde), diagnostici es. per glicemia, nutrizione artificiale e ausili personali di cui al DM 332/99. Una certa eterogeneità invece è presente nella fornitura di altre categorie di dispositivi medici.

TAB. 1 SPESA (€) ANNO 2005 PER STRUTTURE RESIDENZIALI ANZIANI, PER CLASSE DI FARMACO

Classe	RER	PC	PR	RE	MO	BO	IM	FE	RA	FO	CS	RN
E/OSS	6.706	44		0			9	6.590				63
A	6.391.346	352.952	544.995	712.089	673.523	2.546.323	249.666	457.590	340.103	187.382	231.934	94.790
H	342.793	28.501	13.527	21.100	50.044	67.873	42.483	15.847	31.755	31.396	12.353	27.913
C	2.151.836	284.581	47.739	219.427	370.993	406.855	67.838	153.969	292.306	125.181	92.183	90.764
TOTALE	8.892.681	666.077	606.262	952.616	1.094.560	3.021.052	359.996	633.996	664.163	343.959	336.470	213.530
% classe A	72%	53%	90%	75%	62%	84%	69%	72%	51%	54%	69%	44%
% classe H	4%	4%	2%	2%	5%	2%	12%	2%	5%	9%	4%	13%
% classe C	24%	43%	8%	23%	34%	13%	19%	24%	44%	36%	27%	43%

Fonte: flusso informativo AFO (centro di costo regionale DT 004.03)

**TAB. 2 SPESA (€) ANNO 2005 PER STRUTTURE RESIDENZIALI ANZIANI, PER
GIORNATA DI ACCOGLIENZA E CLASSE DI FARMACO**

<i>Classe</i>	<i>RER</i>	<i>PC</i>	<i>PR</i>	<i>RE</i>	<i>MO</i>	<i>BO</i>	<i>IM</i>	<i>FE</i>	<i>RA</i>	<i>FO</i>	<i>CS</i>	<i>RN</i>
E/OSS	0,00	0,00		0,00			0,00	0,01				0,00
A	0,91	0,46	0,70	0,92	0,78	1,70	0,88	0,93	0,56	0,43	0,79	0,43
H	0,05	0,04	0,02	0,03	0,06	0,05	0,15	0,03	0,05	0,07	0,04	0,13
C	0,31	0,37	0,06	0,28	0,43	0,27	0,24	0,31	0,48	0,29	0,31	0,41
TOTALE	1,27	0,87	0,78	1,23	1,28	2,01	1,28	1,28	1,08	0,79	1,14	0,96
Giornate di accoglienza*	7.015.939	767.833	773.735	772.892	858.279	1.500.935	282.219	494.389	612.328	436.838	295.033	221.458

*Nota: giornate di accoglienza anno 2004 relative alle strutture per cui l'erogazione diretta di farmaci viene conteggiata nel centro di costo regionale DT 004.03

Fonti: flusso informativo AFO (centro di costo regionale DT 004.03) e flusso informativo SIPS

Il Coordinatore dell'area sanitaria
F.to Dott. Eugenio Di Ruscio

Il Coordinatore dell'area socio-sanitaria
F.to Dott. Vittorio Severi