



RSA: È TEMPO DI RIFORMA?

Osservatorio settoriale sulle RSA - 11° convegno annuale

L'Assistenza Domiciliare Integrata in Lombardia. Un modello in continua evoluzione

Fabrizio Giunco

Il lungo cammino dell'ADI in Lombardia

- *DGR 12902/2003: introduzione del voucher socio sanitario per l'acquisto di prestazioni domiciliare socio-sanitarie integrate*
- *PSSR 2010-2014: riordino e qualificazione delle UDO domiciliari*
- *DGR 1746/2011: attuazione del PSSR 2010-2014. Avvio della sperimentazione di requisiti, strumenti di valutazione e profili*
- *DGR 2633/2011: prevede che nel corso del 2012 venga sperimentato, su tutte le ASL, il nuovo modello di ADI, basato sulla valutazione multidimensionale del bisogno*
- *DDG 6032/2012: formalizzazione del nuovo modello di valutazione*

NOTA: la sperimentazione del nuovo modello di **valutazione multidimensionale** del bisogno viene avviata nel 2011 (DGR 2633/2011) e formalizzata nel 2012 (Decreto 6032/2012). Prevede la valutazione in **due livelli** (triage + secondo livello) e, per il secondo livello, viene proposta la **FIM** (erano però già in corso ipotesi di utilizzo del VAOR). In chiusura di legislatura (DGR 4672/2013) viene avviata, a fronte delle difficoltà delle ASL di utilizzare la FIM, la sperimentazione con il **VAOR Home Care** nelle ASL di Lecco, Lodi e Milano 2. La delibera sulle Regole 1185 del 20 dicembre 2013, prende atto dei risultati della sperimentazione e introduce formalmente dal 2014 il VAOR come strumento di VMD di secondo livello.

Il lungo cammino dell'ADI in Lombardia

- *DGR 3239/2012: nuove sperimentazioni e ADI Postacuta*
- *DGR 3541/2012: requisiti specifici per l'esercizio e l'accREDITAMENTO dell'ADI*
- *DGR 3584/2012: rettifica dell'allegato A della DGR 3541/2012*
- *DGR 3851/2012: tariffe sperimentali dei nuovi profili ADI*
- *DGR 3971/2012: introduzione dell'ICA e del profilo 4 autorizzato per casi di particolare complessità*
- *DDG 7089/2012: elenco delle principali prestazioni erogabili dalle figure professionali coinvolte nell'ADI*
- *DGR 2569/2014 e DGR 1765/2014: vigilanza, controllo e appropriatezza socio-sanitaria*
- *DGR 5954/2016: introduzione del budget e conclusione sperimentazione post-acuti e integrazione nella normale erogazione ADI*
- *DGR 7600/2017: introduzione tetti trimestrali, ingresso nel sistema della Presa in carico e annuncio della revisione del sistema ADI, alla luce dei nuovi LEA e delle sperimentazioni già attuate. Ipotesi di trasferimento del VAOR all'erogatore*
- *DGR 7770/2018: avvia l'iter strumentale per l'adozione del nuovo modello di ADI*

Il finanziamento del Welfare sociosanitario e sociale

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Fondi sociosanitari	1.623	1.653	1.712	1.697	1.712	1.712
Fondi sociali	103	190	172	180	207	193
di cui fondi statali	1	84	88	100	115	115
di cui fondi regionali	101	103	83	79	91	77
Totale	1.726	1.842	1.884	1.877	1.919	1.905

- *tra il 2005 e il 2012 il fondo sociosanitario era aumentato al ritmo del 5,2% annuo, fra il 2012 e il 2017 dell'1,1% annuo*
- *l'aumento complessivo nella X legislatura nominale è stato del 10%, ma solo del 4% al netto dei maggiori trasferimenti statali (+114 mln)*
- *Il finanziamento del Fondo socio-sanitario 2018 è stato pari a 1.685,88 mln/euro (DGR 7600/2017)*

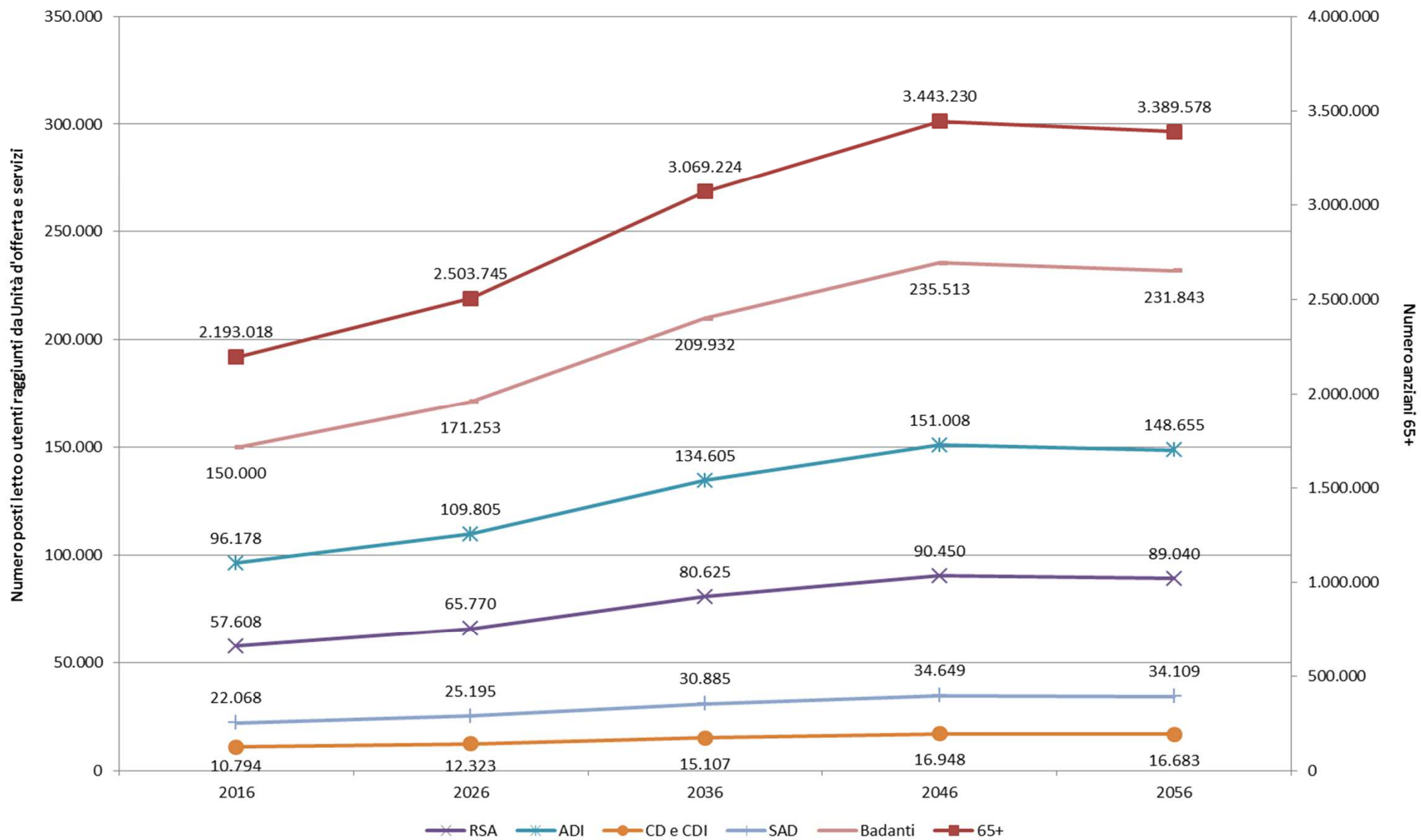
Gori C. Il welfare delle riforme? Maggioli editore, 2018

Il finanziamento delle UDO sociosanitarie (mln di Euro)

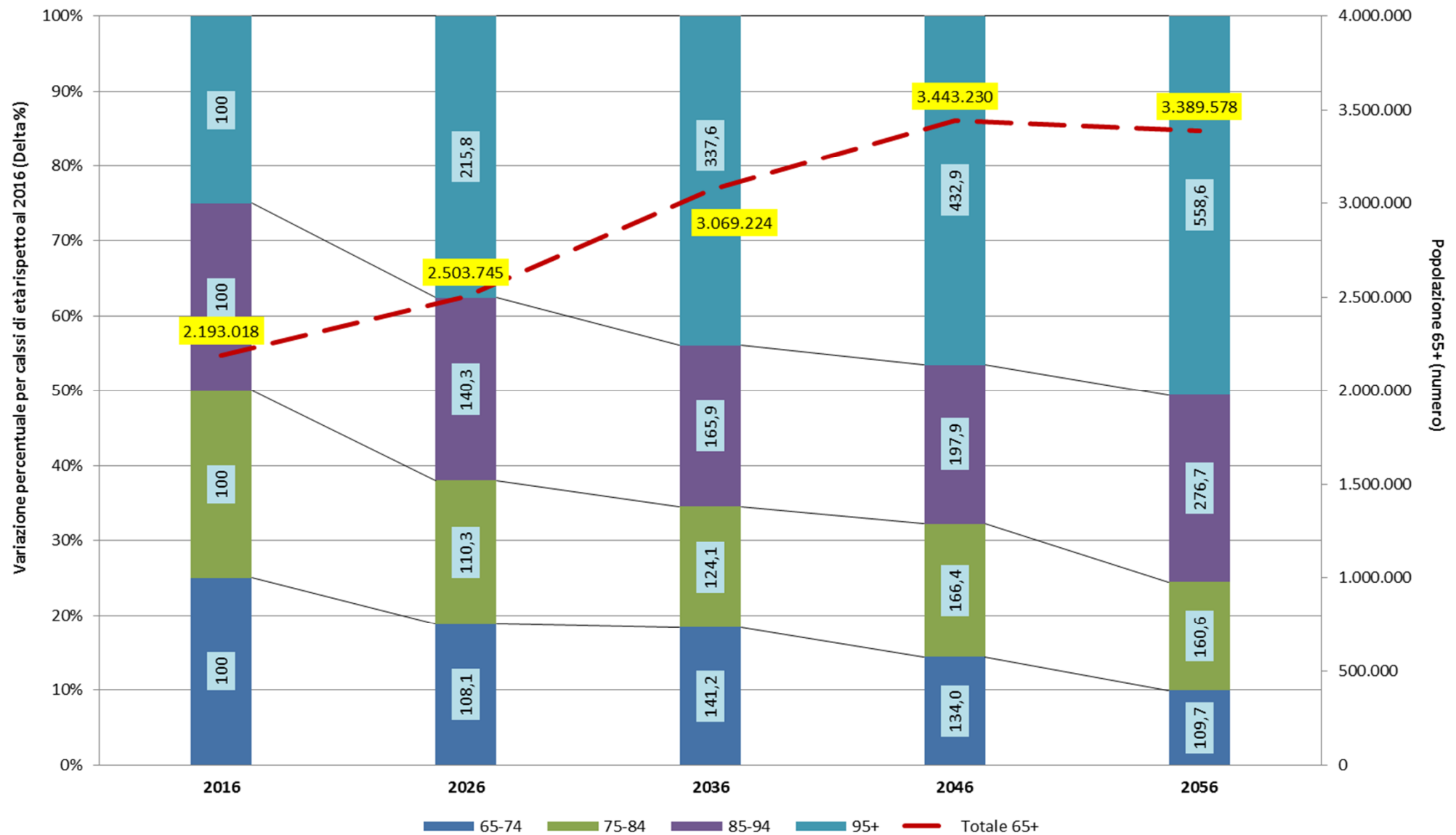
	2012	2017	Delta (%)
ADI e RSA aperta	98,9	154,9	56,6
CDI/CDD/CSS	111,9	117,9	5,4
RSA e Residenzialità leggera	854,6	879,7	2,9
RSD e Residenzialità minori gravi	133,8	147,4	10,2
Riabilitazione e Cure intermedie	242,7	258,6	6,6
Dipendenze	53,3	62,2	16,7
Hospice e UCP-DOM	20,2	39,7	96,5
Consultori privati	20,2	21,5	6,4

- *Il finanziamento 2017 per l'RSA aperta è stato di 30,5 milioni , per l'ADI 124,9*

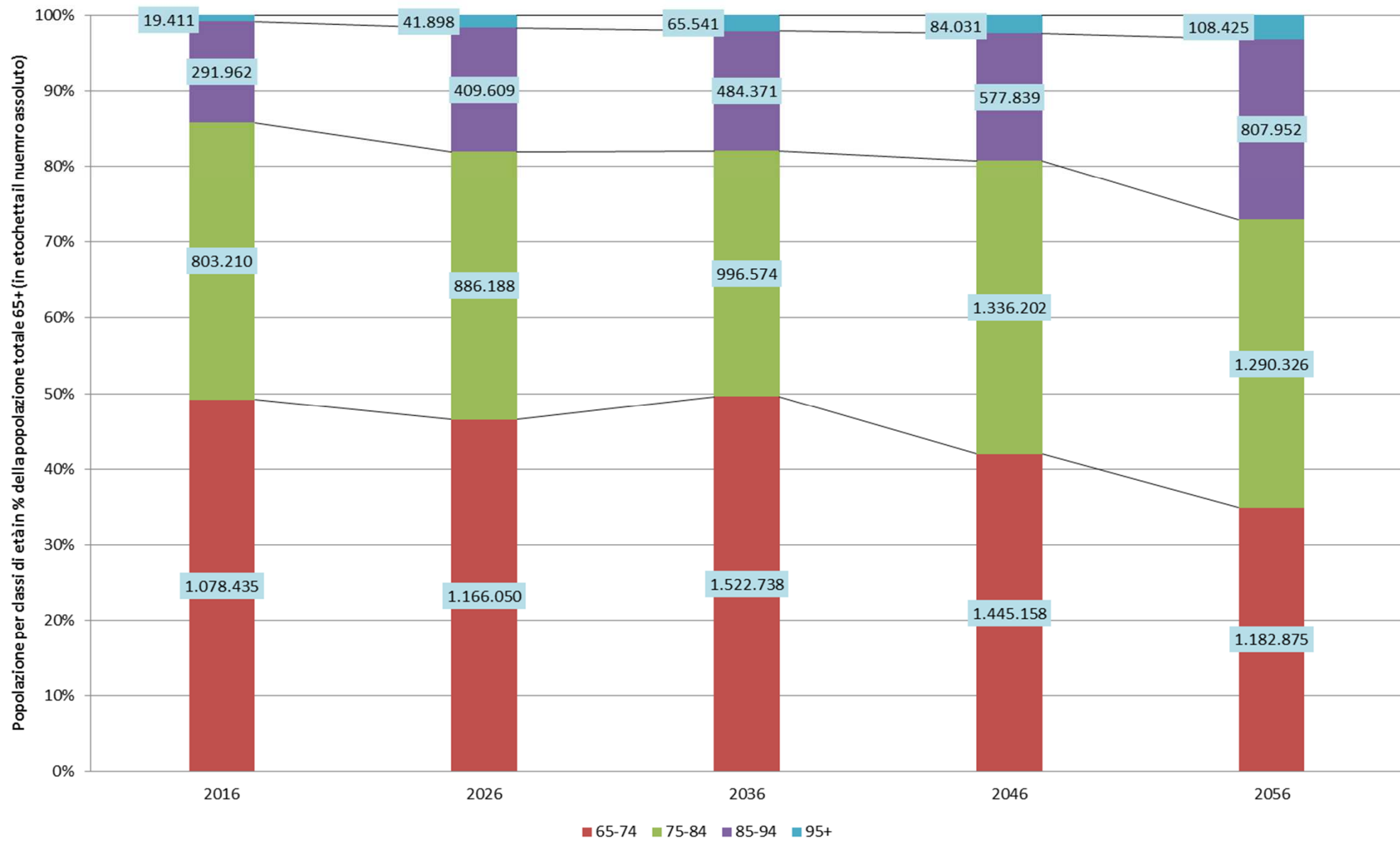
Regione Lombardia. Evoluzione attesa popolazione 65+ (ISTAT, 2017) e necessità di servizi a dotazione costante rispetto al 2016



Regione Lombardia. Evoluzione attesa popolazione 65+, 2016-2066 (Istat, scenario mediano).
Variazione percentuale rispetto al 2016, per classi di età



Regione Lombardia. Evoluzione attesa popolazione 65+, 2016-2066 (Istat, scenario mediano). Per classi di età



L'ADI in Lombardia nel 2017

Professione	Accessi (% su tot.)
Infermiere	76
Fisioterapista	15
OSS/ASA/OTA	5
Altro	4

ADI (Lispa)	2016
Costo (euro)	94.543.441
Pz (n.)	110.229
Profili	233.221
Durata media (gg)	102
Costo medio pz (euro)	868

Prestazione	%
Colloqui informativi	19
Medicazioni semplici	13
Medicazioni complesse	11
Visite	11
Rieducazione motoria respiratoria	9
Prelievi	6
Igiene	5
Gestione CV	4
Gestione alvo	4
Fasciature semplici	3
Supporto psicologico	3
Terapie infusionali	3
Altro	9

Regione Lombardia, 2018

L'ADI in Lombardia

Profilo di erogazione	2016 (% sul totale)	2017 (% sul totale)
Prelievi continuativi	8	9
Prelievi occasionali	25	28
Prestazionali continuativi	15,5	14
Prestazionali occasionali	10	13
Profilo 1	31,2	28
Altri profili	10,3	8

Altri profili 2016:

- *Profilo 2: 3,4%,*
- *Profilo 3: 3,1%*
- *Profilo 4: 4,6%*

Altri profili 2017:

- *Profilo 2: 3%,*
- *Profilo 3: 3%*
- *Profilo 4: 2%*

Regione Lombardia, 2018. Dati 2017 non verificati



Regione Lombardia

Le Cure Domiciliari per l'Anziano Non Autosufficiente

Le cure domiciliari nella rete dei servizi

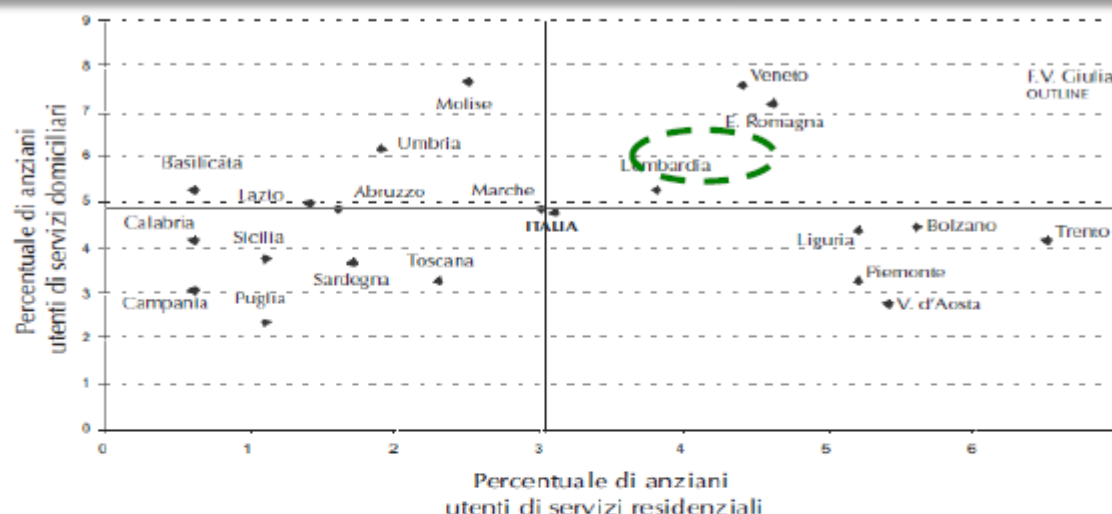
Rosella Petrali

Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale
Regione Lombardia

Brescia, 15 Dicembre 2012

La rete di servizi per la non autosufficienza di Regione Lombardia

L'utenza di servizi domiciliari e residenziali nelle Regioni, % di anziani, 2005-2007 *



L'analisi del rapporto sulla non autosufficienza, seppur non aggiornata (dati 2005-2007) e pur tenendo conto delle difficoltà nella comparazione dell'offerta sociosanitaria tra le diverse Regioni (per la diversità dei modelli adottati), evidenzia come la **Regione Lombardia ha una offerta di servizi superiore alla media nazionale, in particolare per i servizi di residenzialità**

* Fonte: Rapporto 2009 "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia" promosso dall'IRCCS-INRCA per l'Agenzia nazionale per l'invecchiamento)

Unità d'Offerta socio-sanitarie e sociali non autosufficienza Regione Lombardia

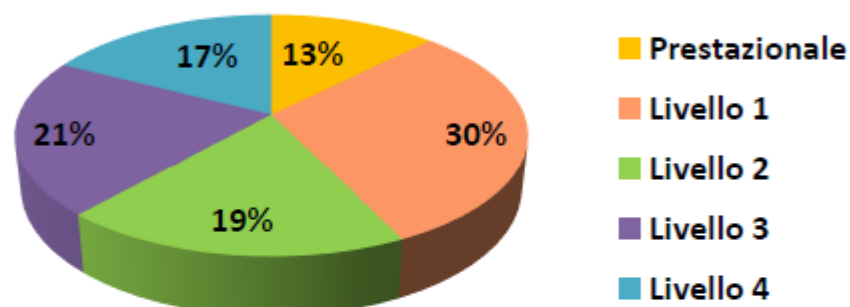
- **DOMICILIARI:**
 - **ADI:** 239 strutture per un totale di 57.621 assistiti (con credit / voucher), cui si vanno ad aggiungere circa 50.000 utenti di prestazionali
 - **SAD:** 24.614 utenti
- **RESIDENZIALI:**
 - **RSA:** 649 strutture per un totale di 58.286 posti accreditati e di 85.000 utenti
- **SEMIRESIDENZIALI:**
 - **CDI:** 284 strutture per un totale di 6.526 posti accreditati e di 5.844 utenti

In questi anni Regione Lombardia ha investito moltissimo sul sistema di offerta e ha oggi una rete di 650 Residenze Sanitarie Assistenziali, che garantiscono 58mila posti letto accreditati, più della metà di tutti quelli disponibili in Italia. Ma il ricovero non è sempre la scelta più appropriata, bisogna lavorare affinché le persone possano restare a casa, nel proprio ambiente di vita, il più a lungo possibile.

VALUTAZIONE DEL BISOGNO

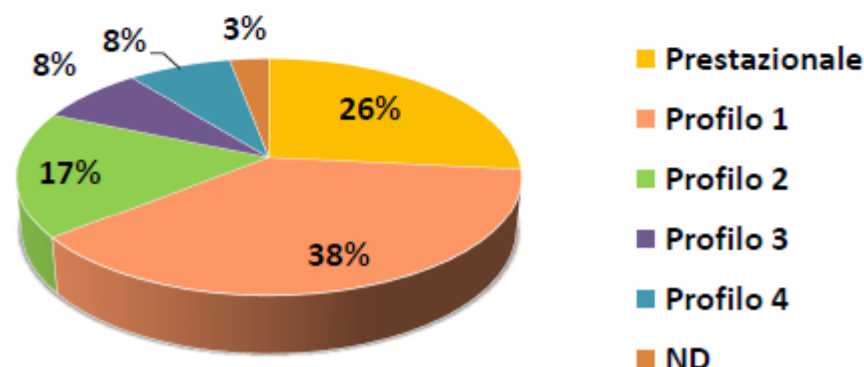
Esiti della sperimentazione del nuovo modello di valutazione multidimensionale del bisogno (aggiornamento a Dicembre 2012)

Distribuzione dei Livelli di gravità



- ▶ Analizzando i livelli di gravità emerge una prevalenza di utenti classificati nel livello 1 (30% dei casi).
- ▶ Il 38% delle utenze è classificato nei livelli alti 3-4
- ▶ I Livelli 0 sono una percentuale ridotta (13%)
- ▶ A livello di ASL, si riscontrano delle disomogeneità nella distribuzione dei livelli di gravità, livelli prestazionali che vanno da meno del 5% fino a oltre il 20%

Distribuzione dei Profili



- ▶ A livello regionale si evidenzia un'elevata percentuale di profili 1 (38%), seguita dal profilo prestazionale (26%), dal profilo 2 (17%), dal profilo 4 (8%) e dal profilo 3 (8%).
Nell'assegnazione dei profili assistenziali, viene considerato il livello di gravità della persona ed il supporto reso dal caregiver nell'assistenza

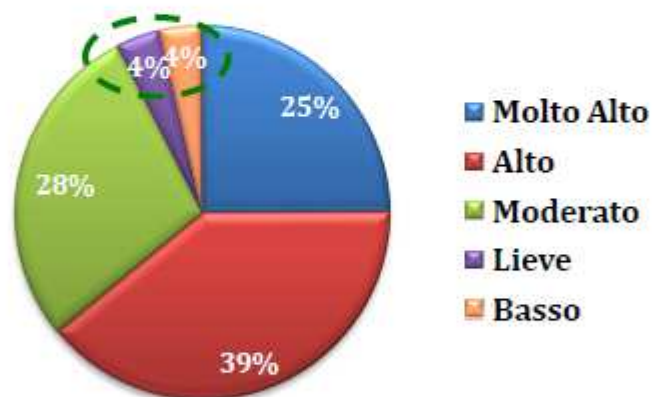
VALUTAZIONE DEL BISOGNO

Esiti della sperimentazione del VAOR Home Care

► SCALA VAOR HomeCare

- Nel mese di Settembre si è conclusa una prima sperimentazione presso le **ASL di BS, LO, MI, MI1, MB, VA** della scala VAOR (modulo HomeCare) volta a validare la capacità dello strumento di orientare l'utenza verso la risposta assistenziale più appropriata.

Distribuzione utenti per classe MAPLe
(potenziale livello di ricovero in struttura)



- Rispetto alle 472 persone valutate in lista d'attesa o da poco entrate in RSA, per l'8% (MaPLE Basso e Lieve) sembra essere inappropriato il ricorso alla RSA in quanto caratterizzate da bisogni semplici di assistenza informale.

Dal 2013 sarà avviata una sperimentazione presso 4 ASL con l'obiettivo di **sperimentare la scala VAOR sugli utenti che oggi accedono all'ADI**

Tavola rotonda

L'assistenza domiciliare integrata in Europa e Italia: problemi organizzativi e obiettivi da raggiungere

Giovanni Daverio

Direzione Generale Welfare - Regione Lombardia

Roma, 12 luglio 2016

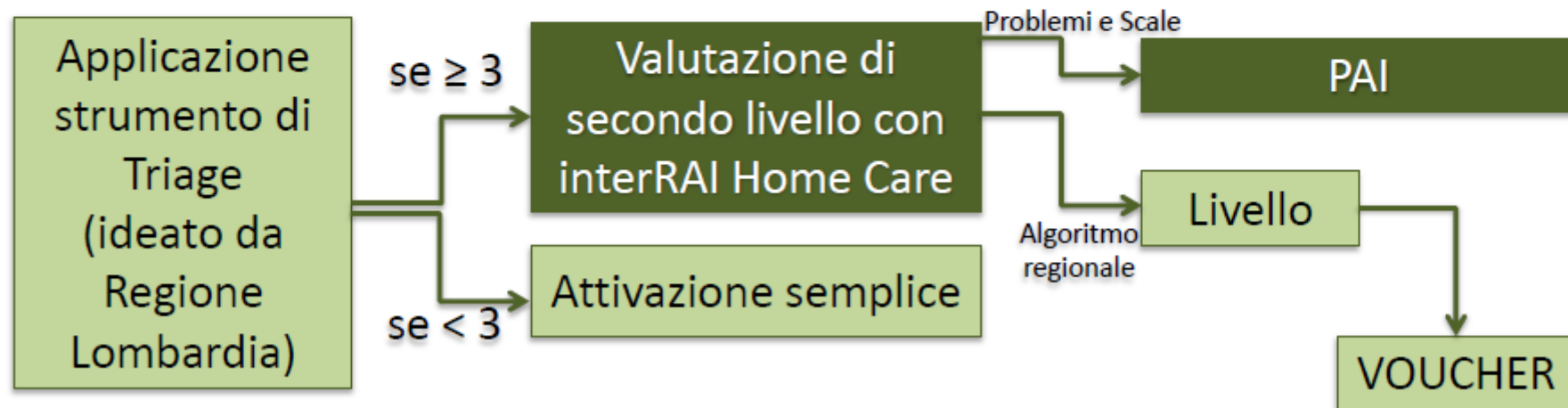


Regione
Lombardia

I punti critici dello strumento interRAI Home Care

Il punto critico sollevato sullo **strumento interRAI HC** è legato alla sua completezza: infatti richiede un tempo di circa 60 minuti per una corretta compilazione.

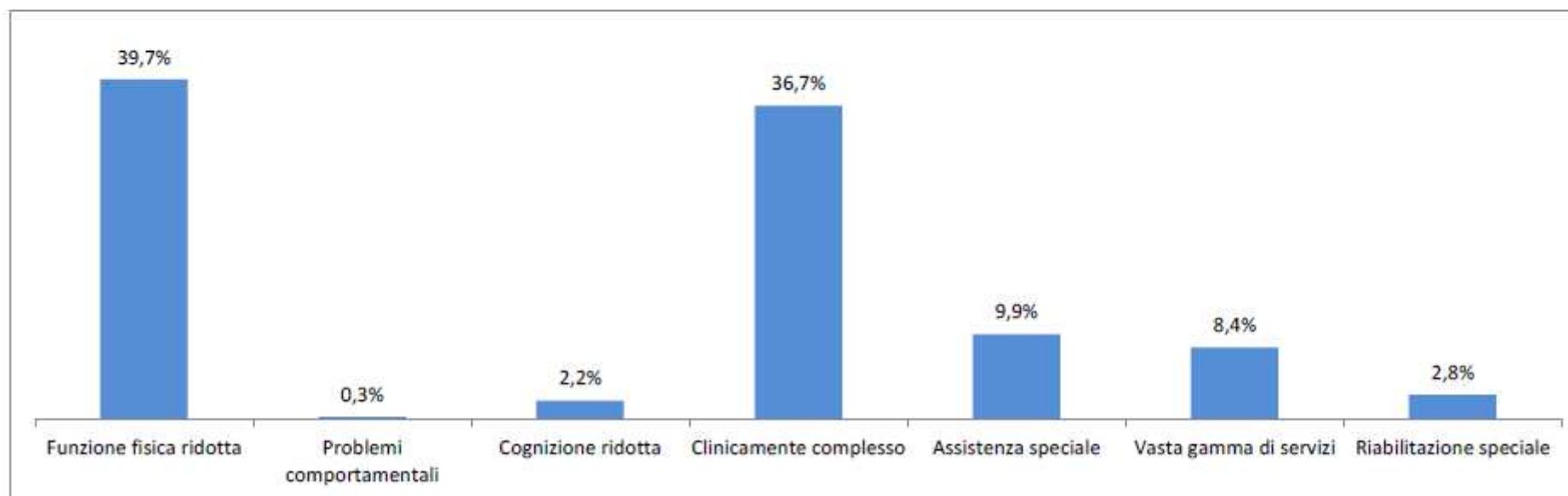
Per tale motivo Regione Lombardia ha scelto il seguente percorso:



Caratteristiche delle persone in carico alle Cure Domiciliari

Periodo	01/01/2012 - 30/06/2016
Popolazione presa in carico	86.703 Persone
	 59,81%
	 40,19%
Valutazioni Home Care	151.957

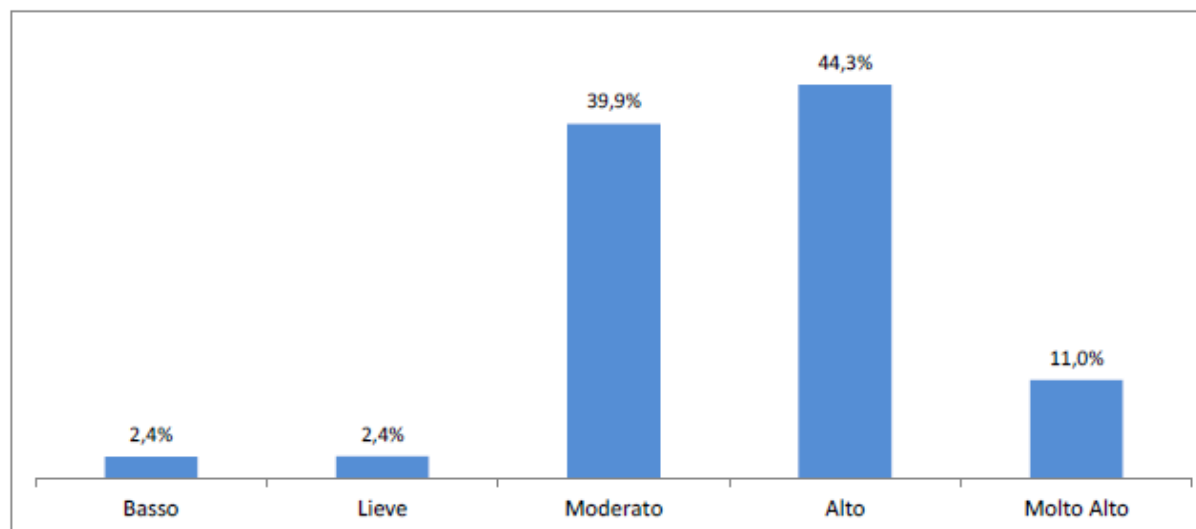
Classi RUG	Numero Valutazioni	%
Funzione fisica ridotta	60380	39,7%
Problemi comportamentali	386	0,3%
Cognizione ridotta	3323	2,2%
Clinicamente complesso	55713	36,7%
Assistenza speciale	15106	9,9%
Vasta gamma di servizi	12724	8,4%
Riabilitazione speciale	4325	2,8%



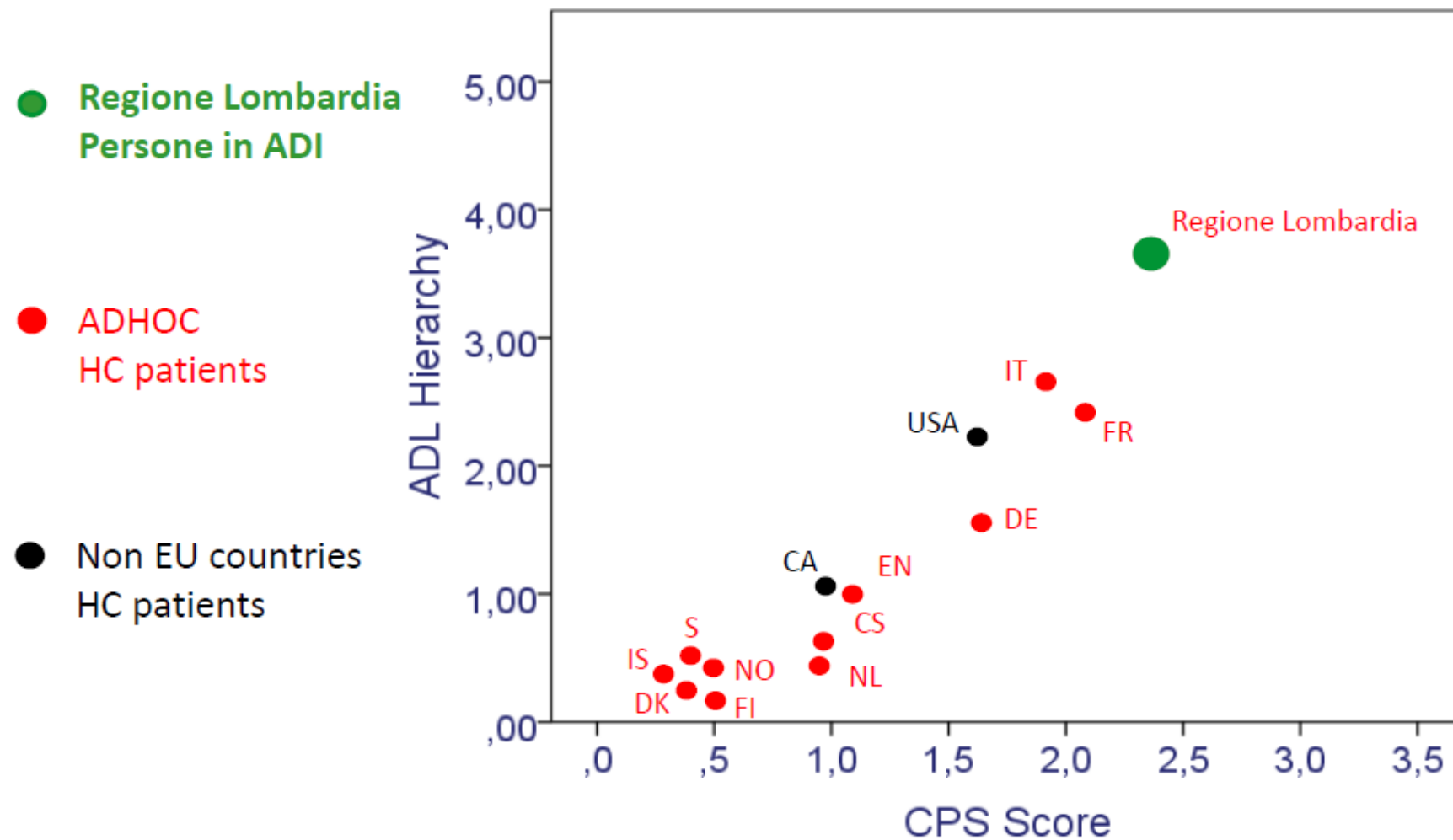
Caratteristiche delle Persone in carico alle Cure Domiciliari Regione Lombardia

Dettaglio scale Personal Health Profile valutazioni HC - dal 01/01/2012 al 30/06/2016

Scala Personal Health Profile	Valore	Descrizione valore	Numero valutazioni	Percentuale
MAPLe Rischio istituzionalizzazione	1	Basso	3591	2,4%
	2	Lieve	3646	2,4%
	3	Moderato	60634	39,9%
	4	Alto	67371	44,3%
	5	Molto Alto	16715	11,0%



Caratteristiche delle Persone in carico alle Cure Domiciliari Regione Lombardia verso altri Paesi



Caratteristiche e criticità

Caratteristiche

- Sistema prestazionale sanitario
- Mono-professionale
- Breve durata (circa 3 mesi)
- Bassa intensità clinica e assistenziale
- Ridotto valore economico per paziente (> 1.000 euro) e per accesso (poco superiore 21 euro)

Criticità

- Eterogeneità applicativa
- Divergenza domanda/offerta
- Scarsa chiarezza del ruolo di governo locale e responsabilità clinica
- Ridotti o assenti collegamenti con MMG e Servizi municipali
- Mancanza modello di presa in carico integrata. Ricomposizione dei servizi a carico della famiglia
- Sistema statico, epidemiologia in rapida evoluzione



Ministero della Salute

REVISIONE OCSE SULLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA IN ITALIA
15 gennaio 2015

SINTESI DATI

L'OCSE – Divisione Salute ha terminato la stesura della "Revisione sulla qualità dell'assistenza sanitaria in Italia" condotta con la collaborazione di AGENAS e della DG della Programmazione Sanitaria di questo Ministero (DD 20/12/2012), nell'ambito del progetto CCM 2012, finanziato da questo Ministero.

La revisione è stata condotta attraverso una serie di interviste programmate a referenti del Sistema Sanitario Nazionale (Ministro della salute e Dirigenti/referenti del Ministero della salute, Agenzie, Regioni, Esperti accademici) e sulla base degli indicatori che l'OCSE raccoglie ed elabora periodicamente dai Paesi membri.

La bozza del testo è stata revisionata dal Panel Nazionale di Esperti individuato tra i Dirigenti delle Direzioni Generali della Programmazione Sanitaria, della Prevenzione, delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane, dei Rapporti Internazionali e in AGENAS.

I risultati sono stati presentati all'Italia il 15 gennaio 2015 dai ricercatori OCSE Stefano Scarpetta, Direttore del Directorate of Employment, Labour and Social Affairs (DELSA), che ha anche illustrato le iniziative OCSE a supporto dello sviluppo e dell'ottimizzazione delle risorse e da Francesca Colombo, Responsabile della Health Division del DELSA.

Di seguito si riporta una sintesi dei principali aspetti positivi e delle criticità sottolineate nella revisione e le raccomandazioni per migliorare la qualità dell'assistenza nel nostro Paese.

La monografia in 4 capitoli esamina la qualità dell'assistenza sanitaria in Italia a partire da una panoramica delle politiche e delle pratiche per la qualità delle cure (capitolo 1), per poi concentrarsi, nei capitoli successivi, su tre aree particolarmente rilevanti per il sistema sanitario italiano: il ruolo delle cure primarie (capitolo 2), il miglioramento della formazione del personale sanitario (capitolo 3), il miglioramento dei sistemi di monitoraggio e della qualità dell'assistenza in un sistema regionalizzato (capitolo 4). La monografia fotografa la qualità dell'assistenza fornita, evidenziando le buone pratiche e proponendo una serie di valutazioni e raccomandazioni mirate a favorire un ulteriore miglioramento della qualità delle cure.

Secondo l'OCSE, l'Italia si trova ad affrontare due sfide principali:

la prima è garantire che gli sforzi in atto per contenere la spesa in campo sanitario non vadano a intaccare la qualità quale principio fondamentale di governance.

la seconda è quella di sostenere le Regioni e Province Autonome (R&PA) che hanno una infrastruttura più debole, affinché possano erogare servizi di qualità pari alle regioni con le performance

*«Gli indicatori di esito, qualità ed efficienza del SSN risultano uniformemente notevoli. L'aspettativa di vita, 82.3 anni, è la quinta più alta tra i Paesi Ocse. I tassi di ricovero per asma, malattie polmonari croniche e diabete (indicatori di qualità delle cure primarie) sono tra i migliori e quelli di mortalità a seguito di ictus o infarto (indicatori di qualità dell'assistenza ospedaliera) sono ben al di sotto della media. **L'assistenza è buona ed è erogata ad un prezzo contenuto, pari a 3.027 dollari pro capite.** L'Italia spende molto meno dei Paesi limitrofi quali Austria (4.593), Francia (4.121) e Germania (4.650). **Il sistema delle cure primarie ha tradizionalmente fornito un'assistenza primaria di alta qualità, i livelli di soddisfazione del paziente sono anch'essi alti. Il personale sanitario offre, nel complesso, un'assistenza di alta qualità»***

*«L'Italia deve confrontarsi con un **crescente invecchiamento della popolazione ed un aumentato carico delle patologie croniche**, che probabilmente si tradurranno in aumentati costi dell'assistenza ed ulteriore pressione sul settore delle cure primarie. **Tuttavia il progresso verso un modello di sistema sanitario in cui la prevenzione e la gestione di tali patologie siano in primo piano è piuttosto lento e i servizi per l'assistenza di comunità, a lungo termine e di prevenzione sono poco sviluppati rispetto agli altri Paesi Ocse.** L'Italia spende meno di un decimo di quanto spendono Olanda e Germania per la prevenzione e presenta **la più bassa percentuale di operatori per l'assistenza a lungo termine osservabile nei Paesi dell'Ocse, in rapporto alla popolazione con 65 anni di età e oltre»***

Il mix degli interventi per la LTC: servizi di cura o risorse finanziarie? (2)

Fonte: *Il Welfare e la Long Term Care in Europa, Egea: Milano 2014, a cura di Giovanni Fosti ed Elisabetta Notarnicola*

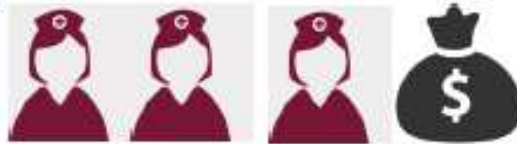
				
SPESA PUBBLICA PER LONG TERM CARE (per anziani non autosufficienti e disabili)	€ 54.939.720.120	€ 74.636.000.000	€ 33.940.890.000	€ 60.388.000.000
NUMERO COMPLESSIVO DI PERSONE INCLUSE NEL SISTEMA = NUMERO DI UTENTI	2.156.600	2.460.000	2.791.924	2.122.000
% di copertura del bisogno	49,19%	61,12%	97,57%	70,40%
Spesa annua per assistito	€ 25.475	€ 30.340	€ 12.157	€ 28.458
Spesa mensile per assistito	€ 2.123	€ 2.528	€ 1.013	€ 2.372

FONTI: Elaborazione Cergas di: "ISTAT – 2004-2005" (Italia); "King's Fund Report on LTC 2011", "Dilnot Commission Report 2011" (Inghilterra); "Ministry of the Economy and Finance ,INVALIDITE ET DISPOSITIFS GERES PAR LA CNSA, 2013", "Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, CNSA, 2012 » (Francia); "Federal Ministry of Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth Prospects and constraints of self-contained living of people in need of help and care, 2008", "Federal Ministry of Health, Selected facts and figures about Long term care, 2012" (Germania).

Il mix degli interventi per la LTC: servizi di cura o risorse finanziarie? (1)

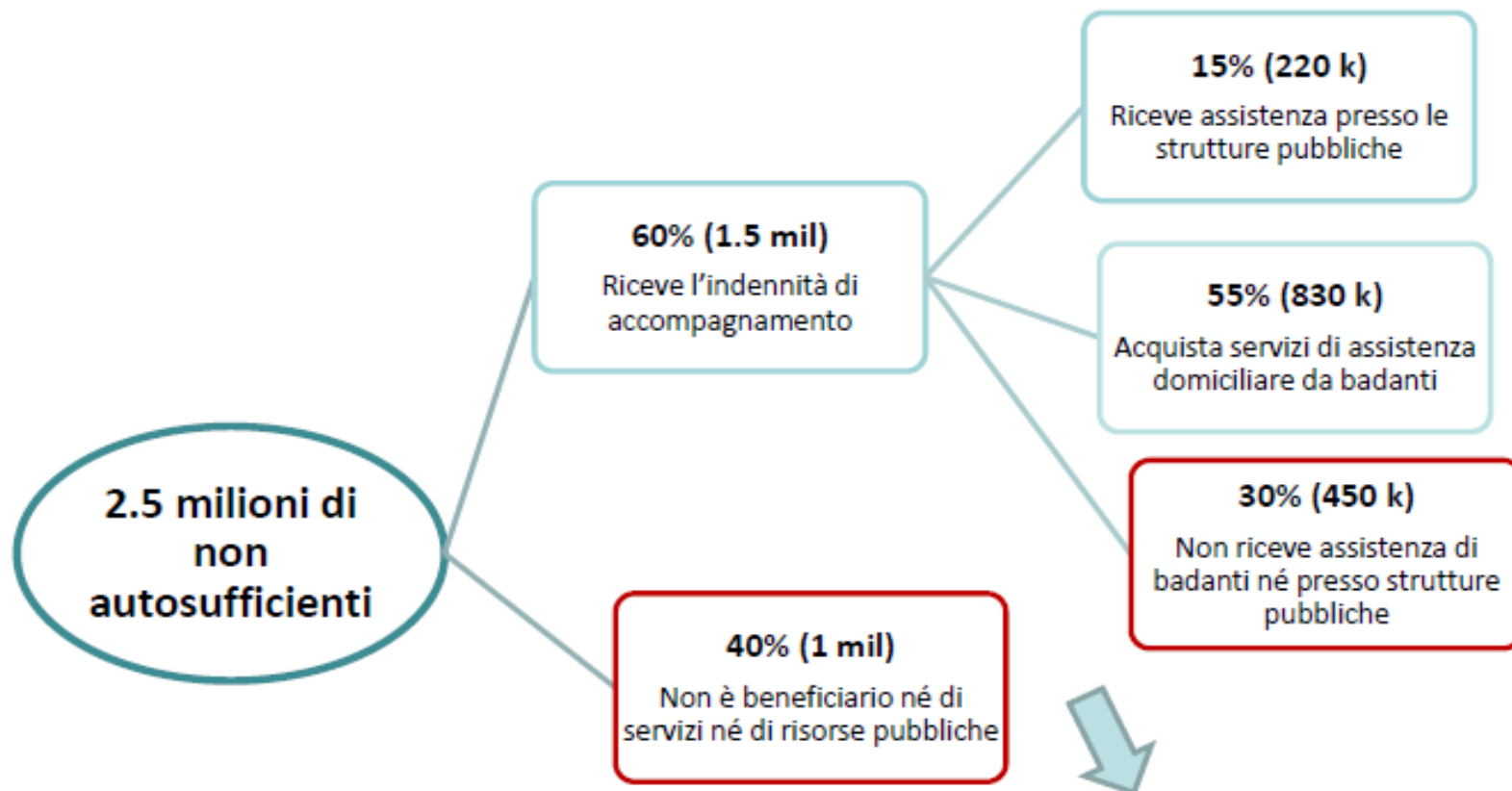
Ripartizione della spesa per LTC per benefici erogati in quattro paesi

Fonte: *Il Welfare e la Long Term Care in Europa*, Egea: Milano 2014, a cura di Giovanni Fosti ed Elisabetta Notarnicola

	<i>Spesa per interventi cash</i>	<i>Spesa per servizi inkind</i>	
Francia	39%	61%	
Germania	31%	69%	
Regno Unito	46%	54%	
Italia	52%	48%	



La situazione corrente



Quasi il 60% degli anziani non autosufficienti non riceve alcun servizio reale di natura pubblica né li acquista sul mercato dell'assistenza privata → **Shopping around** nel resto del sistema

N.B. Nello schema presente non vengono considerati i servizi domiciliari pubblici perché la loro intensità assistenziale è talmente limitata da non permettere un'efficace presa in carico dell'anziano

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Sabato, 18 marzo 2017

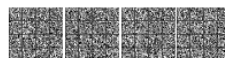
DI PUBBLICA TUTTA I

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA MARGUTA, 71 - 00187 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARA, 101 - 00187 ROMA - CENTRALINO 06-4981 - LAVORAZI DELLO STATO
PIAZZA S. VITO, 1 - 00187 ROMA

N. 15

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
12 gennaio 2017.

Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.



4. Ai sensi dell'art. 3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001, recante «Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria», le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona. Le suddette prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalle regioni e dalle province autonome, sono a interamente carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi.

5. Le cure domiciliari sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.

omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali, nonché modalità di utilizzo delle risorse coerenti con l'obiettivo dell'integrazione, anche con riferimento al Fondo per le non autosufficienze di cui all'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni.

2. Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Le regioni e le province autonome organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza.

3. Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia. Il coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato.

4. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali; i trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali, semiresidenziali e residenziali, sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale, quando necessari, in base alla valutazione multidimensionale.

Art. 22.

Cure domiciliari

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.

2. Le cure domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 recante «Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria». Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del «Progetto di assistenza individuale» (PAI) sociosanitario integrato, fatto salvo quanto previsto dalle regioni e dalle province autonome in merito al comma 3, lettera a).

3. In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli:

a) cure domiciliari di livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle province autonome, sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» (CIA(1)) inferiore a 0,14;

b) cure domiciliari integrate (ADI) di I° livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di primo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI) che definisce i bisogni riabilitativi della persona, e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;

c) cure domiciliari integrate (ADI) di II° livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI), e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;

d) cure domiciliari integrate (ADI) di III° livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui

(1) CIA: coefficiente intensità assistenziale = GEA/GdC, GEA: giornate di effettiva assistenza nelle quali è stato effettuato almeno un accesso domiciliare, GdC: giornate di cura dalla data della presa in carico alla cessazione del programma.

Per non confondersi (Ministero della Salute, 2006)

- **Coefficiente di intensità assistenziale (CIA):** numero GEA/numero GCD (misura l'intensità)
- **Giornata effettiva di assistenza (GEA):** giorno in cui è stato effettuato almeno un accesso domiciliare (misura la complessità)
- **Giornate di Cura (GdC):** durata del piano di cura, dalla presa in carico alla dimissione dal servizio
- Il documento del Ministero della Salute propone di stimare tariffe congrue per ciascun gruppo attraverso criteri classificativi legati al Valore della Giornata Effettiva d'Assistenza come indicatore di complessità (**Valore GEA**), all'intensità assistenziale (CIA) e alla durata del piano di cura (GdC). Le valorizzazioni economiche sono state definite in base al **costo medio mensile (CMM) dei percorsi di cura** (ottenuto moltiplicando il CIA* il valore GEA* 30) che interpreta congiuntamente l'intensità assistenziale e la complessità

Ministero della Salute. Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza. Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio. Roma, 2006

LEA (dpcm 12-1-2017)

- **Cure domiciliari di livello base:** bassa complessità, CIA < 0,14,
- **Cure domiciliari integrate (ADI) di I° livello:** continuità assistenziale, interventi programmati, CIA fra 0,14 e 0,30: Se necessari accertamenti, farmaci, dispositivi medici e preparati nutrizionali. Richiedono VMD, PAI o PRI. MMG o PLS responsabile clini
- **Cure domiciliari integrate (ADI) di II° livello:** CIA fra 0,31 e 0,50
- **Cure domiciliari integrate (ADI) di III° livello:** CIA > 0,50, pazienti con elevato livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo. Richiedono VMD e PAI
- Le CD sono integrate da prestazioni di **aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona**. Le suddette prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalle regioni e dalle province autonome, sono a interamente carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi.
- Le CD sono integrate da **interventi sociali** in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale

OGGETTO: Adozione dei "Requisiti di accreditamento per le attività di cure domiciliari ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017", proposta di determinazione delle tariffe, determinazione del percorso di accreditamento e linee guida per la selezione del contraente, individuazione del fabbisogno di assistenza e disposizioni conseguenti.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTI per quanto riguarda il Piano di rientro dai disavanzi del settore sa

- l'art. 120 della Costituzione;
- l'articolo 8, comma 1 della legge 5 giugno 2003, n. 131;
- l'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007, rispettivamente di approvazione del Piano di Rientro e Pres Stato-regioni;
- art.1 comma 796, lettera b) della legge 27 dicembre 2006, n. 296;
- il Decreto Legge 1° ottobre 2007, n. 159 convertito con modificazioni 2007, n.222;
- la legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- il Decreto del Commissario ad acta n. U00247 del 25 luglio 2010 "Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2014 obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio integrato dai Decreti del commissario ad acta 368/2014, 412/2014, 270/2015, 373/2015 e 584/2015;

VISTI per quanto riguarda i poteri:

- la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;
- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002 n. 6 e successive modifiche ed in-
- il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 e successive modific-
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con Regione Lazio Nicola Zingaretti è stata nominato Commissario ad ac-
- del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della R-
- la Deliberazione di giunta regionale n. 723 del 14 dicembre 2011 Vincenzo Panella Direttore della Direzione Salute e Politiche sociali;
- il Decreto Dirigenziale G08300 del 14 giugno 2017 di delega del dott. Mantini Valentino, per gli atti indifferibili ed urgenti;
- l'atto di organizzazione n. G07039 del 21 giugno 2016 relativa all'affi-
- dirigente dell'Area Pianificazione e controllo strategico, verifiche e Achille Iachino e la determinazione n. G07094 del 21.06.2016 di assu-
- l'atto di organizzazione n. G07332 del 27.06.2016 di conferimento d-
- dell'Ufficio Requisiti autorizzativi e di accreditamento dell' Area Pia-
- strategico, verifiche e accreditamenti alla dr.ssa Pamela Maddaloni;

VISTI per quanto riguarda le norme in materia sanitaria:

- Il Regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 e s.m.i.;
- la Legge n.833/1978 e s.m.i.;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.;
- il Decreto Legislativo n. 21 dicembre 1999, n. 517 e s.m.i.;

Figure professionali: (parametri per 1000 posti ADI standard)

- 1,5 Medico coordinatore;
- 1,5 Infermiere coordinatore;
- 0,75 Fisioterapista Coordinatore (se sono presenti più di 30 professionisti riabilitazione in organico);
- 80 fra Infermieri, fisioterapisti/ terapisti occupazionali/ logopedista/TNPEE con orario equivalente a tempo pieno equivalente¹
- 1,5 Assistente sociale;
- 1 Psicologo;
- Dietista (se prevista dai PAI);
- OSS (se previsti dai PAI per attività di sollievo);
- 6 Operatori telefonici con funzione di pianificazione e comunicazione;
- Volontari: vanno documentate le eventuali procedure di integrazione di volontario.

1.13. ADI Livello II e III: Disponibilità di medici specialisti consulenti (ad es.: Geriatra, Cardiologo, Pneumologo, Ortopedico, Fisiatria, Neurologo, Chirurgo, Urologo, Ginecologo, Gastroenterologo, Nutrizionista, Otorinolaringoiatra);

1.14. ADI II e III livello: Elevata competenza del personale acquisita attraverso percorsi formativi e professionali specifici;

1.15. Il Servizio di coordinamento è assicurato: (i) in sede amministrativa, individuando il coordinatore organizzativo delle attività amministrative, (ii) in sede operativa, individuando la figura del responsabile del servizio che può coincidere con la figura del medico, dell'infermiere etc.,



Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali **FABRIZIO SALA** Vice Presidente
VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSI
SIMONA BORDONALI
FRANCESCA BRIANZA
CRISTINA CAPPELLINI
LUCA DEL GOBBO

Con l'assistenza del Segretario **Fabrizio De Vecchi**

Su proposta dell'Assessore **Giulio Gallera**

Oggetto

INTERVENTI DI PROGRAMMAZIONE IN MATERIA DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA.

GIOVANNI FAVA
GIULIO GALLERA
MASSIMO GARAVAGLI
MAURO PAROLINI
ANTONIO ROSSI
ALESSANDRO SORTE
CLAUDIA TERZI

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

I Dirigenti **Laura Lanfredini** **Carolina Mattezzoni**

Il Direttore Generale **Giovanni D'Avèro**

L'atto si compone di 38 pagine
di cui 31 pagine di allegati
parte integrante

PRESO ATTO che tali documenti tecnici prevedono:

- che la valutazione sia assicurata dall'erogatore accreditato;
- nuovi profili e relativo nuovo sistema di remunerazione;
- l'adozione di uno strumento validato e unico su tutto il territorio regionale per la valutazione multidimensionale;
- nuovi requisiti specifici per l'esercizio e l'accreditamento;
- nuove modalità di rendicontazione delle prestazioni;

RITENUTO in esito alla sperimentazione, effettuata a partire dal 2014, di confermare il sistema InterRAI Home Care quale strumento di valutazione di secondo livello per l'accesso all'Assistenza Domiciliare Integrata, in quanto, oltre ad essere validato scientificamente a livello internazionale e nazionale, è risultato il più idoneo a:

- far emergere in modo chiaro e completo i bisogni della persona, evidenziando le aree problematiche e facilitando la formulazione del piano di assistenza individuale (PAI);
- individuare situazioni di particolare complessità, anche in ordine al contesto socio – ambientale;
- consentire una valutazione al domicilio ad opera anche di un solo professionista, con conseguente ottimizzazione ed efficienza del processo valutativo;
- facilitare i controlli di appropriatezza da parte delle ATS;

Profilo	Profilo	Periodo di riferimento	Budget Massimo di Periodo	Numero ripetibilità nell'anno
ADI 1° livello	Profilo 1 a	30 GG	€ 324,00	12
ADI 1° livello	Profilo 1 b	30 GG	€ 366,00	12
ADI 2° livello	Profilo 2 a	30 GG	€ 540,00	12
ADI 2° livello	Profilo 2 b	30 GG	€ 624,00	12
ADI 3° livello	Profilo 3.1 a	30 GG	€ 792,00	12
ADI 3° livello	Profilo 3.1 b	30 GG	€ 918,00	12
ADI 3° livello	Profilo 3.2 a	30 GG	€ 1.080,00	12
ADI 3° livello	Profilo 3.2 b	30 GG	€ 1.269,00	12
ADI Post Acuta	Post acuta	15 GG	€ 1.269,00	1 per singolo evento acuto

Figura professionale prevista dallo standard	Tariffa
ASA	€ 21,00
Educatore	€ 25,00
Infermiere	€ 28,00
Medico specialista (Geriatra, Fisiatra, etc)	€ 54,00
OSS	€ 22,00
OTA	€ 21,00
Psicologo	€ 48,00
Terapista della riabilitazione	€ 28,00

Profilo	Definizione livello LEA (ADI)	Natura del bisogno	Durata della presa in carico (periodo di riferimento standard)	Intensità assistenziale CIA
Base	Prestazionale	Sociosanitario	Occasionale Continuativa	Nulla Bassa (< 0,14)
Base	Prelievi	Sociosanitario	Occasionale - Continuativa	Nulla
Assistenza Domiciliare Integrata 1° livello	profilo 1a interventi sanitari profilo 1b interventi sanitari + interventi tutelari e di aiuto infermieristico	da 5 a 9 GEA ogni 30 Giornate di Cura (GdC)	30 giorni	0,14- 0,30
Assistenza Domiciliare Integrata 2° livello	profilo 2a interventi sanitari profilo 2b interventi sanitari + interventi tutelari e di aiuto infermieristico	da 10 a 15 GEA ogni 30 Giornate di Cura (GdC)	30 giorni	0,31 e 0,50
Assistenza Domiciliare Integrata 3° livello	profilo 3.1a interventi sanitari profilo 3.1b interventi sanitari + interventi tutelari e di aiuto infermieristico profilo 3.2 a interventi sanitari profilo 3.2 b interventi sanitari + interventi tutelari e di aiuto infermieristico	da 16 a 22 GEA ogni 30 Giornate di Cura (GdC) da 23 a 30 GEA ogni 30 Giornate di Cura (GdC)	30 giorni 30 giorni	> 0,50 e < 0,75 > 0,75
Profilo Post acuta in ambito di Assistenza Domiciliare	Profilo post acuta interventi ad alta intensità assistenziale. Di norma richiesto un numero di accessi domiciliari settimanali superiori a 10.	da 20 a 30 accessi ogni 15 Giornate di Cura (GdC)	15 giorni	= 1

Alcuni temi in discussione

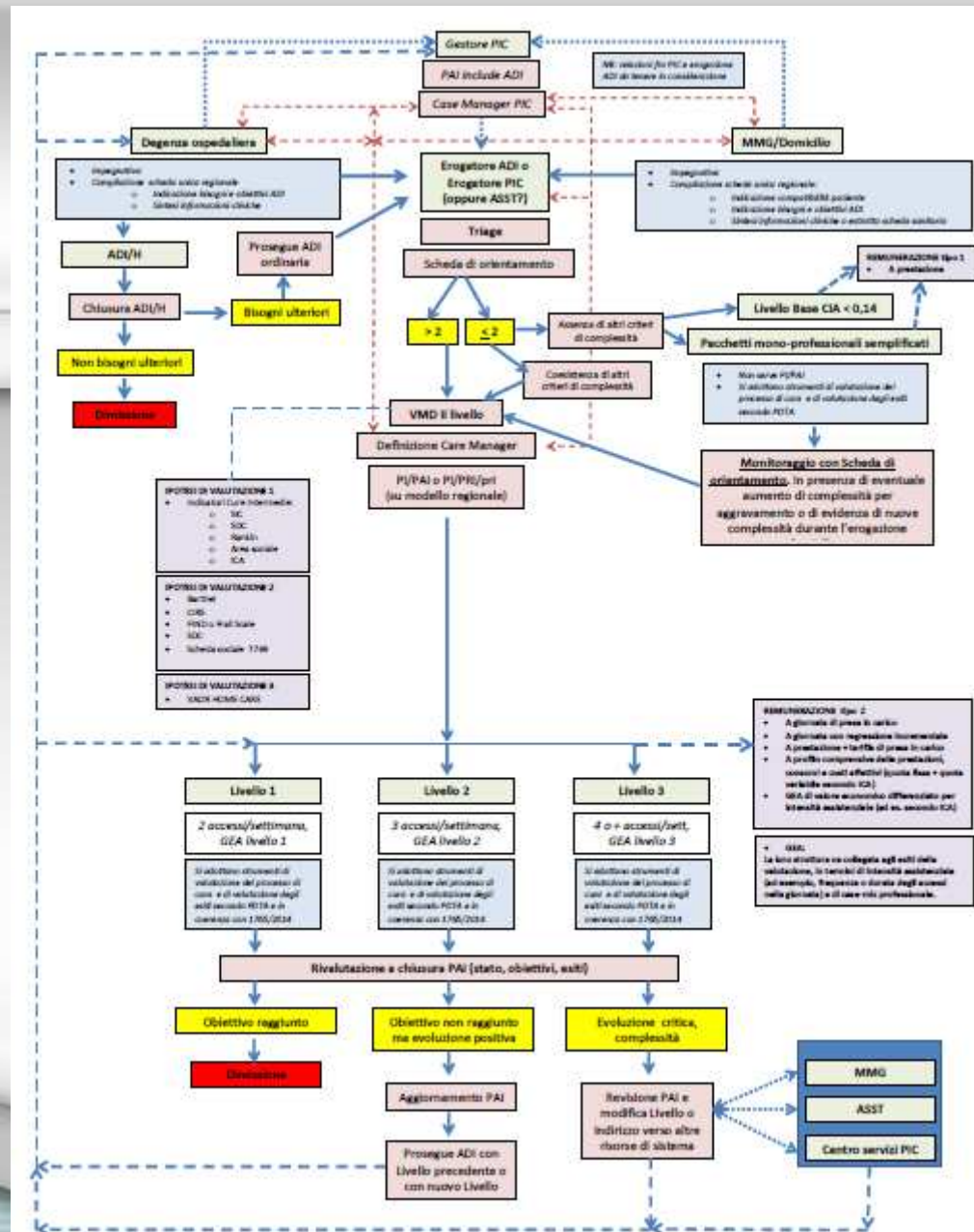
1. Quale modello di erogazione? Erogatori con organizzazione qualificata o aggregazione di prestatori d'opera intermediati.
2. La remunerazione paga solo la prestazione o anche l'organizzazione dovuta? (Sede, reperibilità telefonica, farmaci e materiali). A chi competono i LEA?
3. Governo locale: case manager, responsabile clinico. Chi governa l'integrazione? Chi governa la cura? Il modello di presa in carico e il gioco delle incompatibilità e frammentazioni istituzionali
4. Programmazione, epidemiologia, demografia
5. Semplificazione e de-burocratizzazione. Orientamento allo scopo

Alcuni temi in discussione

- Valutazione: chi, come (strumenti), quando, perché. La coerenza fra valutazione e attribuzione dei profili/intensità
- Modello di accreditamento (UDO o tradizionali). Pacchetti/bundle. Erogazione ordinaria.
- Sistema tariffario: a prestazione, a pacchetto, a giornata di presa in carico
- Modelli dedicati (pediatrica, post-acuta, pazienti complessi). Quando e per chi?
- Informatizzazione funzionale all'efficienza o appesantimento costoso?

Alcune richieste degli EE.GG

- In analogia al sistema DRG o al sistema tariffario SOSIA, le tariffe non possono essere limitate alla singola prestazione ma devono comprendere anche la remunerazione dei costi direttamente collegati a obblighi definiti nei contratti, nelle norme di accreditamento e di appropriatezza. Ad esempio sede, reperibilità telefonica, materiale informativo, coordinamento, case- e care-manager, formazione, equipe, interazioni di rete (MMG, Comuni, ASST, ATS), gestione FASAS, gestione documentale, elaborazione PI/PAI, stesura di protocolli e programmi, amministrazione, sicurezza, flussi e rendicontazioni, altro.
- Se la remunerazione è inerente al solo costo dell'accesso professionale, dovrà necessariamente essere prevista una tariffazione specifica, non forfettaria:
 - per le funzioni previste come requisito specifico di esercizio e di accreditamento;
 - per le funzioni previste come requisito organizzativo e gestionale specifico;
 - per la fornitura dei materiali e dei presidi sanitari
 - per la dotazione minima di materiali prevista come elenco di dotazione minima.
- In alternativa, identificare un sistema di remunerazione a pacchetto o profilo che tenga conto dei costi organizzativi, di coordinamento e generali di ogni organizzazione qualificata.





REGIONE DEL VENETO



AZIENDA ULSS 12 VENEZIANA - COMUNE DI _____

Scheda SVaMA semplificata

MODELLO APPROVATO CON DGR 1338/2013 PER LA VALUTAZIONE AI FINI DELL'ICDb

(cognome e nome) _____
nato/a a _____ (____) il ____/____/____
Codice Fiscale _____
residente nel Comune di _____ (____)
in via _____ n. _____ - frazione _____

PATOLOGIE PRINCIPALI CHE CONCORRONO A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA
(da compilare a cura del medico curante)

	Descrizione della patologia	Codice ICPC ¹
Prima patologia		____
Eventuale patologia concomitante		____
Eventuale 2ª patologia concomitante		____

OBIETTIVI, NOTE

ELEMENTI DI VALUTAZIONE

TOTALE PUNTEGGIO ____²

	Valutazione e punteggio		
Situazione Cognitiva	☐ 1 Lucido	☐ 2 Confuso	☐ 3 Molto confuso, stuporoso
Problemi comportamentali	☐ 1 Assenti/Lievi	☐ 2 Moderati	☐ 3 Gravi
Situazione Funzionale	☐ 1 Autonomo o quasi	☐ 2 Dipendente	☐ 3 Totalmente dipendente
Barthel Mobilità	☐ 1 Si sposta da solo	☐ 2 Si sposta assistito	☐ 3 Non si sposta
Supporto rete sociale ³	☐ 1 Non assistito	☐ 2 Parzialmente assistito	☐ 3 Ben assistito
Necessità assistenza sanitaria	☐ 1 Basso	☐ 2 Intermedia	☐ 3 Elevata

Il MMG

L'assistente sociale

(timbro e firma)

(timbro e firma)

Data, ____/____/____

Data, ____/____/____