

**Incontro Fondazione ISTUD “Le cure a casa in uno scenario di
qualita’ e sicurezza: dal censimento al libro bianco”**

Roma, 7 luglio 2010

Fisionomia e fisiologia dei servizi di cure a casa

Mariadonata Bellentani
bellentani@agenas.it

I nuovi orientamenti

- Obiettivi prioritari PSN per l'anno 2009 e riprogettazione per l'anno 2010
- Patto della Salute 2010-2012 (Intesa Stato-Regioni del 3.12.2009);
- Flussi informativi Assistenza domiciliare e Assistenza residenziale – DM 17.12.2008 (con le linee essenziali di ri-definizione dei LEA)
- Legge n. 38 del 2010 sulle cure palliative e terapia del dolore

10 obiettivi prioritari di PSN per l'anno 2009

Accordo Stato-Regioni 25 marzo 2009 sugli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009.

(con 1 miliardo e 410mila euro)

- 1. Cure primarie** (352 milioni; 25% delle risorse)
 - 1.1. Ass. h.24: riduzione accessi al PS e rete integrata;
 - 1.2 Comunicazione per pazienti con gravi patologie neuromotorie (10 mil.)
- 2. Non autosufficienza** - priorità ADI e percorso di presa in carico (dall'accesso unico, VMD, PAI, Case manager, monitoraggio)
- 3. Modelli organizzativi per persone in stato vegetativo**
- 4. Cure palliative e terapia del dolore** (100 mil.)
- 5. Interventi per le biobanche** di materiale umano (15 mil.)
- 6. Sanità penitenziaria**
- 7. Attività fisica per pazienti cronici e persone anziane**
- 8. Piano nazionale della prevenzione** (240 mil.)
- 9. Tutela maternità** e appropriatezza percorso nascita
- 10. Case della salute, malattie rare, salute mentale (coord. DSM e OPG), guadagnare salute; pazienti cerebrolesi, sicurezza sul lavoro.**

**Il Patto per la Salute 2010-2012
(Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009)**

Rafforzare il sistema di monitoraggio

interistituzionale sull'erogazione dei LEA ;
Individuazione di indicatori per aree prioritarie

Assistenza pazienti non autosufficienti:

- La dotazione p.l. residenziali e semires., e l'organizzazione dell'ass.domiciliare sono oggetto di apposito atto di programmazione integrata, in coerenza con il DPCM LEA, anche per favorire processi di deospedalizzazione;
- L'accesso alle forme di assistenza residenziale e domiciliare avviene con VMD, con strumenti valutativi concordati Min/Reg. e comunicati al Comitato verifica LEA

**Elementi essenziali
per LEA domiciliare**

```
graph TD; A[Elementi essenziali per LEA domiciliare] --> B[Rafforzare il sistema di monitoraggio interistituzionale sull'erogazione dei LEA ; Individuazione di indicatori per aree prioritarie]; A --> C[Assistenza pazienti non autosufficienti: • La dotazione p.l. residenziali e semires., e l'organizzazione dell'ass.domiciliare sono oggetto di apposito atto di programmazione integrata, in coerenza con il DPCM LEA, anche per favorire processi di deospedalizzazione; • L'accesso alle forme di assistenza residenziale e domiciliare avviene con VMD, con strumenti valutativi concordati Min/Reg. e comunicati al Comitato verifica LEA]; A --> D[Attivazione dei Flussi informativi : • Flussi informativi dell'assistenza domiciliare e residenziale approvati con DM 17.12.2008; coerenza con modello "LA", • Riprendono i profili di caratterizzazione di cui ai documenti della Commissione LEA 2006 e 2007];
```

Attivazione dei Flussi informativi :

- Flussi informativi dell'assistenza domiciliare e residenziale approvati con DM 17.12.2008; coerenza con modello "LA",
- Riprendono i profili di caratterizzazione di cui ai documenti della Commissione LEA 2006 e 2007

Obiettivi per l'assistenza sociosanitaria

Il passaggio dalla "cura" alla "presa in carico"

- ✓ Rafforzare la rete dei servizi territoriali, in forma integrata con l'ospedale e il sistema socio-assistenziale
- ✓ Individuare percorsi diagnostico terapeutici corretti
- ✓ Garantire la presa in carico della persona con bisogni complessi



Una più chiara definizione del LEA “Assistenza domiciliare”



“Cure Domiciliari Prestazionali” - sono prestazioni e non cure integrate, attivate dal MMG/PLS senza particolari procedure

“Cure Domiciliari Integrate” a bassa, media, elevata complessità

richiedono la valutazione multidimensionale del bisogno, la formulazione del piano assistenziale individuale e la presa in carico;

richiedono, in relazione al bisogno della persona, interventi fino a 7 giorni su 7, oltre al supporto al care-giver e alla famiglia.

Le forme ad elevata intensità possono anche essere ospedalizzazione domiciliare, secondo le scelte regionali

“Cure palliative domiciliari per malati terminali”

caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità definita dal PAI ed erogata da un'equipe con specifiche competenze; con interventi su 7 giorni settimanali; anche nella forma di ospedalizzazione domiciliare-CP

D.M. 17 dicembre 2008 sul flusso informativo dell'assistenza domiciliare e documento Commissione LEA 2006 “Caratterizzazione del LEA Assistenza domiciliare”

Flusso informativo dell'Assistenza domiciliare

- Riguarda gli interventi domiciliari sanitari e socio-sanitari erogati in maniera programmata da operatori afferenti al SSN
- La valutazione sanitaria dell'assistito è svolta al momento della presa in carico; è ripetuta per modifiche delle necessità assistenziali dell'assistito e di norma entro 90 giorni dalla precedente.
- Il Flusso raccoglie informazioni su: Caratteristiche anagrafiche; Presa in carico, Erogazione, Sospensione, Rivalutazione, Conclusione servizio
- A regime le informazioni sono trasmesse con cadenza mensile al NSIS
- Avvio graduale su alcune Regioni dal 1° gennaio 2009; piano di adeguamento delle Regioni e passaggio a regime dal 1° gennaio 2012.
- Dal 1° gennaio 2012 l'alimentazione del flusso e' ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi del Patto della Salute (ora siglato il 3.12.2009).

Decreto Ministeriale del 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare", pubblicato nella G.U. n. 6 del 9 gennaio 2009.

STANDARD QUALIFICANTI I LEA CURE DOMICILIARI

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità (CIA= GEA/GDC)	Durata Media	Complessità	
				Mix delle figure professionali / impegno assistenziale Figure professionali previste in funzione del PAI e tempo medio in minuti per accesso domiciliare	Operatività del servizio (fascia oraria 8-20)
CD Prestazionali (Occasionali o cicliche programmate)	Clinico Funzionale			Infermiere (15-30') Professionisti della Riabilitazione(30') Medico (30')	5 giorni su 7 8 ore die
CD Integrate di Primo Livello (già ADI)	Clinico Funzionale Sociale	Fino a 0,30	180 giorni	Infermiere (30') Professionisti della Riabilitazione (45') Medico (30') Operatore sociosanitario (60')	5 giorni su 7 8 ore die
CD Integrate di Secondo Livello (già ADI)	Clinico Funzionale Sociale	Fino a 0,50	180 giorni	Infermiere (30-45') Professionisti della Riabilitazione(45') Dietista (30') Medico (45') Operatore sociosanitario (60-90')	6 giorni su 7 10 ore die da lun.a venerdì 6 ore il sabato
CD Integrate di Terzo Livello (già OD)	Clinico Funzionale Sociale	Superiore a 0,50	90 giorni	Infermiere (60') Professionisti della Riabilitazione(60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o Medico Specialista (60') Operatore sociosanitario (60-'90)	7 giorni su 7 10 ore die da lun. a venerdì 6 ore die sabato e festivi Pronta disponibilità medica ore 8/20
Cure Palliative malati terminali (già OD CP)	Clinico Funzionale Sociale	Superiore a 0,60	60 giorni	Infermiere (60') Professionisti della Riabilitazione(60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o Medico Specialista (60') Operatore sociosanitario (60 - 90')	7 giorni su 7 10 ore die da lun. a venerdì 6 ore die sabato e festivi Pronta disponibilità medica 24ore

**“Nuova caratterizzazione dell’assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio”
a cura della Commissione Nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei LEA, 2006.**

Cure palliative domiciliari e residenziali Standard Qualitativi e Quantitativi dell'Assistenza domiciliare

Decreto Ministeriale 22 febbraio 2007, n. 43

Indicatori descrizione	Valore Standard
1. N. di malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 cod.140-208) assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio e/o in hospice / N. di malati deceduti per malattia oncologica.	≥ 65%
2. N. di posti letto in hospice.	≥ 16 (≥ 1 p.l. ogni 56 deceduti a causa di tumore)
3. N. totale di hospice in possesso dei requisiti/ totale hospice	100%
4. N. annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti per tumore (Istat ICD9 cod. 140-208).	(≥ al valore soglia per lo standard dell'indicatore n.1 cui va sottratto il 20%) x 55 gg
5. N. di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra segnalazione e presa in carico domiciliare è ≤ a tre giorni.	≥ 80%
6. N. di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in hospice è ≤ a sette giorni	≥ 40%
7. N. di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero è ≤ a 7 giorni	≤ 20%
8. N. di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero è ≥ a 30 giorni	≤ 25%

Fondo europeo per le Aree Sottoutilizzate (FAS)

Delibera CIPE 82/2007: premialità per le 8 Regioni del Mezzogiorno che conseguiranno gli obiettivi fissati, tra cui: **3,5 % di persone anziane trattate in ADI entro il 2013**

Progetto ministeriale (Salute e Sociale) di affiancamento/supporto delle Regioni

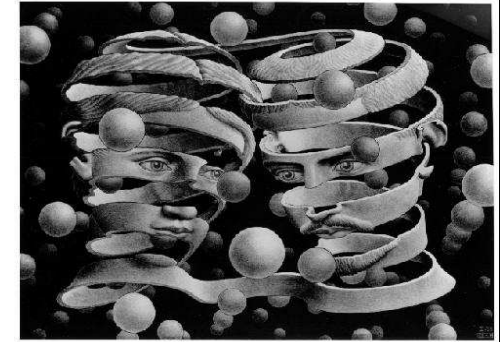
TAV. S.06 bis - Incidenza del costo dell'ADI sul totale della spesa sanitaria						
Regioni, ripartizioni	Anni					
	2001 ^(a)	2002	2003	2004	2005	2006
- Nord-ovest	0,74	0,84	0,81	1,01	0,92	0,92
- Nord-est	1,02	0,97	1,49	1,51	1,45	1,61
- Centro	1,24	1,70	1,01	1,53	1,59	1,62
- Mezzogiorno	1,25	1,23	0,81	0,73	0,78	0,74
Italia	1,06	1,17	0,99	1,08	1,06	1,08

Fonte: Elaborazioni Istat su dati Ministero della salute, dati aggiornati a maggio 2008

^(a) dati stimati.

Una più chiara definizione del LEA “Cure palliative e terapie del dolore”

Legge 15 marzo 2010 , n. 38
**Disposizioni per garantire l'accesso alle cure
palliative e alla terapia del dolore**



- Costituzione di una rete omogenea per l'assistenza ai pazienti e ai familiari in *assistenza a domicilio* e negli *hospice*, con apposito finanziamento nazionale
- definizione dei requisiti minimi delle strutture di assistenza presenti nelle regioni, anche per le terapie del dolore domiciliari
- Progetto “Ospedale-Territorio senza dolore e obbligo di valutare e rilevare il dolore con strumenti validati, riportando i dati e farmaci analgesici in cartella clinica (art. 7);
- Formazione e aggiornamento del personale medico e sanitario (art. 8);
- Monitoraggio ministeriale del sistema (art. 9);
- Eliminazione del ricettario speciale - medicinali per terapia del dolore (art. 10)

Un LEA da garantire, con programma individuale per il malato e la sua famiglia, al fine di assicurare il rispetto della dignità e autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso, la qualità delle cure e la loro appropriatezza alle specifiche esigenze.

Piano oncologico nazionale 2010-2012

Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore

- Obiettivi: conseguimento di standard diagnostici e terapeutici più elevati a tutti i cittadini italiani, riducendo il "gap" esistente fra le diverse aree del Paese e nel contenimento della spesa sanitaria grazie ad una sempre maggiore razionalizzazione delle risorse.
- con ampio risalto alla prevenzione (universale, secondaria e terziaria) e alla continuità di cura in fase diagnostica e terapeutica,
- all'assistenza domiciliare e alle cure palliative, in collaborazione tra Medici di famiglia, specialisti e altri operatori
- tale processo non può prescindere da un rinnovo tecnologico che andrà concordato con le Regioni e dalla creazione di una rete oncologica "hub and spoke".

Da dove partiamo... oltre la soglia di casa



- Tutte le Regioni hanno regolamentato con norme e provvedimenti amministrativi (differenti) l'ADI, con accezioni e caratterizzazioni diverse
- La maggioranza delle Regioni effettua VMD con Unità e metodologie di accertamento differenziate (natura valutativa/ autorizzativa della VMD; Rapporti con MMG)
- Differenti sono i tempi di “permanenza in ADI”
- Non è omogenea la spesa pro-capite dei LEA né quella a carico dei Comuni e del Servizio Sanitario
- Limitati sono i riferimenti alla “rete” complessiva di servizi o il ricorso a prestazioni collaterali
- Esiste una carenza di “Pacchetti assistenziali organici”

Linee di programmazione nelle Regioni

Priorità

- Linee guida sull'assistenza domiciliare e ospedalizzazione domiciliare (le norme; le buone esperienze; le forme di coinvolgimento delle associazioni e partnership pubblico-privato)
- Accreditamento dei servizi
- Formazione degli operatori – lavoro in team

Azioni:

- Indagine sullo sviluppo dei distretti in Italia
- Collaborazioni con le Regioni (indicatori; Piani di rientro; Progetto supporto per gli obiettivi FAS – Regioni del Mezzogiorno)

Difficoltà:

- risorse – investimenti carenti / progetti di coinvolgimento delle associazioni
- Ambiti e modalità dell'integrazione sociosanitaria / dalla programmazione a team nei percorsi assistenziali

Strumenti per la valutazione multidimensionale

- Sosia - residenzialità
- Svama
- Bina
- Aged
- Schema Polare
- Rug III - strumenti InterRai
- Valgraf



Piemonte, Sardegna: strumenti propri

La valutazione multidimensionale

alcuni modelli regionali

- **SVAMA** - Veneto, adottata con alcune modifiche anche dalle Regioni: Puglia (DGR 107/2005), Campania (DGR 287/2008), Molise (DGR 101/2008), Sicilia (Decr.Ass.San. 12.11.2007);
- **Strumenti del gruppo InterRai (MDS-VAOR) con sperimentazione del RUG** *Resource Utilization Groups* per gli ambiti semiresidenziale e residenziale - Marche, Lazio, Basilicata, Umbria, Trento
- **AGED** - Liguria (DGR 1106/2006 e 1287/2007)
- **SCHEMA POLARE modificato** - Toscana
- **SOSIA** (Sistema Case-mix ass. residenziale) - Lombardia
- **VALGRAF** - Friuli Venezia Giulia

I Fondi regionali N.A. e la priorità per l'assistenza domiciliare

Elementi comuni:

- favorire la domiciliarità e la personalizzazione dell'assistenza; equità sui territori;
- maggiori opportunità (es. assistenza alla persona) e sostegno ai servizi di prossimità;
- Non solo contributi economici ma servizi o progetti specifici

Elementi di differenziazione:

- Valenza sociale / socio-sanitaria;
- Per interventi compresi nei LEA /aggiuntivi ai LEA (spesso per integr. san. e sociale)
- Destinatari: tutte le persone N.A./ persone con gravi disabilità e limiti di reddito
- Risorse a disposizione e Fonti (solo quote Fondo naz. N.A./anche risorse regionali san. e sociali)

I Fondi regionali
non autosufficienza

Attivati in 11 Regioni

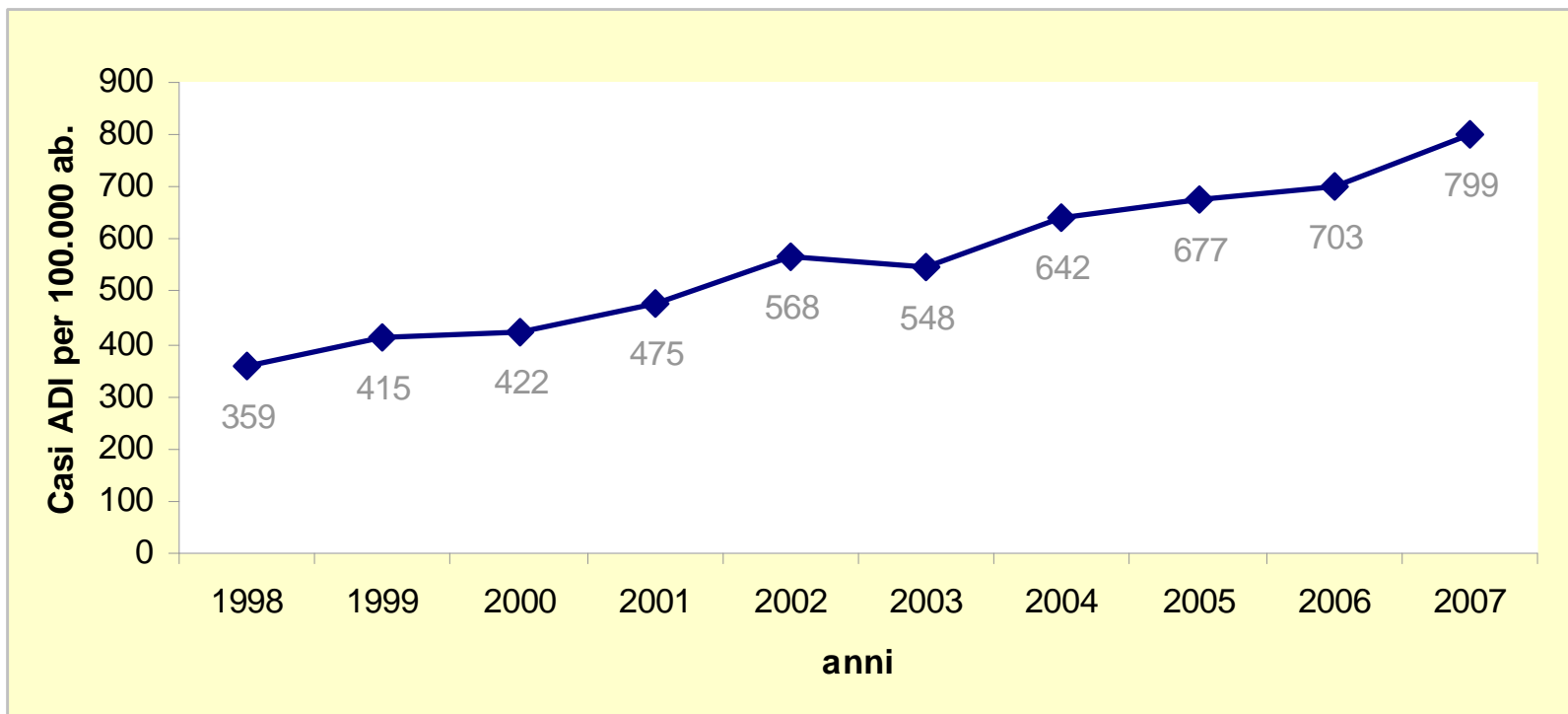
Fondo N.A. - Prov.A. Bolzano:
Fondo di tipo assicurativo,
pubblico, universalistico, su 3
livelli di gravità (da 415 a
2.015 € mensili);

Regioni	Fondo regionale Non Autosufficienza			Finanziamenti (in euro)
	Ambito di attività	Sociosan.	Sociale	
Basilicata	Prestazioni non sostitutive di quelle sanitarie ed assistenziali già garantite e sono mirate alla personalizzazione e domiciliarità degli interventi		L.R. n. 4/2007, art. 4	2 mil. 2007, di cui 1 dal bilancio reg, 1 dal Fondo N.A.nazionale
Emilia Romagna	Prestazioni non sostitutive di quelle garantite da AUSL e Servizi Sociali; nuove opportunità assistenziali che integrano la rete storica di servizi	L.R. n. 27/2004, art. 51		50 mil. 2007; 50 mil. 2008; 60 mil. 2009
Friuli V. Giulia	Contributi economici (Assegno Autonomie Possibili-) e sostegno di progetti sperimentali per salute mentale; per vita indipendente.		L.R. n. 6/2006, art. 41	17,2 mil. 2007 e 29,5 mil. per abbattimento rette
Lazio	Finanziamento di specifici interventi di ass.domiciliare, sollievo, sostegno disabili		L.R. n. 20/2006	12 mil. 2007 (di cui 4 del 2006 non spesi); 12 mil. 2008
Liguria	Finanziamento di interventi san. e sociosan. compresi nei LEA, domiciliari e residenziali, e interventi sociali	L.R. n. 12/2006, art. 47		10 mil. 2007; 12 mil. 2008; 21 mil. 2009
Marche	Fondo unico regionale per potenziare il sistema di sicurezza e protezione sociale per la N.A.(prestazioni domiciliari e residenziali; PUA; anche investimenti strutturali)	L.R. n. 25/2008, art. 37		58,7 mil nel 2008 e aggiunta quote in conto capitale Fondi FAS e BEI
P.A. Bolzano	Fondo assicurativo pubblico, a carattere universale con erogazioni monetarie su 3 livelli di gravità (da 415 a 2.015 € mensili);previsto anche un fondo integrativo a capitalizzazione	L.P. n. 9/2007, art. 4		242,39 mil. 2008-09
Sardegna	Sostegno di programmi di interventi domiciliare (es. Ritornare a casa), contributi economici per famiglie con persone in situazione di grave disabilità e N.A., oneri sociali per servizi residenziali		L.R. n. 2/2007, art. 34	120 mil. 2007, oltre alla quota del Fondo N.A. nazionale
Toscana	Prestazioni previste dal Piano di assistenza personalizzato: interventi domiciliari, aiuto alla persona, titoli acquisto servizi, sostegno vita indipendente etc.	L.R. n. 66/2008		43.000 euro 2008 210.000 euro 2009 210.000 euro 2010
Umbria	Prestazioni previste dal Programma di assistenza personalizzato e sottoscrizione di un Patto per la cura ed il benessere (servizi alla persona ed eventuali misure economiche)	L.R. n. 9/2008		31,750 mil. 2008 (di cui 20,750 dal SSR)
Veneto	Prestazioni tramite i Progetti personalizzati di assistenza; telesoccorso e telecontrollo; supporto ai servizi previsti nei Piani Locali per la Domiciliarità	L.R. n. 1/2008, art. 3		481 mil. 2008 - res.; 98,310 mil. 2008 - dom.

Nota: I finanziamenti sono ricavati dagli atti programmatori regionali e possono derivare da fonti diverse: Quota del Fondo nazionale N.A.; quote con risorse proprie regionali.

Pazienti trattati in ADI (per 100.000 abitanti)

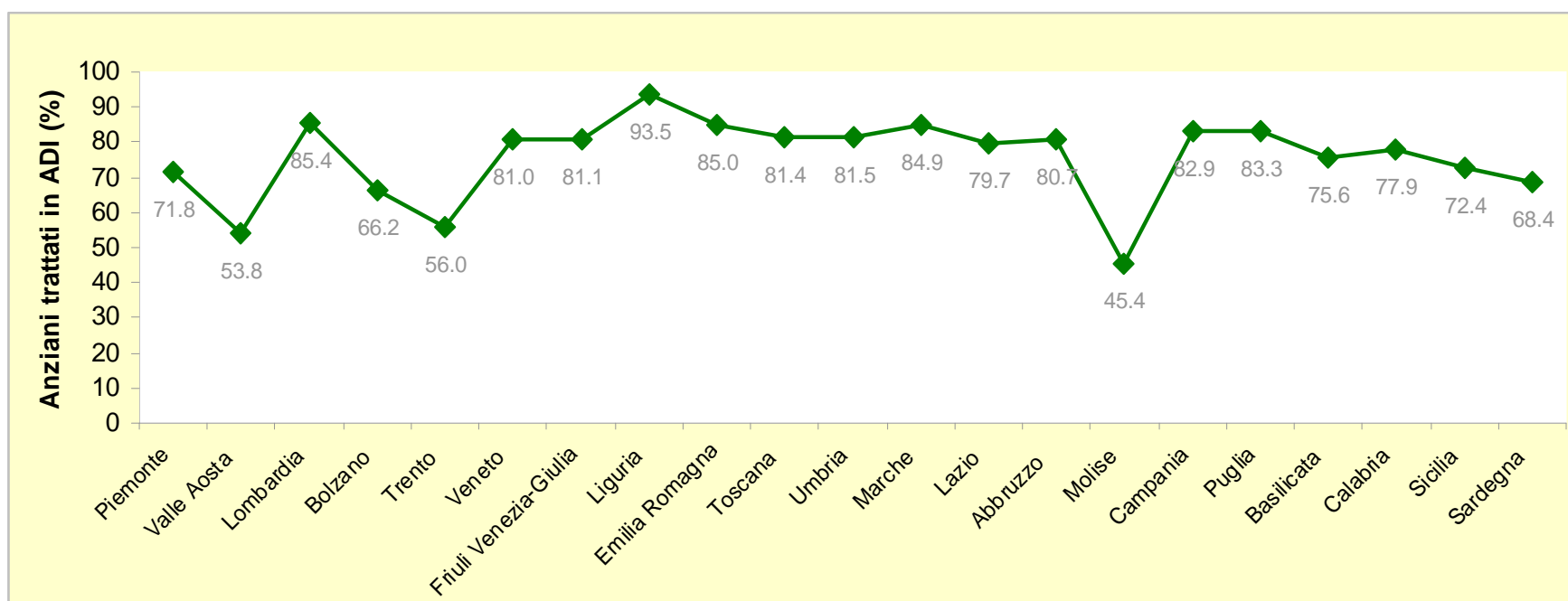
Anni 1998-2007



Fonte: Ministero della Salute ufficio di Direzione Statistica anno 2009 – dati anno 2007

Pazienti anziani trattati in ADI (%) per Regione

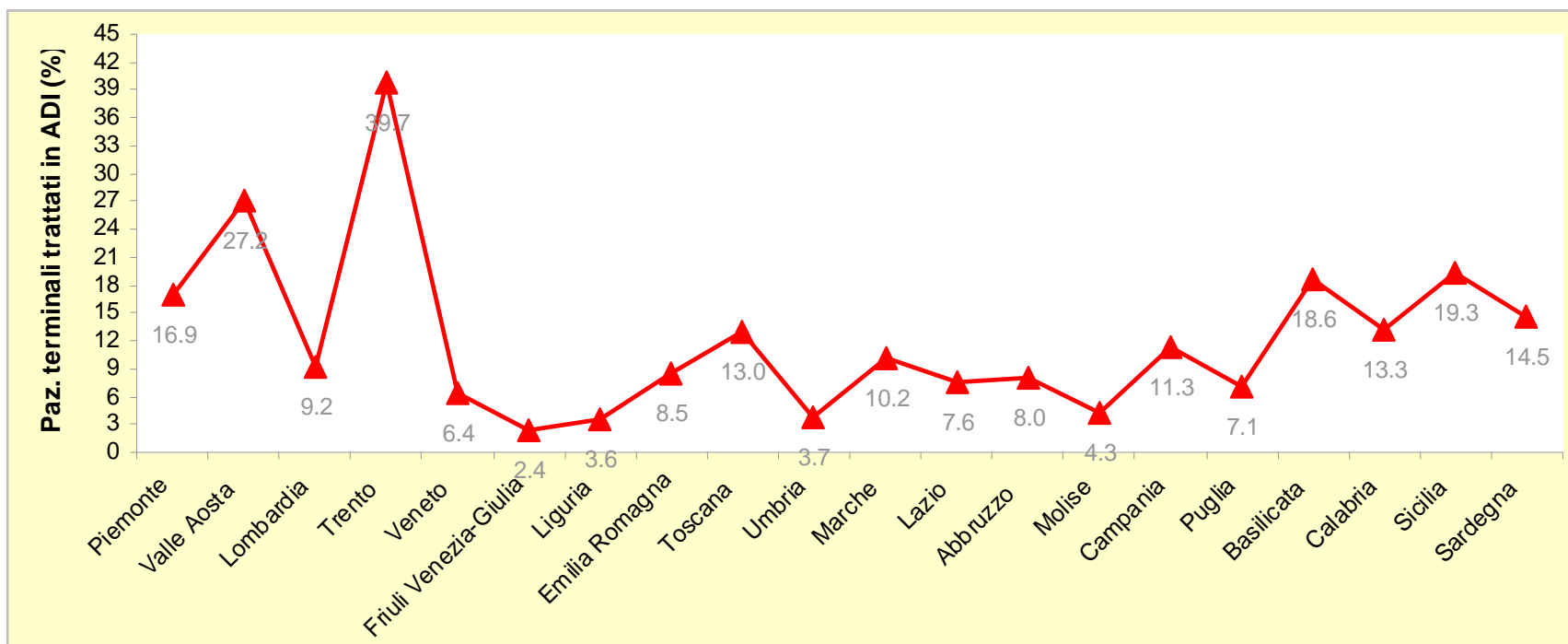
(Tot pazienti assistiti in ADI 474.567)



Fonte: Ministero della Salute ufficio di Direzione Statistica anno 2009 – dati anno 2007

Pazienti terminali trattati in ADI (%) per Regione

(Tot pazienti assistiti in ADI 474.567)

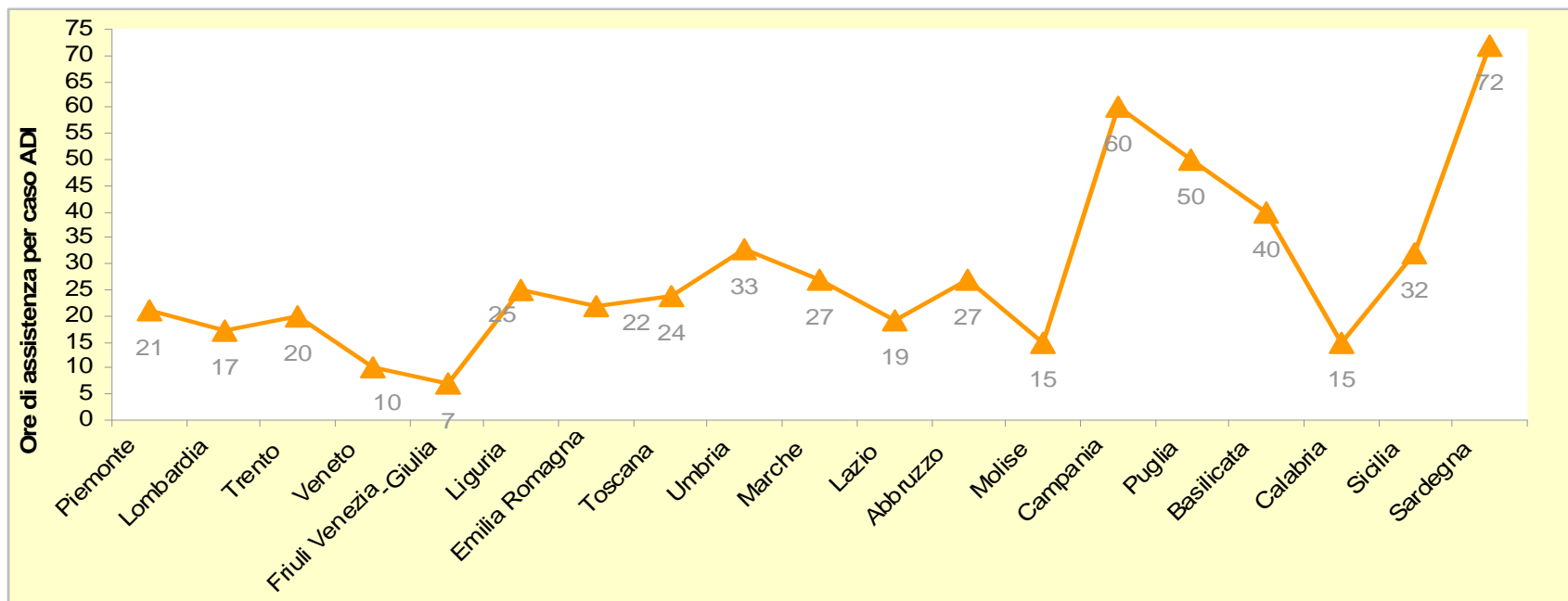


* Bolzano n.d.

Fonte: Ministero della Salute ufficio di Direzione Statistica anno 2009 – dati anno 2007

Ore di assistenza erogata per caso in ADI per Regione

Anno 2007

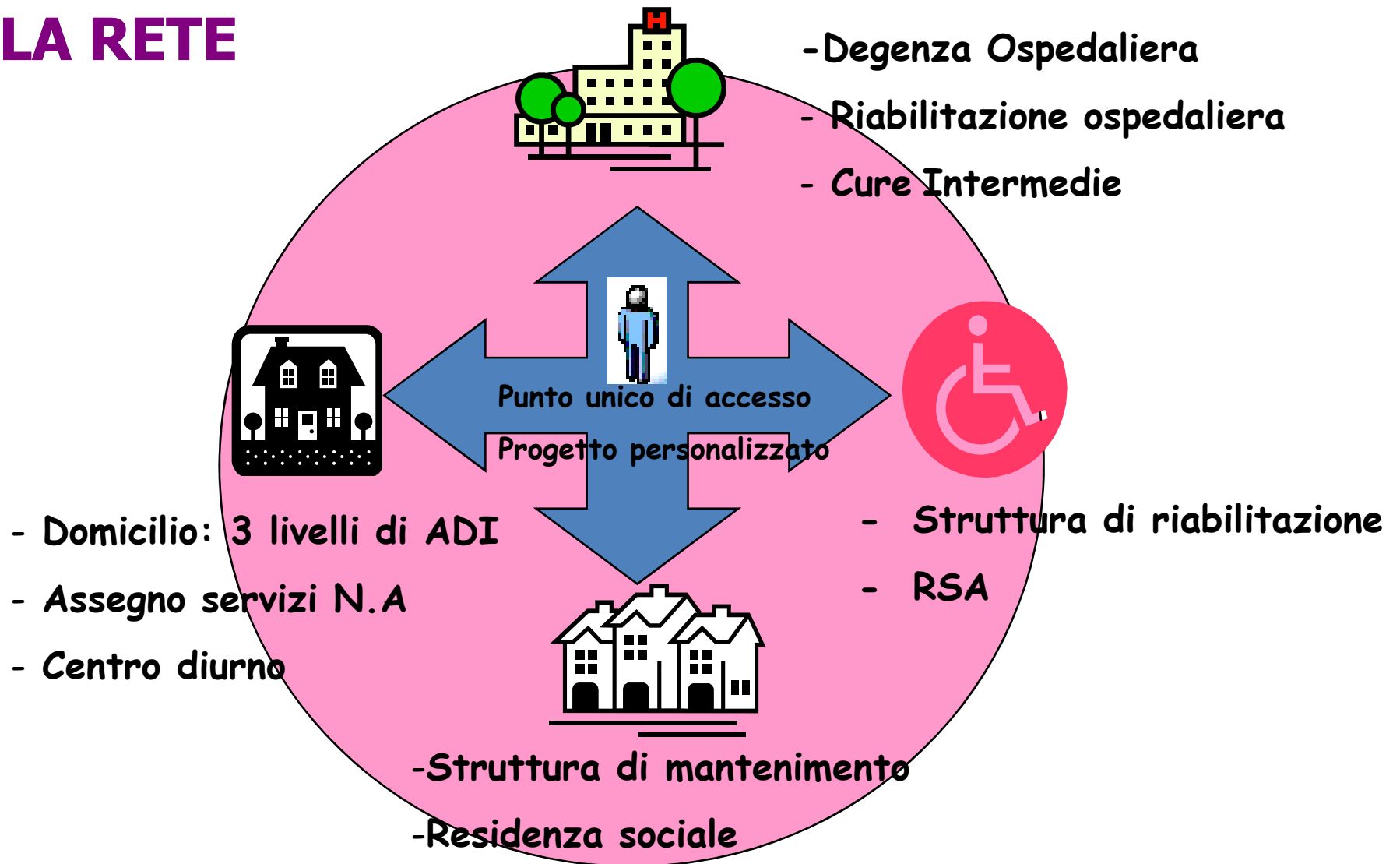


* Ore si riferiscono al tempo lavoro di Terapisti della riabilitazione; infermieri, altri operatori

** Valle D'Aosta 152 ore per caso, Trento incompleto, Bolzano n.d.

Fonte: Ministero della Salute ufficio di Direzione Statistica anno 2009 – dati anno 2007

LA RETE



In conclusione

- L'assistenza domiciliare nelle malattie complesse, anche rare, oggi, è un progetto perseguibile grazie alla disponibilità di tecnologie, dispositivi medici e personale specialistico adeguatamente formato.
- I principali attori, che devono operare in sinergia, sono le strutture territoriali e il medico di medicina generale.
- Possono essere favorite organizzazioni di assistenza domiciliare, anche tramite associazioni di volontariato, che consentano al paziente di rimanere nel proprio domicilio, migliorandone la qualità di vita.
- Al tempo stesso, i familiari risulterebbero alleggeriti dal peso di un'assistenza prestata in strutture lontane dalla propria abitazione, con evidenti vantaggi anche sull'attività lavorativa.
- Occorre sensibilizzare professionisti e organizzatori sui risvolti sociali e sull'abbattimento dei costi derivanti da questo modello assistenziale, a diretto supporto dell'utente e per evitare i ricoveri in strutture pubbliche o private.

In conclusione

il quadro di riferimento

- Ci sono indicazioni condivise a livello nazionale sulla caratterizzazione dell'assistenza domiciliare e sul sistema di monitoraggio;
- Ci sono elementi di riferimento su standard qualitativi e anche per la valorizzazione economica delle attività.

Queste indicazioni costituiscono occasione per sviluppare il servizio in un quadro di forte condivisione organizzativa ed informativa

I nuovi passaggi

- Va rafforzato il progetto, con forte condivisione tra i livelli istituzionali e professionali, e monitorato il processo di attuazione nei territori
- Vanno consolidate le misure che sostengono i care giver informali e la famiglia, anche mettendo in rete le risorse e gli interventi sulla N.A.;
- Vanno implementate le buone pratiche, anche con percorsi di condivisione e formazione dei professionisti

Grazie per l'attenzione

Contact
bellentani@agenas.it