

III Giornata Nazionale delle cure a casa
Qualità, tecnologie e sostenibilità delle cure domiciliari,
Roma, 12 settembre 2011

Quali tendenze nelle cure domiciliari

Mariadonata Bellentani

Agenas - Sez. Organizzazione Servizi Sanitari

Indagine conoscitiva nazionale sulle cure palliative domiciliari (2008-2009)

- condotta dall'Agenas insieme alla SIMG e alla SICP
- L'analisi documenta che lo sviluppo dei servizi di cura palliative domiciliari non rappresenta una priorità nella programmazione specifica delle 155 ASL che hanno aderito all'indagine,
- né un ambito sottoposto ad un monitoraggio strutturato.

Indagine conoscitiva nazionale sulle cure palliative domiciliari (2008-2009)

- Un elevato numero di ASL ha dichiarato la presenza di una rete di cure palliative, attribuendo però un significato al termine “rete” diverso da quanto indicato dalla legge.
- Inoltre le informazioni relative al controllo di gestione, quando fornite, sono risultate essere poco significative, molto eterogenee e quindi difficilmente analizzabili.
- Complessivamente le realtà censite sono in difficoltà, nella maggior parte dei casi, a rispondere adeguatamente al bisogno di cure palliative domiciliari,
- ponendosi da un punto di vista quantitativo significativamente al di sotto degli standard di riferimento fissati dal DM 43 del 2007

Indagine conoscitiva nazionale sulle cure palliative domiciliari (2008-2009)

n. malati deceduti di tumori assistiti dalla rete di cure palliative, domiciliare e hospice, rispetto al totale dei malati deceduti : > 65%

- 84 ASL rispondenti su 155: l' 84,5% delle ASL si pongono al di sotto dello standard; il 15,5% al di sopra.

n. malati deceduti di tumori assistiti dalla rete di cure palliative domiciliari rispetto al totale dei malati deceduti : > 45%

- 84 ASL rispondenti su 155: il 78,0 % delle ASL si pongono al di sotto dello standard; il 22,0% al di sopra.

Indagine conoscitiva nazionale sulle cure palliative domiciliari (2008-2009)

- Tuttavia, a fronte di un'insufficiente offerta di servizi, gli indicatori di struttura e di processo dimostrano **un buon livello qualitativo delle strutture erogatrici rilevate**, in particolare per quanto riguarda i Centri con equipe dedicate (54% del campione), che hanno assistito il 64% del totale dei malati censiti.
- Queste realtà, infatti, si caratterizzano per **un approccio pluridisciplinare alle cure**, in grado di garantire in oltre il 53% dei casi la continuità assistenziale sulle 24 ore e, nel 45% dei casi, una pronta disponibilità medica ed infermieristica.

Indagine conoscitiva nazionale sulle cure palliative domiciliari (2008-2009)

- Per quanto riguarda indicatori quali:
 - la tempestività nella presa in carico (oltre il 90% entro le 72 ore e nell'86% dei casi preceduta da un colloquio strutturato con i familiari)
 - la fornitura diretta di farmaci, presidi ed ausili (intorno al 60%),
i Centri con equipe dedicate si avvicinano ai valori suggeriti dalle buone pratiche in cure palliative domiciliari.
- Nella maggior parte dei casi ciò si verifica per l'integrazione con le organizzazioni no profit, per la continuità assistenziale su 7 giorni e per l'orario di erogazione del servizio nella fascia 8-20, festivi inclusi.

Assistenza Domiciliare

Obiettivi di
sviluppo:

*IMPLEMENTAZIONE DI UN PROCESSO INNOVATIVO che prevede il passaggio dall'assistenza prestazionale al **prendersi cura** :*

- La gestione sempre più integrata di categorie di popolazione affette da malattie croniche o da disabilità acquisite
- Lo sviluppo dell'utilizzo delle pratiche e degli strumenti del "governo clinico" per qualificare i prodotti erogati in relazione ai bisogni (evidenze scientifiche – sistema di audit – management del rischio – buona prassi clinica ed assistenziale....)
- La valutazione multidimensionale del bisogno in ambito domiciliare
- L'autonomia professionale coniugata con la gestione integrata dei casi
- L'educazione sempre più mirata all'autogestione della malattia
- Lo sviluppo di attività di consulenza sempre più ampie

I nuovi orientamenti

- **Proposta di Piano Sanitario Nazionale 2011 – 2013:**
 - ❖ Cure primarie e sviluppo rete territoriale; Riequilibrio ospedale-territorio con riconversione piccole strutture e contestuale sviluppo cure domiciliari e residenziali

- **Obiettivi prioritari PSN anni 2009 e 2010**
 - ❖ cure primarie (25% risorse);
 - ❖ non autosufficienza con priorità ADI (100 mil. pz. con demenza e 100 mil. pz con patologie neurologiche degenerative e invalidanti);
 - ❖ Cure palliative e terapia del dolore (100 mil.)

- **Primi provvedimenti attuativi L. n. 38/2010 su cure palliative e terapia del dolore**
 - ❖ Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 sulle competenze

- **Patto della Salute 2010-2012**
 - ❖ Implementazione percorsi di presa in carico soggetti N.A. (tramite VMD, Piano di cura, Valutazione) e messa a regime dei Flussi informativi Assistenza domiciliare e Assistenza residenziale – DM 17.12.2008

Manovra stabilizzazione

D.L. 6.7.2011, N. 98 convertito in Legge 15.7.2011, n. 111 Disposizioni urgenti per la stabilizzazione sanitaria; tra cui

Art. 16 - Contenimento spese del pubblico impiego

- ❖ Piano di razionalizzazione per acquisto di beni e servizi ;
- ❖ blocco crescita trattamenti economici del personale PA, anche convenzionato con il SSN

Art. 17 Razionalizzazione della spesa sanitaria

- ❖ Finanziamento del SSN incremento dello 0,5% nel 2013; e di ulteriore 1,4% nel 2012, e Intesa Stato-Regioni per garantire equilibrio di bilancio e rispetto obblighi comunitari;
- ❖ Osservatorio contratti di acquisto di beni e servizi e dal 2012 elaborazione dei dati prezzi dei servizi, lavori e forniture per le Regioni (risparmi attesi da definire con Intesa)
- ❖ tetto spesa farmaceutica territoriale del 12,5%;
- ❖ Dal 2013 tetto di spesa per dispositivi medici e assistenza protesica;
- ❖ Dal 2014 reintrodotti ticket nazionali su assistenza farmaceutica e altre prestazioni del SSN; poi quota fissa 10 euro sul ricetta per assistenza specialistica ambulatoriale
- ❖ Gli enti del SSN sono tenuti al contenimento del costo del personale
- ❖ Regioni in Piani di rientro – programmi operativi; possibilità di deroga al blocco del turn over

Proposta di PSN 2011 – 2013

Lo schema di Piano sanitario nazionale considera prioritario, nell'ambito dei finanziamenti previsti nel programma straordinario di investimenti in sanità:

- la riqualificazione della rete ospedaliera, con la riconversione degli ospedali di piccole dimensioni e la loro trasformazione nei nuovi modelli di offerta territoriale sviluppati dalle Regioni tenendo conto delle indicazioni programmatiche nazionali".

La trasformazione dei piccoli ospedali deve essere avviata, "contestualmente"

- al pieno funzionamento della rete dell'emergenza-urgenza;
- **allo sviluppo del sistema delle cure domiciliari;**
- alla disponibilità di strutture residenziali, in particolare per la riabilitazione e per gli anziani non autosufficienti".

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)**
 - 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.**

10 obiettivi prioritari di PSN per l'anno 2010

Accordo Stato-Regioni 8 luglio 2010 sugli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2010.

Si conviene che debba essere garantita per l'anno 2010 una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali definite per l'anno 2009 rileggendone le linee Guida alla luce di quanto il dibattito sociale e politico nel frattempo intervenuto nonché le esperienze internazionali hanno fatto emergere con maggiore evidenza.

Cure primarie – si conferma il 25% delle risorse totali

Non autosufficienza – anno 2010 si introduce un vincolo di:

- 20 milioni da destinarsi ai progetti in materia di ASSISTENZA AI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE NEUROLOGICHE DEGENERATIVE ED INVALIDANTI

20 milioni da destinarsi ai progetti in materia di ASSISTENZA AI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA

Cure palliative e terapia del dolore - anno 2010, in attuazione della legge 38/2010 si applica il vincolo di una quota di 100 mil. di euro.

Interventi per le biobanche di materiale umano: anno 2010 si confermano i 15 mil. di euro

Malattie rare: anno 2010: 20 mil. di euro

Piano nazionale della prevenzione anno 2010 si confermano i (240 mil.)

**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]; A --> C[Assistenza pazienti non autosufficienti]; A --> D[Attivazione dei Flussi informativi];
```

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



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”

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

Fondo europeo per le Aree Sottoutilizzate (FAS)

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

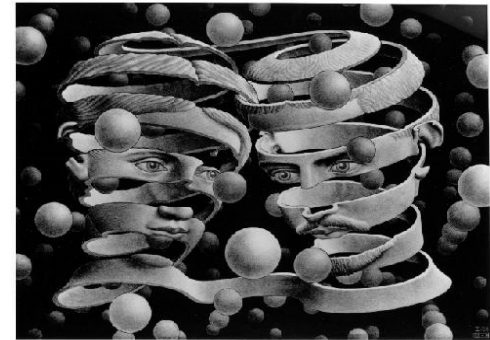
Progetto per affiancamento/supporto delle Regioni per il raggiungimento di questi obiettivi

TAV. S.06 bis - Incidenza del costo dell'ADI sul totale della spesa sanitaria						
<i>Regioni, ripartizioni</i>	Anni					
	2001 (a)	2002	2003	2004	2005	2006
<i>- Nord-ovest</i>	0,74	0,84	0,81	1,01	0,92	0,92
<i>- Nord-est</i>	1,02	0,97	1,49	1,51	1,45	1,61
<i>- Centro</i>	1,24	1,70	1,01	1,53	1,59	1,62
<i>- Mezzogiorno</i>	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
- Eliminazione del ricettario speciale - medicinali per terapia del dolore
- Monitoraggio e costituzione di un Osservatorio nazionale

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.

Legge 15 marzo 2010 , n. 38

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

- Le cure palliative e la terapia del dolore sono obiettivi prioritari del PSN, sulla base di apposite linee guida per sostenere e coordinare i progetti regionali, anche per le cure palliative pediatriche (accordo 27.6.2007; documento tecnico del 20.3.2008)
- Rilevazione dei servizi attivati sul territorio e promozione di reti nazionali e regionali integrate per le cure palliative e per la terapia del dolore e la loro uniformità su tutto il territorio (art. 5);
- Sostegno del Progetto “*Ospedale-Territorio senza dolore*” con specifiche risorse (art. 6) e obbligo di valutare e rilevare il dolore con strumenti validati, riportando la rilevazione del dolore e la somministrazione di farmaci antalgici all'interno della cartella clinica (art. 7);
- Formazione e aggiornamento del personale medico e sanitario (art. 8);
- Monitoraggio ministeriale per le cure palliative e per la terapia del dolore (art. 9);
- semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore (art. 10).

Indicazioni a favore della domiciliarità e Fondo per le Non Autosufficienze

**Istituito presso il Ministero Solidarietà sociale
dalla L. Finanziaria 2007 e rifinanziato con
L.Finanziaria 2008 - 800 mil. euro nel triennio**

**Rifinanziato per il 2010: 400 mil. euro,
nel Patto per la Salute 2010-2012 e
nella L. Finanziaria 2010**

Priorità di utilizzo per:

- attivazione di Punti Unici di Accesso;
- progetti personalizzati per la presa in carico delle persone N.A.;
- attivazione di servizi sociosanitari in specie interventi domiciliari.

(DM 12.10.2007; DM 6.8.2008)

**Fondo per le
non autosufficienze**

```
graph TD; A[Fondo per le non autosufficienze] --> B[Istituito presso il Ministero Solidarietà sociale...]; A --> C[Rifinanziato per il 2010...]; A --> D[Priorità di utilizzo per...]; A --> E[Sistema Informativo per la Non Autosufficienza - (SINA)...];
```

**Sistema Informativo per la
Non Autosufficienza - (SINA)
con primo passaggio in Conferenza
delle Regioni**

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.

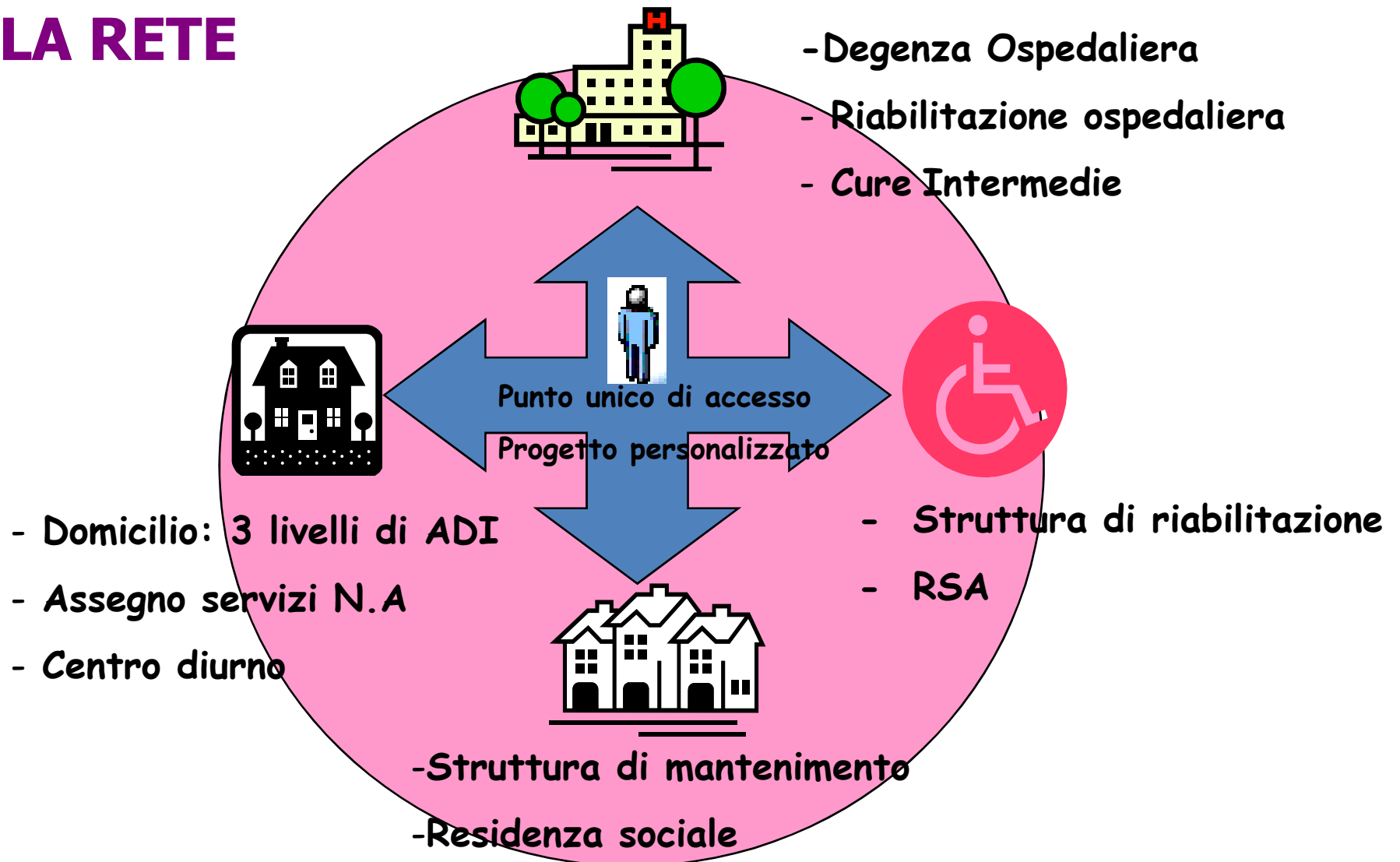
il ruolo dei diversi professionisti

Si fa riferimento alla necessità di coordinare meglio le attività dei medici e degli altri professionisti sanitari, tra cui gli infermieri, che hanno visto modificarsi il loro status giuridico e professionale a partire dalla legge 26 febbraio 1999, n. 42 (con abrogazione del c.d. “mansionario” del 1974). Tuttavia non risultano ancora ben definiti i rispettivi ruoli.

Una delle difficoltà da più parti rilevate è la necessità che **“la trasfusione del sangue e degli emoderivati venga eseguita sotto un costante controllo medico ...”** ai sensi del D.P.R. 24 agosto 1971, n. 1256, art. 91 e art. 93.

Va rilevato, in materia di assistenza domiciliare, soprattutto per i pazienti a maggior grado di complessità, è quella di prevedere equipe di professionisti che operano in modo integrato, collaborando tra loro e con la famiglia per la realizzazione di un piano di assistenza personalizzato ed offrendo anche uno specifico supporto alla persona e alla famiglia, con particolare riferimento al caregiver. Si porrà in evidenza le difficoltà, nel contesto nazionale, della “collaborazione” nell’ambito di questa equipe e dell’individuazione del case manager.

LA RETE



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