

I *l Formez PA - Centro servizi, assistenza, studi e formazione per l'ammodernamento delle P.A. nell'ambito delle competenze stabilite dal D.Lgs. 6/2010, supporta le riforme e l'innovazione amministrativa delle pubbliche amministrazioni.*

La produzione editoriale, che da anni testimonia la costante presenza dell'Istituto nel nostro Paese, nasce per dare maggiore diffusione ai risultati dei progetti realizzati, sia per mettere in rete modelli di buone pratiche tra amministrazioni. La linea editoriale che è suddivisa in due filoni, riflessione teorica e documentazione didattica, si articola in collane che presentano rapporti, guide, manuali e modulistica di supporto agli operatori pubblici e privati. Tutte le pubblicazioni sono presenti in formato elettronico sul web (www.formez.it).

Questo volume presenta la metodologia di lavoro, gli strumenti e i risultati dell'attività di assistenza Tecnica fornita alla Regione Campania, nell'ambito del POAT Salute 2007-2013, che ha portato alla definizione di un sistema tariffario, per profili di cura, delle cure domiciliari.



UNIONE EUROPEA
Fondo Europeo di Sviluppo Regionale



DPS Dipartimento per lo Sviluppo
e la Coesione Economica
ex art. 10 del decreto legge n.101/2013 convertito, con modificazioni, della
Legge n.125/2013 (in G.U. 30/10/2013, n.255)



Governo Italiano
*Presidenza del Consiglio dei Ministri
Ministero per lo Sviluppo Economico e le Pubbliche Amministrazioni*



Ministero della Salute
Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento
del Servizio sanitario nazionale
Direzione generale della programmazione sanitaria



LE CURE DOMICILIARI IN CAMPANIA: TARIFE E PROFILI



PON Governance
e Assistenza Tecnica
2007-2013
UNA PA PER LA CRESCITA

Formez PA

Il volume *Le cure domiciliari in Campania: tariffe e profili* è stato realizzato nell'ambito del Progetto Operativo di Assistenza Tecnica - POAT Salute 2007-2013 realizzato da Formez PA, di cui è Responsabile **Silvia Boni**, Dirigente dell'U.O. Politiche Sociali e Sanità.

Volume a cura di

Salima Salis

Coordinatore della Linea di intervento 3 del POAT Salute Campania - Formez PA

In collaborazione con

Adelaide Ippolito

Componenti del Gruppo di lavoro:

Adelaide Ippolito
Maria Assunta Nocerino
Alberto De Stefano
Anna Frascogna

Si ringraziano

Marina Rinaldi
Dirigente dell'U.O.D. Interventi socio-sanitari – Direzione Salute della Regione Campania

Rosanna Romano
Direttore Generale Politiche Sociali, culturali, pari opportunità e tempo libero della Regione Campania

Annarita Greco
Funzionario dell'U.O.D. Interventi socio-sanitari - Direzione Salute della Regione Campania

Organizzazione editoriale: Vincenza D'Elia, Paola Pezzuto

INDICE

<i>Presentazione</i> di Ettore Cinque	7
<i>Premessa</i> di Silvia Boni	11
1.0 Introduzione	15
2.0 La metodologia di lavoro adottata dall'Assistenza Tecnica POAT	18
2.1 La metodologia adottata per la definizione del sistema tariffario collegato ai profili delle cure domiciliari	18
2.2 I criteri adottati per il calcolo dei costi del sistema tariffario collegato ai profili delle cure domiciliari	25
3.0 Il monitoraggio del Decreto Commissariale n. 1/2013: metodologia e risultati	30
3.1 Il monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni erogate	31
3.2 Il monitoraggio delle modalità organizzative del servizio di cure domiciliari	32
3.3 Il monitoraggio economico delle cure domiciliari integrate e cure domiciliari palliative	34
4.0 I risultati dell'azione di affiancamento realizzata	38
5.0 Conclusioni	38
Allegati	
Allegato 1 - Decreto Commissariale n. 1 del 2013	43
Allegato 2 - Nota esplicativa per l'applicazione della scheda-profilo nell'ambito del sistema tariffario cure domiciliari e palliative della Regione Campania	81
Allegato 3 - Report di monitoraggio delle cure domiciliari	101

Presentazione

La Regione Campania già da alcuni anni ha adottato una nuova visione nell'ambito dell'assistenza sanitaria fortemente orientata all'appropriatezza delle prestazioni erogate ed all'integrazione sociosanitaria. In particolare, l'appropriatezza costituisce il fattore discriminante nella scelta dei modelli gestionali relativi all'erogazione delle prestazioni collegate alla salute, mentre l'integrazione sociosanitaria rappresenta la strategia di fondo che orienta tutte le scelte realizzate nel settore della salute stessa.

Una palese conferma di quanto affermato in precedenza è il rilievo attribuito dal Piano Sanitario Regionale 2011-2013 al distretto sociosanitario.

L'organizzazione territoriale del distretto sociosanitario di tipo integrato mira, infatti a configurare livelli di offerta non più frammentati e ad evitare le duplicazioni ed i costi aggiuntivi derivanti dalla duplicazione di strutture organizzative omogenee e non coordinate tra loro nello svolgimento del medesimo compito. In particolare, per dare piena efficacia al ruolo assegnato al distretto sociosanitario, la sua organizzazione prevede la sostituzione del sistema a strutture chiuse, organizzate solo verticalmente per funzioni, con un sistema che utilizza collegamenti funzionali sempre più incisivi di tipo orizzontale, anche tra strutture non omogenee. Ciò consente di dare risposta ai bisogni di salute dei cittadini nel pieno rispetto della diversità delle esigenze espresse, con una rete di offerta in grado di garantire la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio, in modo da rendere effettivo il diritto alla salute del cittadino.

Nell'ambito dello sviluppo del sistema di erogazione dei servizi sociosanitari, per la programmazione regionale riveste particolare importanza il sistema di cure domiciliari, individuato quale area strategica di interventi nella riorganizzazione della filiera dei servizi territoriali. A tale riguardo, la programmazione sanitaria regionale ha già da tempo avviato degli interventi volti a favorire il riequilibrio dell'offerta sanitaria a favore delle prestazioni domiciliari, attraverso un cambiamento nel sistema di erogazione dell'offerta di servizi che consenta di superare l'asimmetria tra rete ospedaliera e rete territoriale dei servizi, in modo da favorire la *long term care* per i soggetti cronici e non autosufficienti.

In questo scenario l'emanazione del Decreto Commissariale n.1 del 7 gennaio 2013 "Approvazione documento recante Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania" realizzato con il supporto tecnico di FormezPA nell'ambito del "Progetto Operativo di Assistenza Tecnica alle Regioni dell'Obiettivo Convergenza (POAT)", di cui è titolare il Ministero della Salute, rappresenta un tassello fondamentale nel processo di riorganizzazione delle cure domiciliari, in grado di contribuire ampiamente al raggiungimento degli obiettivi della strategia di fondo della Regione Campania orientata all'appropriatezza ed all'integrazione sociosanitaria nel settore della salute.

Il decreto *de quo* rappresenta uno strumento molto innovativo rispetto al panorama delle altre esperienze realizzate in Italia nelle cure domiciliari integrate, sostanzialmente per due aspetti:

1. il sistema di classificazione della complessità del paziente, cui corrisponde una necessità assistenziale sanitaria e sociosanitaria, che, dal punto di vista

dell'offerta, si concretizza in un fabbisogno in termini di figure professionali uniforme su tutto il territorio regionale;

2. l'adozione di un modello di *costing* estremamente innovativo, il *Time-Driven Activity-Based Costing*, focalizzato sulle risorse assorbite per l'erogazione delle prestazioni di cure domiciliari.

È probabile che l'adozione del modello di *costing* previsto dal Decreto Commissariale n. 1/2013 possa generare delle criticità nella fase di monitoraggio regionale delle attività e dei correlati costi, per la sua non piena omogeneità con i modelli di *costing* generalmente adottati dalle aziende sanitarie della Regione e basati essenzialmente sulla contabilità per centri di costo.

Tale criticità piuttosto che un limite potrebbe, però, rivelarsi un punto di forza, per il notevole stimolo che determinerà la promozione di una nuova cultura nell'analisi e monitoraggio dei costi delle attività.

Prof. Ettore Cinque

*Sub-Commissario ad Acta
per il Piano di Rientro della Regione Campania*

Premessa

Il Progetto Operativo di Assistenza Tecnica – POAT Salute del Ministero della Salute, cofinanziato con Fondi FESR 2007-2013 e di cui Formez PA è Ente attuatore, è rivolto alle Regioni dell’Obiettivo Convergenza (Calabria, Campania, Puglia, Sicilia) e si propone di rafforzare le capacità tecniche e di *governance* delle Amministrazioni Regionali finalizzate al miglioramento dell’efficacia della programmazione e della valutazione delle azioni per la salute che concorrono in modo rilevante allo sviluppo socio economico dei territori.

Poiché queste Regioni sono sottoposte ai Piani di Rientro dal deficit sanitario, le attività progettuali hanno teso ad affiancarle nel percorso di riorganizzazione della rete (ospedaliera e territoriale) necessaria alla riqualificazione dei servizi, nel rispetto di quanto previsto non solo dai singoli PdR, ma anche dal Patto per la Salute e dai documenti di pianificazione economica nazionali ed europei.

Nell’ambito del progetto in Campania sono state realizzate la Linea 3 “Supporto all’individuazione di modelli innovativi per garantire servizi adeguati in favore dei soggetti a rischio di marginalità sociale ed economica” e in seguito, a completamento dei lavori già avviati, la Linea 4 “Sperimentazione e monitoraggio dei modelli innovativi sviluppati per garantire servizi adeguati in favore dei soggetti a rischio di marginalità sociale ed economica”.

L’azione di Assistenza Tecnica è stata focalizzata, su indicazione della Regione, sulla riorganizzazione dei servizi sul territorio in modo che risultasse

da un lato più rispondente ai bisogni specifici della popolazione, in particolare delle fasce deboli, e dall'altro impostata su criteri di razionalizzazione, ottimizzazione delle risorse e di sostenibilità del sistema. Ci si riferisce in particolare alla fascia di popolazione costituita dagli anziani ultrasessantacinquenni, la cui incidenza sulla popolazione totale è destinata ad aumentare progressivamente, afflitta da malattie croniche che pesano per il 75% sulla spesa sanitaria. In questa logica va letto l'impegno a spostare la spesa sanitaria, fino ad oggi ospedalocentrica, sempre più sull'assistenza distrettuale (attualmente al 51%), lasciando il 44% a quella ospedaliera ma aumentando in prospettiva la percentuale del 5% destinata alla prevenzione, come dichiarato recentemente anche dall'attuale Ministro della Salute on. Lorenzin. In tal modo si punta ad evitare i ricoveri impropri e garantire, nel contempo, continuità di cura e prestazioni integrate.

Il ricovero di un anziano non ha solo un impatto economico sul sistema ma implica alti costi sociali ed effetti devastanti poiché, in molti casi, rappresenta un trauma e una violenta interruzione di abitudini e punti di riferimento consolidati, che comporta poi un difficile reinserimento nell'ambiente di appartenenza. Promuovere la qualità delle cure domiciliari, cercando di mantenere il più possibile le persone nel loro contesto abitativo, può costituire un reale investimento strategico. La Campania ha deciso di impostare un lavoro di ricerca teso ad individuare dei punti di riferimento chiari, nel contesto regionale specifico, promuovendo un confronto tra i differenti livelli istituzionali e gli attori locali mirato a mettere a punto un modello condiviso di tariffe per le cure domiciliari, prodotte *in house* e in *outsourcing*, basato sul principio dell'appropriatezza e sulla conoscenza del territorio. La scelta della Regione, concretizzata poi nel modello che qui si presenta, appare coraggiosa e innovativa e può costituire anche uno stimolo per le altre Regioni che intendono procedere nella stessa direzione.

Ringraziamento non formale infine va al Ministero della Salute, alla Regione Campania e a tutti coloro che hanno partecipato ai tavoli di lavoro finalizzati al confronto.

Silvia Boni

Responsabile POAT Salute

Dirigente dell'U.O. Politiche Sociali e Sanità di Formez PA

1.0 Introduzione

La Campania con la Delibera n. 41 del 14/02/2011 avente ad oggetto “Approvazione del documento recante linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari: il sistema dei servizi domiciliari in Campania” ha disciplinato compiutamente tutto il settore delle cure domiciliari in ambito regionale, il documento è stato redatto dai partecipanti al laboratorio realizzato con il supporto tecnico di FormezPA nell'ambito del “Progetto Operativo di Assistenza Tecnica alle Regioni dell'Obiettivo Convergenza (POAT)”, di cui è titolare il Ministero della Salute. Le linee guida regionali, in particolare, si propongono di superare le criticità e le disfunzioni emerse nel percorso di implementazione della Legge n. 328 dell'8/11/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”, collegate alle difficoltà insite nella efficace ed efficiente programmazione integrata degli interventi sociali e sanitari nell'assistenza domiciliare integrata. L'esigenza di regolamentare il settore delle cure domiciliari nasce anche dalla volontà della Regione Campania di favorire la deospedalizzazione e la permanenza in famiglia delle persone in condizioni di non autosufficienza ed, in particolare, delle persone con più di sessantacinque anni di età, in vista del raggiungimento dei più elevati livelli di benessere della popolazione per affrontare con una logica preventiva i rischi che le trasformazioni socio-demografiche, economiche ed ambientali evidenziano. L'assistenza domiciliare integrata costituisce, quindi, un obiettivo strategico della programmazione regionale, così come anche previsto nell'ambito del Piano Sociale Regionale.

La Delibera n. 41/2011, pur facendo proprie le indicazioni fornite nel 2006 dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, ha regolamentato la materia anche alla luce delle condizioni strutturali ed organizzative con cui il servizio è assicurato sul territorio regionale e delle normative regionali esistenti sull'argomento: DGRC 1613/2008; 858/2009; 995/2009; 1091/2009 e la L.R. 11/2007, Titolo V; il Piano

Sociale Regionale capitolo 2.4.4 “L’integrazione tra sociale e sanitario”, cap. 2.6.1, Prog.Obiettivo A.D.I; Regolamento sull’Accreditamento n. 16 del 23.11.09 – All. B (prestazioni ADI).

A tale riguardo, gli obiettivi specifici del Sistema delle Cure Domiciliari Integrate indicati dalla Delibera n. 41/2011 sono:

- fornire adeguata assistenza a persone che presentano problematiche di tipo sanitario e sociale suscettibili di trattamento domiciliare, evitando i ricoveri ospedalieri impropri e l’ingresso in residenza.
- favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle residue capacità di autonomia e relazionali.
- rendere possibili dimissioni ospedaliere tempestive ed assicurare la continuità assistenziale mediante lo strumento della “dimissione protetta”
- supportare i “*caregiver*” e trasmettere loro delle competenze che possano tradursi in autonomia di intervento.
- migliorare in ultima analisi la qualità della vita di persone non autosufficienti o a rischio di perdita dell’autosufficienza, favorendo il mantenimento delle capacità residue.

L’articolazione delle cure domiciliari prevista dalla normativa, che ricalca quanto disposto dalla normativa nazionale del 2006, individua tre tipologie di cure domiciliari aggregate per intensità assistenziale:

- le cure domiciliari di tipo prestazionale.
- le cure domiciliari integrate di primo e di secondo livello.
- le cure domiciliari integrate di terzo livello e le cure domiciliari palliative per malati terminali.

Successivamente alla compiuta regolamentazione dell’Assistenza Domiciliare Integrata, la Regione Campania ha avviato con il supporto del FormezPA, nell’ambito del POAT Salute, un’analisi per definire i criteri di valutazione della

complessità assistenziale dei singoli pazienti da collocare in cure domiciliari e per la implementazione di un sistema tariffario per le cure domiciliari in grado di correlare i costi all'assorbimento di risorse professionali necessarie al soddisfacimento dei bisogni espressi. Tale analisi ha dato luogo nel gennaio del 2013 all'emanazione del Decreto Commissariale n. 1 avente ad oggetto "Approvazione documento recante "Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania". L'adozione di tale decreto ha avuto degli effetti prorompenti nel panorama della sanità campana non abituata in ambito territoriale a strumenti che regolamentano nel dettaglio l'analisi della complessità dei pazienti e la correlata risposta in termini di servizi. A ciò occorre, inoltre, aggiungere che le aziende sanitarie locali campane non hanno ancora sviluppato in modo adeguato gli strumenti utili per la misurazione dei risultati di gestione sulle prestazioni erogate sul territorio, o meglio, tali strumenti non hanno ancora raggiunto la stessa maturità di quelli implementati in ambito ospedaliero. Di conseguenza, la Regione Campania ha ritenuto opportuno avviare un processo di monitoraggio collegato all'implementazione del Decreto Commissariale n. 1/2013.

Il presente volume illustra il percorso metodologico che ha portato alla definizione del Decreto, descrivendo sia gli strumenti approntati per la rilevazione del livello di attuazione e delle criticità nell'applicazione del nuovo sistema tariffario regionale sia, sulla base degli esiti del monitoraggio, le attività di supporto predisposte attraverso la redazione di un vademecum esplicativo e lo sviluppo di un'azione di affiancamento costante sul campo.

2.0 La metodologia di lavoro adottata dall'Assistenza Tecnica POAT

2.1 La metodologia adottata per la definizione del sistema tariffario collegato ai profili delle cure domiciliari

L'analisi vera e propria sviluppata per la definizione del sistema tariffario collegato ai profili delle cure domiciliari ha avuto come fase preliminare la realizzazione di un'indagine focalizzata sulle esperienze europee e regionali italiane sulle cure domiciliari.

Le esperienze europee considerate in tema di cure domiciliari fanno riferimento quasi esclusivamente ai servizi erogati a favore degli anziani ma, comunque, rappresentano un punto di riferimento importante in considerazione sia del fatto che gli anziani non autosufficienti rappresentano la maggioranza dei fruitori delle cure domiciliari, sia dell'esigenza per l'Italia di fare riferimento alle modalità di organizzazione dei servizi socio-sanitari nell'Unione Europea. In particolare, sono state considerate le esperienze della Danimarca, Norvegia, Svezia, Olanda, Regno Unito e Francia.

L'analisi della documentazione regionale in tema di tariffe applicate alle cure domiciliari ha, invece, consentito di evidenziare la scarsa esperienza a livello regionale di sistemi tariffari basati su analisi economiche strettamente collegate all'assorbimento delle risorse che determinano i fabbisogni assistenziali dei pazienti. Sono state analizzate, nello specifico, le esperienze della Regione Basilicata, della Regione Lazio, della Regione Sardegna, della Regione Lombardia, della Regione Puglia, della Regione Piemonte, della Regione Veneto, della Regione Emilia Romagna, della Regione Marche, della Regione Sicilia ed, infine, quella della Provincia di Lecco, che storicamente ha sempre caratterizzato le cure domiciliari in Italia, fino a costituire un riferimento proposto nel documento della Commissione LEA del 2006 "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale e degli interventi ospedalieri a

domicilio”, che rappresenta uno dei primi studi realizzati con una metodologia di tipo scientifico con la considerazione di una rilevante casistica di pazienti.

Successivamente all’analisi delle esperienze europee e regionali italiane si è sviluppata la metodologia vera e propria che ha dato luogo alla definizione di una proposta di tariffe collegate ai profili delle cure domiciliari, in particolare, sono stati costituiti due Tavoli Tecnici presso l’Unità Operativa Dirigenziale Interventi Sociosanitari – Direzione Salute della Regione Campania, l’allora Settore Fasce Deboli. I due Tavoli Tecnici hanno operato in modo distinto uno sulla definizione dei profili di cura dell’assistenza domiciliare e l’altro sulla determinazione di una proposta per un piano tariffario delle cure domiciliari collegato ai profili individuati dal precedente Tavolo Tecnico, anche se ad un certo punto (individuabile nel momento in cui è stata scelta nello specifico la metodologia per le tariffe) i due Tavoli Tecnici hanno operato in modo congiunto.

L’attività sviluppata dai due Tavoli Tecnici ha avuto come punto di riferimento le indicazioni normative definite sull’assistenza domiciliare integrata a livello nazionale e regionale. In particolare, per i profili di cura individuati, cui sono state correlate le valorizzazioni tariffarie, si è operato in stretto collegamento con i profili di cura e gli standard qualificati indicati dal documento della Commissione LEA 2006 del Ministero della Salute e riportati nella Delibera n. 41/2011 della Regione Campania sull’Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Nello specifico, il Tavolo Tecnico sui profili di cura ha elaborato una griglia per la valutazione della complessità assistenziale dei diversi profili di cura in cui possono essere classificate le prestazioni erogabili in ambito di assistenza domiciliare integrata. La scheda, la cui validità è stata testata su un campione di pazienti arruolati in ADI dell’ASL di Napoli 1 Centro e su un campione di pazienti arruolati in ADI dell’ASL di Benevento, in relazione ai tre diversi livelli di ADI ed al livello delle cure palliative per malati terminali indicati dalla Delibera n. 41/2011, ha individuato nove profili di cura per l’Assistenza Domiciliare Integrata e tre profili di cura per le Cure Palliative per i malati terminali, tre per

ogni livello di ADI e tre per il livello delle cure palliative, caratterizzati da una complessità assistenziale differente ed articolata in bassa complessità, media complessità ed alta complessità. La scheda consente di esaminare gli elementi che concorrono alla determinazione di un livello di complessità e che costituiscono le caratteristiche di un profilo assistenziale basso, medio o alto, ognuno contraddistinto da un punteggio 1 – 2 – 3; ciò in considerazione del fatto che la complessità è determinata dalla combinazione di più fattori. I dodici profili di cura sono derivati da un'analisi in cui le diverse patologie ricorrenti nei soggetti arruolati nell'ADI sono state incrociate con la tipologia di funzione (ADL – *Activity Daily Living*), le condizioni assistenziali e le condizioni sociali sono state verificate attraverso le varie sezioni della scheda S.VA.M.A¹. Occorre, tuttavia, fare una precisazione per le cure palliative, poiché queste, sulla base della categorizzazione sviluppata dalla scheda, se sono erogate a pazienti non in stato terminale sono inserite nei diversi livelli delle cure domiciliari, mentre se sono erogate a pazienti in stato terminale rientrano nel livello (articolato in tre profili) delle cure palliative per malati terminali; difatti rispecchiando le indicazioni dell'Intesa stato-regioni del 25 luglio 2012 che suddividono le cure palliative in cure palliative di base e cure palliative specialistiche.

Ciascuna caratteristica di complessità (patologie, funzione, necessità assistenziale e condizioni sociali) è stata graduata con un punteggio da 1 a 3, in modo da consentire di collocare ciascuna delle patologie ricorrenti, combinate con gli altri elementi di complessità previsti, in un definito profilo di uno specifico livello di ADI e cure palliative. A ciascun livello di complessità corrisponde una necessità di assistenza sanitaria e sociosanitaria che si concretizza in un fabbisogno assistenziale che definisce un numero minimo e

¹ S.VA.MA- Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Adulte e Anziane. Strumento per l'accesso ai servizi di rete residenziali, semiresidenziali e domiciliari integrati, il cui utilizzo è esteso alla valutazione di tutti i soggetti non autosufficienti e in condizione di fragilità.

massimo di accessi da parte di figure professionali in coerenza con quanto previsto dalla Delibera n. 41/2011.

Qualora il paziente presenti più patologie o più necessità assistenziali verrà considerato solo il punteggio più alto ed uno per ogni caratteristica di complessità. Riassumendo, ciascuna patologia caratterizzante un soggetto arruolabile in uno specifico livello di ADI avrà una collocazione in uno specifico livello di intensità bassa, media ed alta, sulla base dei corrispondenti livelli di punteggio che presentano le caratteristiche funzionali, le necessità assistenziali e le condizioni sociali.

La scheda, così predisposta, dovrà essere utilizzata dal Responsabile dell'Unità Operativa Cure Domiciliari, successivamente alla presa in carico del paziente alla compilazione della scheda S.VA.M.A ed alla definizione del livello di cura domiciliare, per individuare il tipo specifico di profilo cui ricondurre il paziente, naturalmente la scheda non sostituisce affatto la definizione del Piano di Assistenza Individuale (PAI).

L'analisi precedentemente descritta è stata propedeutica a quella relativa alla determinazione delle tariffe, infatti, le cure domiciliari fanno riferimento a patologie con livelli di complessità differenti che danno luogo ad una tipologia assistenziale che deve necessariamente tenere conto delle condizioni cliniche del paziente anche in riferimento a quelle sociali. La considerazione di appropriati profili di cura comporta, quindi, l'attenta valutazione di risorse assorbite differenti a seconda del livello di ADI/Cure Palliative e di complessità specifica, con riferimento ai fabbisogni assistenziali correlati ai diversi profili di cura individuati.

Il Tavolo Tecnico sulle Tariffe ha operato in un primo momento analizzando la documentazione prodotta dagli esperti provenienti dalle diverse AA.SS.LL. della Regione Campania. La documentazione, pur essendo molto interessante in quanto rappresentativa delle diverse modalità di organizzazione sul territorio e costi delle cure domiciliari, non consentiva di definire un piano tariffario di tipo regionale, per una eccessiva eterogeneità delle diverse esperienze. La

varietà e la disomogeneità dei dati a disposizione, dovuti anche alla diversa impostazione e organizzazione dei servizi di cure domiciliari presenti sul territorio, ha reso necessario la realizzazione di un'indagine *ad hoc* focalizzata sulle risorse assorbite in media dai profili di cura individuati dal relativo Tavolo Tecnico. L'indagine, in particolare, ha valutato l'assorbimento delle risorse nell'ambito di ciascun profilo di cura con l'ausilio del *Time-Driven Activity-Based Costing*, che costituisce un'evoluzione rispetto all'approccio dell'*Activity-Based Costing* tradizionale. Il *Time-Driven Activity-Based Costing* assegna i costi delle risorse direttamente all'oggetto di costo in due fasi. L'applicazione del *Time-Driven Activity-Based Costing* nella prima fase individua il costo totale delle risorse (personale, attrezzature, tecnologia etc.) assegnate a uno specifico processo, nella seconda fase assegna i costi delle risorse all'oggetto di costo sulla base delle attività richieste dall'oggetto di costo e della loro durata.

L'adozione del *Time-Driven Activity-Based Costing* ha consentito di determinare i costi mediamente attribuibili alle attività ricomprese nei diversi profili di cura, articolati in gestione in *house* (in proprio da parte degli erogatori pubblici) ed in *outsourcing* (esternalizzata ad erogatori privati). Per la gestione in *outsourcing*, in particolare, si è operato considerando tre tipologie di costo del personale, correlate ai diversi contratti considerati (contratto delle Cooperative, contratto AIOP e contratto ANISAP), che costituiscono i contratti maggiormente applicati dagli erogatori privati che operano nella Regione Campania.

Nello specifico, l'analisi sviluppata sulle quattro tipologie di costi medi (una per la gestione in *house* e tre per la gestione in *outsourcing*) è stata sviluppata in modo da definire il costo (per complessità di profilo di ciascun livello ADI/cure palliative) di una giornata effettiva di assistenza, che è stata rapportata, successivamente, al numero complessivo di giornate di assistenza fornite. Occorre, tuttavia, precisare che nell'analisi delle risorse assorbite da ogni singolo profilo, non è stato considerato il Medico di Medicina Generale

essendo questa una figura professionale convenzionata con il Sistema Sanitario Regionale che grava, in genere, sul capitolo di bilancio della Medicina di Base, come pure non sono stati considerati i farmaci prescritti al paziente e/o prelevati da questi presso la Farmacia di Distretto e gli ausili forniti dalla Riabilitazione, poiché la considerazione di tali costi avrebbe conferito una eccessiva variabilità al modello di *costing* adottato. La figura del medico prevista negli accessi dei diversi profili di cura (con esclusione degli accessi del medico di medicina generale), che potrà essere quella del medico specialista o rianimatore a seconda dell'esigenza del paziente, è stata estratta ai fini della valorizzazione delle tariffe; ciò si è reso necessario per uniformare le diverse modalità di erogazione dell'ADI, dato che nelle gestioni in *outsourcing* la figura dello specialista/rianimatore non è mai esternalizzata ma è di pertinenza dell'A.S.L. Si precisa, tuttavia, che la figura del medico specialista/rianimatore come pure quella del Medico di Medicina Generale sono state considerate nelle analisi che hanno riguardato la stima dei costi a carico della Regione Campania. La *ratio* di questa ulteriore analisi è collegata all'esigenza di definire l'impatto economico, per la Regione Campania, che determina la gestione nel complesso delle cure domiciliari e palliative per quanto attiene soprattutto le diverse figure professionali impegnate.

L'adozione di una metodologia di *costing* evoluta come il *Time-Driven Activity-Based Costing* ha consentito, in una prima fase, di giungere alla definizione di quattro distinti sistemi tariffari, uno per ciascuna modalità di gestione del servizio di cure domiciliari; in una seconda fase, sono state sviluppate delle medie dei diversi sistemi tariffari, una prima media ha riguardato i soli sistemi tariffari in *outsourcing*, mentre una seconda media è stata sviluppata per tutti e quattro i sistemi tariffari, per gestione in *house* ed in *outsourcing*, per consentire al decisore politico di effettuare le proprie valutazioni; naturalmente per ciascuna delle due tipologie di medie operate sono stati evidenziati gli aspetti critici di una loro eventuale adozione. Al riguardo, la scelta tra gestione in *house* od in *outsourcing* deriva spesso dalla disponibilità di personale

dedicato alle cure domiciliari da parte delle AA.SS.LL., di conseguenza, il decisore politico in sede di estensione del documento finale ha preferito adottare la media dei differenti sistemi tariffari considerati, al fine di evitare che la scelta tra le diverse tipologie di erogatori privati, per modalità di contratto del personale, potesse indurre ad una discriminazione basata esclusivamente sull'impatto economico delle tariffe.

Le voci del modello di sistema tariffario previste sono di seguito indicate in tabella.

Tab. 2.1. - Le voci del modello tariffario per le cure domiciliari

Tipologia di ADI	Profilo	N. GEA A)	CIA B)	Tariffa mensile C)	Tariffa per percorso complessivo D)	Tariffa giornata di cura E)
------------------	---------	--------------	-----------	-----------------------	--	--------------------------------

Legenda delle voci

A) per N. GEA si intendono il numero di giornate effettive di assistenza che, convenzionalmente, prevedono l'accesso, anche se diversamente pesato, di tutte le figure professionali dell'assistenza presso il domicilio del paziente.

B) il CIA è il coefficiente di intensità assistenziale ed è dato dal rapporto tra il numero GEA e le giornate di cura del piano assistenziale individuale (PAI).

C) La tariffa mensile è data dal prodotto del CIA per il valore GEA (costo della singola giornata effettiva) per 30.

D) La media del valore percorso è data dal prodotto del valore GEA per il numero effettivo di giornate di assistenza.

E) La media del valore della giornata di cura è data dal rapporto tra la media del valore del percorso ed il numero delle giornate di cura previste dal PAI (180 per ADI I e II livello, 90 per ADI III livello, 60 per le Cure Palliative per malati terminali).

Il documento finale emanato, inoltre, prevede l'individuazione di una serie di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che gli erogatori privati delle cure domiciliari (gestione in *outsourcing*) dovranno possedere per poter operare come *provider* delle AA.SS.LL.; a queste ultime, a loro volta, è deputato il compito di verificare e monitorare l'esistenza di tali requisiti nel momento in cui procedono all'esternalizzazione delle cure domiciliari e palliative.

2.2 I criteri adottati per il calcolo dei costi del sistema tariffario collegato ai profili delle cure domiciliari²

La metodologia del *Time-Driven Activity-Based Costing* si presenta, nello specifico, molto più semplice da applicare rispetto all'approccio dell'*Activity-Based Costing* tradizionale (metodologia sicuramente molto accurata, ma che ha evidenziato nelle sue applicazioni alcune problematiche nella misurazione e gestione dei costi, oltre a comportare costi elevati e operazioni complesse per il suo monitoraggio). Comunque, anche nel caso del *Time-Driven Activity-Based Costing* occorre considerare i costi diretti e quelli indiretti, anche se, nello specifico delle analisi di seguito riportate, i costi di natura indiretta sono stati articolati in indiretti e comuni, in modo da tenere distinti i costi collegati ad una pluralità di oggetti ma sempre attinenti alle cure domiciliari (costi indiretti) dai costi collegati ad una pluralità di oggetti che non attengono solo alle cure domiciliari, ma al complesso dell'attività di erogazione di prestazioni sanitarie (costi comuni).

² Di seguito si riportano i criteri adottati per il calcolo dei costi, con la premessa che le analisi sono state sviluppate nel periodo che va dal novembre 2011 al giugno 2012, di conseguenza, considerano i contratti del personale vigenti a tale data.

COSTI DIRETTI

Costo del personale

Gestione in *house*: per i diversi profili professionali e categorie economiche esaminati si è determinato il costo complessivo (riferimento CCNL 2008/2009) considerando il numero di giorni di lavoro al netto delle giornate previste per le ferie e le assenze contrattualmente previste, a ciò sono stati aggiunti gli oneri riflessi e la produttività annuale. Per le figure di comparto sono state considerate tutte le indennità dovute contrattualmente. Inoltre, per la figura dell'infermiere e dell'operatore socio-sanitario impegnati sull'ADI III livello è stata considerata una remunerazione aggiuntiva per le giornate di lavoro festive, stimate in circa 16 giorni, mentre tale remunerazione aggiuntiva per le giornate di lavoro festive è stata stimata in circa 10 giorni per le Cure Palliative per malati terminali; la *ratio* di tale remunerazione aggiuntiva risiede nel fatto che l'operatività del servizio copre tutta la settimana inclusi i giorni festivi.

Gestione in *outsourcing* - Contratto Cooperative: CCNL definito dal Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali (Accordo Del 2009) per i lavoratori delle cooperative del Settore Socio-Sanitario Assistenziale ed Educativo, per i diversi profili professionali e categorie economiche. Il dato rilevato è il costo orario per le aziende del Sud ed isole con IRAP maggiorata per sfioramento del tetto della spesa sanitaria. Tale costo, in particolare, risulta definito da contratto per ora di lavoro, considerate tutte le indennità, oneri e festività previste.

Gestione in *outsourcing* - Contratto AIOP: per i diversi profili professionali e categorie economiche sia dirigenziale (psicologo) sia di comparto si è considerato il costo medio orario definito sulla base del Contratto del 2010. Al riguardo, per la figura dell'infermiere professionale, del professionista della riabilitazione e del dietista si è considerata la categoria D2; per la figura dell'operatore sociosanitario si è considerata la categoria B2; infine, per la figura dello psicologo si è considerata la categoria E. Per tali figure, come da

contratto, sono state considerate tutte le indennità e premi previsti. Per la figura dell'infermiere e dell'OSS impegnati sull'ADI III livello è stata considerata una remunerazione aggiuntiva per le giornate di lavoro festive, stimate in circa 16 giorni, mentre tale remunerazione aggiuntiva per le giornate di lavoro festive è stata stimata in circa 10 giorni per le Cure Palliative per malati terminali.

Gestione in *outsourcing* - Contratto ANISAP: per i diversi profili professionali e categorie economiche sia dirigenziale (psicologo) sia di comparto si è considerato il costo medio orario definito sulla base del Contratto del 2006 ed il successivo aggiornamento dell'aprile 2012. Al riguardo, per la figura dell'infermiere professionale, del professionista della riabilitazione e del dietista si è considerato il Livello Secondo; per la figura dell'operatore sociosanitario si è considerato il Livello Quarto Super; infine, per la figura dello psicologo si è considerato il Livello Quadro Fascia D. Per tali figure, come da contratto, sono state considerate tutte le indennità e mensilità supplementari. Per la figura dell'infermiere e dell'OSS impegnati sull'ADI III livello è stata considerata una remunerazione aggiuntiva per le giornate di lavoro festive, stimate in circa 16 giorni, mentre tale remunerazione aggiuntiva per le giornate di lavoro festive è stata stimata in circa 10 giorni per le Cure Palliative per malati terminali.

ALTRI COSTI DIRETTI

Costi diretti materiali: (caricato solo sulla figura professionale dell'infermiere, che è la figura deputata a medicazioni ed altri tipi di prestazioni) sono stati considerati i costi previsti dal tariffario SORESA con riferimento al materiale individuato dal gruppo di lavoro, ossia 1 coppia di guanti sterili, 1 coppia di guanti monouso, 1 camice monouso, 1 mascherina, 2 siringhe monouso (da 10 e 20 ml), 1 schizzettone, 1 rete elastica, 1 garza autoadesiva in tessuto non tessuto estensibile, 1 cerotto TNT 19,4x2,5.

Costi diretti trasporto (solo per gestione in house, la totalità dei contratti di esternalizzazione non prevede questa figura di costo, quindi, non è stato considerato): è stato considerato il rimborso di un quinto del costo della benzina per una percorrenza di circa 40-45 Km di una utilitaria con consumo di circa 1 litro di benzina per 15 Km, costo litro benzina 1,808.

COSTI INDIRETTI E COMUNI

Costi indiretti attrezzature: (caricato solo sulla figura professionale dell'infermiere, che è l'unica figura ad utilizzare lo strumento) si è determinato l'ammortamento delle attrezzature rispetto al DM del 31/12/1988 (normativa attualmente in vigore), le attrezzature considerate sono quelle che il personale addetto all'assistenza ha in dotazione, ossia lo sfigmomanometro utilizzato per la misurazione della pressione. Il valore dell'ammortamento annuale è stato pesato rispetto alla media delle prestazioni giornaliere realizzate dall'operatore.

Costi indiretti coordinamento dell'U.O responsabile (per AA.SS.LL.): il gruppo di lavoro ha stimato il costo medio dell'U.O. Cure Domiciliari attribuibile per giornata di cura ad un paziente assistito. In particolare, vista la eterogeneità di dati relativi al costo annuo delle UU.OO. Cure Domiciliari dei diversi distretti delle AA.SS.LL. e la diversa modalità di erogazione (in house, in outsourcing o mista), il gruppo di lavoro ha usato come variabile *proxy*³ il costo annuo di una U.O. Cure Domiciliari di un Distretto di una ASL, che gestisce in house il servizio di cure domiciliari ed i cui dati di costo forniti erano aggiornati al dicembre 2011. Per l'analisi si è tenuto conto solo del costo della funzione di coordinamento (escluso, quindi, i costi diretti per l'assistenza) rapportato al numero di pazienti in carico (mentre per il calcolo delle cure domiciliari prestazionali il riferimento è stato il numero totale di cittadini serviti dal

³ La variabile *proxy* è un indicatore che descrive il comportamento di un determinato fenomeno non osservabile direttamente.

Distretto) rapportato al numero di giornate effettive di assistenza (GEA), mentre nelle cure domiciliari prestazionali il rapporto è stato fatto a 260 (giornate effettive di erogazione servizio).

Costi comuni di struttura (per AA.SS.LL.): si è determinato un costo figurativo per giornata effettiva di assistenza considerando i valori forniti da una ASL, che all'epoca delle analisi sviluppate aveva già elaborato tale dato per esigenze proprie. In particolare, si è considerato il totale dei costi annuali dell'ASL al netto dei costi distrettuali, ospedalieri e dipartimentali. Tali costi sono stati divisi per il numero di cittadini residenti nell'ASL considerata, tale valore è stato a sua volta diviso per il numero di giorni dell'anno (365) ed attribuito alla singola giornata effettiva di assistenza.

Costi indiretti centrale operativa (per Outsourcing): si è determinata la quota di costo (comprensivo delle utenze) da attribuire ad ogni caso suddividendo tale costo sul numero di pazienti medi in carico e sulle rispettive giornate effettive di assistenza per livello di complessità. In particolare, il costo preso in esame è stato quello della centrale operativa del provider di una ASL, così come indicato dal contratto di appalto, per il numero di pazienti serviti all'anno; la scelta è ricaduta su tale struttura poiché il dato di costo fornito è stato quello che presentava una maggiore coerenza con le finalità dell'analisi, in considerazione del numero elevato di pazienti serviti. Per le cure domiciliari prestazionali tale costo non è stato considerato poiché tale prestazioni non sono monitorate da centrale operativa.

Costi indiretti coordinamento (per Outsourcing): la totalità dei contratti di esternalizzazione non prevede questa figura di costo, quindi, non è stato considerato. La realtà regionale prevede che tale coordinamento resta di esclusiva competenza dell'ASL di riferimento.

Costi comuni di struttura (per Outsourcing): si è determinato un costo figurativo, per giornata effettiva di assistenza, determinato considerando i

valori medi dei costi annuali di struttura di un provider tipico. Tali costi annuali sono stati divisi per il numero medio di pazienti gestiti, per livello di intensità, e suddiviso ancora per le rispettive giornate effettive di assistenza. In particolare, il costo preso in esame è quello del provider attivo di una ASL (anche in questo caso, come per la centrale operativa, la scelta è ricaduta su tale struttura poiché il dato di costo fornito è quello che presenta una maggiore coerenza con le finalità dell'analisi, in considerazione del numero elevato di pazienti serviti). Dai dati di costo totali sono stati sottratti i costi annuali per forniture sanitarie (già considerati nella tariffa) ed il costo del personale adibito per l'erogazione delle prestazioni domiciliari (anche questo già considerato nella tariffa). Si arriva in questo modo alla definizione di un costo figurativo che, rapportato ai circa 3.000 pazienti serviti nella fattispecie del provider, dà luogo ad un costo figurativo da suddividere, a sua volta, per le diverse giornate effettive di assistenza. Nel caso delle cure domiciliari prestazionali, il costo figurativo è stato rapportato al numero di abitanti della provincia considerata e, poi, rapportato alle 260 giornate effettive di operatività del servizio.

3.0 Il monitoraggio del Decreto Commissariale n. 1/2013: metodologia e risultati

L'adozione del Decreto Commissariale n. 1/2013 (allegato n. 1) ha richiesto l'implementazione di un adeguato monitoraggio della sua applicazione che, peraltro, era stato già previsto dalla normativa stessa nella parte in cui sancisce che "al fine di garantire le migliori condizioni assistenziali ai pazienti ed evitare sprechi per il sistema sanitario regionale, la Regione Campania, attraverso gli uffici competenti, si riserva di realizzare, attraverso i suoi uffici, controlli e attività di monitoraggio sia sulle AA.SS.LL. sia sui provider privati dell'assistenza domiciliare per monitorare e controllare le condizioni di appropriatezza con le quali sono attribuiti i pazienti in Cure Domiciliari

Integrate-ADI/Cure Palliative nei diversi livelli e profili di cura e per garantire le migliori condizioni qualitative del servizio”.

Al fine di sviluppare adeguatamente la funzione di monitoraggio, attuato nell'ambito della seconda fase dell'Assistenza Tecnica del POAT Salute, la Regione Campania ha previsto l'articolazione della stessa in tre distinte tipologie di monitoraggio:

- il monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni erogate
- il monitoraggio delle modalità organizzative del servizio di cure domiciliari
- il monitoraggio economico delle cure domiciliari e palliative

3.1 Il monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni erogate

Per quanto attiene il monitoraggio delle prestazioni erogate, la principale problematica su cui si è focalizzata la rilevazione è stata la verifica della corretta applicazione della scheda profili utilizzata per l'inquadramento clinico/diagnostico di ogni paziente in uno specifico profilo di cura, cui corrisponde il correlato grado di complessità assistenziale. Tale problematica è stata affrontata con l'attivazione di diversi strumenti. In primo luogo, è stata inviata una scheda in formato *excel* ai referenti delle cure domiciliari della Regione chiedendo di estrarre a campione 10 casi trattati e di annotare, in modo anonimo per ogni paziente, nella scheda il profilo assegnato al caso, le figure professionali impegnate, il numero di accessi, il coefficiente di intensità assistenziale, il numero di giornate effettive di cura, le giornate di cura previste dal piano assistenziale individuale ed il costo per accesso. Le schede compilate sui casi estratti a campione per ogni AA.SS.LL. sono state, poi, analizzate in un prospetto riepilogativo evidenziando le incoerenze, in riferimento a quanto disposto dal Decreto Commissariale n. 1/2013, rispetto al coefficiente di intensità assistenziale, al numero di giornate effettive di assistenza ed al costo delle prestazioni. L'analisi così realizzata ha consentito

di evidenziare che, in numerosi casi, gli operatori delle cure domiciliari avevano avuto difficoltà nell'implementazione della scheda di classificazione dei profili. I risultati di tale indagine a campione sono stati, infine, discussi in una riunione con i referenti delle cure domiciliari delle AA.SS.LL. La successiva fase del monitoraggio sull'appropriatezza ha riguardato l'attivazione di specifici strumenti per il superamento delle criticità emerse nell'applicazione della scheda di classificazione dei profili, al riguardo, è stata elaborata una nota esplicativa sulla corretta applicazione della scheda profili prevista nel Decreto Commissariale n. 1/2013 (allegato n. 2), in cui la Regione Campania ha dato dettagliate indicazioni con lo scopo di facilitare, nell'ambito dell'applicazione del Decreto Commissariale n. 1 del 07/01/2013 la classificazione del paziente in un determinato livello e profilo delle cure domiciliari e profilo delle cure palliative per malati terminali. Il documento, in particolare, individua il percorso che gli operatori devono seguire per la corretta classificazione della complessità del paziente partendo dalle indicazioni della scheda S.Va.M.A. o della scheda S.Va.M.D.I.⁴. Inoltre, è stata intensificata l'azione di monitoraggio sulle sedute delle Unità di Valutazione Individuale (UVI) e sui dati semestrali relativi ai soggetti arruolati in assistenza domiciliare anziani e disabili (si veda l'allegato n. 3 del volume).

3.2 Il monitoraggio delle modalità organizzative del servizio di cure domiciliari

Per quanto riguarda il monitoraggio delle condizioni organizzative del servizio cure domiciliari, è stato realizzato un apposito sondaggio che ha analizzato, tra i diversi aspetti, per ciascuna azienda, la tipologia di coordinamento realizzata con particolare riferimento alle seguenti modalità:

- il coordinamento organizzativo.

⁴ S.Va.M.Di. - Scheda di valutazione multidimensionale per la persona adulta con disabilità. Strumento per l'accesso alle prestazioni, per la dimissione degli utenti e per la riqualificazione del progetto assistenziale.

- il coordinamento gestionale.
- il coordinamento professionale.

Dall'analisi emerge un quadro eterogeneo rispetto alle tipologie di gestione tra un distretto e l'altro all'interno della stessa ASL. Fanno eccezione l'A.S.L. di Caserta, che ha una gestione univoca delle cure domiciliari, ovvero un unico sistema di gestione del servizio e per ogni intensità assistenziale, e la Napoli 1 Centro, che dichiara di avere un sistema univoco di gestione mista delle cure domiciliari

Fig. 3.1 - Le modalità di gestione delle cure domiciliari in Campania

Asl	Eternalizzato				In house				Misto			
	ADI per elevato grado di intensità	ADI per grado di intensità medio-alto	ADI per grado di intensità basso	ADI per grado di intensità base	ADI per elevato grado di intensità	ADI per grado di intensità medio-alto	ADI per grado di intensità basso	ADI per grado di intensità base	ADI per elevato grado di intensità	ADI per grado di intensità medio-alto	ADI per grado di intensità basso	ADI per grado di intensità base
Avellino		X	X	X					X			
Benevento	X	X	X	X								
Caserta					X	X	X	X				
Napoli 1					X	X					X	X
Napoli 2		X				X	X	X				
Napoli 3									X	X	X	X
Salerno				X					X	X	X	

Gli ulteriori aspetti indagati con la scheda precedentemente menzionata sono stati: il grado di recepimento formale della Delibera n. 41/2011 e del Decreto Commissariale n. 1/2013, l'adozione o meno di protocolli clinici e/o organizzativi condivisi con gli altri attori delle cure domiciliari (terzo settore, comuni, etc.), la previsione di adeguati piani formativi con l'indicazione del percorso specifico delineato per i discenti, l'integrazione con i Medici di Medicina Generale e con il sociale, le modalità di composizione dell'équipe di cure domiciliari, le modalità di formazione del budget dedicato alle cure

domiciliari, le modalità di programmazione con gli ambiti di zona, le modalità di gestione della cartella clinica, etc.

3.3 Il monitoraggio economico delle cure domiciliari integrate e cure domiciliari palliative

Per quanto attiene, invece, il monitoraggio economico dell'implementazione del Decreto Commissariale n. 1/2013, l'attività sviluppata ha considerato i flussi di costo da attivare per consentire la governance regionale delle risorse impegnate per l'erogazione delle prestazioni per cure domiciliari e palliative sul territorio. Nello specifico, l'adozione del Decreto Commissariale n. 1/2013 richiede l'attivazione di flussi di monitoraggio economico focalizzati sui singoli profili di cura previsti dal Decreto *de quo*; i flussi economici dovrebbero considerare il costo delle cure domiciliari e palliative in senso ampio, considerando tutte le sue determinati:

- il costo delle prestazioni connesse alle cure domiciliari e palliative
- il costo della funzione di coordinamento e controllo realizzata dalle aziende sanitarie locali
- il costo della farmaceutica riconducibile alle cure domiciliari e palliative
- il costo della protesica riconducibile alle cure domiciliari e palliative
- il costo dei dispositivi/ausili riconducibili alle cure domiciliari e palliative.

L'attivazione di efficaci flussi di analisi economica risulta necessaria anche in considerazione del fatto che i flussi informativi ministeriali previsti dal modello FLS. 21, riquadro H, ed il SIAD al momento non contengono informazioni di tipo contabile/economico. Il sistema di monitoraggio economico da sviluppare sui profili delle cure domiciliari e palliative dovrà essere strutturato in modo da connettersi, in un prossimo futuro, alle informazioni rilevate dal SIAD. Gli

strumenti contabili/informativi utili per l'attivazione dei flussi di monitoraggio sono la contabilità generale (analizza i rapporti dell'azienda con le economie esterne) che dà luogo al bilancio e la contabilità analitica (analizza le modalità di assorbimento delle risorse all'interno dell'azienda), nel caso di carenze di tali strumenti contabili si potrebbe valutare l'opportunità di attivare dei flussi informativi ad hoc di natura extra-contabile. In particolare, data la diversa modalità di gestione delle cure domiciliari sul territorio generale (gestioni in proprio, esternalizzate e miste), è necessario ipotizzare flussi informativi articolati che riescano a contemperare tutte le possibilità.

Per quanto attiene la gestione esternalizzata delle cure domiciliari, il costo collegato alle cure domiciliari ed alle palliative sarà evidenziabile in bilancio nell'acquisto dei servizi sanitari. Tuttavia, occorre precisare l'attivazione di tali flussi informativi non potrà essere limitata alla sola analisi dei dati di bilancio, ma dovrà anche prevedere informazioni fornite dagli erogatori privati e flussi informativi attivati dalle U.O. Cure Domiciliari e dal Controllo di Gestione, questi ultimi per quanto attiene il monitoraggio dell'appropriatezza in senso ampio, il monitoraggio dei profili di cura e la correlazione dei costi ai diversi profili di cura.

Per quanto attiene l'analisi dei dati di bilancio, il Decreto Legislativo n. 118 del 23 giugno 2011 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42" al Titolo II (Principi contabili generali e applicati per il settore sanitario) articolo 26 comma 3 recita: *"Per conferire struttura uniforme alle voci del bilancio preventivo economico annuale e del bilancio d'esercizio, nonché omogeneità ai valori inseriti in tali voci, gli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c) (aziende sanitarie locali; aziende ospedaliere; istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche se trasformati in fondazioni; aziende Ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale) e lettera b), punto i), ove ricorrano le condizioni ivi previste redigono il bilancio di esercizio secondo gli appositi schemi di cui all'allegato n. 2, che costituiscono parte integrante del presente*

decreto legislativo". Inoltre, l'art. 27 dedicato al Piano dei conti al comma 2 recita: "Gli enti di cui al comma 1 possono dettagliare il proprio piano dei conti inserendo ulteriori sottovoci, rispetto a quelle di cui ai modelli di rilevazione SP e CE di cui al decreto ministeriale 13 novembre 2007 e successive modificazioni ed integrazioni, secondo le proprie esigenze informative".

Successivamente, il Decreto del Ministero della Salute del 15 giugno 2013 "Nuovi modelli di rilevazione economica «Conto economico» (CE) e «Stato patrimoniale» (SP) delle aziende del Servizio sanitario nazionale" ha definito per gli enti di cui all'art. 19, comma 2, lettera c) del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (ossia le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche se trasformati in fondazioni, le aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale, nonché le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano) il nuovo modello di rilevazione dello Stato Patrimoniale e del Conto Economico.

La Regione Campania con il Decreto Dirigenziale n. 277 del 10 ottobre 2012 "Aggiornamento del Piano dei Conti Unico Regionale per la contabilità economico-patrimoniale delle Aziende Sanitarie, approvato dal decreto commissariale n. 60/2011, ed esteso con decreto commissariale n. 80/2012 alla Gestione Sanitaria Accentrata, istituita in attuazione del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118" ha definito l'aggiornamento del Piano dei Conti Unico Regionale per delle aziende sanitarie, stabilendo, al punto 3 del decreto *de quo*, che le aziende potranno ulteriormente articolare con maggiori dettagli il proprio Piano dei Conti aziendale, in modo da soddisfare ulteriori esigenze informative interne ed esterne, senza modificare la struttura dell'allegato Piano dei Conti Unico Regionale, che è da considerare il modello base per tutte le aziende sanitarie per la Gestione Sanitaria Accentrata.

Nel dettaglio, il Piano dei Conti Unico Regionale indica nella parte dedicata ai costi della produzione (lettera B) le voci di costo previsti per l'acquisto di servizi sanitari (lettera B.2), in particolare, nel dettaglio delle voci (lettera B.2.I)

dedicate all'Acquisto di prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria sono indicate le voci utili dove allocare i costi per l'acquisto di prestazioni per cure domiciliari e palliative da soggetti privati, anche se le specifiche della norma si riferiscono all'assistenza geriatrica, che risulta riduttiva nelle cure domiciliari e palliative, anche se la maggior parte di tali prestazioni sono erogate a soggetti anziani. Quindi, potrebbe essere utile modificare la dicitura del Piano dei Conti da Assistenza geriatrica ad Assistenza Domiciliare Integrata, magari prevedendo una ulteriore voce per le Cure Palliative.

Per quanto attiene, invece, la gestione in proprio delle cure domiciliari, il costo di tali prestazioni sarà evidenziabile attraverso la contabilità analitica. A tale riguardo, il Decreto n. 14 del 30 novembre 2009 "Implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, sia a livello contabile che regionale. Rif. punto n. 1 Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009" illustra le linee guida per la definizione del Regolamento di amministrazione e contabilità delle Aziende Sanitarie della Regione Campania. Gli allegati d e d1 individuano i Centri di Responsabilità ed i Centri di Costo (con relativa codifica) che possono essere utili per l'attivazione dei flussi di monitoraggio sulle cure domiciliari e palliative. Tuttavia, l'articolazione dei centri di costo prevista non risulta, ad una prima analisi, coerente con i fabbisogni informativi collegati al Decreto Commissariale n. 1 del 2013. In particolare, il Centro di Responsabilità dedicato all'Assistenza programmata a domicilio (codificato con il numero 20600) è articolato in centri di costo poco chiari per quanto attiene il contenuto delle voci previste; inoltre, tale articolazione in centri di costo risulta superata e non in linea con i flussi di monitoraggio previsti dal Comitato Lea, poiché richiama sostanzialmente il modello LA/CE che non appare esplicativo per le attuali esigenze informative. Anche in questo caso, potrebbe risultare opportuno modificare la dicitura del Piano dei Conti prevedendo ulteriori voci di costo utili per il monitoraggio.

4.0 I risultati dell'azione di affiancamento realizzata

Il principale risultato dell'attività di affiancamento è stata la definizione di un sistema tariffario basato su una metodologia, innovativa per la sanità campana, che considera le risorse assorbite per l'erogazione delle prestazioni esaminate. Ciò ha determinato, come logica conseguenza, l'esigenza di sviluppare adeguati flussi di monitoraggio sia di natura economica che non, su tale sistema tariffario. In particolare, l'attivazione di efficaci flussi di monitoraggio economico ha prodotto l'effetto di sviluppare analisi sui bilanci e sui dati del controllo di gestione delle aziende sanitarie campane, proprio per consentire la tracciabilità dell'utilizzo delle risorse per l'erogazione delle prestazioni di cure domiciliari e palliative, mentre nel passato questa esigenza non era avvertita, limitandosi il monitoraggio allo studio dei flussi ministeriali di dati obbligatori. Certamente, l'introduzione di una tale innovazione potrà avere l'effetto di sviluppare i sistemi di analisi economica anche nella sanità territoriale con lo stesso impulso che ha avuto nel passato l'introduzione del sistema di pagamento con modalità *Diagnosis-Related Group* (DRG) utilizzata negli ospedali.

5.0 Conclusioni

Il risultato dell'attività realizzata nell'ambito del POAT Salute è stata la definizione di un sistema tariffario composito per le cure domiciliari e palliative focalizzato sulle risorse assorbite da ciascun livello di complessità (profilo) considerato.

Questo sistema tariffario si presenta innovativo rispetto sia alle esperienze concrete realizzate dalle altre regioni italiane in tema di cure domiciliari integrate, sia alle esperienze presenti nella letteratura internazionale sui modelli di *costing* innovativi. Per quanto riguarda il primo aspetto, nell'ambito delle cure domiciliari non esistono casi concreti di applicazioni del *Time-Driven Activity-Based Costing*, le metodologie più innovative si basano su analisi statistico-sanitarie, mentre, per quanto attiene i modelli di *costing* innovativi presenti nella letteratura internazionale, la generalità dei casi analizzati si riferiscono ai servizi erogati in ambito ospedaliero e, comunque, non sono presenti esempi di adozione del *Time-Driven Activity-Based Costing* per la definizione di sistemi tariffari, in genere, ed in particolare per le cure domiciliari e palliative. Ciò, di conseguenza, consente di aprire scenari nuovi per le implicazioni teoriche che ciò potrebbe comportare.

La definizione del sistema tariffario per profili per le cure domiciliari della Regione Campania presenta, inoltre, delle notevoli implicazioni manageriali. Infatti, rispetto al passato dove le aziende sanitarie della Regione potevano avere tra loro differenti modalità di approccio alla complessità assistenziale dei pazienti, soprattutto per la risposta in termini di servizi da erogare, anche in conseguenza delle diverse modalità di gestione territoriale dei servizi domiciliari, con la definizione dei profili assistenziali la Regione Campania ha ridotto notevolmente tale diversità influenzando sui comportamenti dei responsabili delle cure domiciliari. Infine, la definizione di un sistema di tariffe basato su una metodologia innovativa ha posto in evidenza l'esigenza di monitorare costantemente le risorse assorbite dai pazienti nelle cure domiciliari, ponendo l'attenzione dei manager sulle modalità di analisi dei costi basati sulle prestazioni erogate, aspetto questo poco sviluppato nella sanità della Regione Campania.

Certamente l'analisi descritta presenta delle limitazioni che sono collegate al fatto che il sistema tariffario elaborato potrebbe essere in contrasto con i modelli di *costing* generalmente adottati dalle aziende sanitarie della Regione

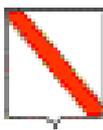
e basati essenzialmente sulla contabilità per centri di costo, di conseguenza, potrebbe riscontrarsi una difficoltà delle aziende sanitarie nel gestire un modello di *costing* più innovativo basato sulle risorse assorbite dalle prestazioni erogate. Occorre, tuttavia, considerare che tale metodologia sicuramente costituisce un importante fattore di stimolo per lo sviluppo di adeguati sistemi di monitoraggio dei costi anche in considerazione del fatto che dal 2013 è stato introdotto in sanità il concetto di costo standard così come auspicato dalla Legge n. 42 del 2009 e dal Decreto Legislativo n. 68 del 2011. In particolare, il capo IV del Decreto n. 68 del 2011 disciplina, a decorrere dal 2013, la determinazione dei costi standard e dei fabbisogni standard per le regioni a statuto ordinario nel settore sanitario, al fine di assicurare un graduale e definitivo superamento dei criteri di riparto previsti dalla L. 662/1996; ciò comporterà l'esigenza per tutte le regioni di sviluppare sistemi di monitoraggio dei costi delle prestazioni sanitarie erogate sempre più sofisticati, per verificare la congruenza di tali costi con gli standard di costo definiti a livello ministeriale.

Tutto quanto premesso pone certamente in evidenza le numerose prospettive di studio e approfondimento sull'argomento nel medio e lungo periodo. In particolare future ricerche potrebbero analizzare i cambiamenti organizzativi ed i cambiamenti nel monitoraggio economico che l'adozione del sistema tariffario per profili definito nel Decreto Commissariale n. 1/2013 comporterà nelle aziende sanitarie della Campania, anche in considerazione del fatto che dal 2013 la Campania, come le altre regioni italiane, sono finanziate sulla base dei costi standard, infatti il capo IV del Decreto Legislativo n. 68 del 2011 disciplina, a decorrere dal 2013, prevede proprio la determinazione dei costi standard e dei fabbisogni standard per le regioni a statuto ordinario nel settore sanitario, al fine di assicurare un graduale e definitivo superamento dei criteri di riparto previsti dalla Legge n. 662 del 1996.

ALLEGATI

Allegato 1

Decreto Commissariale n. 1 del 2013



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per il
Piano di rientro del Settore Sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 24/04/2010)*

DECRETO COMMISSARIALE n. 1 del 07.01.2013

OGGETTO: Approvazione documento recante "Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania".

PREMESSO che:

- a) con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro-tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario regionale, a norma dell'articolo 4 del Decreto Legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2009, n. 222;
- b) con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010 il nuovo Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stessa secondo Programmi operativi di cui all'art.1, comma 88, della Legge n. 191 del 2009;
- c) con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il dotto Mario Morlacco e il dott Achille Coppola sono stati nominati Sub Commissari ad acta con compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di rientro;
- d) che con delibera del 23 marzo 2012 il Consiglio dei Ministri ha riunito nella persona del sub commissario ad acta dr. Mario Morlacco i compiti in precedenza già attribuiti al sub commissario dimissionario dr. Achille Coppola;

RILEVATO che:

- a) il decreto commissariale n.49/2010 "Riassetto della rete ospedaliera e territoriale,..... con il quale sono definite le aree prioritarie di intervento per la riorganizzazione della rete territoriale con particolare riguardo al sistema delle cure domiciliari;
- b) la delibera di giunta regionale n.41 del 14.02.2011 definisce il sistema dei servizi domiciliari in Campania ed approva le linee di indirizzo recanti profili di cura e standards assistenziali;
- c) la richiamata D.G.R.C. n.41 del 14.02.2011 rinvia ad atti successivi la definizione del sistema di tariffazione per le cure domiciliari in base ai profili di cura;
- d) il decreto 22 del 22 marzo 2011, Approvazione del Piano sanitario regionale ai sensi del punto t) della delibera della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010 definisce gli obiettivi in materia di riorganizzazione della rete territoriale di assistenza;
- e) il decreto del commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario n. 65 del 26.09.2011 "Programma Operativo 2011 – 2012. Istituzione del Nucleo di Coordinamento" articola gli obiettivi definiti dal Programma Operativo per il biennio 2011 – 2012, nei seguenti punti:
 - a) Governance
 - b) Rete Ospedaliera
 - c) Riqualficazione dell'assistenza territoriale
 - d) Prevenzione, veterinaria ed igiene degli alimenti
 - e) Razionalizzazione e gestione del Personale

- f) Razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica
- g) Interventi di sistema
- h) Fornitura prestazioni da privati accreditati

f) il succitato decreto 65/2011 pone tra i risultati programmati la qualificazione dell'assistenza domiciliare Intervento 3.5 Potenziamento dell'assistenza domiciliare;

g) che il richiamato Piano sanitario tra gli obiettivi della riorganizzazione del sistema di cure domiciliari poneva la definizione di un sistema di remunerazione delle cure domiciliari;

h) che il decreto commissariale n. 53 del 09.05.2012 al 2.5.2 e al 2.5.7 tra i risultati da conseguire indica la definizione di un sistema tariffario per profili di cura e bisogni assistenziali per le cure domiciliari di cure domiciliari

ATTESO CHE

a) Il PON Governance e Assistenza Tecnica (PON GAT) cofinanziato dal FESR prevede all'interno dell'Obiettivo Operativo II.4 il "Rafforzamento delle strutture operative e delle competenze nella Pubblica Amministrazione", da perseguire "per il tramite delle Amministrazioni centrali competenti, assicurando un supporto specialistico alle Regioni su temi nodali, dove più forte deve essere l'integrazione tra i livelli di governo", al fine di accrescere "le capacità delle strutture delle Amministrazioni impegnate nel conseguimento degli obiettivi del QSN";

b) nell'ambito del Piano operativo di Assistenza tecnica -P.O. A.T.-Salute, il Ministero della Salute sentite le regioni Obiettivo convergenza ha definito un piano mirato e finalizzato a fornire assistenza e supporto nella definizione di politiche sociosanitarie;

c) tra i fabbisogni rilevati è stata definita la necessità di supportare le regioni nella definizione di azioni mirate a migliorare l'accessibilità dei servizi sanitari e socio-sanitari e ridurre la marginalità-Obiettivo Operativo II.4;

d) delle azioni di affiancamento alla Regione Campania per questo specifico Obiettivo è stato individuato quale soggetto attuatore dal Dipartimento Funzione Pubblica e Ministero della Salute, il FORMEZ PA ;

e) mettendo a frutto l'esperienza maturata nella realizzazione del Piano di Azione, Obiettivo di servizio S06, nell'ambito delle attività realizzate in collaborazione con il FORMEZ PA, è stato costituito un tavolo di lavoro con la partecipazione dei referenti ed esperti di cure domiciliari delle AA.SS.LL. per la redazione di un documento tecnico contenente elementi per la definizione dei profili di cura e delle relative tariffe.

PRESO ATTO

a) del lavoro svolto dal tavolo tecnico composto dagli esperti e referenti delle cure domiciliari delle AA.SS.LL. ha prodotto un documento contenente il sistema di tariffe in base ai profili e ai bisogni assistenziali, coerentemente con la d.g.r.c 41/2011;

b) che il documento elaborato dal tavolo tecnico include indicazioni operative in relazione alle competenze professionali e alle figure necessarie per la realizzazione del progetto assistenziale individualizzato in base ai profili di cura;

c) che il richiamato decreto propone le tariffe delle cure domiciliari per tutti i livelli di assistenza, cure domiciliari prestazionali, cure domiciliari di primo-secondo-terzo livello e cure domiciliari palliative;

RITENUTO

a) che tale documento costituisce un orientamento ed indirizzo per la definizione di appropriati percorsi di cure domiciliari;

b) che i Direttori Generali debbano adottare tale documento al fine di definire un sistema di remunerazione e di costi delle cure domiciliari e per uniformare il sistema della presa in carico domiciliare;

c) confermare l'obbligo ai Direttori Generali di favorire il popolamento dei flussi informativi NSIS dedicati alle cure domiciliari - SIAD, conferendo i dati attraverso il sistema regionale;

d) di definire un periodo di 12 mesi per la fase di prima applicazione del presente documento, a decorrere dal quale sarà possibile introdurre elementi migliorativi;

- e) di dare mandato al settore 03 dell'A.G.C. 20 di applicare il presente atto, avendo cura di monitorare le ricadute applicative con strumenti e tempi da definirsi con successivi provvedimenti ;
- f) di trasmettere al settore 01 dell'A.G.C. 18 il presente atto affinché si definisca un percorso di condivisione in coerenza con il Piano sanitario e i Programmi Operativi collegati al Piano di rientro

VISTI

- a) il D.P.C.M. 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";
- b) il D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli di Assistenza Sanitaria";
- c) la D.G.R.C. 460/2007 Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004;
- d) la D.G.R.C. 2310/2007: Azioni di supporto tecnico alle AA.SS.LL. in materia di riqualificazione del sistema di erogazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, per l'attuazione degli obiettivi previsti dal Piano di Rientro approvato con D.G.R.C. 460 del 20 marzo 2007;
- e) la L.R. 11/2007: Legge per la Dignità e la Cittadinanza Sociale;
- f) la D.G.R.C. N.2105 DEL 31 DICEMBRE 2008 Monitoraggio ed Informatizzazione delle prestazioni erogate dalle AA.SS.LL. ai sensi del D.P.C.M. 29.11.2001.Presa d'atto dei risultati del Progetto di monitoraggio LEA SOCIOSAN e definizione del percorso di stabilizzazione del sistema di rilevazione denominato LEA SOCIOSAN
- g) D.G.R.C. 210/2009 Piano di Azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio del Quadro Strategico Nazionale 2007 – 2013;
- h) la D.G.R.C. 694 del 16 4 09 "Piano Sociale Regionale" ;
- i) il DPGR n.16 del 23.11.2009 "Regolamento di Attuazione della L.R.11/2007";
- j) Il Patto per la salute 2010-2012 approvato dall'Intesa stato-regioni del 3 dicembre 2009;
- k) il decreto commissariale 4 del 11/1/2011 "Determinazione tariffe prestazioni residenziali per l'assistenza al Malato terminale Rif. punto 16 Deliberazione Consiglio dei Ministri del 24/07/2009 e approvazione del documento recante "Linee d'indirizzo per l'accesso alla rete delle cure palliative, standard e profili professionali" nella quale sono contenute indicazioni utili per la costruzione di un sistema territoriale di presa in carico nell'ambito delle cure palliative;
- l) la D.G.R.C. 41 del 14.02.2011;
- m) la D.G.R.C. 320 del 3.07.2012.Modifica degli Ambiti Territoriali sociali e dei Distretti Sanitari - provvedimenti a seguito della deliberazione di Giunta Regionale n.40 del 14/02/2011;
- n) il decreto del commissario ad acta per il piano di rientro n.77 del 09.07.2012.recepimento della D.G.R.C. 320 del 3.07.2012.Modifica degli Ambiti Territoriali sociali e dei Distretti Sanitari -provvedimenti a seguito della deliberazione di Giunta Regionale n.40 del 14/02/2011;
- o) D.G.R.C. 324 del 3.07.2012."adozione della scheda di valutazione multidimensionale per le persone adulte disabili - S.VA.M.DI. Campania."
- p) la D.G.R.C. 323 del 03.07.2012. Adozione della scheda di valutazione multidimensionale per le persone adulte ed anziane-S.VA.M.A. Campania. modifiche ed integrazioni della d.g.r.c. 1811/2007";
- q) la legge 38 del 15 marzo 2010 che tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore;
- r) Intesa stato regioni del 25 /07/2012 Intesa sulla proposta del Ministro della salute, di cui all'articolo 5 della legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore;
- s) decreto ministeriale del 6 agosto 2012,-G.U. n. 197 del 24/8/2012- recante: Modifiche al decreto 17 dicembre 2008, recante Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare che contiene indirizzi specifici relativi al trattamento dei dati e all'utilizzo degli stessi per la definizione degli indicatori;
- t) il decreto commissariale 128 del 10/10/2012 presa d'atto del parere ministeriale 146 del 18/5/2011, modifiche al decreto 4/2011 Determinazione tariffe prestazioni residenziali per l'assistenza al Malato terminale Rif. punto 16 Deliberazione Consiglio dei Ministri del 24/07/2009 e approvazione del documento recante "Linee d'indirizzo per l'accesso alla rete delle cure palliative, standard e profili professionali"

RITENUTO di disporre l'approvazione del documento " Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania" -all. A che costituisce parte integrante del presente atto.

DECRETA

Per tutto quanto esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato:

1. di approvare il documento recante "Sistema di tariffe profili di cure domiciliari della Regione Campania- allegato A al presente atto che ne costituisce parte integrante;
2. che tale documento costituisce un orientamento ed indirizzo per la definizione di un appropriato percorso di cura domiciliare;
3. che i Direttori Generali debbano adottare tale documento al fine di definire un sistema di remunerazione e di costi delle cure domiciliari e per uniformare il sistema della presa in carico domiciliare;
4. confermare l'obbligo ai Direttori Generali di alimentare i flussi informativi NSIS dedicati alle cure domiciliari -SIAD, conferendo i dati attraverso il sistema regionale LEASOCIOSAN
5. di definire un periodo di 12 mesi per la fase di prima applicazione del presente documento, a decorrere dal quale sarà possibile introdurre elementi migliorativi;
6. di dare mandato al settore 03 dell'A.G.C. 20 di applicare il presente atto, avendo cura di monitorare le ricadute applicative con strumenti e tempi da definirsi con successivi provvedimenti ;
7. di trasmettere al settore 01 dell'A.G.C. 18 il presente atto affinché si definisca un percorso di condivisione, in coerenza con il Piano sanitario e i Programmi Operativi collegati al Piano di rientro
8. di inviare il presente provvedimento alle AA.SS.LL, alle AA.OO.RR.NN.,AA.OO.UU.PP. , all'A.G.C. 18 Assistenza Sociale, all'A.G.C. 19 Piano Sanitario Regionale, all'A.G.C. 20: Assistenza Sanitaria, all'Agenzia Regionale alla Sanità nonché al Settore "Stampa, Documentazione, Informazione e Bollettino Ufficiale" per la pubblicazione sul BURC che è da intendersi quale notifica agli interessati e al settore proponente per l'esecuzione.

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Mario Morlacco

Il funzionario istruttore
Dott.ssa Annarita Greco

Il Dirigente del Settore Fasce Deboli della A.G.C. 20
Dott.ssa Rosanna Romano

Il Coordinatore della A.G.C. 19 e ad interim 20
Dott. Albino D'Ascoli

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro



**SISTEMA DI TARIFFE PER
PROFILI DI CURE DOMICI-
LIARI DELLA REGIONE CAM-
PANIA**

INDICE

1. Premessa: il contesto internazionale e regionale	3
1.1. Metodologia	4
2. L'esperienza della Regione Campania in tema di cure domiciliari	5
2.1. La progettualità per le Cure Palliative in Regione Campania	7
2.2. Ruoli e funzioni dei diversi attori delle cure domiciliari in Regione Campania ai sensi della D.G.R.C. 41/2011.....	7
2.2.1. Il sistema delle cure domiciliari realizzata dalle AA.SS.LL. della Regione Campania in base ai profili della D.G.R.C. 41/2011.	8
3. Il lavoro dei Tavoli Tecnici dei referenti aziendali delle cure domiciliari	9
3.1. Le proposte del Tavolo Tecnico sui profili di cura.....	10
3.2. I fabbisogni assistenziali individuati in relazione ai profili di cura	18
3.3. Analisi dei sistemi tariffari aziendali e scelte metodologiche regionali	21
3.4. Modello di sistema tariffario regionale	23
3.6. Proposta dell'impegno dell'operatore sociosanitario-oss ai fini del calcolo dei costi	26
4. Il monitoraggio, appropriatezza.....	27
4.1 I sistemi informativi	28
5. Requisiti dei soggetti erogatori.....	29
6. Bibliografia	31

1. Premessa

Il contesto internazionale e regionale

La *World Health Organization* comprende nell'ambito del settore delle patologie non trasmissibili (*noncommunicable diseases*) tutta l'area delle patologie che danno luogo alla disabilità. Al riguardo, il Rapporto del 2011 evidenzia che le malattie non trasmissibili sono le principali cause di morte a livello mondiale. Contrariamente all'opinione comune, i dati elaborati a livello mondiale dimostrano che quasi l'80% dei decessi per malattie croniche si verificano nei paesi a basso o medio reddito. Nonostante la loro rapida crescita e la loro distribuzione iniqua, i decessi correlati alle malattie non trasmissibili potrebbero essere evitati attraverso interventi adeguati.

Con lo sviluppo delle patologie croniche si è sempre più avvertita la necessità di definire una maggiore attenzione e più mirate risposte a livello internazionale, in questo senso si inserisce il Piano d'Azione 2008-2013 sviluppato dalla *World Health Organization* e dagli Stati membri finalizzato a tradurre la strategia globale per la prevenzione ed il controllo delle malattie non trasmissibili in azioni concrete. Il Piano evidenzia, in particolare, i seguenti obiettivi:

- Aumentare la priorità accordata alle malattie non trasmissibili nell'azione di sviluppo a livello globale e a livello nazionale e di integrare la prevenzione ed il controllo di queste malattie nelle politiche attraverso i dipartimenti governativi;
- Stabilire e rafforzare le politiche ed i piani nazionali per la prevenzione ed il controllo delle malattie non trasmissibili;
- Promuovere interventi per ridurre i principali fattori di rischio in grado di modificare: l'uso del tabacco, una cattiva alimentazione, l'inattività fisica ed il consumo nocivo di alcool;
- Promuovere la ricerca per la prevenzione ed il controllo delle malattie non trasmissibili;
- Promuovere partenariati per la prevenzione ed il controllo delle malattie non trasmissibili;
- Monitorare le malattie non trasmissibili ed i loro determinanti e valutarne i progressi a livello nazionale, regionale e globale.

Limitando l'analisi ai paesi appartenenti all'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico), il 3° Rapporto del Network Non Autosufficienza evidenzia come per i diversi paesi il rapido invecchiamento della popolazione e i cambiamenti sociali avranno un rilevante impatto sia sulla fornitura sia sul finanziamento dell'assistenza continuativa, anche in considerazione del fatto che il numero dei potenziali *caregiver* familiari è destinato a ridursi nel tempo per l'allungamento dell'età lavorativa e la progressiva entrata delle donne nel mercato del lavoro, mentre la spesa delle cure a lungo termine, stimata in media all'1,5% del PIL (fonte 3° Rapporto Non Autosufficienza) è destinata ad aumentare.

Quanto affermato rende necessario l'avvio di politiche selettive volte a focalizzare l'attenzione soprattutto verso i casi con bisogni più elevati, così come si sta verificando in molti paesi dell'area OCSE, anche se si pone l'esigenza di bilanciare con attenzione tre caratteristiche dei sistemi di copertura delle cure a lungo termine:

- la capacità di saper individuare il livello di bisogno che fa scattare il diritto alla copertura;
- la definizione della quota di compartecipazione al servizio da parte degli utenti;
- l'individuazione del tipo di interventi da includere.

Il presente documento nasce dall'esigenza della Regione Campania di definire un sistema di tariffazione per le Cure domiciliari coerente con quanto sancito dalla Delibera n. 41 del 14/02/2011- avente ad oggetto "Approvazione del documento recante linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari: il sistema dei servizi domiciliari in Campania"- che ha disciplinato compiutamente tutto il settore delle cure domiciliari in ambito regionale. Al fine di soddisfare tale esigenza il Settore Fasce Deboli dell'A.G.C. Assistenza Sanitaria ha costituito due Tavoli Tecnici, con i referenti ed esperti delle AA.SS.LL., uno per l'analisi dei profili di cura rientranti nell'ADI e l'altro per la definizione dei livelli tariffari da collegare ai profili di cura.

Propedeutica a questa parte è stata l'analisi delle esperienze realizzate in materia di assistenza domiciliare a livello internazionale (WHO ed Europa) ed italiano, importanti per definire gli scenari in cui si colloca l'assistenza domiciliare e gli orientamenti che i diversi paesi e regioni italiane hanno adottate per rispondere in modo efficace ed efficiente alla crescita percentuale della popolazione arruolabile nelle cure a lungo termine, il cui trend di spesa costituisce un fattore di criticità per i bilanci sanitari.

La definizione di un sistema tariffario per le cure domiciliari non poteva tenere anche in debito conto la realtà specifica della Regione Campania, che si presenta molto variegata per le tipologie di esperienze presenti, infatti, le AA.SS.LL. presentano livelli di esternalizzazione del servizio che è variabile a seconda della dotazione organica a disposizione, ma che, comunque, prevede prevalentemente una funzione di organizzazione, coordinamento e controllo nell'A.S.L. competente.

1.1. Metodologia

La difformità nei sistemi di offerta di servizi adeguati per i soggetti non autosufficienti che traspare dalle analisi precedenti non inficia, tuttavia, lo sforzo fatto dai vari legislatori regionali nel cercare di regolamentare nel modo più efficiente ed efficace possibile il sistema delle cure domiciliari, molte sono, infatti, le esperienze che si sono sviluppate a livello regionale.

La regolamentazione regionale in tema di cure domiciliari presenta, comunque, un comune dominatore che è dato dal documento del 2006 della Commissione LEA: Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio che, sulla base delle diverse esperienze territoriali ha compiutamente definito le cure domiciliari e le sue caratteristiche, distinguendo le prestazioni in esse rientranti nelle seguenti:

- cure domiciliari prestazionali;
- cure domiciliari integrate di primo, secondo e terzo livello;
- cure domiciliari palliative a malati terminali.

Il documento, inoltre, ha individuato: gli standard qualificanti le attività domiciliari, le principali prestazioni domiciliari per profilo e per figura professionale del livello assistenziale, i criteri omogenei di eleggibilità, il set minimo di indicatori di verifica, le modalità di valorizzazione economica del costo medio mensile, la stima del costo pro capite per residente al raggiungimento di definiti valori standard.

Nell'ambito delle esperienze italiane in tema di cure domiciliari sono state analizzate 4 realtà, che possono essere considerate come peculiari: quella della Provincia di Lecco, della Regione Basilicata, della Regione Lazio, e della Regione Sardegna. Le realtà analizzate traggono tutte spunto dal documento della Commissione LEA del 2006: Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale e degli interventi ospedalieri a domicilio, anche se ognuna di queste specifiche esperienze si focalizza in modo particolare su alcuni degli aspetti analizzati dal documento.

2. L'esperienza della Regione Campania in tema di cure domiciliari

La Campania con la Delibera n. 41 del 14/02/2011 avente ad oggetto "Approvazione del documento recante linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari: il sistema dei servizi domiciliari in Campania" ha disciplinato compiutamente tutto il settore delle cure domiciliari in ambito regionale, il documento è stato redatto dai partecipanti al laboratorio realizzato con il supporto tecnico di FormezPA nell'ambito del progetto "Azioni di sistema e assistenza tecnica per il conseguimento dei target relativi ai servizi di Assistenza Domiciliare Integrata per la popolazione anziana, finanziato dai Ministeri della Salute, del Lavoro e delle Politiche Sociali, e dal Dipartimento delle Politiche per la Famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri". Hanno partecipato al laboratorio sia referenti regionali (dirigenti e funzionari dei Settori Fasce Deboli, Area Assistenza Sanitaria, Politiche Sociali, Piani e programmi) sia referenti territoriali (AA.SS.LL.). Le linee guida regionali, in particolare, si propongono di superare le criticità e le disfunzioni emerse nel percorso di implementazione della Legge n. 328 dell'8/11/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", collegate alle difficoltà insite nella efficace ed efficiente programmazione integrata degli interventi sociali e sanitari nell'assistenza domiciliare integrata.

L'esigenza di regolamentare il settore delle cure domiciliari nasce anche dalla volontà della Regione Campania di favorire la deospedalizzazione e la permanenza in famiglia delle persone in condizioni di non autosufficienza ed, in particolare, delle persone con più di sessantacinque anni di età, in vista del raggiungimento dei più elevati livelli di benessere della popolazione per affrontare con una logica preventiva i rischi che le trasformazioni socio-demografiche, economiche ed ambientali evidenziano. L'assistenza domiciliare integrata costituisce, quindi, un obiettivo strategico della programmazione regionale, così come anche previsto nell'ambito del Piano Sociale Regionale.

La Delibera n. 41/2011, pur facendo proprie le indicazioni fornite nel 2006 dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, ha regolamentato la materia anche alla luce delle condizioni strutturali ed organizzative con cui il servizio è assicurato sul territorio regionale e delle normative regionali esistenti sull'argomento: DGRC 1613/2008; 858/2009; 995/2009; 1091/2009 e la L.R. 11/2007, Titolo V; il Piano Sociale Regionale capitolo 2.4.4 "L'integrazione tra sociale e sanitario", cap. 2.6.1, Prog.Obiettivo A.D.I; Regolamento sull'Accreditamento n. 16 del 23.11.09 – All. B (prestazioni ADI).

A tale riguardo, gli obiettivi specifici del Sistema delle Cure Domiciliari Integrate indicati dalla Delibera n. 41/2011 sono:

- ✓ fornire adeguata assistenza a persone che presentano problematiche di tipo sanitario e sociale suscettibili di trattamento domiciliare, evitando i ricoveri ospedalieri impropri e l'ingresso in residenza;
- ✓ favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle residue capacità di autonomia e relazionali;
- ✓ rendere possibili dimissioni ospedaliere tempestive ed assicurare la continuità assistenziale mediante lo strumento della "dimissione protetta";
- ✓ supportare i "caregiver" e trasmettere loro delle competenze che possano tradursi in autonomia di intervento;
- ✓ migliorare in ultima analisi la qualità della vita di persone non autosufficienti o a rischio di perdita dell'autosufficienza, favorendo il mantenimento delle capacità residue.

L'articolazione delle cure domiciliari prevista dalla normativa, che ricalca quanto disposto dalla normativa nazionale del 2006, individua tre tipologie di cure domiciliari aggregate per intensità assistenziale:

1. le cure domiciliari di tipo prestazionale;
2. le cure domiciliari integrate di primo e di secondo livello;
3. le cure domiciliari integrate di terzo livello e le cure domiciliari palliative per malati terminali.

2.1. La progettualità per le Cure Palliative in Regione Campania

Con la promulgazione della Legge n. 38 del 2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore” è individuata l’assistenza domiciliare come elemento fondamentale nella rete delle cure palliative, evidenziando l’esigenza di creare delle équipes con personale qualificato che siano in grado di garantire l’erogazione di prestazioni di elevata qualità, nell’ambito di un contesto garantito da definiti standard assistenziali, l’accreditamento degli erogatori e l’adeguata formazione degli operatori. Da molti anni si sottolineano i ritardi nella piena organizzazione e sviluppo delle reti regionali che dovrebbero garantire questo livello essenziale di assistenza attraverso percorsi di cure differenziati in relazione ai bisogni assistenziali, coordinati e continuativi. I fattori essenziali di tali ritardi si presentano, inoltre, con caratteristiche ed intensità differenti nelle diverse realtà regionali, ma creando lo stesso risultato: la difficoltà di assicurare ai pazienti in fase terminale un’assistenza domiciliare di elevata qualità in grado di costituire una valida alternativa all’assistenza ospedaliera ed agli *hospice*, in un contesto in cui, con l’aumento dell’aspettativa di vita ed il progressivo invecchiamento della popolazione, l’incidenza delle patologie cronic-degenerative è in costante aumento.

La Regione Campania risente di questi ritardi e attraverso una serie di atti normativi si sta cercando di superare. Per l’ambito specifico delle Cure Palliative il decreto commissariale n.4/2011 e il decreto commissariale n.128/2012 che integra e modifica il precedente decreto, introducono una serie di elementi di novità nella definizione della rete e dell’assistenza, definendo anche standard di personale da assicurare e tipologia di assistenza da erogare, in coerenza con la richiamata delibera di giunta regionale n. 41/2011 nonché con i recenti atti e gli indirizzi normativi nazionali.

I due decreti commissariali richiamandosi alla legge 38/2010 e all’Intesa stato-regioni del 25.7.2012 che fornisce indicazioni in merito agli standard assistenziali, approvano i requisiti per le strutture residenziali per adulti e minori e le relative tariffe e le linee di indirizzo per l’accesso alla rete delle cure palliative.

Il presente documento concorre alla piena attivazione delle cure palliative di tipo domiciliare in coerenza con gli atti soprarichiamati. Infatti, nel contesto delle attività sviluppate dal Tavolo Tecnico sui profili di cura (si veda il par. 3.1) e dal Tavolo Tecnico sulle tariffe (si vedano i par. 3.3 e 3.4) sono state ampiamente considerate le cure palliative per malati terminali, conferendo loro una propria specificità nell’ambito del sistema di cure domiciliari rispetto al sistema più ampio dell’Assistenza Domiciliare Integrata.

2.2. Ruoli e funzioni dei diversi attori delle cure domiciliari in Regione Campania ai sensi della D.G.R.C. 41/2011

La Regione Campania prevede per il servizio di assistenza domiciliare integrata procedure unitarie e condivise tra ASL e Comuni associati dell’Ambito Territoriale, definendo in modo dettagliato le procedure per l’accesso, la valutazione e la presa in carico ed i ruoli assunti dai diversi attori.

La Delibera n. 41/2011 della Regione Campania definisce, in particolare, che le funzioni integrate per l'accesso e la presa in carico si realizzano secondo il seguente percorso:

- “la Richiesta presentata ad uno degli attori della P.U.A., con modulistica specifica e adottata con Regolamento congiunto da ASL e Ambito Territoriale (come previsto anche dalla L.R. 11/07 all'art. 41);
- la proposta di ammissione all'ADI/CDI formulata sulla base di requisiti essenziali dei Servizi Sociali e/o dell'Unità Operativa Distrettuale, in raccordo con il MMG;
- la valutazione multidimensionale a cura delle UVI (Unità di Valutazione Integrata);
- la redazione del Progetto Personalizzato e l'individuazione del Case Manager in sede UVI, con definizione del Piano Esecutivo attuato dall'Equipe Operativa;
- la dimissione”

2..2.1 Il sistema delle cure domiciliari realizzata dalle AA.SS.LL. della Regione Campania in base ai profili della D.G.R.C. 41/2011.

Nell'ambito del territorio regionale campano l'attività relativa alle cure domiciliari è sviluppata dalle AA.SS.LL. con modalità di erogazione differenti (per un dettaglio si rimanda alla parte relativa alla definizione del sistema tariffario), in particolare, alcune realtà territoriali (si fa, in questo caso riferimento ai Distretti, ossia le articolazioni territoriali delle AA.SS.LL.) erogano con proprio personale le prestazioni connesse alle cure domiciliari, siano esse di tipo prestazionale, integrate oppure palliative per malati terminali, altre realtà, invece, per carenza di personale.

La funzione di coordinamento, in particolare, si riferisce ad un complesso di attività di *back office*, coordinate ed integrate, sviluppate dalle professionalità che operano nelle Unità Operative dedicate alla presa in carico in ambito domiciliare dei Distretti delle AA.SS.LL.¹ e che possono essere individuate, nella generalità delle organizzazioni, nelle seguenti:

- ricezione, analisi ed evasione delle richieste di ammissione alle cure domiciliari presentate dai Medici di Medicina Generale, attività realizzata dal coordinatore infermieristico;
- partecipazione alla valutazione dei casi, in particolare, questa attività si articola in due sub-attività:
 - la partecipazione all'Unità di Valutazione Integrata, che si realizza presso il Distretto con la partecipazione, oltre di professionalità socio-sanitarie, del Direttore di Distretto, del Respon-

¹ L'organizzazione varia a seconda delle aziende sanitarie, in alcune sono istituite unità operative per le cure domiciliari, e anche unità operative per le cure palliative o unità di cure domiciliari di alta intensità; in alcuni contesti, invece si fa capo all'unità operativa anziani o all'unità operativa fasce deboli. Solo in alcune aziende è stato istituito il dipartimento di cure domiciliari, mentre in tutte le aa.ss.ll. è stata definita l'azione di regia delle cure domiciliari che fa capo ad una specifica unità operativa o ad una struttura tecnica dedicata individuata dal direttore generale.

sabile dell'Unità Operativa che si occupano di cure domiciliari, del coordinatore infermieristico e del coordinatore della riabilitazione; tale attività, che dura in media un'ora per ogni caso, è realizzata all'inizio dell'arruolamento del paziente nel sistema delle cure domiciliari ed è ripetuta, per analizzare gli esiti sullo stato di salute del paziente, ogni tre mesi. Per cui per i piani assistenziali individuali di 180 giorni (ADI di I e II livello) si compie circa tre volte per caso, mentre per i piani assistenziali individuali di 90 giorni (ADI III livello) si realizza circa due volte per caso; per i piani assistenziali individuali delle cure palliative per malati terminali, che coprono 60 giorni, si compie una sola volta, pur essendo prevista dalla normativa (Commissione LEA del Ministero della Salute) come attività eventuale in relazione allo stato di bisogno espresso dal paziente;

- la partecipazione alla valutazione assistenziale, che si realizza per ogni caso presso l'Unità Operativa con la partecipazione del Responsabile dell'Unità Operativa, il coordinatore infermieristico, il coordinatore della riabilitazione ed il medico specialista; tale attività, che dura in media trenta minuti per ogni caso, è realizzata per monitorare gli esiti sullo stato di salute del paziente;
- gestione del personale, dei materiali utilizzati per le medicazioni ed attività di controllo realizzate per monitorare il corretto svolgimento degli interventi presso il domicilio del paziente ed il livello di soddisfazione del paziente e dei suoi familiari per il servizio stesso, attività realizzata dal coordinatore infermieristico.

La funzione di coordinamento oltre a comportare lo svolgimento di attività da parte delle professionalità che operano nelle Unità Operative che gestiscono le Cure Domiciliari dei Distretti delle AA.SS.LL., determina una serie di costi di gestione, imputati alle suddette Unità Operative, connessi strettamente allo svolgimento delle attività precedentemente indicate, come, ad esempio, materiali di consumo, costi per le utenze, fitti dei locali dove si sviluppano le attività, etc..

3. Il lavoro dei Tavoli Tecnici dei referenti aziendali delle cure domiciliari

Per la definizione di una proposta di un sistema tariffario per le cure domiciliari sono stati costituiti due Tavoli Tecnici di referenti aziendali delle Cure domiciliari presso il Settore Fasce Deboli dell'Area 20 della Regione Campania. I due Tavoli Tecnici hanno operato in modo distinto uno sulla definizione dei Profili di cura dell'assistenza domiciliare e l'altro sulla determinazione di una proposta per un piano tariffario delle cure domiciliari collegato ai profili individuati dal precedente Tavolo Tecnico. Il FormezPA (nell'ambito del Progetto POAT Salute finalizzato ad elevare la capacità amministrativa e di *governance* delle Regioni

dell'obiettivo convergenza per l'attuazione e la valutazione di tutte quelle linee di interventi riconducibili al settore salute) ha supportato gli Uffici regionali nell'indirizzare il percorso metodologico di entrambi i Tavoli Tecnici.

L'attività sviluppata dai due Tavoli Tecnici ha avuto come punto di riferimento le indicazioni normative definite sull'assistenza domiciliare integrata a livello nazionale e regionale. In particolare, per i profili di cura individuati, cui sono state correlate le valorizzazioni tariffarie, si è operato in stretto collegamento con i profili di cura e gli standards qualificati indicati dal documento della Commissione LEA 2006 del Ministero della Salute e riportati nella Delibera n. 41/2011 della Regione Campania sull'assistenza domiciliare integrata.

Anche la terminologia utilizzata è quella comunemente adottata dal documento della Commissione LEA, come pure le modalità di valorizzazione dei profili hanno seguito le indicazioni generalmente adottate:

- l'intensità assistenziale è misurata dal coefficiente di intensità assistenziale (CIA), tale parametro è dato dal rapporto tra il numero di giornate effettive di assistenza (GEA) e le giornate di cura (N. GEA/N. GdC);
- la giornata effettiva di assistenza (GEA) è il giorno nel quale è stato effettuato almeno un accesso domiciliare;
- le giornate di cura (GdC) indicano la durata del piano assistenziale individuale (PAI);
- il valore della giornata effettiva di assistenza (Valore GEA) è il rapporto tra i costi totali del percorso di cura ed il numero di giornate effettive di assistenza erogate;
- il valore del percorso è il costo totale del percorso di cura ed è dato dal Valore GEA per il numero di giornate effettive di assistenza erogate;
- il valore medio mensile è dato dal rapporto tra il CIA, il Valore GEA e 30;
- La media del valore della giornata di cura del PAI è dato dal rapporto tra il valore del percorso di cura ed il numero di giornate del piano assistenziale individuale (PAI).

3.1. Le proposte del Tavolo Tecnico sui profili di cura

Il Tavolo Tecnico sui Profili di cura ha elaborato una griglia per la valutazione della complessità assistenziale dei diversi profili di cura in cui possono essere classificate le prestazioni erogabili in ambito di assistenza domiciliare integrata. La scheda, la cui validità è stata testata su un campione di pazienti arruolati in ADI dell'ASL di Napoli 1 Centro e su un campione di pazienti arruolati in ADI dell'ASL di Benevento, in relazione ai tre diversi livelli di ADI ed al livello delle Cure Palliative per malati terminali indicati dalla De-

libera n. 41/2011, ha individuato complessivamente 12 profili di cura di Cure Domiciliari e Cure Palliative per i malati terminali: tre per ogni livello di Cure domiciliari Integrate e tre per il livello delle Cure Palliative (**tabella n. 1-par. 3.1**), caratterizzati da una complessità assistenziale differente ed articolata in bassa complessità, media complessità ed alta complessità. La scheda consente di esaminare gli elementi che concorrono alla determinazione di un livello di complessità e che costituiscono le caratteristiche di un profilo assistenziale basso, medio o alto, ognuno contraddistinto da un punteggio **1 – 2 – 3**; ciò in considerazione del fatto che la complessità è determinata dalla combinazione di più fattori. I dodici profili di cura sono derivati da un'analisi in cui le diverse **patologie (ricorrenti)** nei soggetti arruolati nell'Assistenza Domiciliare Integrata ed incrociate con la tipologia di **funzione** (*ADL – Activity Daily Living*), le **necessità assistenziali** verificate solo quelle rilevate attraverso la S.Va.M.A/S.Va.M.Di., ovvero attraverso la **Valutazione Sanitaria-VSAN** della Scheda A -**Valutazione sanitaria** e il **supporto sociale** riportando il **Punteggio Sociale** -PSOC derivante dalla somministrazione della scheda C-**Valutazione Sociale** con la quale si valutano le condizioni sociali².

Si precisa che le **Cure Palliative**, sulla base della categorizzazione sviluppata dalla scheda, se sono erogate a pazienti non in stato terminale sono inserite nei vari livelli delle cure domiciliari integrate- in armonia con quanto definito dall'Intesa stato-regioni del 25 luglio 2012 recepita con decreto del commissario ad acta per il Piano di Rientro n. 128 del 10.10.2012, mentre se sono erogate a pazienti in stato terminale rientrano nel livello (articolato in tre profili) delle Cure Palliative per malati terminali. Ciò anche in relazione all'intensità assistenziale e della necessità di assistenza.

Ciascuna caratteristica di complessità (**patologie, funzione, necessità assistenziale e condizioni sociali**) è stata graduata con un punteggio da 1 a 3, in modo da consentire di collocare ciascuna delle patologie ricorrenti, combinate con gli altri elementi di complessità previsti, in un definito profilo di uno specifico livello di Cure domiciliari e Cure Palliative. A ciascun livello di complessità corrisponde una necessità di assistenza sanitaria e sociosanitaria che si concretizza in un fabbisogno assistenziale (**tabella n.2 par. 3.2**) che definisce un numero minimo e massimo di accessi da parte di figure professionali in coerenza con quanto previsto dalla Delibera n. 41/2011. Tuttavia, occorre fare un distinguo per la figura del medico prevista negli accessi dei diversi profili di cura (con esclusione degli accessi del medico di medicina generale), che potrà essere quella del medico specialista o anestesista rianimatore a seconda dell'esigenza del paziente, anche se per semplicità nel modello si parla solo di medico specialista. Tale figura è stata considerata ai fini della definizione del fabbisogno assistenziale, ma è stata esclusa dalla valutazione per la valorizzazione delle tariffe per uniformare le diverse modalità di erogazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata, poi-

² Per indicazioni in merito all'utilizzo delle schede di valutazione multidimensionale si rinvia agli atti regionali dedicati; per i tempi e la procedura della valutazione multidimensionale il riferimento normativo è la d.g.r.c. 41/2011.

chè nelle gestioni in *outsourcing* la figura dello specialista/rianimatore non è di norma esternalizzata, ma è di pertinenza dell'A.S.L..

Nelle prime righe della **tabella n. 1** sui profili di cura è riportato in modo sintetico il range di punteggio che consente di ricondurre un utente ad un profilo di cura : basso , medio, alto nell'ambito dei tre diversi livelli di cure domiciliari. Ciacun livello di cure domiciliari (I-II-III livello) e di cure palliative ricomprende tre diversi profili di cura basso, medio, alto caratterizzato dallo stesso range di punteggio .

Qualora il paziente presenti più patologie o più necessità assistenziali verrà considerato solo il punteggio più alto ed uno per ogni caratteristica di complessità. Riassumendo, ciascuna patologia caratterizzante un soggetto arruolabile in uno specifico livello di Cure domiciliari integrate/ADI avrà una collocazione in uno specifico livello di intensità bassa, media ed alta, sulla base dei corrispondenti livelli di punteggio che presentano le caratteristiche funzionali, le necessità assistenziali e le condizioni sociali.

La scheda sarà predisposta ed utilizzata dal Responsabile dell'Unità Operativa Cure Domiciliari o dal responsabile dell'Unità operativa che ha in carico l'utente, solo successivamente alla compilazione della scheda S.Va.M.A.-S.Va.M.Di., per individuare il tipo specifico di profilo cui ricondurre il paziente e determinare il setting assistenziale più appropriato; naturalmente la scheda non sostituisce affatto la definizione del Piano di Assistenza Individuale (PAI) ma può costituire un valido supporto nella redazione dello stesso.

La scheda dei profili di cura si integra pertanto con la valutazione multidimensionale effettuata con le schede di valutazione multidimensionale in uso e non le sostituisce.

Si deve precisare che lo schema proposto è coerente con le schede di valutazione multidimensionale in uso e che eventuali transcodifiche che dovessero rendersi utili saranno rese disponibili dai competenti uffici con atti propri; inoltre, per i malati terminali che necessitano di cure domiciliari, si specifica che la valutazione multidimensionale può essere effettuata con le scale e gli strumenti dedicati e specifici già in uso ed eventualmente integrandola con la scheda S.Va.M.A. che consente comunque la valutazione dell'asse sociale utile alla definizione del setting assistenziale.

L'analisi precedentemente descritta è stata propedeutica a quella relativa alla determinazione delle tariffe, infatti, le cure domiciliari fanno riferimento a patologie con livelli di complessità differenti che danno luogo ad una tipologia assistenziale, che deve necessariamente tenere conto delle condizioni cliniche del paziente anche in riferimento a quelle sociali. La considerazione di appropriati profili di cura comporta, quindi, l'attenta valutazione di risorse assorbite differenti a seconda del livello di Cure domiciliari Integrate/Cure

Palliative e di complessità specifica, con riferimento ai fabbisogni assistenziali correlati ai diversi profili di cura individuati.

Tabella 1. Le schede sui profili di cura delle cure domiciliari individuati dal Tavolo Tecnico sui Profili di cura

COMPLESSITA' ASSISTENZIALE CON SUDDIVISIONE IN PROFILI PER LE CURE DOMICILIARI DI I – II – III Livello e Cure Palliative Non Terminali – CURE PALLIATIVE TERMINALI	
PROFILO BASSO	4 - 6
PROFILO MEDIO	7 - 8
PROFILO ALTO	9 - 12
CURE DOMICILIARI I LIVELLO E CURE PALLIATIVE NON TERMINALI	
Caratteristiche di complessità	Punteggio
A) PATOLOGIE	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fratture degli arti inferiori non operabili ▪ Fratture trattate chirurgicamente 	1
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici ▪ Miopatie gravi ▪ Malattie cromosomiche e/o genetiche particolarmente invalidanti ▪ Malattie vascolari del SNC con sindrome da immobilizzazione ▪ Demenze con sindrome da immobilizzazione ▪ Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa 	2
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Malattie degenerative del S.N.C. che non necessitano di ventilazione assistita ▪ Malattie dell'apparato cardio-respiratorio che non necessitano di ventilazione assistita ▪ Malattie oncologiche e non che necessitano di terapia del dolore - cure palliative ▪ Diabete complicato (piede diabetico, insufficienza renale, retinopatia, gangrena degli arti inferiori, amputazioni ecc.) 	3
B) FUNZIONE	
ADL 5-6	1
ADL 4-3	2
ADL 2-0	3
C) NECESSITA' ASSISTENZIALI	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ano artificiale ▪ Ureterostomia ▪ Catetere vescicale 	1
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia parenterale con accesso periferico ▪ Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die) ▪ Tracheotomia ▪ LdD III stadio (1 LdD) ▪ Lesione della cute chirurgica, oncologica 	2
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trasfusione emazie concentrate ▪ NAD con SNG 	3

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ulcere distrofiche arti ▪ LdD III stadio (due o più LdD) ▪ LdD IV stadio ▪ Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali ▪ Terapia di riabilitazione psicomotoria, cognitiva e logopedia ▪ Bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico ▪ Dialisi peritoneale 	
D) SUPPORTO SOCIALE	
PSOC 1	1
PSOC 2	2
PSOC 3	3
CURE DOMICILIARI II LIVELLO E CURE PALLIATIVE NON TERMINALI	
Caratteristiche di complessità	Punteggio
A) PATOLOGIE	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fratture degli arti inferiori non operabili ▪ Malattie cromosomiche e/o genetiche particolarmente invalidanti ▪ Miopatie gravi 	1
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici ▪ Malattie vascolari del SNC con sindrome da immobilizzazione e/o che necessitano di NAD ▪ Demenze con sindrome da immobilizzazione e/o che necessitano di NAD ▪ Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa 	2
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Malattie degenerative del S.N.C. che non necessitano di ventilazione assistita ▪ Malattie dell'apparato cardio-respiratorio che non necessitano di ventilazione assistita ▪ Diabete complicato (piede diabetico, insufficienza renale, retinopatia, gangrena degli arti inferiori, amputazioni ecc.) ▪ Malattie oncologiche e non che necessitano di terapia del dolore- cure palliative 	3
B) FUNZIONE	
ADL 5-6	1
ADL 4-3	2
ADL 0-2	3
C) NECESSITA' ASSISTENZIALI	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia parenterale con accesso periferico ▪ Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die) ▪ Tracheotomia ▪ Ano artificiale ▪ Ureterostomia ▪ Catetere vescicale 	1
<ul style="list-style-type: none"> ▪ NAD con SNG 	2

<ul style="list-style-type: none"> ▪ LdD III stadio (1 LdD) ▪ Lesione della cute chirurgica, oncologica ▪ Terapia di riabilitazione psicomotoria, cognitiva e logopedia ▪ Bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico ▪ Dialisi peritoneale 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ NAD con PEG ▪ NPD ▪ Terapia parenterale con accesso centrale ▪ Ulcere distrofiche arti ▪ LdD III stadio (due o più LdD) ▪ LdD IV stadio ▪ Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali ▪ Trasfusione emazie concentrate ▪ Emodialisi 	3
D) SUPPORTO SOCIALE	
PSOC 1	1
PSOC 2	2
PSOC 3	3
CURE DOMICILIARI III LIVELLO E CURE PALLIATIVE NON TERMINALI	
Caratteristiche di complessità	Punteggio
A) PATOLOGIE	
BUON COMPENSO CLINICO <ul style="list-style-type: none"> ▪ Malattie degenerative del S.N.C. con ventilazione assistita ▪ Malattie dell'apparato cardio-respiratorio con ventilazione assistita ▪ Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici con ventilazione assistita ▪ Malattie cromosomiche e/o genetiche particolarmente invalidanti ▪ Miopatie gravi con ventilazione assistita ▪ Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica ▪ Malattie oncologiche e non, che necessitano di terapia del dolore- cure palliative 	1
DISCRETO COMPENSO CLINICO <ul style="list-style-type: none"> ▪ Malattie degenerative del S.N.C. con ventilazione assistita ▪ Malattie dell'apparato cardio-respiratorio con ventilazione assistita ▪ Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici con ventilazione assistita ▪ Malattie cromosomiche e/o genetiche particolarmente invalidanti ▪ Miopatie gravi con ventilazione assistita ▪ Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa 	2

<ul style="list-style-type: none"> che necessitano di terapia antalgica ▪ Malattie oncologiche e non, che necessitano di terapia del dolore-cure palliative e/o NAD e/o trasfusioni di sangue ed emoderivati 	
<p>A RISCHIO DI SCOMPENSO CLINICO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Malattie degenerative del S.N.C. con ventilazione assistita ▪ Malattie dell'apparato cardio-respiratorio con ventilazione assistita ▪ Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici con ventilazione assistita ▪ Miopatie gravi con ventilazione assistita ▪ Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica ▪ Malattie oncologiche e non, che necessitano di terapia del dolore-cure palliative e/o NAD e/o trasfusioni di sangue ed emoderivati 	3
B) FUNZIONE	
ADL 5-6	1
ADL 4-3	2
ADL 0-2	3
C) NECESSITA' ASSISTENZIALI	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia parenterale con accesso periferico ▪ Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die) ▪ Ulcere distrofiche arti ▪ Tracheotomia ▪ Ano artificiale ▪ Ureterostomia ▪ Catetere vescicale ▪ Terapia di riabilitazione psicomotoria, cognitiva e logopedia ▪ Bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico ▪ Dialisi peritoneale 	1
<ul style="list-style-type: none"> ▪ NAD con SNG ▪ Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali ▪ LdD III stadio (1 LdD) ▪ Lesioni della cute chirurgiche, oncologiche ▪ Terapia perdurale o terapia antalgica ▪ Emodialisi 	2
<ul style="list-style-type: none"> ▪ NAD con PEG ▪ NPD ▪ Terapia parenterale con accesso centrale ▪ Trasfusione emazie concentrate ▪ LdD III stadio (due o più LdD) ▪ LdD IV stadio ▪ Terapia perdurale o terapia antalgica che richiede 	3

adeguamento posologia	
D) SUPPORTO SOCIALE	
PSOC 1	1
PSOC 2	2
PSOC 3	3
CURE DOMICILIARI PALLIATIVE TERMINALI	
Caratteristiche di complessità	Punteggio
A) PATOLOGIE	
BUON COMPENSO CLINICO <ul style="list-style-type: none"> ▪ Malattie degenerative del S.N.C. in fase terminale ▪ Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica ▪ Malattie oncologiche e non, in fase terminale che necessitano di terapia del dolore e cure palliative 	1
DISCRETO COMPENSO CLINICO <ul style="list-style-type: none"> ▪ Malattie degenerative del S.N.C. in fase terminale; ▪ Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica; ▪ Malattie oncologiche e non, in fase terminale che necessitano di terapia del dolore e cure palliative 	2
A RISCHIO DI SCOMPENSO CLINICO <ul style="list-style-type: none"> ▪ Malattie degenerative del S.N.C. in fase terminale; ▪ Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica; ▪ Malattie oncologiche e non, in fase terminale che necessitano di terapia del dolore -cure palliative e/o NAD e/o trasfusioni di sangue ed emoderivati 	3
B) FUNZIONE	
ADL 5-6	1
ADL 4-3	2
ADL 0-2	3
C) NECESSITA' ASSISTENZIALI	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia parenterale con accesso periferico ▪ Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die) ▪ Ulcere distrofiche arti ▪ Tracheotomia ▪ Ano artificiale ▪ Ureterostomia ▪ Catetere vescicale ▪ Terapia di riabilitazione psicomotoria, cognitiva e logopedia ▪ Bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico ▪ Dialisi peritoneale ▪ Terapia peridurale o terapia antalgica 	1
<ul style="list-style-type: none"> ▪ NAD con SNG ▪ Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali ▪ LdD III stadio (1 LdD) 	2

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lesioni della cute chirurgiche, oncologiche ▪ Terapia peridurale o terapia antalgica ▪ Emodialisi 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ NAD con PEG ▪ NPD ▪ Terapia parenterale con accesso centrale ▪ Trasfusione emazie concentrate ▪ LdD III stadio (due o più LdD) ▪ LdD IV stadio ▪ Terapia peridurale o terapia antalgica che richiede adeguamento posologia 	3
D) SUPPORTO SOCIALE	
PSOC 1	1
PSOC 2	2
PSOC 3	3

3.2 I fabbisogni assistenziali in relazione ai profili di cura

La tabella che segue viene utilizzata dall'équipe di cure domiciliari dopo aver collocato la persona nell'appropriato profilo assistenziale del relativo livello di cure domiciliari e cure palliative, e deve essere utilizzata per verificare il numero di accessi mensili o settimanali (a seconda delle figure professionali necessarie) utili alla corretta esecuzione del progetto di assistenza individualizzato. Con il supporto di questo strumento si potrà redigere il piano esecutivo su base settimanale/mensile per l'intero periodo di cura e comunque coerentemente con la valutazione effettuata dai singoli professionisti. Ogni scostamento dalle ipotesi di seguito riportate all'interno del medesimo profilo dovrà essere supportato da ulteriori valutazioni specifiche in relazione al singolo caso.

Tabella n. 2. I fabbisogni assistenziali in relazione ai profili di cura

CURE DOMICILIARI I LIVELLO	BASSO punteggio fra 4 e 6 secondo la tabella profili	MMG o PLS :da 1 a 2 accessi mensili, esclusa la valutazione(30min) Infermiere : da 2 a 6 accessi mensili (max 30min.) Professionista della riabilitazione da 0 a 2 accessi settimanali (max 45min.) OSS : da 0 a 2 accessi settimanali (60min.)
	MEDIO punteggio fra 7 e 8 secondo la tabella profili	MMG o PLS :da 1 a 2 accessi mensili esclusa la valutazione(30min) Specialista : da 0 a 1 accesso mensile esclusa la valutazione(30min) Infermiere : da 2 a 10 accessi mensili (max 30min.) Professionista della riabilitazione da 1 a 2 accessi settimanali (max 45 min.)

		OSS: da 0 a 3 accessi settimanali (60min)
	ALTO punteggio fra 9 e 12 secondo la tabella pro- filii	MMG o PLS : da 1 a 2 accessi mensili(esclusa la valutazione(30min) Specialista: da 0 a 1 accesso mensile esclusa la valutazione (30 min.) Infermiere: da 2 a 12 accessi mensili (max 30min.) Professionista della riabilitazione da 1 a 3 accessi settimanali (max 45min.) OSS: da 1 a 3 accessi settimanali (60min.)
CURE DOMI- CILIARI II LI- VELLO	BASSO punteggio fra 4 e 6 secondo la tabella pro- filii	MMG o PLS : da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione(45min) Specialista: da 1a 2 accessi mensile esclusa la valutazione(45min) Infermiere: da 2 a 8 accessi mensili (30-45 min.) Professionista della riabilitazione da 1 a 3 accessi settimanali (45min). OSS: da 1 a 4 accessi settimanali (60-90min.) Dietista: 1 accesso mensile (30min.)
	MEDIO punteggio fra 7 e 8 secondo la tabella pro- filii	MMG o PLS : da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione(45min) Specialista: da 1-3 accessi mensili esclusa la valutazione(45min) Infermiere: da 2 a 12 accessi mensili (30-45 min.) Professionista della riabilitazione da 2 a 3 accessi settimanali (max 45min.) OSS: da 2 a 4 accessi settimanali (60-90min.) Dietista: 1 accesso mensile (30min.)
	ALTO punteggio fra 9 e 12 secondo la tabella pro- filii	MMG o PLS : da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione(45min) Specialista: da 1a 4 accessi mensili esclusa la valutazione(45min) Infermiere: da 2 a 20 accessi mensili (30- 45 min.) Professionista della riabilitazione da 2 a 3 accessi settimanali (max 45min.) OSS: da 2 a 5 accessi settimanali (60-90min.) Dietista: 1 accesso mensile (30min.)
CURE DOMI- CILIARI III LIVELLO	BASSO punteggio fra 4 e 6 secondo la tabella pro- filii	MMG o PLS : da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione(60min) Specialista: da 2a 4 accessi mensili esclusa la valutazione(60min) Infermiere: da 1 a 6 accessi settimanali (60 min.) Professionista della riabilitazione da 1 a 4 accessi settimanali (60min). OSS: da 1 a 6 accessi settimanali (60-90min.) Dietista: 1 accesso mensile (60min.) Psicologo: da 1 a 4 accessi mensili (60 min)

	<p>MEDIO punteggio fra 7 e 8 secondo la tabella pro- fili</p>	<p>MMG o PLS :da 2 a 4 accessi mensili (esclusa la valutazione(60min) Specialista: da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione(60min) Infermiere: da 1 a 7 accessi settimanali (60 min.) Professionista della riabilitazione da 1 a 3 accessi settimanali (max 60min.) OSS: da 1 a 7 accessi settimanali (60-90min.) Dietista: 1 accesso mensile (60min.) Psicologo: da 1 a 4 accessi mensili (60min.)</p>
	<p>ALTO punteggio fra 9 e 12 secondo la tabella pro- fili</p>	<p>MMG o PLS :da 2 a 5 accessi mensili esclusa la valutazione (60min.) Specialista: da 2a 5 accessi mensili esclusa la valutazione (60min.) Infermiere: fino a 9 accessi settimanali (60 min.) Professionista della riabilitazione da 1 a 2 accessi settimanali (60min.) OSS: fino a 9 accessi settimanali (60-90min.) Dietista: 1 accesso mensile (60min.) Psicologo: da 1 a 4 accessi mensili (60 min)</p>
CURE PAL- LIATIVE TERMINALI	<p>BASSO punteggio fra 4 e 6 secondo la tabella pro- fili</p>	<p>MMG o PLS :da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione (60min.) Specialista: da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione (60min.) Infermiere: da 1 a 7 accessi settimanali (60 min.) Professionista della riabilitazione da 1 a 3 accessi settimanali (60min.) OSS: da 2 a 7 accessi settimanali (60-90min.) Dietista: 1 accesso mensile (60min.) Psicologo: da 1 a 4 accessi mensili (60 min)</p>
	<p>MEDIO punteggio fra 7 e 8 secondo la tabella pro- fili</p>	<p>MMG o PLS :da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione (60min.) Specialista: da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione (60min.) Infermiere: da 1 a 8 accessi settimanali (60 min.) Professionista della riabilitazione da 1 a 3 accessi settimanali (60 min.) OSS: da 3 a 9 accessi settimanali (60-90min.) Dietista: 1 accesso mensile (60min.) Psicologo: da 1 a 4 accessi mensili (60 min.)</p>
	<p>ALTO punteggio fra 9 e 12 secondo la tabella pro- fili</p>	<p>MMG o PLS :da 2 a 5 accessi mensili esclusa la valutazione (60min.) Specialista: da 3 a 5 accessi mensili esclusa la valutazione (60min.) Infermiere: da 1 a 12 accessi settimanali (60 min.) Professionista della riabilitazione da 1 a 2 accessi settimanali (60 min.)</p>

	OSS: da 1 a 12 accessi settimanali (60-90min.) Dietista: 1 accesso mensile (60 min.) Psicologo: da 1 a 4 accessi mensili (60 min.)
--	---

3.3. Analisi dei sistemi tariffari aziendali e scelte metodologiche regionali

Il Tavolo Tecnico sulle Tariffe ha operato in un primo momento analizzando la documentazione prodotta dai referenti delle diverse AA.SS.LL. della Regione Campania. La documentazione, pur essendo molto interessante in quanto rappresentativa delle diverse modalità di organizzazione sul territorio e costi delle cure domiciliari, non consentiva di definire un piano tariffario di tipo regionale, per una eccessiva eterogeneità delle diverse esperienze.

Partendo dal materiale fornito dai referenti delle AA.SS.LL. sulla organizzazione aziendale e sul sistema di erogazione del servizio di cure domiciliari, ha costituito una base di partenza per l'analisi dei costi sostenuti da ciascuna azienda.

Gli elementi presentati possono essere sintetizzati come segue: **L'ASL di Avellino** adotta una gestione delle cure domiciliari di tipo misto, differenziata a seconda dei Distretti che erogano le prestazioni, il dettaglio dei costi presenta valori di tipo complessivo e per accesso. **L'ASL di Benevento** ha avviato una gara per l'affidamento in *outsourcing* del servizio di cure domiciliari, il materiale fornito indica i valori complessivi della gara e le condizioni specifiche richieste ai fini dell'affidamento. **L'ASL di Caserta** ha presentato dei dati di costo per accesso per alcune figure professionali. **L'ASL di Napoli 2 Nord** sviluppa, rispetto alle altre realtà, un monitoraggio della spesa del servizio dal 2006 articolato anche in base ai livelli di ADI, i dati forniti consentono di evidenziare il trend negli anni del costo che il servizio di cure domiciliari comporta per l'ASL di appartenenza. **L'ASL di Napoli 3 Sud** presenta un servizio di assistenza di tipo misto, come per le altre AA.SS.LL. analizzate, il servizio è erogato nei vari Distretti in modo differenziato in ragione del fatto che l'accorpamento delle diverse AA.SS.LL., avvenuto nel 2009, non ha ancora prodotto in molte realtà una uniformità di erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari. **L'ASL di Salerno** presenta un'organizzazione del servizio di cure domiciliari che può costituire un caso rilevante in quanto è gestito in buona parte con proprio personale, i costi forniti appaiono inoltre molto dettagliati, anche se non abbastanza specifici per il tipo di analisi da realizzare.

La varietà e la disomogeneità dei dati a disposizione, dovuti anche alla diversa impostazione e organizzazione dei servizi di cure domiciliari presenti sul territorio, ha reso necessario la realizzazione di un'indagine *ad hoc* focalizzata sulle risorse assorbite in media dai profili di cura individuati dal Tavolo Tecnico sui Profili di cura. L'indagine, in particolare, ha valutato l'assorbimento delle risorse nell'ambito di ciascun profilo di cura con l'ausilio dell'*Activity Based Costing*. La metodologia proposta consente di realizzare analisi soprattutto nelle realtà aziendali complesse, legando l'entità delle risorse assorbite ai risultati prodotti.

Rispetto alle metodologie tradizionali di analisi dei costi, l'*Activity Based Costing* consente di collegare le valutazioni non alle funzioni ma alle attività che generano le funzioni, essa parte dal presupposto che le attività consumano le risorse e che i prodotti/servizi/prestazioni consumano le attività. Tale metodologia individua come contenitori contabili, in cui sono raggruppati i costi indiretti ed i costi comuni, non i centri di costo bensì le attività. Si fa riferimento ai costi indiretti e comuni in quanto l'imputazione dei costi diretti non genera grandi difficoltà, mentre l'imputazione dei costi indiretti e comuni (*cost pooling*) comporta delle problematiche di grado crescente in riferimento alla complessità aziendale. Successivamente all'individuazione dei costi indiretti e comuni, occorre definire i criteri di imputazione di tali costi raggruppati nelle attività in relazione alle determinanti di costo (*cost driver*), ossia le modalità con cui ogni prodotto/servizio/prestazione ha utilizzato le attività.

L'adozione della metodologia dell'*Activity Based Costing*, che si basa sui valori dei costi medi delle risorse impegnate dalle diverse realtà considerate, presenta il pregio di addivenire ad una media di costo coerente con il concetto di costo standard così come auspicato dal Decreto del Ministero della Sanità del 15 aprile 1994, la Legge n. 42 del 2009 ed il Decreto Legislativo n. 68 del 2011.

I criteri utilizzati per determinare i costi mediamente attribuibili alle attività ricomprese nei diversi profili di cura, articolati in gestione *in house* (in proprio da parte degli erogatori pubblici) ed in *outsourcing* (esternalizzata ad erogatori privati) sono differenti. Per la gestione in *outsourcing*, in particolare, si è operato considerando tre tipologie di costo del personale, correlate ai diversi contratti considerati (contratto delle Cooperative sociali, contratto AIOP e contratto ANISAP), che costituiscono i contratti maggiormente applicati dagli erogatori privati che operano nella Regione Campania.

L'analisi sviluppata sulle quattro tipologie di costi medi (una per la gestione in *house* e tre per la gestione in *outsourcing*) è stata sviluppata in modo da definire il costo (per complessità di profilo di ciascun livello Cure domiciliari integrate-ADI/Cure Palliative) di una giornata effettiva di assistenza, che è stata rapportata, successivamente, al numero complessivo di giornate di assistenza fornite; tale analisi ha dato luogo, in una prima fase, alla definizione di quattro distinti sistemi tariffari, uno per ciascuna modalità di gestione del servizio di cure domiciliari; in una seconda fase, sono state sviluppate delle medie dei diversi sistemi tariffari, una prima media ha riguardato i soli sistemi tariffari in *outsourcing*, mentre una seconda media è stata sviluppata per tutti e quattro i sistemi tariffari, per gestione in *house* ed in *outsourcing*, per consentire al decisore politico di effettuare le proprie valutazioni; naturalmente per ciascuna delle due tipologie di medie operate sono stati evidenziati gli aspetti critici di una loro eventuale adozione. Al riguardo, la scelta tra gestione in *house* od in *outsourcing* deriva spesso dalla disponibilità di personale dedicato alle cure domiciliari da parte delle AA.SS.LL., quindi, la *ratio* collegata alla media dei sistemi tariffari consente di evitare che la

scelta tra le diverse tipologie di erogatori privati, per modalità di contratto del personale, possa indurre ad una discriminazione basata esclusivamente sull'impatto economico delle tariffe.

L'applicazione dell'*Activity Based Costing* ai diversi profili di cura, individuati per i tre livelli di Cure domiciliari integrate-ADI ed il livello delle Cure Palliative, ha consentito di individuare i piani tariffari di seguito indicati mentre un'analisi più semplice ha richiesto la definizione del piano tariffario per le cure domiciliari prestazionali, essendo esse di tipo occasionale o programmato e non soggette a valutazione multi-dimensionale. (cfr D.G.R.C.41/2011). Pertanto per tale tipologia di cure domiciliari si espone solo il costo che non è da rapportare ad alcun profilo assistenziale. Per la durata e le caratteristiche di tale percorso si rinvia alla delibera 41/2011.

Il piano tariffario presentato è la media dei singoli sistemi tariffari in base ai contratti maggiormente diffusi (*pubblico, Cooperative, AIOP ed ANISAP*)

3.4. Modello di sistema tariffario regionale

Dalla media tra le quattro tipologie di sistemi tariffari per la gestione in *house* ed in *outsourcing* sopraevendenziate sono scaturite le tabelle di seguito riportate. Si precisa che i sistemi tariffari definiti per la gestione in *house* ed in *outsourcing* presentano notevoli differenze per la tipologia dei costi indiretti e comuni considerati ai fini dell'analisi oltre ai costi diretti di trasporto, che nelle gestioni in *outsourcing* non sono considerati.

Infine, si sottolinea che il riferimento per parametrare i costi delle cure domiciliari prestazionali è la tabella n.3 di seguito riportata, mentre per le cure domiciliari integrate e cure palliative si propongono la tabella n. 4 e n. 5 che costituiscono il riferimento dei costi in rapporto ad una giornata di cura, o all'intero periodo di presa in carico senza o con costi degli accessi medici. Ciò consente di calcolare il costo per un'eventuale esternalizzazione del servizio senza accessi medici o di valutare i costi di una gestione in house comprensiva degli accessi medici, al fine di monitorare i costi e misurare l'impatto economico.

Tabella n. 3. Il costo stimato regionale per il profilo di Cure Domiciliari Prestazionali

Cure Domiciliari prestazionali	Figura professionale	Tariffa
	Infermiere con impegno di 15'	8,22
	Infermiere con impegno di 30'	13,85
	Professionista Riabilitazione 30'	11,57

N.B.: La differenza nella tariffa definita per la prestazione infermieristica e quella del professionista della riabilitazione è connessa alla presenza del costo del kit per la medicazione e della quota di ammortamento dello sfigmomanometro.

Tabella n. 4 Il costo stimato regionale per ogni profilo di Cure Domiciliari Integrate e Cure palliative senza accessi medici

Tipologia di <u>Cure Domiciliari</u>	Complessità assistenziale	A	B	C	D	E
		N. GEA	Media CIA (coefficiente di intensità assistenziale)	Tariffa mensile (CIA * Valore GEA * 30)	Media Valore Percorso (Valore GEA * gg effettive assistenza)	Media Valore giornata di cura (Media percorso/GdC)
Cure dom. Int. I livello e Palliative non terminali (GdC 180)	Bassa	25,8	0,143	263,77	1.586,31	8,81
	Media	38,7	0,215	373,06	2.238,36	12,44
	Alta	51,6	0,286			
				467,56	2.811,90	15,62
Cure dom. Int. II livello e Palliative non terminali (GdC 180)	Bassa	64,5	0,358	568,98	3.417,05	18,98
	Media	77,4	0,43	687,56	4.125,35	22,92
	Alta	90,3	0,50			
				798,86	4.809,13	26,72
Cure dom. Int. III livello e Palliative non terminali (GdC 90)	Bassa	45,15	0,501	1.197,40	3.596,99	39,97
	Media	51,6	0,573	1.258,25	3.776,95	41,97
	Alta	58,05	0,645			
				1.318,99	3.956,95	43,97
Cure Palliative terminali (GdC 60)	Bassa	38,7	0,645	1.368,88	2.737,77	45,63
	Media	51,6	0,86	1.595,75	3.191,49	53,19
	Alta	55,9	0,931			
				1.805,45	3.613,47	60,23

N.B.: **A)** per N. GEA si intendono il numero di giornate effettive di assistenza, che, convenzionalmente, prevedono l'accesso, anche se diversamente pesato, di tutte le figure professionali dell'assistenza presso il domicilio del paziente. **B)** il CIA è il coefficiente di intensità assistenziale ed è dato dal rapporto tra il numero GEA e le giornate di cura del piano assistenziale individuale (PAI). **C)** La tariffa mensile è data dal prodotto del CIA per il valore GEA (costo della singola giornata effettiva) per 30. **D)** La media del valore percorso è data dal prodotto del valore GEA per il numero effettivo di giornate di assistenza. **E)** La media del valore della giornata di cura è data dal rapporto tra la media del valore del percorso ed il numero delle giornate di cura previste dal PAI (180 per ADI I e II livello, 90 per ADI III livello e Cure Palliative non terminali, 60 per le Cure Palliative terminali).

Per la definizione di tale costo è stato sommato al valore della tariffa **media costo percorso di cui alla colonna c della tabella precedente** il valore della media del numero di accessi del Medico Specialista/rianimatore il cui costo medio ad ore è stato determinato in € 68,23 facendo la media tra i contratti per specialista ambulatoriale, specialista e anestesista e b) il valore della media del numero di accessi del Medico di Medicina Generale per la corrispettiva remunerazione (18,90 € ad accesso).

In questa fattispecie non è stata considerata la quota di costo stimata collegata alla funzione di coordinamento realizzata dall'A.S.L. poiché è già inserita nella valorizzazione tariffaria della gestione in *house*.

Tabella n. 5 Il sistema tariffario regionale proposto per ogni profilo di Cure Domiciliari Integrate e Cure palliative con accessi medici

Complessità profilo Cure domiciliari	Media costo percorso	Stima costi accessi MMG nel percorso	Stima costi accessi medico specialista nel percorso	Stima costo totale percorso	Stima costo giornata di cura
Cure dom. I livello - Basso (GdC 180)	1.586,31	170,1 (media 1,5 mese x 6 mesi)	0	1.756,41	9,76
Cure dom. I livello - Medio (GdC 180)	2.238,36	170,1 (media 1,5 mese x 6 mesi)	102,6 (media 0,5 mese x 6 mesi)	2.511,06	13,95
Cure dom. I livello- Alto (GdC 180)	2.811,90	170,1 (media 1,5 mese x 6 mesi)	102,6 (media 0,5 mese x 6 mesi)	3.084,6	17,14
Cure dom. II livello -Basso (GdC 180)	3.417,05	340,2 (media 3 mese x 6 mesi)	461,7 (media 1,5 mese x 6 mesi)	4.218,95	23,44
Cure dom. II livello- Medio (GdC 180)	4.125,35	340,2 (media 3 mese x 6 mesi)	615,6 (media 2 mese x 6 mesi)	5.081,15	28,23
Cure dom. III livello- Alto (GdC 180)	4.809,13	340,2 (media 3 mese x 6 mesi)	769,5 (media 2,5 mese x 6 mesi)	5.918,83	32,88
Cure dom. III livello - Basso (GdC 90)	3.596,99	170,1 (media 3 mese x 3 mesi)	614,07 (media 3 mese x 3 mesi)	4.381,16	48,68
Cure dom. III livello- Medio (GdC 90)	3.776,95	170,1 (media 3 mese x 3 mesi)	614,07 (media 3 mese x 3 mesi)	4.561,12	50,68
Cure dom. III livello-Alto (GdC 90)	3.956,95	198,45 (media 3,5 mese x 3 mesi)	716,42 (media 3,5 mese x 3 mesi)		

				4.871,82	54,13
Cure Palliative terminali (GdC 60)- Basso	2.737,77	113,4 (media 3 mese x 2 mesi)	409,38 (media 3 mese x 3 mesi)	3.260,55	54,34
Cure Palliative terminali (GdC 60)- Medio	3.191,49	113,4 (media 3 mese x 2 mesi)	409,38 (media 3 mese x 3 mesi)	3.714,27	61,90
Cure Palliative terminali (GdC 60) -Alto	3.613,47	132,3 (media 3,5 mese x 2 mesi)	545,84 (media 4 mese x 3 mesi)	4.291,61	71,53

3.5. Proposta dell'impegno dell'operatore sociosanitario-oss ai fini del calcolo dei costi

Considerato che la figura professionale dell'operatore socio-sanitario presente nel piano assistenziale di tutti i profili delle Cure domiciliari/Cure Palliative è per metà a compartecipazione degli Enti Locali e/o utente, un'ultima analisi ha riguardato la definizione delle ore che di tale figura professionale sono mediamente a carico degli Enti Locali e/o utente e, secondo una razionalità economica, la determinazione della percentuale del costo delle tariffe da imputare quale quota di compartecipazione.

Tabella 6. Calcolo n. ore figura oss

FIGURE PROFESSIONALI	PAI ARTICOLATO SU 180 GG. (ADI I E II LIVELLO)						PAI ARTICOLATO SU 90 GG. (ADI III LIVELLO)			PAI ARTICOLATO SU 60 GG. (PALLIATIVE TERMINALI)		
	ADI I PROFILO BASSO	ADI I PROFILO MEDIO	ADI I PROFILO ALTO	ADI II PROFILO BASSO	ADI II PROFILO MEDIO	ADI II PROFILO ALTO	ADI III PROFILO BASSO	ADI III PROFILO MEDIO	ADI III PROFILO ALTO	P-TERM PROFILO BASSO	P-TERM PROFILO MEDIO	P-TERM PROFILO ALTO
OSS	26	39	52	81,25	97,5	113,75	56,88	65	73,13	48,94	65,25	70,69
INFERMIERE	12	18	21	18,75	26,25	41,53	45,5	52	58,5	34,8	39,15	56,55
PROFESSIONISTA RIABILITAZIONE	19,5	29,25	39	39	48,75	48,75	32,5	26	19,5	17,4	17,4	13,05
DIETISTA	0	0	0	3	3	3	3	3	3	2	2	2
PSICOLOGO	0	0	0	0	0	0	7,5	7,5	7,5	5	5	5
TOTALE ORE PER PROFILO ADI	57,5	86,25	112	142	175,5	207,03	145,38	153,5	161,63	108,14	128,8	147,29

Tabella 7. Proposta di valorizzazione economica della figura oss per profilo di cura

Profilo Cure domiciliari	ORE OSS	Totale ore figure professionali impegnate	Calcolo percentuale ore OSS sul totale delle ore delle figure impegnate
Cure dom. I livello Profilo Basso	26	57,5	45,22
Cure dom. I livello Profilo Medio	39	86,25	45,22
Cure dom. I livello Profilo Alto	52	112	46,42
Cure dom. II livello Profilo Basso	81,25	142	57,22
Cure dom. II livello Profilo Medio	97,5	175,5	55,56
Cure dom. II livello Profilo Alto	113,75	207,03	54,94
Cure dom. III livello Profilo Basso	56,88	145,38	39,12
Cure dom. III livello Profilo Medio	65	153,5	42,34
Cure dom. III livello Profilo Alto	73,13	161,63	45,24
C. Palliative Terminali Profilo Basso	48,94	108,14	45,26
C. Palliative Terminali Profilo Medio	65,25	128,8	50,66
C. Palliative Terminali Profilo Alto	70,69	147,29	48,00

La *ratio* utilizzata nella metodologia di calcolo è la definizione delle ore medie di personale Operatore Sociosanitario (OSS) impegnato per ogni profilo rispetto al monte ore totale di tutte le professionalità impegnate. Le ore medie di impegno di OSS considerate al 50% (quota di compartecipazione a carico delle Politiche Sociali) sono state rapportate al monte ore totale di tutte le figure professionali. La modalità di calcolo della percentuale presenta una criticità collegata al fatto che essa è determinata a priori sulla base della media del numero di accessi previsti per ogni profilo. La percentuale così definita, essendo un sistema convenzionale basato su un calcolo medio di accessi, non può essere utilizzata per una perfetta valorizzazione della quota di compartecipazione effettiva a carico degli Enti Locali e/o utenti, ma richiede, pertanto, un calcolo a consuntivo sugli effettivi accessi erogati.

4. Il monitoraggio , appropriatezza

Al fine di garantire le migliori condizioni assistenziali ai pazienti ed evitare sprechi per il sistema sanitario regionale, la Regione Campania, attraverso gli uffici competenti, si riserva di realizzare, attraverso i suoi uffici, controlli e attività di monitoraggio sia sulle AA.SS.LL. sia sui provider privati dell'assistenza domiciliare per monitorare e controllare le condizioni di appropriatezza con le quali sono attribuiti i pazienti in Cure Domiciliari Integrate-ADI/Cure Palliative nei diversi livelli e profili di cura e per garantire le migliori condizioni qualitative del servizio.

Considerata, inoltre, le diverse modalità di affidamento e gestione delle prestazioni sanitarie domiciliari, risulta utile definire in tempi brevi i requisiti ulteriori necessari ai fini dell'accreditamento dei soggetti erogatori delle prestazioni domiciliari, al fine di garantire ai pazienti caratteristiche uniformi del servizio di assistenza domiciliare.

4.1 I Sistemi Informativi

Il Ministero della Salute sviluppando un Nuovo Sistema Informativo Sanitario – **N.S.I.S.**, ha inteso predisporre *uno strumento essenziale per il governo della sanità a livello nazionale, regionale e locale e per migliorare l'accesso alle strutture e la fruizione dei servizi da parte dei cittadini – utenti.*³

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario è basato sulla cooperazione e l'integrazione dei diversi sistemi informativi regionali e locali e costituisce lo strumento di governo e supporto dei flussi informativi del Servizio Sanitario Nazionale.

Attraverso N.S.I.S. il Ministero della Salute misura il livello di erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e mira, attraverso un sistema di indicatori, a misurare anche l'appropriatezza delle prestazioni erogate. Per le Regioni è diventato obbligo conferire i dati secondo le modalità definite dal Ministero, utilizzando i flussi informativi che confluiscono in N.S.I.S.⁴.

Attualmente le Regioni sono coinvolte nell'implementazione di diversi flussi informativi nati dallo studio del Progetto Mattoni o da precedenti esperienze consolidate a livello ministeriale, che concorrono alla alimen-

³ Il protocollo d'intesa del 23 marzo 2005 e successivamente il "Patto per la Salute" del 28 Settembre 2006 hanno ribadito l'utilizzo del NSIS per le misure di qualità, efficienza ed appropriatezza del Servizio Sanitario Nazionale, evidenziando il conferimento dei dati al Sistema Informativo Sanitario "fra gli adempimenti a cui sono tenute le Regioni".

⁴ Il protocollo d'intesa del 23 marzo 2005 e successivamente il "Patto per la Salute" del 28 Settembre 2006 hanno ribadito l'utilizzo del NSIS per le misure di qualità, efficienza ed appropriatezza del Servizio Sanitario Nazionale, evidenziando il conferimento dei dati al Sistema Informativo Sanitario "fra gli adempimenti a cui sono tenute le Regioni".

tazione del nuovo Sistema Informativo Sanitario e che permetterà, una volta a regime, la creazione di un record individuale che accumuli nel tempo tutta la storia clinica di ciascun individuo.

Il flusso che rilevano le cure domiciliari al momento attivo è il **S.I.A.D.** - Sistema Informativo Assistenza Domiciliare -. Il D.M. 17 Dicembre 2008, emesso dal Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, disciplina la rilevazione delle informazioni relative agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati in maniera programmata da operatori afferenti al SSN dell'ambito dell'assistenza domiciliare. Le forme di Assistenza Domiciliare oggetto di rilevazione sono esclusivamente quelle caratterizzate da interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria che soddisfano una serie di criteri guida specifici tra i quali si segnala la presa in carico dell'assistito, la valutazione multidimensionale dell'assistito, la definizione di un piano/programma/progetto di assistenza individuale, la responsabilità clinica in capo a Medico di Medicina Generale (MMG), Pediatra di Libera Scelta (PLS) o al medico competente per la terapia del dolore, purché afferenti al distretto/A.S.L..⁵

Mettendo a frutto il risultato proseguendo l'esperienza maturata dalle singole AA.SS.LL. nell'utilizzo del software di informatizzazione e rilevazione delle prestazioni sociosanitarie LEASOCIOSAN⁶, è stato definito il sistema univoco di monitoraggio delle prestazioni sociosanitarie denominato LEASOCIOSAN e realizzato in collaborazione con l'Agenzia Regionale Sanità-ArSAN che prevede il monitoraggio e l'informatizzazione delle prestazioni di cui all'allegato 1/C del D.P.C.M. 29/11/2011 con una metodologia che mira a monitorare e verificare il percorso di accesso ai servizi e l'erogazione delle prestazioni conseguenti alla presa in carico e che va oltre i decreti ministeriali richiamati perseguendo l'obiettivo strategico del N.S.I.S., ovvero costruire un sistema univoco di raccolta dati relativi all'utente che accede ai servizi.

Nel rispetto degli obblighi determinatisi con i richiamati decreti ministeriali istitutivi dei flussi informativi specifici, sono stati elaborati e realizzati piani operativi per adeguare i flussi regionali ai tempi e alle caratteristiche richieste dal Ministero, al fine di ottemperare agli adempimenti previsti dai decreti che prescrivono il conferimento obbligatorio dei dati a decorrere dal 1 gennaio 2012 in modo completo. Nel sistema di rilevazione LEASOCIOSAN che ricomprende ed esplicita i tracciati ministeriali S.I.A.D. che nella sua evoluzione prevede di accogliere le informazioni derivanti da tutti i flussi informativi ministeriali flussi S.I.N.D. e S.I.S.M., è prevista inoltre la rilevazione della componente sociale delle prestazioni sociosanitarie attivando le modalità di colloquio fra i sistemi informativi sociali e sanitari.

5. Requisiti dei soggetti erogatori

⁵ Si segnala il decreto 6 agosto 2012 recante: "Modifiche al decreto 17 dicembre 2008, recante del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare".

⁶ D.G.R.C. 476/2004 e 2040/2006.

Nel caso di esternalizzazione dei servizi, di seguito si indicano una serie di requisiti da richiedere ai soggetti erogatori delle cure domiciliari.

I requisiti riguarderanno, in particolare, le caratteristiche della sede operativa deputata all'erogazione delle cure domiciliari (tale da consentire lo svolgimento di riunioni di équipe, la conservazione e manutenzione delle cartelle e diari di lavoro, la raccolta ed informatizzazione dei dati , l'adeguata disponibilità di mezzi di trasporto, la dotazione di materiali sanitari, le caratteristiche dell'informatizzazione da garantire.

Un particolare riferimento, infine, dovrà essere dedicato ai requisiti di natura organizzativa, per quanto attiene, ad esempio, l'esistenza di procedure formalizzate per le principali attività da realizzare (rapporto con il paziente ed i familiari, gestione della documentazione sanitaria del paziente, gestione dei rischi e degli eventi avversi, smaltimento dei rifiuti, etc.), la dotazione organica minima, il rapporto che dovrà esistere tra le percentuali dei diversi profili professionali, la selezione e formazione del personale, la tutela della privacy.

Requisiti di struttura e tecnologie:

- Sede adeguata all'attività da svolgere, facilmente raggiungibile
- disponibilità di una sede facilmente raggiungibile nel territorio della AA.SS.LL. per favorire le attività di coordinamento e di comunicazione
- spazi per centrale operativa, per archivio documentale
- spazi per eventuali colloqui con l'utente/familiari
- spazi per farmaci e ausili
- il personale infermieristico è dotato di una borsa contenente adeguato materiale . Farmaci da somministrare, guanti, sfigmomanometro, siringhe, sticks per la determinazione della glicemia, provette, contenitori sterili lacci emostatici, garze, cotone idrofilo, disinfettanti, soluzioni per la detersione delle mani, set sterili di medicazioni;
- presso la sede sono presenti i presidi e i farmaci utili al personale.

Requisiti organizzativi:**Personale**

- adeguata dotazione di personale, come richiesto dal servizio affidato;
- apertura della centrale operativa in relazione al livello assistenziale richiesto
- reperibilità degli infermieri.

Coordinamento:

-è garantita la funzione di coordinamento del personale in relazione alla realizzazione dei progetti individualizzati;

Informatizzazione:

-presso la sede operativa vi è un software per l'organizzazione dell'assistenza;

-obbligo di mantenimento di cartelle domiciliari;

-obbligo di conferimento dati sulle prestazioni erogate coerentemente con i sistemi informativi in uso -presso la A.S.L. nei tempi e nei modi previsti dalla normativa regionale vigente.

Gestione degli utenti

-il personale del servizio è tenuto all'informazione tempestiva delle mutate condizioni dell'utente al case manager e/o medico responsabile;

-partecipa ai momenti di valutazione multidimensionale periodica,

-aggiorna il piano esecutivo del progetto individualizzato e registra eventuali variazioni;

-il personale del servizio partecipa alla redazione del pai

Formazione

-obbligo di formazione ed aggiornamento in merito alle tecniche e agli ausili;

-obbligo di formazione per l'orientamento al colloquio e all'approccio relazionale con l'utente e la famiglia

Sicurezza

-rispetto delle normative in materia di sicurezza dei luoghi di lavoro e dei lavoratori,

-copertura assicurativa

-prevenzione dei rischi e dell'infortunistica

-formazione del personale sull'individuazione, prevenzione e gestione dei rischi

6. Bibliografia

- ◆ Age.na.s (2009): Le indicazioni programmatiche nazionali sul sistema dell'assistenza domiciliare nel SSN
- ◆ Age.na.s (2009): Modelli e costi di assistenza agli anziani non autosufficienti e modelli innovativi di assistenza primaria
- ◆ Age.na.s (2010): Le cure palliative domiciliari in Italia (I Quaderni di Monitor)

- ◆ Ambrogio – Gitto – Mapelli – Sobbrivo (2009): Analisi dei costi dell'assistenza domiciliare integrata: l'esperienza della Regione Calabria, in Mecosan, 72
- ◆ Comitato Ospedalizzazione Domiciliare (2002): Caratterizzazione dei servizi di cure domiciliari
- ◆ Commissione LEA (2006): Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio
- ◆ Ivaldi - Verrico (2008): Identificazione di profili omogenei di assorbimento di risorse nelle cure domiciliari anziani attraverso la classification trees analysis
- ◆ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2010): Rapporto sulla non autosufficienza in Italia 2
- ◆ Network Non Autosufficienza (2011): L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia (III rapporto)
- ◆ OMS (2002): A long-term care future tool-kit. Pilot Edition.
- ◆ OMS (2010): Global status report on noncommunicable diseases.
- ◆ Pesaresi – Gori (2003): Servizi domiciliari e residenziali per gli anziani non autosufficienti in Europa, Il Mulino, Bologna
- ◆ Scaccabarozzi – Lovaglio – Limonta – Colombo Locatelli (2005): Caratterizzazione e valorizzazione dei percorsi di cura in home care: i DRG domiciliari, Tendenze nuove, 3
- ◆ Scaccabarozzi – Lovaglio – Limonta – Colombo Locatelli (2006): La remunerazione delle attività di assistenza domiciliare, in Falcitelli Langiano, La remunerazione delle attività sanitarie: caratteristiche attuali ed ipotesi evolutive, Il Mulino, Bologna

Delibere Regionali:

- ◆ Delibera di Giunta regionale della Sardegna n. 51/49 del 20.12.2007.
- ◆ Delibera organizzazione della Regione Basilicata n. 862 del 10.06.2008.
- ◆ Delibere di Giunta regionale del Lazio n. 325 e 326 dell'8 maggio 2008.
- ◆ Delibera di Giunta regionale della Campania n. 41 del 14.02.201.

Allegato 2

Nota esplicativa per l'applicazione della scheda-profili nell'ambito del sistema tariffario cure domiciliari e palliative della Regione Campania

Premessa

Il seguente documento ha il compito di facilitare, nell'ambito dell'applicazione del Decreto Commissariale n. 1 del 07/01/2013 "Approvazione documento recante "Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania", l'adozione della scheda sui profili di cura, così come indicato nello stesso Decreto *de quo* nella parte in cui si cita che "*eventuali transcodifiche che dovessero rendersi utili saranno rese disponibili dai competenti uffici con atti propri*". Risulta utile precisare che per l'inquadramento clinico/diagnostico di ogni paziente si possono usare tutte le schede/strumenti ritenuti utili dai singoli professionisti competenti; tuttavia, per l'individuazione del profilo sanitario di cura ed ammissione ai servizi di tipo sanitario e socio-sanitario nell'ambito delle cure domiciliari e palliative, allo stato attuale, i due strumenti approvati e validati dalla Regione Campania sono la scheda S.Va.M.A. e la scheda S.Va.M.D.I. Infatti, la scheda S.Va.M.A. e la scheda S.Va.M.D.I. sono utili al fine di individuare i profili ed eventuali ambiti di auto-sufficienza, oppure, non auto-sufficienza. Tutto ciò è utile per individuare il *setting* assistenziale più appropriato per il paziente (residenziale, semi-residenziale, domiciliare).

A tale riguardo, in merito all'utilizzo della scheda S.Va.M.A. e della scheda S.Va.M.Di. si precisa quanto segue: la scheda S.Va.M.A. deve essere utilizzata per l'accesso ai servizi di rete residenziali, semiresidenziali, domiciliari integrati per le persone Adulte e Anziane Non autosufficienti, mentre la scheda S.Va.M.Di. sarà utilizzata per la valutazione multidimensionale per i disabili maggiori di 18 anni.

Le schede sui profili di cura delle cure domiciliari e palliative

Le indicazioni che seguono, hanno la finalità di chiarire le modalità di applicazione delle schede profili da parte degli operatori e di uniformare la loro implementazione nell'ambito regionale.

Il percorso di utilizzo delle schede profili inizia dopo la segnalazione del paziente nella PUA, la convocazione dell'U.V.I. e la valutazione multidimensionale. Nell'ambito dell'UVI, che dà luogo alla completa valutazione multidimensionale del paziente con la compilazione della scheda S.Va.M.A. o della scheda S.Va.M.D.I., il Responsabile delle Cure Domiciliari valuta l'eleggibilità del paziente nel Livello di Cure Domiciliari proposto e, solo dopo la valutazione di eleggibilità in uno specifico livello di cure domiciliari (I,II,III o palliative), compila le schede sui profili di cura con l'ausilio dell'équipe, che seguirà il paziente.

Le caratteristiche di complessità assistenziale dei vari livelli delle cure domiciliari previste nelle schede sui profili possono essere ricavate con le modalità di seguito riportate:

- per la **patologia**, occorre considerare la scheda S.Va.M.A., nella parte dedicata alla scheda Valutazione Sanitaria, sezione Cenni Anamnestici e sezione Codifica Patologia; per la scheda S.Va.M.D.I. occorre considerare la scheda A Tabella 4 e la scheda Indice di severità della malattia;
- per la **funzione ADL**, la definizione del relativo punteggio deriva dalla compilazione della specifica scheda che, per comodità, si allega alla presente. Purtroppo, si precisa che la valutazione ADL si può ricavare

correlando la scheda ADL alla scheda Barthel ADL e MOB presente nella scheda A della S.Va.M.A. e scheda B parte 4 e 5 della S.Va.M.D.I. come da esempio allegato 2;

- per le **necessità assistenziali**, occorre considerare la scheda A sezione Assistenza Infermieristica della S.Va.M.A. ed il relativo allegato F (Riepilogo dei fabbisogni assistenziali), mentre per la S.Va.M.D.I. occorre considerare la scheda B parte 2 (Valutazione assistenza sanitaria);
- per il **supporto sociale**, occorre considerare la scheda C della S.Va.M.A. oppure la scheda C della S.Va.M.D.I.

Ciascuna caratteristica di complessità (patologie, funzione, necessità assistenziale e condizioni sociali) è stata graduata con un punteggio da 1 a 3, in modo da consentire di collocare ciascuna delle patologie ricorrenti, combinate con gli altri elementi di complessità previsti, in un definito profilo di uno specifico livello di Cure domiciliari e Cure Palliative. A ciascun livello di complessità corrisponde una necessità di assistenza sanitaria e sociosanitaria che si concretizza in un fabbisogno assistenziale che definisce un numero minimo e massimo di accessi da parte di figure professionali in coerenza con quanto previsto dalla Delibera n. 41/2011.

Nelle prime righe della tabella sui profili di cura (si veda l'allegato 1) è riportato in modo sintetico il *range* di punteggio che consente di ricondurre un paziente ad un profilo di cura: basso, medio, alto nell'ambito dei tre diversi livelli di cure domiciliari. Ciascun livello di cure domiciliari (I-II-III livello) e di cure palliative ricomprende tre diversi profili di cura basso, medio, alto caratterizzato dallo stesso *range* di punteggio.

Qualora il paziente presenti più patologie o più necessità assistenziali verrà considerato solo il punteggio più alto ed uno per ogni caratteristica di complessità. Riassumendo, ciascuna patologia caratterizzante un soggetto arruolabile in uno specifico livello di Cure domiciliari integrate/ADI avrà una collocazione in uno specifico livello di intensità bassa, media ed alta, sulla base

dei corrispondenti livelli di punteggio che presentano le caratteristiche funzionali, le necessità assistenziali e le condizioni sociali.

La scheda sarà predisposta ed utilizzata dal Responsabile Cure Domiciliari, solo successivamente alla compilazione della scheda S.Va.M.A.-S.Va.M.Di. e la valutazione dell'eleggibilità del caso analizzato in un determinato livello di cure domiciliari, per individuare il tipo specifico di profilo cui ricondurre il paziente e determinare il *setting* assistenziale più appropriato; naturalmente la scheda non sostituisce affatto la definizione del Piano di Assistenza Individuale (PAI) ma può costituire un valido supporto nella redazione dello stesso.

La scheda dei profili di cura si integra pertanto con la valutazione multidimensionale effettuata con le schede di valutazione multidimensionale in uso e non le sostituisce.

Definita la collocazione del paziente in un determinato livello di assistenza e profilo, il Decreto *de quo* individua in un'apposita tabella il numero di accessi mensili o settimanali (a seconda delle figure professionali necessarie) utili alla corretta esecuzione del progetto di assistenza individualizzato. Con il supporto di questa tabella si potrà redigere il piano esecutivo su base settimanale/mensile per l'intero periodo di cura e comunque coerentemente con la valutazione effettuata dai singoli professionisti. Ogni scostamento dalle ipotesi di seguito riportate all'interno del medesimo profilo dovrà essere supportato da ulteriori valutazioni specifiche in relazione al singolo caso.

Il piano della formazione degli operatori

Al fine di facilitare le modalità di adozione delle schede sui profili di cura, si propone l'organizzazione di un corso di formazione pratico, in cui i diversi operatori potranno sviluppare le idonee competenze necessarie per la compilazione delle stesse attraverso simulazioni di casi pratici.

Tra i soggetti da formare si segnalano:

- i referenti delle cure domiciliari distrettuali ed aziendali di tutti i livelli assistenziali
- i direttori sanitari dei distretti
- i coordinatori/referenti dei servizi infermieristici sia distrettuali che aziendali
- i coordinatori/referenti dei servizi riabilitativi sia distrettuali che aziendali
- responsabili U.O. Medicina di base/cure primarie
- gli specialisti ambulatoriali dedicati alle cure domiciliari
- Referenti distrettuali sociosanitari e coordinatori sociosanitari
- MMG
- assistenti sociali del distretto
- operatori degli Ambiti territoriali sociali

Ipotesi di lavoro

Nel momento in cui la Regione avrà a disposizione dei trend, abbastanza coerenti tra le diverse AA.SS.LL., sulla quantità e tipologia di presidi adottati, si potrà procedere alla considerazione dei relativi costi nell'aggiornamento della valorizzazione dei costi utilizzati nel Decreto *de quo*.

Si ipotizza nell'ordine di effettuare una ricognizione puntuale a campione dei bilanci delle AA.SS.LL. e del controllo di gestione al fine di verificare le modalità di imputazione dei costi e verificare modalità di monitoraggio degli stessi.

Per ottemperare all'opportunità di verificare la coerenza dei costi determinati in relazione ai profili individuati, si rende necessario monitorare i profili di cura, utilizzando la scheda di rilevazione elaborata anche nell'ambito del Tavolo di Lavoro con i referenti delle cure domiciliari.

I risultati della rilevazione saranno utilizzati per implementare un sistema di monitoraggio sull'applicazione del decreto commissariale 1/2013 per la parte dei profili e correlarli ai costi evidenziati all'interno dei bilanci aziendali.

Il monitoraggio è da intendersi su base annuale e sicuramente sarà realizzato durante l'intero 2014, al termine del quale eventualmente proporre integrazioni al decreto 1/2013 e individuare meccanismi di aggiornamento del sistema di tariffe.

Inoltre, coerentemente con i Programmi operativi del piano di rientro dovranno essere:

- definiti dei criteri di formazione-piani di formazione aziendali
- definiti dei criteri minimi organizzativi
- definiti degli indicatori aziendali/regionali

SCHEDE SUI PROFILI DI CURA

COMPLESSITA' ASSISTENZIALE CON SUDDIVISIONE IN PROFILI PER LE CURE DOMICILIARI DI I – II – III Livello e Cure Palliative Non Terminali – CURE PALLIATIVE TERMINALI	
PROFILO BASSO	4 - 6
PROFILO MEDIO	7 - 8
PROFILO ALTO	9 - 12
CURE DOMICILIARI I LIVELLO E CURE PALLIATIVE NON TERMINALI	
Caratteristiche di complessità	Punteggio
A) PATOLOGIE	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fratture degli arti inferiori non operabili ▪ Fratture trattate chirurgicamente 	1
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici ▪ Miopatie gravi 	2

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Malattie cromosomiche e/o genetiche particolarmente invalidanti ▪ Malattie vascolari del SNC con sindrome da immobilizzazione ▪ Demenze con sindrome da immobilizzazione ▪ Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Malattie degenerative del S.N.C. che non necessitano di ventilazione assistita ▪ Malattie dell'apparato cardio-respiratorio che non necessitano di ventilazione assistita ▪ Malattie oncologiche e non che necessitano di terapia del dolore - cure palliative ▪ Diabete complicato (piede diabetico, insufficienza renale, retinopatia, gangrena degli arti inferiori, amputazioni ecc.) 	3
B) FUNZIONE	
ADL 5-6	1
ADL 4-3	2
ADL 2-0	3
C) NECESSITA' ASSISTENZIALI	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ano artificiale ▪ Ureterostomia ▪ Catetere vescicale 	1
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia parenterale con accesso periferico ▪ Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die) ▪ Tracheotomia ▪ LdD III stadio (1 LdD) ▪ Lesione della cute chirurgica, oncologica 	2
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trasfusione emazie concentrate ▪ NAD con SNG ▪ Ulcere distrofiche arti ▪ LdD III stadio (due o più LdD) ▪ LdD IV stadio ▪ Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali ▪ Terapia di riabilitazione psicomotoria, cognitiva e logopedia ▪ Bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico 	3

▪ Dialisi peritoneale	
D) SUPPORTO SOCIALE	
PSOC 1	1
PSOC 2	2
PSOC 3	3
CURE DOMICILIARI II LIVELLO E CURE PALLIATIVE NON TERMINALI	
Caratteristiche di complessità	Punteggio
A) PATOLOGIE	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fratture degli arti inferiori non operabili ▪ Malattie cromosomiche e/o genetiche particolarmente invalidanti ▪ Miopatie gravi 	1
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici ▪ Malattie vascolari del SNC con sindrome da immobilizzazione e/o che necessitano di NAD ▪ Demenze con sindrome da immobilizzazione e/o che necessitano di NAD ▪ Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa 	2
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Malattie degenerative del S.N.C. che non necessitano di ventilazione assistita ▪ Malattie dell'apparato cardio-respiratorio che non necessitano di ventilazione assistita ▪ Diabete complicato (piede diabetico, insufficienza renale, retinopatia, gangrena degli arti inferiori, amputazioni ecc.) ▪ Malattie oncologiche e non che necessitano di terapia del dolore-cure palliative 	3
B) FUNZIONE	
ADL 5-6	1
ADL 4-3	2
ADL 0-2	3

C) NECESSITA' ASSISTENZIALI	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia parenterale con accesso periferico ▪ Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die) ▪ Tracheotomia ▪ Ano artificiale ▪ Ureterostomia ▪ Catetere vescicale 	1
<ul style="list-style-type: none"> ▪ NAD con SNG ▪ LdD III stadio (1 LdD) ▪ Lesione della cute chirurgica, oncologica ▪ Terapia di riabilitazione psicomotoria, cognitiva e logopedia ▪ Bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico ▪ Dialisi peritoneale 	2
<ul style="list-style-type: none"> ▪ NAD con PEG ▪ NPD ▪ Terapia parenterale con accesso centrale ▪ Ulcere distrofiche arti ▪ LdD III stadio (due o più LdD) ▪ LdD IV stadio ▪ Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali ▪ Trasfusione emazie concentrate ▪ Emodialisi 	3
D) SUPPORTO SOCIALE	
PSOC 1	1
PSOC 2	2
PSOC 3	3
CURE DOMICILIARI III LIVELLO E CURE PALLIATIVE NON TERMINALI	
Caratteristiche di complessità	Punteggio
A) PATOLOGIE	
BUON COMPENSO CLINICO	1

<ul style="list-style-type: none"> • Malattie degenerative del S.N.C. con ventilazione assistita • Malattie dell'apparato cardio-respiratorio con ventilazione assistita • Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici con ventilazione assistita • Malattie cromosomiche e/o genetiche particolarmente invalidanti • Miopatie gravi con ventilazione assistita • Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica • Malattie oncologiche e non, che necessitano di terapia del dolore-cure palliative 	
<p>DISCRETO COMPENSO CLINICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malattie degenerative del S.N.C. con ventilazione assistita • Malattie dell'apparato cardio-respiratorio con ventilazione assistita • Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici con ventilazione assistita • Malattie cromosomiche e/o genetiche particolarmente invalidanti • Miopatie gravi con ventilazione assistita • Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica • Malattie oncologiche e non, che necessitano di terapia del dolore-cure palliative e/o NAD e/o trasfusioni di sangue ed emoderivati 	2
<p>A RISCHIO DI SCOMPENSO CLINICO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Malattie degenerative del S.N.C. con ventilazione assistita ▪ Malattie dell'apparato cardio-respiratorio con ventilazione assistita ▪ Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici con ventilazione assistita ▪ Miopatie gravi con ventilazione assistita ▪ Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica ▪ Malattie oncologiche e non, che necessitano di terapia del dolore-cure palliative e/o NAD e/o trasfusioni di sangue ed emoderivati 	3

B) FUNZIONE	
ADL 5-6	1
ADL 4-3	2
ADL 0-2	3
C) NECESSITA' ASSISTENZIALI	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia parenterale con accesso periferico ▪ Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die) ▪ Ulcere distrofiche arti ▪ Tracheotomia ▪ Ano artificiale ▪ Ureterostomia ▪ Catetere vescicale ▪ Terapia di riabilitazione psicomotoria, cognitiva e logopedia ▪ Bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico ▪ Dialisi peritoneale 	1
<ul style="list-style-type: none"> ▪ NAD con SNG ▪ Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali ▪ LdD III stadio (1 LdD) ▪ Lesioni della cute chirurgiche, oncologiche ▪ Terapia perdurale o terapia antalgica ▪ Emodialisi 	2
<ul style="list-style-type: none"> ▪ NAD con PEG ▪ NPD ▪ Terapia parenterale con accesso centrale ▪ Trasfusione emazie concentrate ▪ LdD III stadio (due o più LdD) ▪ LdD IV stadio ▪ Terapia perdurale o terapia antalgica che richiede adeguamento posologia 	3
D) SUPPORTO SOCIALE	
PSOC 1	1
PSOC 2	2

PSOC 3	3
CURE DOMICILIARI PALLIATIVE TERMINALI	
Caratteristiche di complessità	Punteggio
A) PATOLOGIE	
<p>BUON COMPENSO CLINICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malattie degenerative del S.N.C. in fase terminale • Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica • Malattie oncologiche e non, in fase terminale che necessitano di terapia del dolore e cure palliative 	1
<p>DISCRETO COMPENSO CLINICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malattie degenerative del S.N.C. in fase terminale; • Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica; • Malattie oncologiche e non, in fase terminale che necessitano di terapia del dolore e cure palliative 	2
<p>A RISCHIO DI SCOMPENSO CLINICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malattie degenerative del S.N.C. in fase terminale; • Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica; • Malattie oncologiche e non, in fase terminale che necessitano di terapia del dolore -cure palliative e/o NAD e/o trasfusioni di sangue ed emoderivati 	3
B) FUNZIONE	
ADL 5-6	1
ADL 4-3	2
ADL 0-2	3
C) NECESSITA' ASSISTENZIALI	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia parenterale con accesso periferico ▪ Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die) ▪ Ulcere distrofiche arti ▪ Tracheotomia ▪ Ano artificiale 	1

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ureterostomia ▪ Catetere vescicale ▪ Terapia di riabilitazione psicomotoria, cognitiva e logopedia ▪ Bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico ▪ Dialisi peritoneale ▪ Terapia peridurale o terapia antalgica 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ NAD con SNG ▪ Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali ▪ LdD III stadio (1 LdD) ▪ Lesioni della cute chirurgiche, oncologiche ▪ Terapia peridurale o terapia antalgica ▪ Emodialisi 	2
<ul style="list-style-type: none"> ▪ NAD con PEG ▪ NPD ▪ Terapia parenterale con accesso centrale ▪ Trasfusione emazie concentrate ▪ LdD III stadio (due o più LdD) ▪ LdD IV stadio ▪ Terapia peridurale o terapia antalgica che richiede adeguamento posologia 	3
D) SUPPORTO SOCIALE	
PSOC 1	1
PSOC 2	2
PSOC 3	3

Transcodifica delle schede Barthel nelle schede ADL

INDICE di BARTHEL - Attività di Base	
ALIMENTAZIONE	
Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare i cibi e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.	0
Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc. Non è necessaria la presenza di un'altra persona.	2
Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro.	5
Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.	8
Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc.).	10
BAGNO/DOCCIA (lavarsi) <u>ATTENZIONE SE SI USA QUESTA SEZIONE QUELLA DELL'IGIENE PERSONALE NON VA COMPILATA</u>	
Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.	0
Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.).	1

Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia/bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.	2
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	4
Totale dipendenza nel lavarsi.	5
IGIENE PERSONALE <u>ATTENZIONE SE SI USA QUESTA SEZIONE QUELLA DEL BAGNO/DOCCIA NON VA COMPILATA</u>	
Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata a farlo, ma non è necessario che sia in grado di acconciarsi i capelli.	0
In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.	1
Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.	2
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	4
Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.	5
ABBIGLIAMENTO	
Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto od una protesi.	0
Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.	2

Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.	5
Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.	8
Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.	10
CONTINENZA INTESTINALE <u>ATTENZIONE SE SI USA QUESTA SEZIONE</u> QUELLA CONTINENZA URINARIA NON VA COMPILATA	
Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario.	0
Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma; occasionali perdite.	2
Capace di assumere una posizione appropriata, ma non di eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc.	5
Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.	8
Incontinente.	10
CONTINENZA URINARIA <u>ATTENZIONE SE SI USA QUESTA SEZIONE</u> QUELLA CONTINENZA INTESTINALE NON VA COMPILATA	
Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni.	0
Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita o necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni.	2

In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario aiuto parziale nell'uso dei dispositivi.	5
Incontinente ma in grado di cooperare all'applicazione di un dispositivo esterno o interno.	8
Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni.	10
USO DEL GABINETTO	
Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o la padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.	0
Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.	2
Necessita di aiuto per svestirsi/vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani.	5
Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.	8
Completamente dipendente.	10

<p align="center">MOBILITÀ - INDICE DI BARTHEL</p> <p align="center"><i>(N.B.: Compilare solo se la persona è prevalentemente/completamente allettata o utilizza la carrozzella)</i></p>	<p align="center">Punteggio ADL</p>
<p align="center">TRASFERIMENTO LETTO – SEDIA o CARROZZINA</p>	
<p>E' indipendente durante tutte le fasi. Capace di avvicinarsi al letto in carrozzina con sicurezza, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina e ritrasferirsi con sicurezza.</p>	<p align="center">0</p>
<p>Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza.</p>	<p align="center">3</p>
<p>Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.</p>	<p align="center">7</p>
<p>Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.</p>	<p align="center">12</p>
<p>Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'anziano con o senza un sollevatore meccanico.</p>	<p align="center">15</p>

Allegato 3

Report di monitoraggio delle cure domiciliari

Report di monitoraggio delle cure domiciliari

Il presente documento ha lo scopo di raccogliere un serie di informazioni disponibili al momento della rilevazione (dicembre 2013) e desunte attraverso diverse fonti informative, con modalità diverse, per un utilizzo interno degli Uffici e per poter impostare un dibattito con i referenti aziendali delle cure domiciliari.

Le fonti utilizzate sono:

- il modello di rilevazione FLS 21 riquadro H, che riporta i dati forniti dalle singole AA.SS.LL al sistema informativo sanitario nazionale, in ordine all'assistenza domiciliare (ADI);
- la griglia compilata dalle AA.SS.LL. per rispondere al questionario LEA, che costituisce adempimento di verifica per il mantenimento dei LEA, ai sensi dell'Intesa stato-regioni del 23.3.2005, dell'anno di riferimento e relativa alle cure domiciliari;
- la sezione dedicata alle cure domiciliari e alla tipologia di gestione utilizzata nell'ambito della rilevazione sui fabbisogni, condotta dalle regioni per l'Agenzia Nazionale Sanità;
- la scheda di rilevazione formulata per il monitoraggio dell'applicazione del Decreto Commissariale n.1/2013, le cui sezioni utilizzate esplorano dimensioni relative alle modalità di erogazione del servizio, i costi e la composizione delle équipe di professionisti.

Si tralascia in questa fase di rilevazione il SIAD, sistema informativo istituito dal Ministero della Salute con decreto ministeriale del 17 dicembre 2008 sull'assistenza domiciliare, che raccoglie le informazioni relative alle erogazioni delle prestazioni domiciliari conferite dalle singole aziende; si precisa che il SIAD, che in Regione Campania confluisce nel sistema LEASOCIOSAN, rileva anche informazioni puntuali sugli accessi e sulle figure professionali che pure

sono oggetto di questo documento, ma che per il livello di popolamento dei dati non sono esaustive di quanto erogato in Regione Campania.

Le azioni di monitoraggio realizzate dall'UOD Interventi Sociosanitari attraverso l'utilizzo della scheda di rilevazione dedicata al monitoraggio dell'applicazione del Decreto Commissariale n.1/2013, mirano, invece, a completare le informazioni, per così dire *routinarie*, che per i canali ormai "storici" ed abituali sono conferite.

Le informazioni rilevate non sono omogenee per tipologia e, pertanto, il tentativo sviluppato nel presente report è di costruire un unico set di informazioni/dati su alcuni aspetti ritenuti rilevanti che possano dare conto della qualificazione delle cure domiciliari in termini di organizzazione e di appropriatezza (relazionare sugli aspetti del monitoraggio a seguire). Si precisa che alcune informazioni sono suscettibili di variazione a seguito di ulteriori approfondimenti ed aggiornamenti periodici.

I fabbisogni informativi, di seguito designati quesiti, ai quali si intende fornire informazioni sono i seguenti:

- dati di presa incarico e incremento delle cure domiciliari;
- presenza di una azione di regia univoca sulle cure domiciliari;
- la composizione delle équipes domiciliari e eventualmente il dettaglio secondo il livello e/o la patologia la presenza degli operatori sociosanitari;
- le liste di attesa;
- modalità di gestione delle cure domiciliari;
- costi riconducibili alle cure domiciliari.

Considerato che i dati del questionario LEA utili a tale rilevazione sono relativi all'anno 2011, sono stati utilizzati questi dati per effettuare i diversi incroci, la medesima operazione dovrà essere effettuata per i dati 2012, che dovranno essere resi disponibili dalle AA.SS.LL. Al momento, è possibile formulare una lettura complessiva del 2011 sui dati di presa in carico e del 2012 sui dati

gestionali, in attesa di ricevere/completare i dati aggiornati e fare una proiezione per avere un quadro di riferimento per l'anno 2012 e 2013.

Quesito n.1 - Dati di presa incarico e incremento delle cure domiciliari

Utilizzando in modo sintetico il modello di rilevazione FLS 21 riquadro H è possibile verificare che il modello rileva l'assistenza erogata ai cittadini della Regione Campania complessivamente sotto la voce “**casi trattati**” nella quale sono ricompresi:

- gli utenti “anziani” over 65 anni.
- gli utenti terminali.
- altre tipologie di utenti non classificabili diversamente, ovvero, non anziani non terminali, d’ora in poi definiti “Altri casi”.

La tabella che segue riporta in valori assoluti ed in valori % il numero di casi in carico nell'anno 2011, rispetto alla singola azienda sanitaria, suddivisi per tipologia.

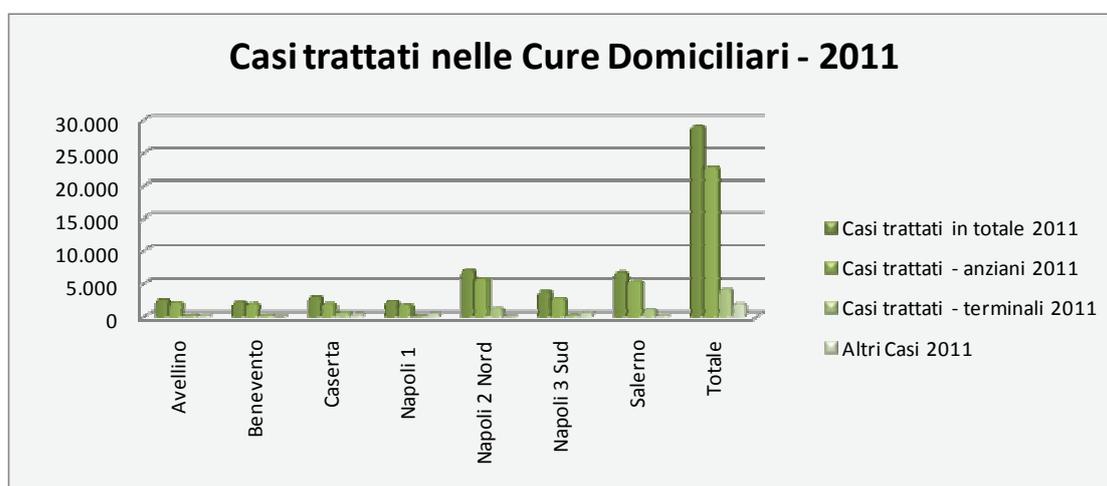
Come si evince dalla tabella n. 1, sulla totalità dei casi trattati (29.092), il 78,4% (22.801) riguardano anziani, il 14,4% (4.195) sono terminali ed il 7,2% (2.096) è rappresentato da Altri Casi (non anziani non terminali, ovvero adulti e anche minori in alcuni casi).

Tab.1 - Casi trattati suddivisi per tipologia 2011

AASSLL	Casi trattati in totale 2011	Casi trattati - anziani 2011	V. % anziani sul totale dei casi trattati	Casi trattati - terminali 2011	V. % terminali sul totale dei casi trattati	Altri Casi 2011	V. % Altri Casi sul totale dei casi trattati
Avellino	2.753	2.304	83,7	206	7,5	243	8,8
Benevento	2.412	2.133	88,4	279	11,6	0	0,0
Caserta	3.259	2.156	66,2	708	21,7	395	12,1
Napoli 1 Centro	2.554	1.956	76,6	79	3,1	519	20,3
Napoli 2 Nord	7.255	5.804	80,0	1.404	19,4	47	0,6
Napoli 3 Sud	3.954	3.010	76,1	291	7,4	653	16,5
Salerno	6.905	5.438	78,8	1.228	17,8	239	3,5
Totale	29.092	22.801	78,4	4.195	14,4	2.096	7,2

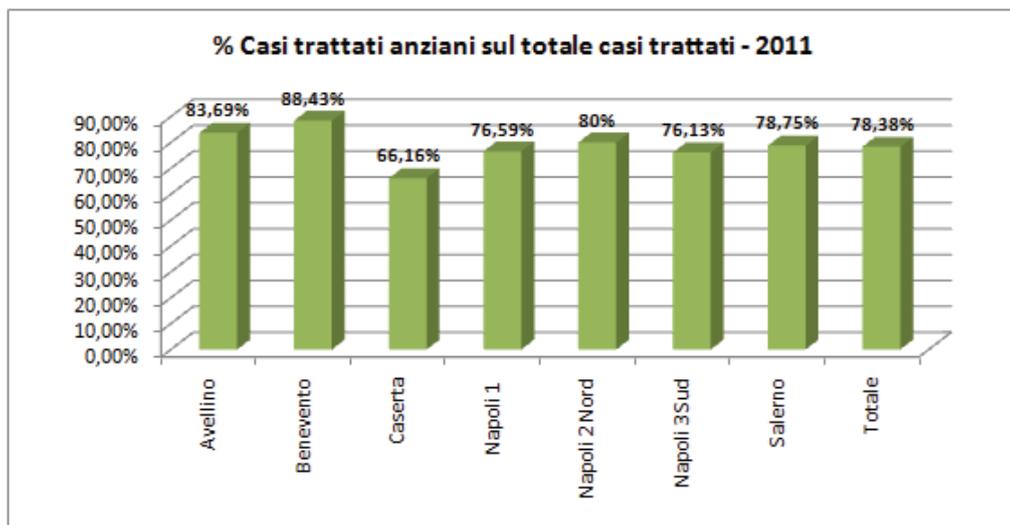
Questo rapporto tra percentuale di casi trattati e percentuale di casi specifici, come si evince anche dal grafico sottostante, viene mantenuto su base regionale in modo coerente per quanto riguarda gli anziani, fatta esclusione per Caserta che ha una % di anziani sulla totalità dei casi pari al 66% circa, al di sotto della media regionale. Si segnala il dato di Benevento, invece, molto al di sopra della media regionale con l'88,43%, attribuibile, probabilmente, alla forte incidenza di popolazione anziana.

Graf. 1 - Casi trattati suddivisi per tipologia 2011



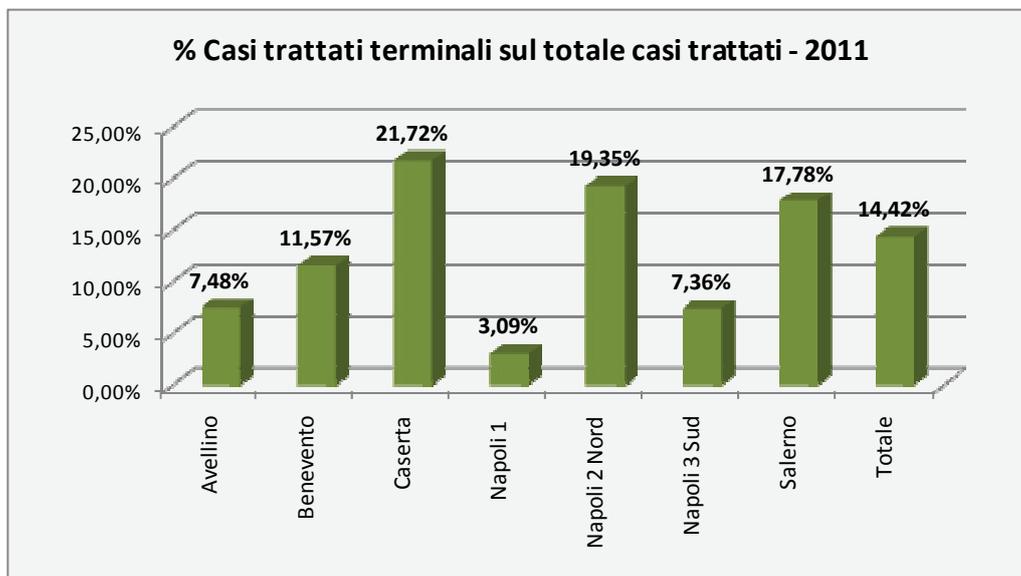
I grafici che seguono mostrano nel dettaglio l'incidenza delle diverse tipologie di casi sopra descritte in rapporto alla totalità dei "casi trattati"

Graf. 2 - Percentuale di Casi anziani sulla totalità dei casi trattati 2011



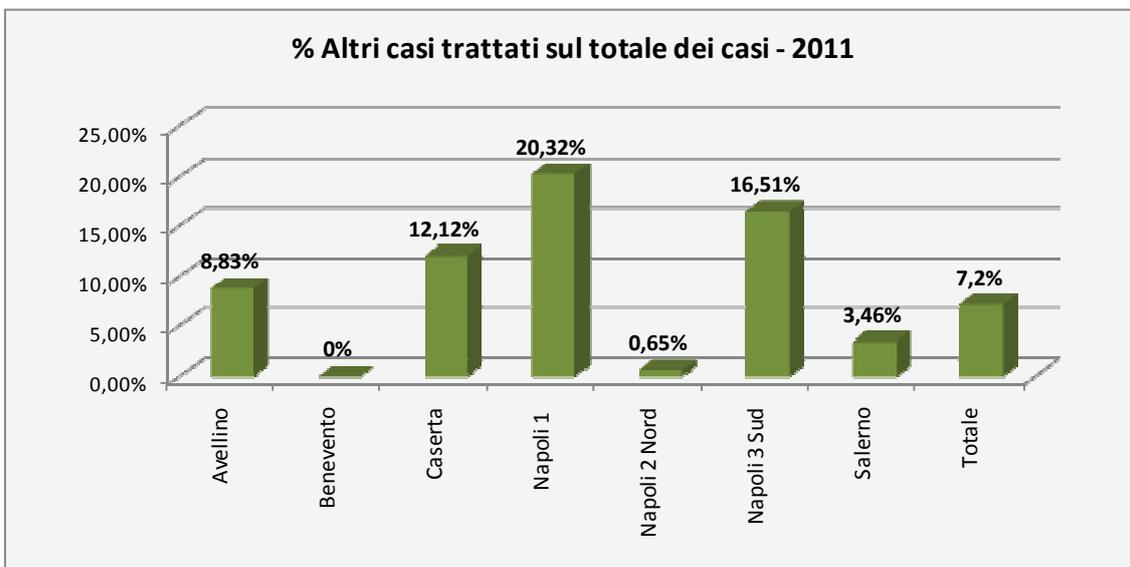
L'incidenza percentuale di casi terminali su casi trattati, come evidenziato dal grafico n. 3 che segue, risulta la più bassa per la Napoli 1, con un valore pari al 3,09%, mentre la Napoli 3 Sud e Avellino si collocano a metà in rapporto al valore medio regionale.

Graf. 3 - Percentuale di Casi terminali sulla totalità dei casi trattati 2011



Un dato che merita, invece, un approfondimento è quello della presa in carico rispetto alla tipologia “altri casi” che andrebbe analizzato per valutare la capacità di risposta delle aziende ai bisogni assistenziali dei pazienti adulti non autosufficienti, valore in crescita anche a livello nazionale. I dati relativi alle singole Aziende non sono in linea con il dato regionale complessivo. Si discostano dal dato regionale in maniera netta l’ASL di Benevento la quale, come si evince dal grafico che segue, mostra una totale assenza “Altri Casi”, così come l’ASL Napoli 2 Nord che presenta un valore al di sotto dell’1%. Al di sopra della media regionale, pari al 7,2%, si collocano, invece, le ASL di Avellino (8,8%), di Caserta (12,1%) e Napoli 3 Sud (16,5%). Un caso a parte, in controtendenza con il dato regionale complessivo, è rappresentato dall’ASL Napoli 1 Centro, che mostra un valore pari al 20,32%, riconducibile all’organizzazione aziendale che ormai da oltre un decennio è orientata verso il III livello di intensità alta delle cure domiciliari.

Graf. 4 - Percentuale di altri Casi sulla totalità dei casi trattati 2011



Di seguito, verranno analizzati i dati 2012 con lo stesso dettaglio di analisi per gli ambiti precedentemente individuati per il 2011 con le relative tabelle.

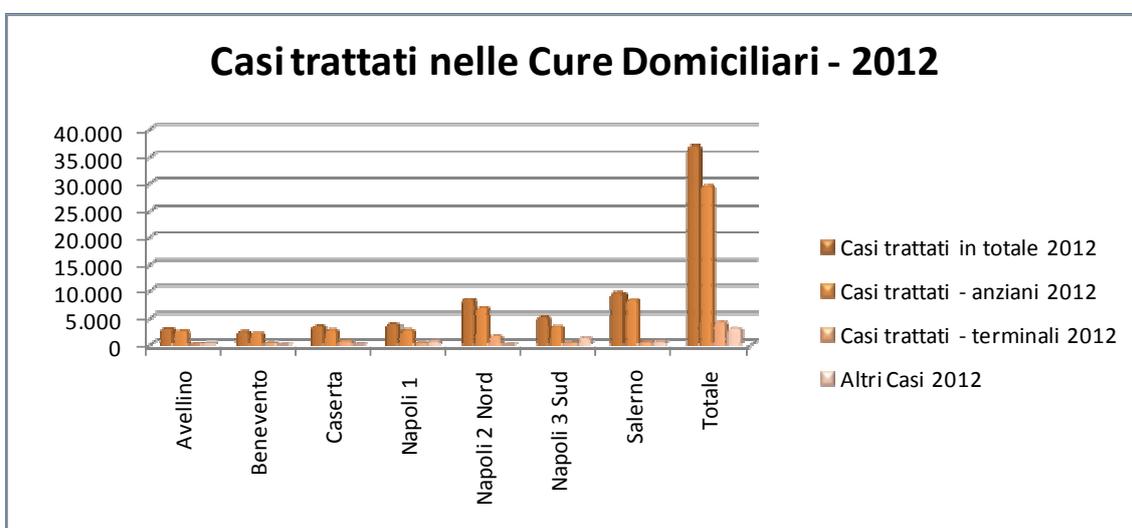
La tabella che segue e il grafico relativo, riportano in valori assoluti e percentuali il numero di casi in carico nell'anno 2012, suddivisi per tipologia e singola azienda sanitaria.

Tab. 2 - Casi trattati suddivisi per tipologia 2012

AASSLL	Casi trattati in totale 2012	Casi trattati - anziani 2012	V. % anziani sul totale dei casi trattati	Casi trattati - terminali 2012	V. % terminali sul totale dei casi trattati	Altri Casi 2012	V. % Altri Casi sul totale dei casi trattati
Avellino	3.083	2.720	88,2	71	2,3	292	9,5
Benevento	2.645	2.333	88,2	312	11,8	0	0,0
Caserta	3.719	2.865	77,0	822	22,1	32	0,9
Napoli 1 Centro	4.034	2.866	71,0	379	9,4	789	19,6
Napoli 2 Nord	8.569	6.855	80,0	1.714	20,0	0	0,0
Napoli 3 Sud	5.389	3.578	66,4	438	8,1	1.373	25,5
Salerno	9.682	8.340	86,1	636	6,6	706	7,3
Totale	37.121	29.557	79,6	4.372	11,8	3.192	8,6

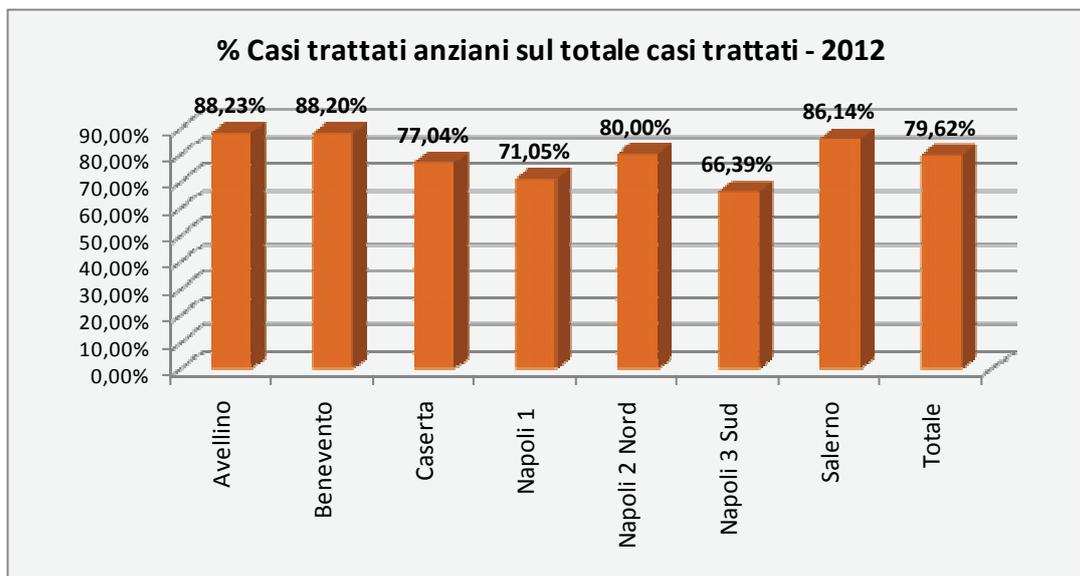
Il grafico n. 5 ci rappresenta la situazione per azienda nel 2012. Complessivamente i casi anziani pesano per 79,6% sul totale dei casi, valore molto vicino al dato registrato nel 2011 pari al 78,4%. I casi terminali, invece, decrementano di circa il 3% rispetto al dato del 2011 (11,8%) registrando un valore percentuale del 14,42. Gli “Altri Casi”, in fine, pesano per l’ 8,6 %, nel 2012, facendo registrare un incremento dello 0,5% rispetto al 2011.

Graf. 5 - Casi trattati suddivisi per tipologia 2012



Il rapporto tra percentuale di casi trattati e casi specifici relativi all’area anziani viene mantenuto su base regionale anche per l’anno 2012. Il dato medio regionale si attesta al 79,6% distribuito in modo differente per ogni azienda. Per l’ASL di Benevento la percentuale resta pressoché invariata (88%) insieme alla Napoli 2 Nord (80%), mentre si registra un incremento per l’ASL di Salerno che passa dal 78,7% del 2011 a circa l’86% del 2012 e dell’ASL di Avellino che passa da circa l’84% del 2011 all’88% del 2012. Un allineamento alla media regionale, invece, raggiunge l’ASL di Caserta, poiché passa dal 66% al 77,04%. L’unica ASL che decrementa, posizionandosi al di sotto della media regionale, è la Asl Napoli 3 SUD che passa dal 76,1% del 2011 al 66,3% del 2012.

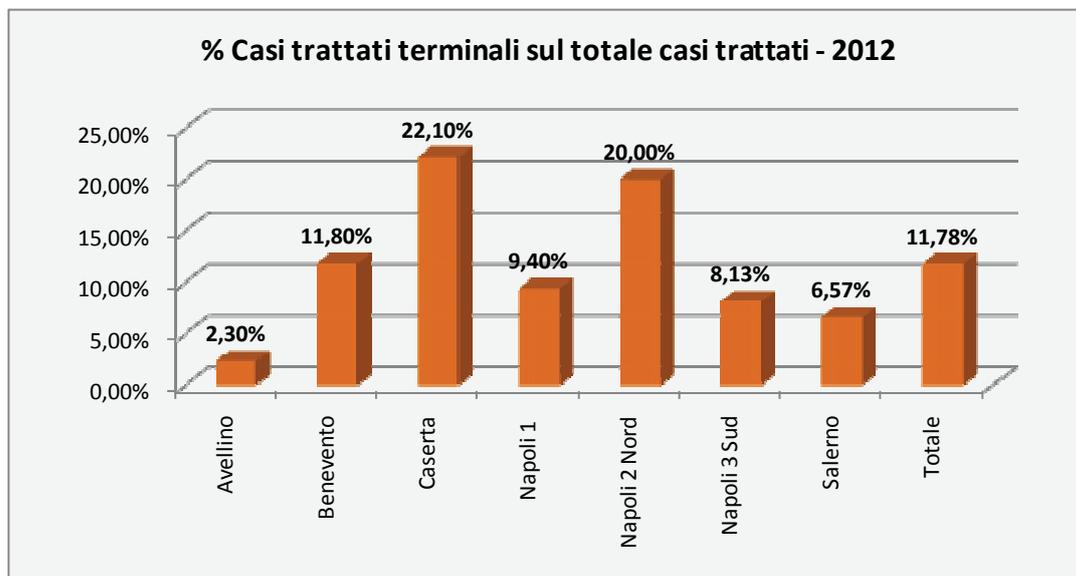
Graf. 6 - Percentuale di Casi anziani sulla totalità dei casi trattati



Per quanto concerne l'incidenza percentuale di casi terminali su casi trattati nel 2012 nel complesso è rimasta quasi invariata rispetto 2011 registrando un leggero decremento di 1,5 punti percentuali del valore regionale complessivo. I dati di presa in carico risultano migliorati, però, soltanto per alcune aziende. L'ASL Napoli 1 passa da dal 3% del 2011 al 9,4% del 2012, Caserta va dal 21,7% al 22,1 e la Napoli 2 Nord che incrementa dal 19,3% del 2011 al 20% del 2012. Le ASL di Salerno, Napoli 3 Sud e Avellino fanno registrare un forte decremento, mentre i valori di Benevento restano pressoché invariati.

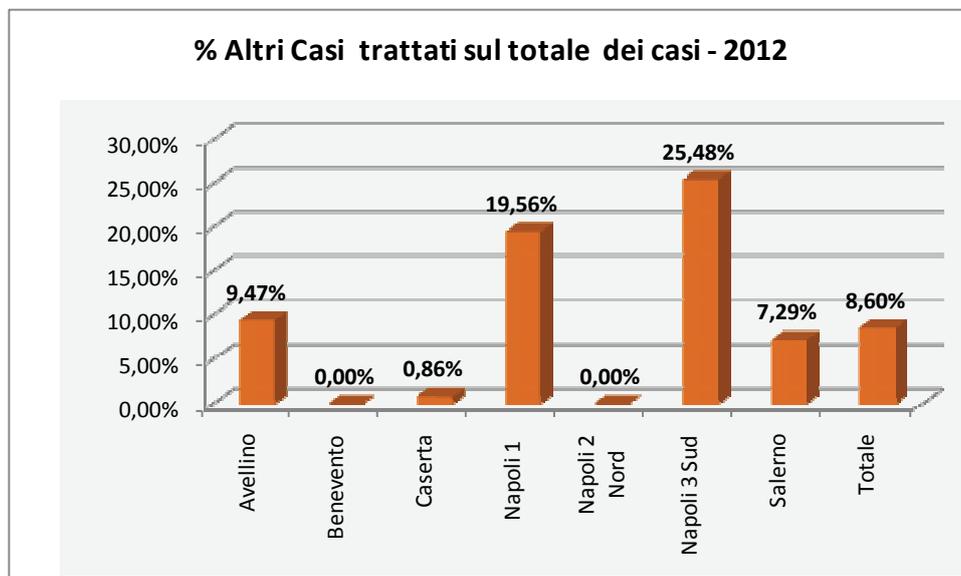
Considerando la media regionale del 2012, pari al 11,8%, si posiziona verso il valore più basso l'ASL di Avellino (2,3%) seguito dall'ASL di Salerno (6,6%) Napoli 3 Sud (8,1%) e Napoli 1 Centro (9,4%), perfettamente in linea con la media regionale è l'ASL di Benevento (11,8%) mentre i valori più alti, coerentemente con i dati 2011, si confermano quelli delle ASL Napoli 2 Nord (20%) e Caserta (22,1%).

Graf. 7 - Percentuale di Casi terminali sulla totalità dei casi trattati 2012



Contrariamente al trend del dato regionale che, per quanto riguarda “Altri casi trattati, registra un, aumento minimo pari a 1,4 punti percentuali tra il 2011(7,2%) ed il 2012 (8,6%), la distribuzione aziendale risulta alquanto eterogenea. Su base aziendale, il dato risulta, infatti, così distribuito: Benevento resta invariato (0%) Napoli 2 Nord passa da un dato inferiore all'1% del 2011 ad un dato pari a 0% del 2012 , il dato di Napoli 1 Centro, in controtendenza con i valori delle altre ASL, è confermato (19,56%), la Napoli 3 Sud invece risulta l'ASL con il maggior numero percentuale di Altri Casi sulla totalità di casi trattati con il suo 25,48%.

Graf. 8 - Percentuale di Altri Casi sulla totalità dei casi trattati 2012



Come è possibile valutare dal confronto dei dati fls 21 anno 2011 e 2012, come abbiamo visto, si registra un incremento numerico degli utenti appartenenti alle tre diverse categorie. Dalle tabelle n. 3 e 4 di seguito riportate visibile il trend dei dati di presa in carico e l'incidenza percentuale delle tre diverse tipologie di utenti rapportato al numero complessivo dei casi.

Come si evince dalle tabelle che seguono, rispetto al 2011, nel 2012 si passa da 29.092 casi trattati a 37.121, con un incremento sul totale dei casi trattati del 27,6%, pari a circa 8000 casi. Esaminando nel dettaglio le diverse tipologie, per gli anziani l'aumento è stato del 29,6%, mentre per i terminali la percentuale è aumentata soltanto del 4,2% con appena 177 casi trattati in più rispetto al 2012. Per quanto riguarda Altri Casi, invece, (non anziani non terminali, ovvero adulti e anche minori in alcuni casi) l'aumento è stato notevole, si è passati dai 2.096 casi del 2011 ai 3.192 del 2012 pari al 52,2%.

Tab. 3 - Casi trattati suddivisi per tipologia 2011-2012 in valori assoluti

AASSLL	Casi trattati in totale 2011	Casi trattati in totale 2012	Casi trattati - anziani 2011	Casi trattati - anziani 2012	Casi trattati - terminali 2011	Casi trattati - terminali 2012	Altri Casi 2011	Altri Casi 2012
Avellino	2.753	3.083	2.304	2.720	206	71	243	292
Benevento	2.412	2.645	2.133	2.333	279	312	0	0
Caserta	3.259	3.719	2.156	2.865	708	822	395	32
Napoli 1 Centro	2.554	4.034	1.956	2.866	79	379	519	789
Napoli 2 Nord	7.255	8.569	5.804	6.855	1.404	1.714	47	0
Napoli 3 Sud	3.954	5.389	3.010	3.578	291	438	653	1.373
Salerno	6.905	9.682	5.438	8.340	1.228	636	239	706
Totale	29.092	37.121	22.801	29.557	4.195	4.372	2.096	3.192

Tab. 4 - Casi trattati suddivisi per tipologia scarto percentuale tra il 2011 ed il 2012

AASSLL	Casi trattati in totale 2011	Casi trattati in totale 2012	Casi trattati - anziani 2011	Casi trattati - anziani 2012	Casi trattati - terminali 2011	Casi trattati - terminali 2012	Altri Casi 2011	Altri Casi 2012	Altri casi 2011-2012 variazione %
Avellino	2.753	3.083	2.304	2.720	206	71	243	292	20,16%
Benevento	2.412	2.645	2.133	2.333	279	312	0	0	0,00%
Caserta	3.259	3.719	2.156	2.865	708	822	395	32	-91,90%
Napoli 1 Centro	2.554	4.034	1.956	2.866	79	379	519	789	52,02%
Napoli 2 Nord	7.255	8.569	5.804	6.855	1.404	1.714	47	0	-100,00%
Napoli 3 Sud	3.954	5.389	3.010	3.578	291	438	653	1.373	110,26%
Salerno	6.905	9.682	5.438	8.340	1.228	636	239	706	195,40%
Totale	29.092	37.121	22.801	29.557	4.195	4.372	2.096	3.192	52,29%

Tab. 5 – Riepilogo dati scarto percentuale tra il 2011 ed il 2012 Casi trattati suddivisi per tipologia

AASSLL	Casi totali 2011-2012 variazione %	Casi anziani 2011-2012 variazione %	Casi terminali 2011-2012 variazione %	Altri casi 2011-2012 variazione %
Avellino	11,99%	18,06%	-65,53%	20,16%
Benevento	9,66%	9,38%	11,83%	0,00%
Caserta	14,11%	32,88%	16,10%	-91,90%
Napoli 1 Centro	57,95%	46,52%	379,75%	52,02%
Napoli 2 Nord	18,11%	18,11%	22,08%	-100,00%
Napoli 3 Sud	36,29%	18,87%	50,52%	110,26%
Salerno	40,22%	53,37%	-48,21%	195,40%
Totale	27,60%	29,63%	4,22%	52,29%

Secondo le stime formulate con dati di proiezione del Piano Obiettivo di Servizio approvato con D.G.R.C. 210/2010, in Regione Campania si registra, complessivamente, un forte incremento di utenti in ADI e in modo coerente anche a livello aziendale. Si evidenzia invece che l'incremento dei casi terminali registrato risulta ridotto rispetto ai valori attesi relativi agli indicatori specifici sulle cure palliative domiciliari -definiti con il D.M. 43/2007.

E' invece incoraggiante l'aumentata capacità di risposta per gli "Altri casi" per i quali il dato è in sensibile e considerevole aumento.

Per approfondire i dati della presa in carico degli utenti anziani⁵, la tabella che segue si propone di offrire una lettura della crescita del valore degli utenti in ADI, al fine di verificare il raggiungimento dell'obiettivo di servizio S06 (che misura l'incremento di utenti anziani in ADI in rapporto alla popolazione anziana residente). Si è passati, da una percentuale di 2,4% a 3,1 % di utenti ultra 65nni (Fonte: modello FLS 21 e nel 2012, secondo la rilevazione aggiornata al 20 dicembre 2013).

⁵ L'interesse sul servizio ADI è determinato dalla forte attenzione su tale aspetto della Programmazione Unitaria che ha individuato nell'incremento degli anziani in adi un obiettivo di crescita e miglioramento della qualità della vita-Obiettivo di servizio indicatore S06

Tab. 6 – Confronto incremento indicatore

A.S.L.	Anno	Casi trattati	Anziani	popolazione anziana al 1 gennaio 2011-dati istat	% casi trattati in adi su popolazione anziana	Anno	Casi trattati	Anziani	popolazione anziana al 1 gennaio 2012-dati istat	% casi trattati in adi su popolazione anziana
AVELLINO	2011	2.753	2.304	86.419	2,67	2012	3.083	2.720	85.822	3,17
BENEVENTO	2011	2.412	2.133	59.826	3,57	2012	2.645	2.333	59.954	3,89
CASERTA	2011	3.259	2.156	137.033	1,57	2012	3.719	2.865	139.213	2,06
NAPOLI 1 CENTRO	2011	2.554	1.956	186.358	1	2012	4.034	2.866	176.193	1,63
NAPOLI 2 NORD	2011	7.255	5.804	122.668	4,73	2012	8.569	6.855	126.355	5,43
NAPOLI 3 SUD	2011	3.954	3.010	150.194	2,00	2012	5.389	3.578	165.717	2,16
SALERNO	2011	6.905	5.438	199.351	2,73	2012	9.682	8.340	200.935	4,15
TOTALI	2011	29.092	22.801	941.849	2,42	2012	37.121	29.557	954.189	3,10

Bisogna precisare che, verificando i dati relativi agli anni precedenti, tutte le AA.SS.LL. hanno migliorato la propria capacità di presa in carico. I punti percentuali di incremento vanno da un minimo dello 0,16% dell'ASL Napoli 3 Sud ad un massimo del 1,4% dell'ASL di Salerno.

Occorre evidenziare, tuttavia, che tutte le Aziende stanno lavorando sulla qualità del dato conferito attraverso una maggiore attenzione delle modalità di rilevazione. Non si esclude che per alcune aziende il dato non fornisce la reale situazione di erogazione per un difetto di conferimento del dato.

Quesito n. 2 - Presenza di una azione di regia univoca nelle cure domiciliari

La risposta al quesito sulla presenza di una regia univoca nelle cure domiciliari può essere rilevata dalla lettura trasversale delle informazioni e dei dati pervenuti, desunti dalla scheda di monitoraggio riepilogativa finalizzata alla rilevazione dell'applicazione della D.G.R.C. 41/2011 e del Decreto Commissariale n. 1/2013. Ciascuna azienda sanitaria ha recepito la D.G.R.C. 41/2011 e il decreto commissariale. n.1/13, ad eccezione di Salerno, che non ha ancora recepito il decreto *de quo*. Inoltre alla domanda “azioni di coordinamento delle cure domiciliari”, le risposte non sono state “univoche”, ovvero, ciascuna azienda ha dettagliato in relazione alla tipologia di coordinamento realizzata. Si possono distinguere azioni di:

- coordinamento organizzativo;
- coordinamento gestionale;
- coordinamento professionale.

Queste azioni sono svolte a livello centrale dal referente aziendale e in alcuni casi con i referenti distrettuali delle cure domiciliari, anche attraverso l'individuazione di un coordinamento aziendale di cure domiciliari istituito formalmente (vedi Napoli 2 Nord). In qualche caso il coordinatore delle cure domiciliari è il referente aziendale con l'ente erogatore (vedi Salerno).

La dimensione analizzata riguarda la gestione interna delle cure domiciliari che va dall'accesso ai servizi, alla valutazione e alla gestione del PAI.

Altro elemento analizzato è l'azione di coordinamento e gli strumenti amministrativi utilizzati tra aziende e ambiti territoriali che è stata garantita con la sottoscrizione dei protocolli d'intesa ed accordi di programma. Soltanto in alcuni casi le AA.SS.LL. hanno dichiarato le modalità con le quali è stato dato seguito agli adempimenti riportati nella delibera 41/2011, (obbligo di stipula di regolamenti sulle cure domiciliari).

L'azione di coordinamento è altresì ravvisabile nella gestione delle attività formative, che come dichiarato dalle aziende in 5 casi su 7 sono programmate.

Di queste 5 aziende soltanto 2, per quanto espresso, sono condotte a regia regionale. Tre aziende su 7 (ASL di Napoli 1 Centro, ASL di Napoli 2 Nord e ASL di Salerno) dichiarano di aver ottemperato alla stipula di protocolli per la gestione dell'utente a livello aziendale, per l'ASL di Avellino la stipula del protocollo è in fase di elaborazione, mentre l'A.S.L. di Benevento, ha definito soltanto un protocollo di dimissione protetta.

Quesito 3 - La composizione delle équipes domiciliari, la presenza degli operatori sociosanitari

Interpolando le fonti informative delle équipes domiciliari, la presenza degli operatori socio-sanitari risulta in tutte le aziende, in alcuni casi la figura è garantita dal Comune, come per l'ASL Benevento e Napoli 1 Centro, in altri, invece è assicurata dall'ente gestore al quale viene affidato il servizio. Nella tabella sotto riportata, desunta dal questionario LEA 2011, sono riportati il numero dei singoli operatori impegnati a vario titolo nelle équipes di cure domiciliari. Tra le figure professionali prese in esame, quella che viene impiegata per l'espletamento del servizio di cure domiciliari è prevalentemente l'infermiere con una media regionale del 64,3% seguito da quella dell'operatore sociosanitario con il 19,2% e quella dei terapisti 16,5%.

In relazione alle singole AASSLL, il dato sugli infermieri si attesta vicino alla media regionale discostandosi di qualche punto percentuale tra un ASL e l'altra, fatta eccezione dell'ASL Caserta che raggiunge l'80% delle presenze dell'infermiere nella composizione dell'équipe delle cure domiciliari.

Per quanto concerne la presenza del terapeuta, la distribuzione per singola ASL è piuttosto eterogenea, si va da un minimo del 3,3% della Napoli 3 Sud e del 4,8% della Napoli 1 Centro ad un massimo del 28,7% dell'ASL Avellino e del 22,5% Benevento. Le ASL le cui percentuali si avvicinano alla media regionale del 16,5% sono le AASSLL di Caserta (17,9%), Napoli 2 Nord (14,3%) e Salerno (11,3%).

Interessante risulta il dato sugli operatori socio-sanitari che superano, in termini di presenza nell'équipe, i terapisti con una distribuzione territoriale altrettanto eterogenea. Dalla tabella che segue, si evince che in alcuni casi alla bassa percentuale di presenza dell'operatore socio-sanitario corrisponde una percentuale alta di presenza della figura del terapeuta e viceversa. L'ASL di Avellino, per esempio, registra una percentuale di operatori socio sanitari pari all'8% a fronte del 28,7% dei terapisti, viceversa l'ASL di Napoli 3 Sud

registra un 3,3% di terapisti a fronte del 29,7% di operatori socio-sanitari, in linea con l'ASL Napoli 2 Nord che riporta il 4,8% di terapisti rispetto al 34,5% degli operatori socio-sanitari.

Tab. 7 – Figure professionali impegnate nelle cure domiciliari 2011

AASSLL	N. infermieri	%	N. Terapisti	%	N. Operatori Socio-sanitari	%	Totale figure professionali
Avellino	159	63,3	72	28,7	20	8,0	251
Benevento	120	64,2	42	22,5	25	13,4	187
Caserta	75	78,9	17	17,9	3	3,2	95
Napoli 1 Centro	100	60,6	8	4,8	57	34,5	165
Napoli 2 Nord	83	59,3	20	14,3	37	26,4	140
Napoli 3 Sud	61	67,0	3	3,3	27	29,7	91
Salerno	107	63,7	19	11,3	42	25,0	168
Totale	705	64,3	181	16,5	211	19,2	1097

Il modello FLS 21, dal quale rileviamo il numero di ore delle figure professionali quali infermieri, terapisti della riabilitazione ed altri operatori, tra i quali si può ricomprendere l'OSS, ci fornisce i dati sulle prestazioni garantite dalle équipe aziendali. Dagli schemi successivamente riportati, deducibili sempre dal richiamato modello di rilevazione, è possibile verificare la percentuale sulla totalità degli accessi suddivisi per figure professionali per ogni tipologia di utenti in carico. Tale analisi è stata effettuata per gli ultimi due anni disponibili, 2011 e 2012, e mostra che gli accessi infermieristici pesano per il 63,82% e per il 65% in media per gli anni 2011 e 2012 sulla totalità degli accessi conteggiati.

Il dato è comunque letto in relazione ad ogni tipologia di utenti rilevato.

Tab. 8 - Rapporto casi/accessi 2011

AASSLL	Casi trattati in totale 2011	Accessi del personale medico	%	Accessi Infermieri	%	Accessi Terapisti	%	Accessi Altro	%	Totale Accessi
Avellino	2.753	21.998	4,67	299.761	63,66	100.659	21,38	48.437	10,29	470.855
Benevento	2.412	24.849	9,07	198.441	72,42	38.719	14,13	12.017	4,39	274.026
Caserta	3.259	15.321	19,49	38.836	49,41	11.288	14,36	13.162	16,74	78.607
Napoli 1 Centro	2.554	12.124	4,97	125.901	51,59	8.149	3,34	97.856	40,10	244.030
Napoli 2 Nord	7.255	16.500	10,16	77.477	47,73	24.747	15,25	43.602	26,86	162.326
Napoli 3 Sud	3.954	18.825	7,92	203.656	85,63	0	0,00	15.341	6,45	237.822
Salerno	6.905	18.169	12,73	83.697	58,66	17.291	12,12	23.523	16,49	142.680
Totale	29.092	127.786	7,94	1.027.769	63,82	200.853	12,47	253.938	15,77	1.610.346

Utilizzando i dati desunti dal questionario LEA insieme a quelli ricavati dal modello fls 21, già riportati nella tabella precedente, è possibile rilevare:

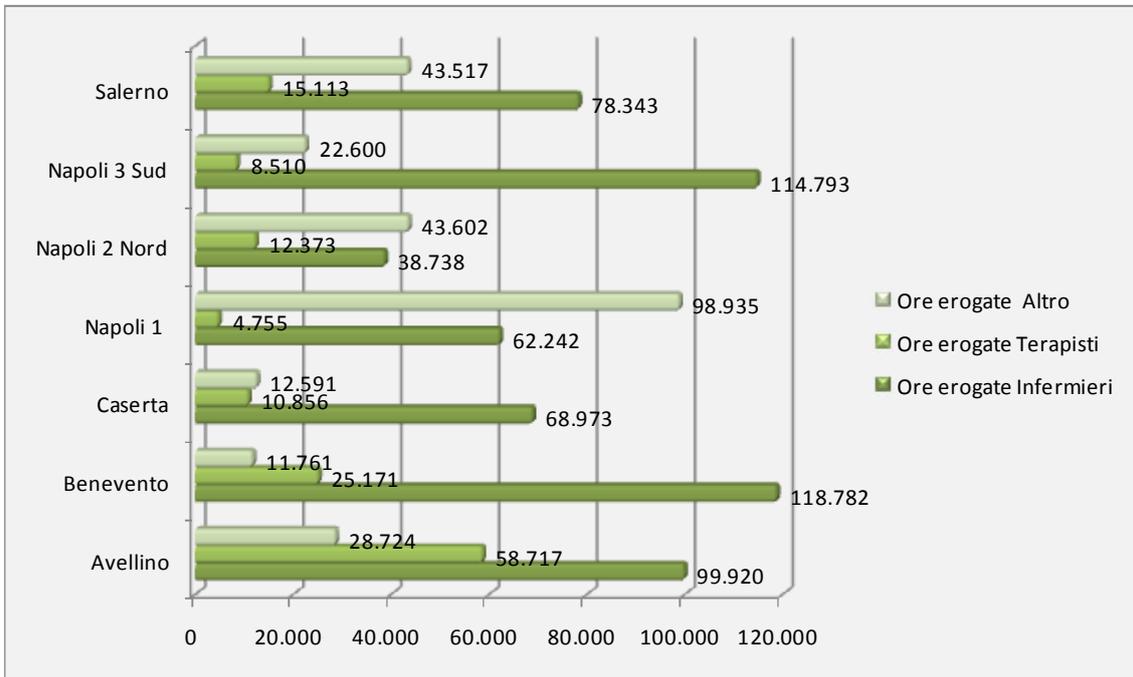
- l'impegno in termini di accesso per ogni figura professionale
- il numero degli accessi medio richiesto per ogni singolo accesso suddiviso per tipologia di figura professionale

Per quanto concerne il fattore "durata" delle prestazioni, in relazione alla singola figura professionale, si riportano di seguito i dati relativi alle ore erogate.

Tab. 9 - Rapporto ore erogate per figura professionale in rapporto al totale delle ore di prestazione erogate 2011

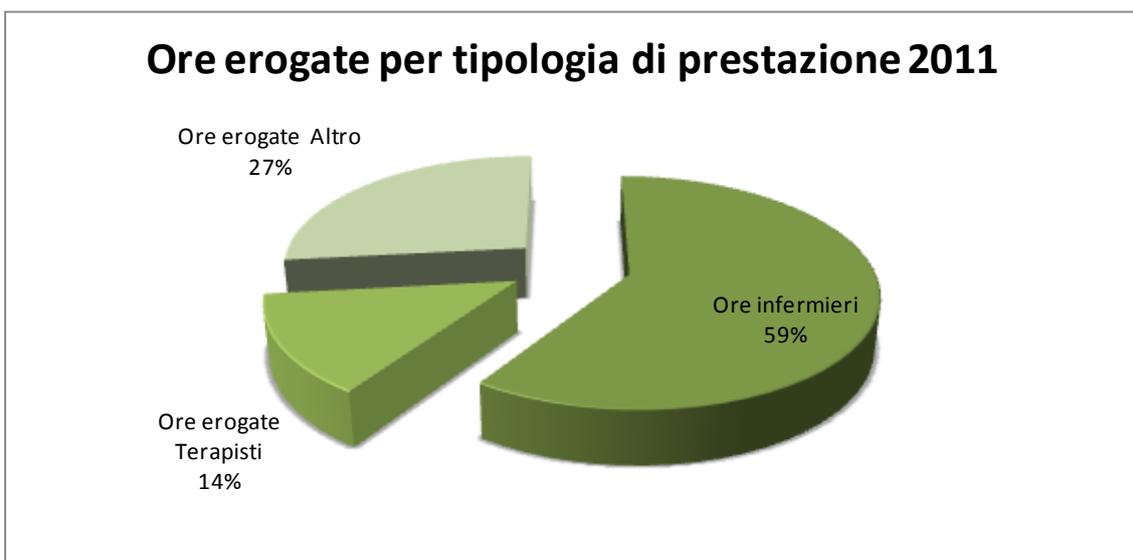
ASL	Casi trattati in totale 2011	Ore erogate Infermieri	%	Ore erogate Terapisti	%	Ore erogate Altro	%	Totale Ore erogate
Avellino	2.753	99.920	53,33	58.717	31,34	28.724	15,33	187.361
Benevento	2.412	118.782	76,28	25.171	16,16	11.761	7,55	155.714
Caserta	3.259	68.973	74,63	10.856	11,75	12.591	13,62	92.420
Napoli 1 Centro	2.554	62.242	37,51	4.755	2,87	98.935	59,62	165.932
Napoli 2 Nord	7.255	38.738	40,90	12.373	13,06	43.602	46,04	94.713
Napoli 3 Sud	3.954	114.793	78,68	8.510	5,83	22.600	15,49	145.903
Salerno	6.905	78.343	57,20	15.113	11,03	43.517	31,77	136.973
Totale	29.092	581.791	59,43	135.495	13,84	261.730	26,73	979.016

Graf. 9 - Rapporto ore erogate per figura professionale 2011

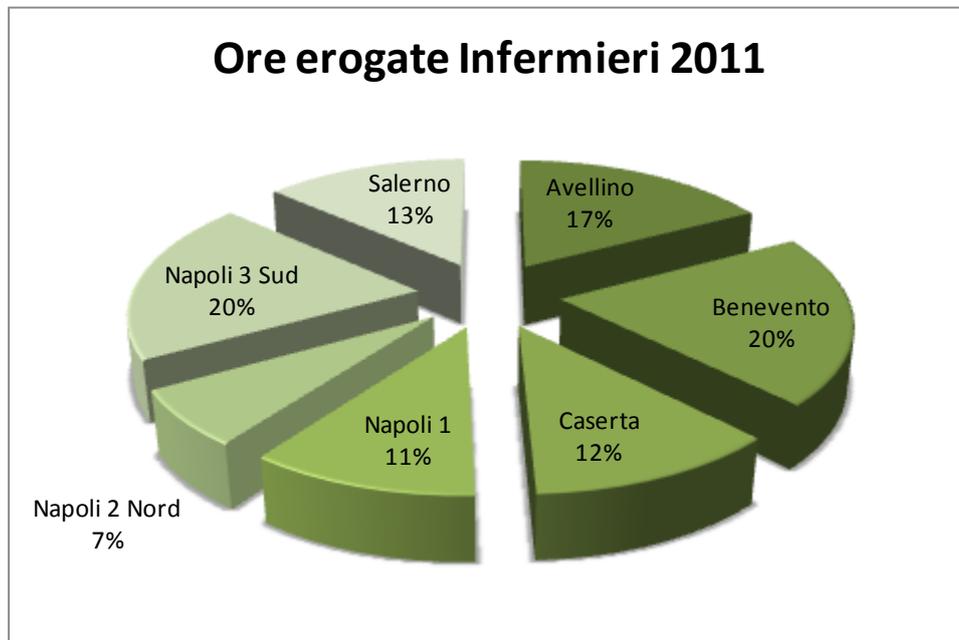


Seguono i grafici che evidenziano la distribuzione delle ore di prestazione per ciascuna figura professionale, erogate sull'intero territorio campano suddiviso per singola ASL.

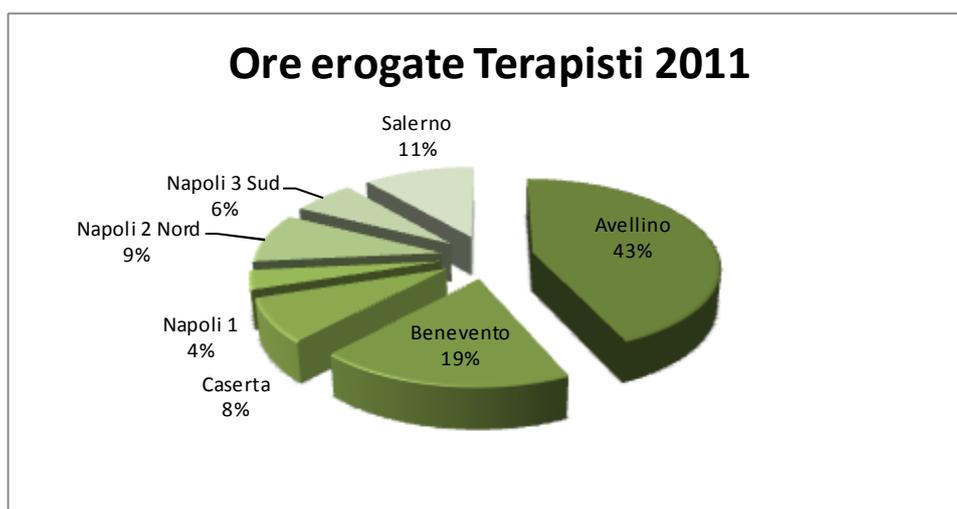
Graf. 10 – Distribuzione ore erogate 2011



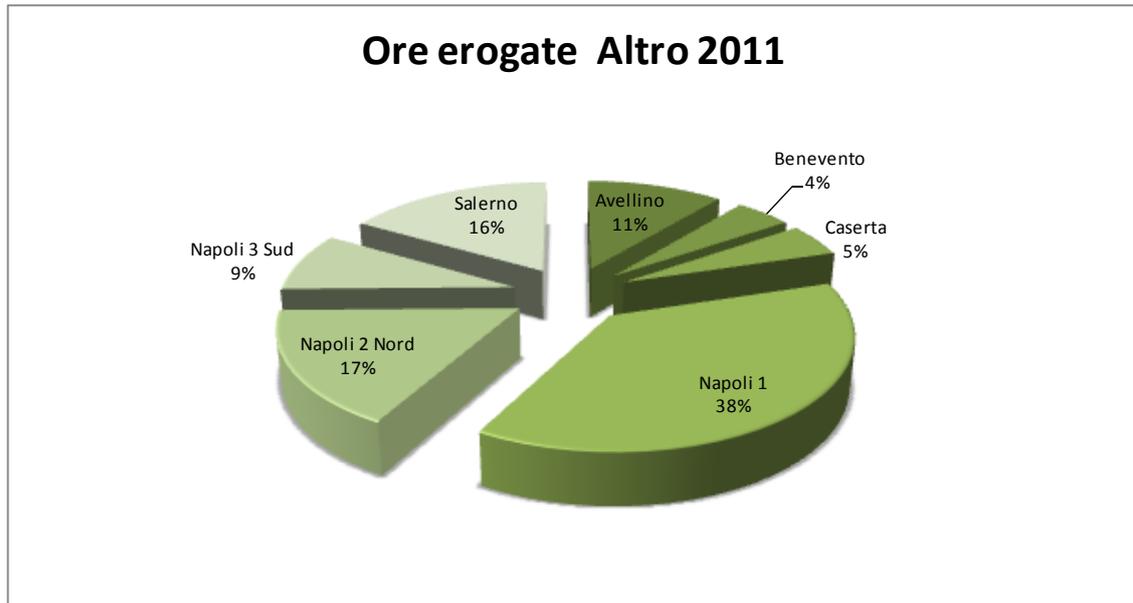
Graf. 11 – Distribuzione ore erogate infermieri 2011



Graf. 12 – Distribuzione ore erogate terapisti 2011



Graf. 13 – Distribuzione ore erogate “Altro” 2011



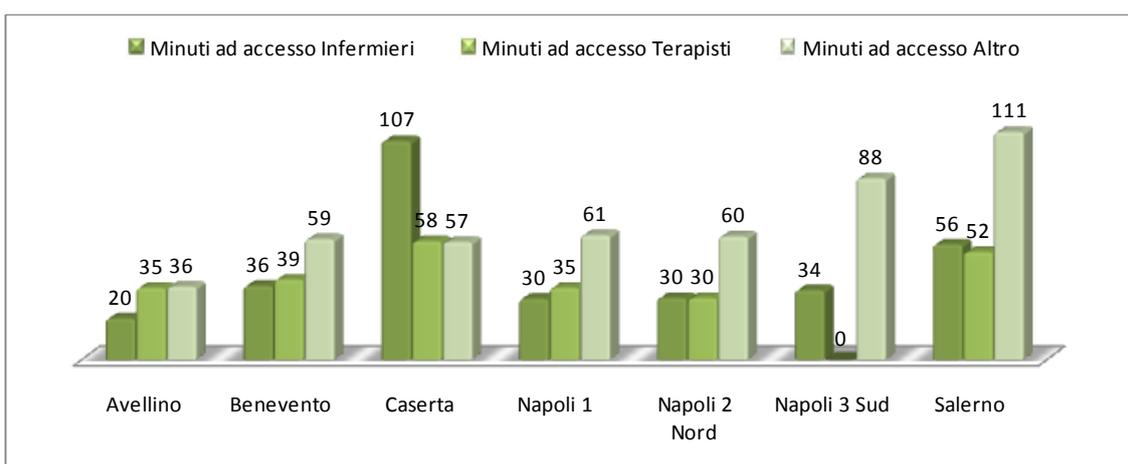
Il numero degli accessi esaminati per singola figura professionale è stato altresì suddiviso per il monte ore erogate ottenendo così una stima della durata, in termini di minuti, delle singole prestazioni. La durata media *in rapporto al totale delle ore erogate* complessivamente in Regione Campania è di 34 minuti per gli infermieri, 40,4 minuti per i terapisti della riabilitazione e di 62 minuti per Altro⁶.

Considerando, invece, il dato regionale complessivo in rapporto alle singole ASL, la durata media stimata per le prestazioni di infermieri nel 2011 è di 45 minuti, per i terapisti è di 36 minuti mentre per gli operatori socio-sanitari è di 67 minuti. Dal grafico che segue, riferito alla media regionale della durata in minuti delle prestazioni infermieristiche, è evidente un notevole scostamento verso l'alto dell'ASL di Caserta (107') e verso il basso dell'ASL di Avellino (20'), mentre per le altre AASSLL, Benevento (36'), Napoli 1 Centro (30'), Napoli 2 Nord (30'), Napoli 3 Sud (34') e Salerno (56'), lo scostamento non è così rilevante. Il dato sulla durata delle prestazioni dei terapisti è piuttosto omogeneo

⁶ Nella tipologia Altro vanno ricomprese tutte le ore di prestazione erogate da diverse figure professionali (non mediche) non comprese in infermieri e terapisti. In essa sono prevalenti le ore erogate dagli OSS.

ed in linea con la media regionale, sull'intero territorio, esso oscilla, infatti, dai 30' (ASL Napoli 2 Nord) ai 52' minuti (Salerno), fatta eccezione per Napoli 3 Sud che non dichiara alcun accesso di questa figura professionale. Il dato sui minuti di prestazione delle figure professionali ricomprese in "altro" risulta, alla stessa stregua degli infermieri, alquanto eterogeneo tra le AASSLL. Considerando che la media regionale stimata è di 62 minuti per singola prestazione, è interessante notare che il valore di Salerno (111') è nettamente superiore alla media, contrariamente al valore di Avellino (36') decisamente al di sotto della media. Il dato delle altre ASL si oscilla tra i 57 e gli 88 minuti.

Graf. 14 – Stima Durata in minuti delle prestazioni 2011



È stato possibile effettuare solo un raffronto parziale dei dati relativi al 2011 ed al 2012, in quanto alcuni dati per il 2012 non sono disponibili.

In relazione ai casi trattati, si passa dai 29.092 casi del 2011 ai 37.121 del 2012 con un incremento su base regionale di circa 8000 casi. Resta confermato il dato a livello macro di forte incidenza degli accessi infermieristici (63%) sul totale degli accessi registrati (1.825.572).

La percentuale di accessi infermieristici nel 2012-resta invariata rispetto al 2011, mentre è in crescita quella dei terapisti della riabilitazione che passa dal 12,5% del 2011 al 17,3 del 2012 e, paradossalmente, si assiste ad un decremento degli accessi delle figure raggruppate nella voce "altro" che si riduce di 4,5 punti percentuali. E' altresì interessante osservare il dato dell'ASL Napoli 3 Sud in relazione agli accessi dei terapisti della riabilitazione, che passa da nessun accesso dichiarato nel 2011 a circa 35.000 accessi nel 2012, che rappresentano più del 10% del monte ore di prestazioni erogate nel 2012.

Tab. 10 - Rapporto casi/accessi 2012

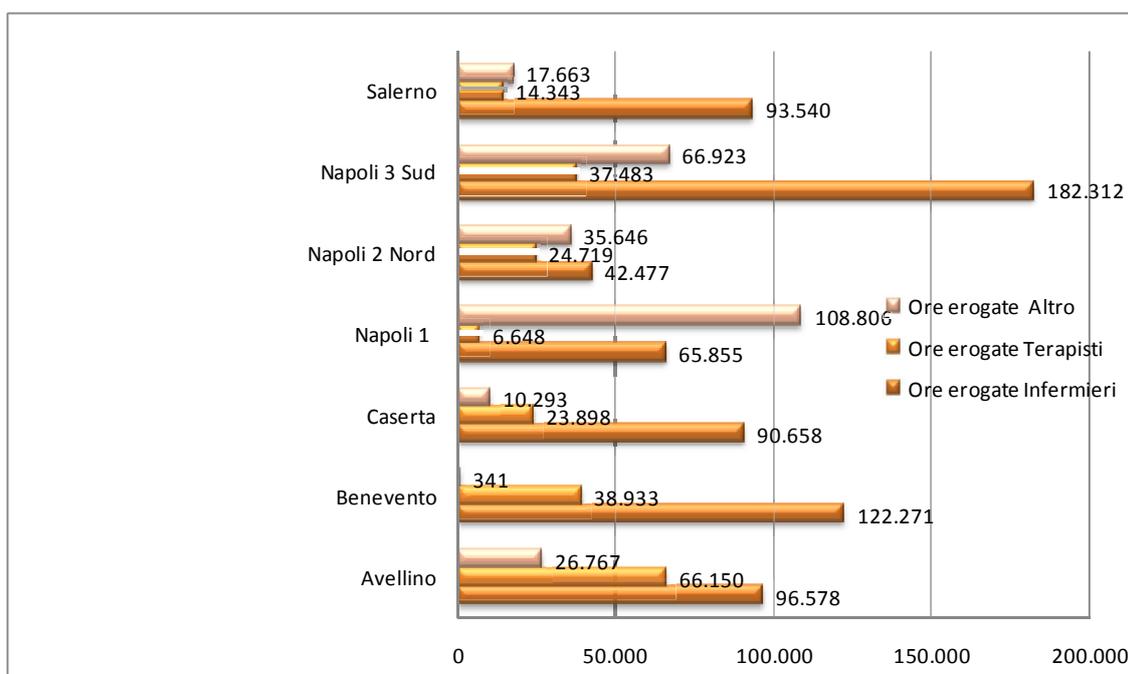
AASSLL	Casi trattati in totale 2012	Accessi del personale medico	%	Accessi Infermieri	%	Accessi Terapisti	%	Accessi Altro	%	Totale Accessi
Avellino	3.083	25.436	5,94	272.052	63,51	113.219	26,43	43.078	10,06	428.349
Benevento	2.645	31.546	10,34	238.855	78,26	65.938	21,60	409	0,13	305.202
Caserta	3.719	14.918	20,67	43.936	60,89	23.825	33,02	4.395	6,09	72.156
Napoli 1 Caserta	4.034	23.795	11,16	141.476	66,33	8.095	3,80	63.728	29,88	213.299
Napoli 2 Nord	8.569	18.047	10,61	84.955	49,96	49.438	29,07	35.646	20,96	170.039
Napoli 3 Sud	5.389	23.357	6,87	262.801	77,30	35.053	10,31	42.116	12,39	339.970
Salerno	9.682	20.964	15,14	107.743	77,80	15.255	11,01	15.496	11,19	138.494
Totale	37.121	158.063	8,66	1.151.818	63,09	310.823	17,03	204.868	11,22	1.825.572

Per ciò che concerne la durata degli accessi in termini di ore, in linea con il dato generale sugli accessi, si assiste ad un generale incremento delle ore da un anno all'altro. Dalla tabella che segue, si evidenzia che la percentuale delle ore infermieristiche aumenta di 4 punti percentuali passando dal 59,4% del 2011 al 63,9% del 2012. Si registra una crescita anche delle ore dei terapisti della riabilitazione, che dal 14% circa passano al 18%, aumento confermato in tutte le AASSLL, senza alcuna eccezione. In controtendenza si presentano le ore erogate dalla categoria "altro", che si riducono dal 26,7% del 2011 al 22,73 del 2012.

Tab. 11 - Rapporto ore erogate per figura professionale in rapporto al totale delle ore di prestazione erogate 2012

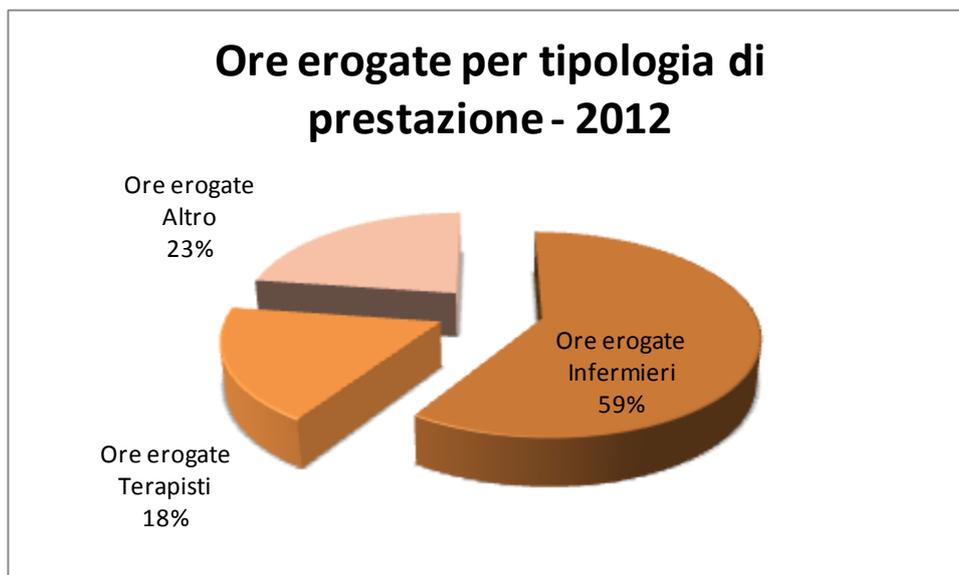
ASL	Casi trattati in totale 2012	Ore erogate Infermieri	%	Ore erogate Terapisti	%	Ore erogate Altro	%	Totale Ore erogate
Avellino	3.083	96.578	50,97	66.150	34,91	26.767	14,13	189.495
Benevento	2.645	122.271	75,69	38.933	24,10	341	0,21	161.545
Caserta	3.719	90.658	72,61	23.898	19,14	10.293	8,24	124.849
Napoli 1 Centro	4.034	65.855	36,32	6.648	3,67	108.806	60,01	181.309
Napoli 2 Nord	8.569	42.477	41,30	24.719	24,04	35.646	34,66	102.842
Napoli 3 Sud	5.389	182.312	63,59	37.483	13,07	66.923	23,34	286.718
Salerno	9.682	93.540	74,51	14.343	11,42	17.663	14,07	125.546
Regione Campania	37.121	693.691	59,17	212.174	18,10	266.439	22,73	1.172.304

Graf. 15 - Rapporto ore erogate per figura professionale 2012

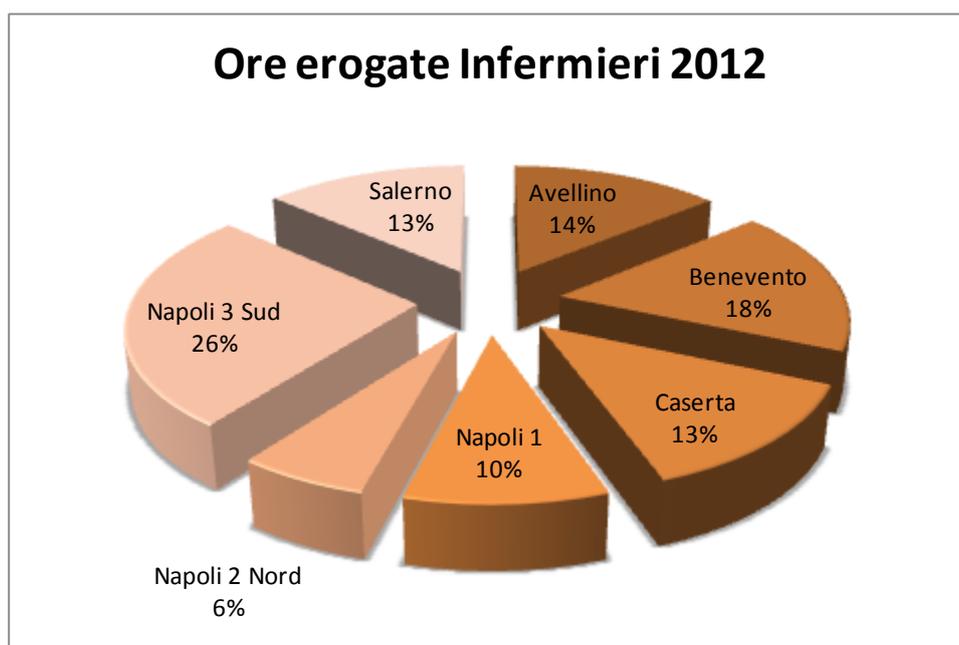


Seguono i grafici da cui si evidenzia la distribuzione delle ore di prestazione per ciascuna figura professionale, erogate sull'intero territorio campano e suddiviso per singola ASL.

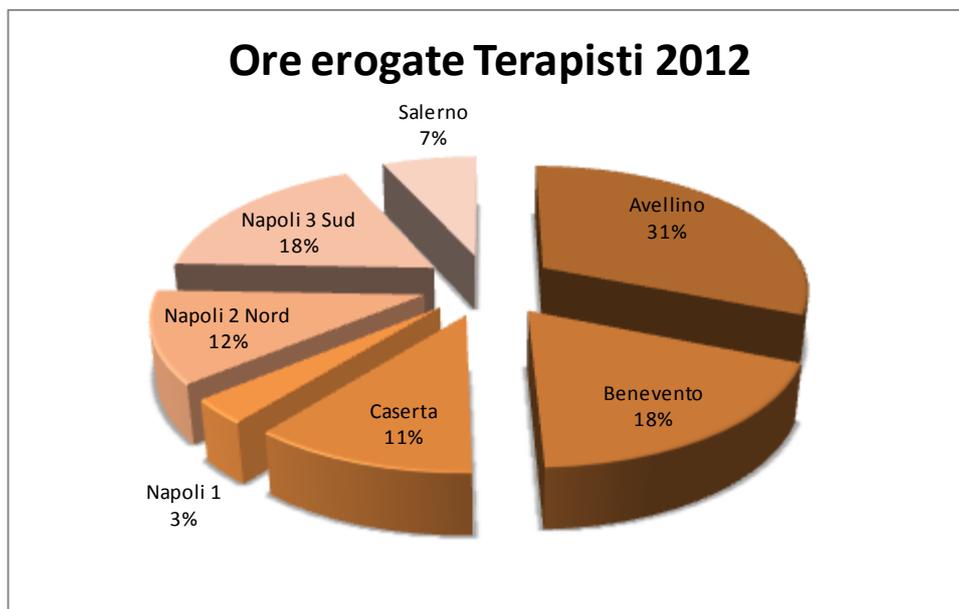
Graf. 16 – Distribuzione ore erogate 2012



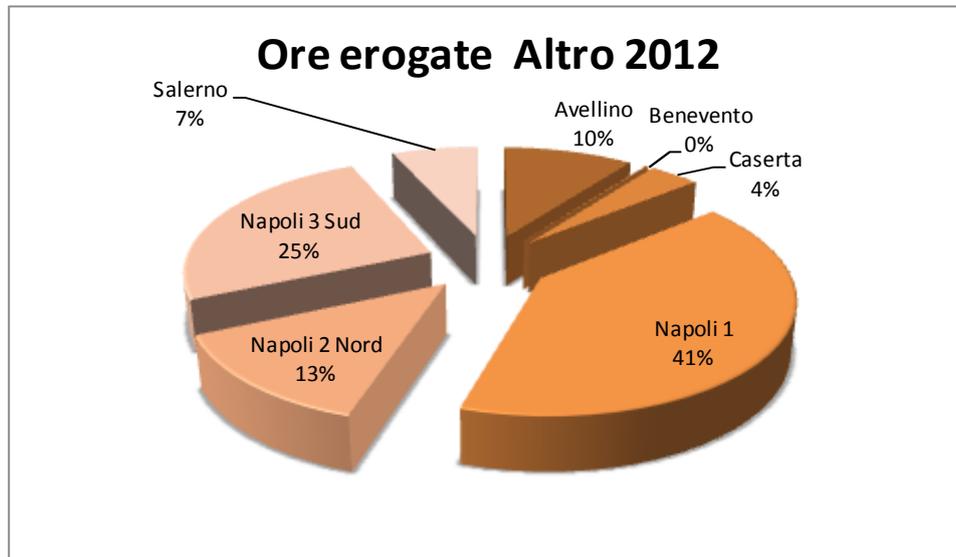
Graf. 17 – Distribuzione ore erogate infermieri 2012



Graf. 18 – Distribuzione ore erogate terapisti 2012

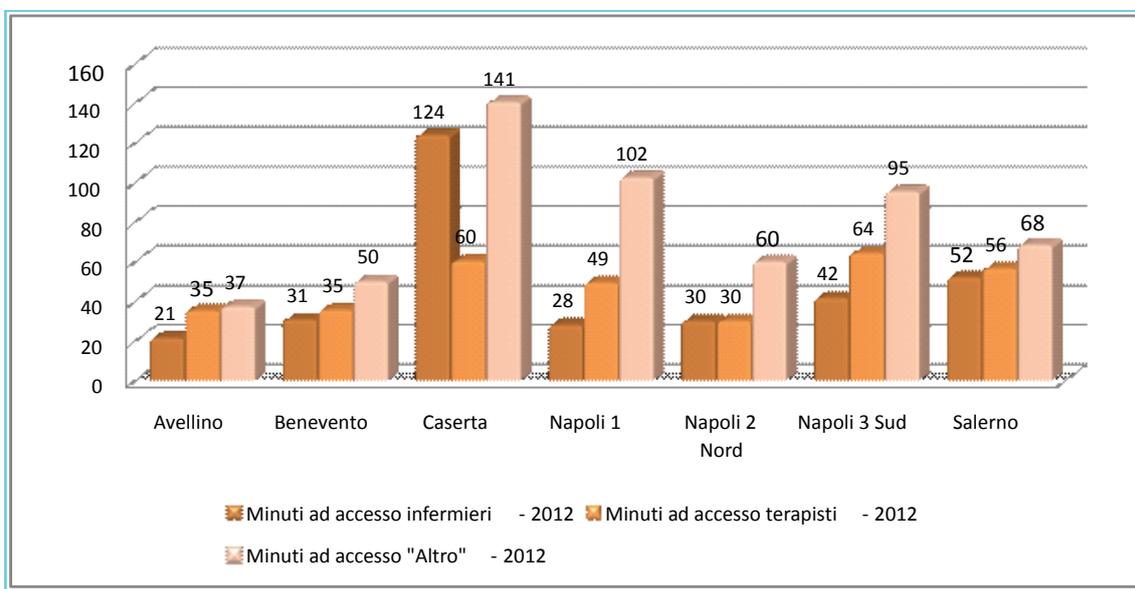


Graf. 19 – distribuzione ore erogate "Altro" 2012



Da come si può notare dalla tabella n.12, la durata media stimata delle prestazioni erogate complessivamente nel 2012 non si discosta molto da quella del 2011. Gli unici dati rilevanti per quanto concerne la stima dei minuti di durata delle figure professionali rientranti nella categoria "Altro" riguardano soltanto l'ASL di Caserta, che registra un incremento di 84', l'ASL di Napoli 1 Centro, che aumenta del 50% passando da 51' del 2011 a 102' del 2012, mentre l'ASL di Salerno li diminuisce di 43' (da 111' a 68'). Un altro dato rilevante riguarda l'ASL di Napoli 3 Sud per ciò che concerne i minuti erogati dai terapisti della riabilitazione che, analogamente all'aumento degli accessi, aumentano il numero dei minuti di erogazione pari a 64'.

Graf. 20 – Stima Durata in minuti delle prestazioni 2012



Tab. 12 - Stima Durata in minuti delle prestazioni 2011-2012

AASSLL	Minuti ad accesso infermieri - 2011	Minuti ad accesso infermieri - 2012	Minuti ad accesso terapisti - 2011	Minuti ad accesso terapisti - 2012	Minuti ad accesso "Altro" - 2011	Minuti ad accesso "Altro" - 2012
Avellino	20	21	35	35	36	37
Benevento	36	31	39	35	59	50
Caserta	107	124	58	60	57	141
Napoli 1 Centro	30	28	35	49	61	102
Napoli 2 Nord	30	30	30	30	60	60
Napoli 3 Sud	34	42	0	64	88	95
Salerno	56	52	52	56	111	68
Totale	34	36	40	41	62	78

Un'ulteriore dimensione da esplorare è quella sulla valutazione multidimensionale rilevata attraverso la scheda anagrafica *ad hoc* utilizzata. Non vi è corrispondenza numerica tra i dati del fls 21 e i dati sulla valutazione multidimensionale, poiché trattasi di due canali informativi diversi. I dati sulle UVI sono stati conferiti per semestre e non è, dunque, possibile per l'anno 2012 aggregarli su base annua, vista la tipologia dello strumento di rilevazione utilizzato e la qualità del dato conferito.

Tab. 13 – FLS 21 – Monitoraggio UVI 2011-2012

A.S.L.	1102 omA				2102 omA				%	
	Popolazione anziana al 1/01/11 fonte ISTAT	Casi anziani trattati 2011 – fls 21	%	Casi anziani trattati 2011 – Monitoraggio UVI 2011	%	Popolazione anziana al 1/01/12 fonte ISTAT	Casi anziani trattati 2012 – fls 21	%		Casi anziani trattati 2012 – Monitoraggio UVI 2011
AVELLINO	86.419	2.304	2,67	440	0,51	86.822	2.720	3,17	1.438	1,68
BENEVENTO	59.826	2.133	3,57	1.445	2,42	59.954	2.333	3,89	875	1,46
CASERTA	137.033	2.156	1,57	423	0,31	139.213	2.865	2,06	170	0,12
NAPOLI 1 CENTRO	186.358	1.956	1,05	1.511	0,81	176.193	2.866	1,63	3.053	1,73
NAPOLI 2 NORD	122.668	5.804	4,73	462	0,38	126.355	6.855	5,43	1.263	1,00
NAPOLI 3 SUD	150.194	3.010	2,00	301	0,20	165.717	3.578	2,16	388	0,23
SALERNO	199.351	5.438	2,73	1.457	0,73	200.935	8.340	4,15	672	0,33
REGIONE CAMPANIA	941.849	2.801	2,42	6.039	0,64	954.189	29.557	3,10	7.859	0,82

Per il secondo semestre dell'anno 2012 si può verificare che il 30% di utenti valutati è collocato in ADI anziani e il 13% in ADI disabili. Complessivamente il dato di presa in carico sulla totalità dei valutati in ADI è del 40%. Il dato ha una sua rilevanza non per il valore numero assoluto, ma per la incidenza percentuale sui dati dichiarati di valutazione, che, si precisa, sono nettamente inferiori ai dati di presa in carico, ma rispecchiano il rapporto casi valutati/casi inseriti in ADI.

Tab. 14 – Monitoraggio UVI II semestre 2012

ASL		Numero di servizi attivati con almeno una prestazione compartecipata - LEA - (di cui all'allegato 1C del DPCM 29.11.11)													altro	TOTALI
DS	Assistenza domiciliare integrata disabili	Assistenza domiciliare integrata anziani	Assistenza semiresidenziale ai disabili	Assistenza semiresidenziale anziani agli	Assistenza residenziale a persone con problemi gravi	Assistenza residenziale a disabili	Assistenza residenziale a disabili senza sostegno	Assistenza residenziale ad anziani	Assistenza residenziale a persone affette da AIDS	Assistenza domiciliare per malati terminali						
6	3	404	71	18	57	83	8	84	0	46	0	0	0	0	0	774
% su popolazione generale	0,00	0,09	0,02	0,00	0,01	0,02	0,00	0,02	0,00	0,01	0,00	0,00	0,02	0,00	0,01	0,18
% sul totale dei servizi	0,4	52,2	9,2	2,3	7,4	10,7	1,0	10,9	0,0	5,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
5	0	10	65	0	1	10	0	13	0	0	0	0	0	0	30	99
% su popolazione generale	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,03
% sul totale dei servizi	0,0	10,1	65,7	0,0	1,0	10,1	0,0	13,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	30,3	100,0
CASERTA	143	37	172	0	191	74	7	43	1	4	32	672				
% su popolazione generale	0,02	0,00	0,02	0,00	0,02	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,09				
% sul totale dei servizi	21,3	5,5	25,6	0,0	28,4	11,0	1,0	6,4	0,1	0,6	4,8	100,0				
11	327	450	139	16	0	16	0	21	0	8	11	977				
% su popolazione generale	0,04	0,05	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11				
% sul totale dei servizi	33,5	46,1	14,2	1,6	0,0	1,6	0,0	2,1	0,0	0,8	1,1	100,0				
13	122	230	438	1	54	135	27	54			6	1061				
% su popolazione generale	0,01	0,03	0,05	0,00	0,01	0,02	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,12				
% sul totale dei servizi	11,5	21,7	41,3	0,1	5,1	12,7	2,5	5,1	0,0	0,0	0,6	100,0				
12	28	156	180	2	12	47	3	37			2	472				
% su popolazione generale	0,00	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05				
% sul totale dei servizi	5,9	33,1	38,1	0,4	2,5	10,0	0,6	7,8	0,0	1,5	0,4	100,0				
13	52	273	248	1	77	149	18	136			4	1064				
% su popolazione generale	0,00	0,02	0,02	0,00	0,01	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,10				
% sul totale dei servizi	4,9	25,7	23,3	0,1	7,2	14,0	1,7	12,8	0,0	10,3	0,4	100,0				
72	675	1560	1313	38	392	514	63	388	1	175	85	5119				
% su popolazione generale	0,01	0,03	0,02	0,00	0,01	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,10				
% sul totale dei servizi	13,2	30,5	25,6	0,7	7,7	10,0	1,2	7,6	0,0	3,4	1,7	100,0				

I dati qui riportati (relativi alla rilevazione del I semestre 2013) sono interessanti perché propongono una suddivisione per livelli di intensità assistenziale delle cure domiciliari.

Quesito n. 4 - Le liste di attesa

Il dato sulle liste di attesa è rinvenibile solo attraverso il modello FLS 21 ed è comunque riferito alla totalità dei casi trattati. Ad una prima lettura il dato sulle liste di attesa risulta esiguo; ciò è determinato presumibilmente dal fatto che, come dichiarato da alcune aziende nella rilevazione, gli utenti sono presi in carico in tempi rapidi e pertanto non si formano liste di attesa.

Occorre segnalare che non è chiaro, per la essenzialità del dato, se per liste di attesa s'intendano le liste di utenti in attesa per accedere alla valutazione oppure per accedere alla prestazione.

Ciò non esclude che ad un'offerta maggiore non possa corrispondere una richiesta maggiore, il che significherebbe che trattasi solo di liste di attesa interne ai singoli servizi. In ogni caso il dato confrontato su due anni ci fornisce una parziale risposta.

Sarebbe interessante avviare una verifica sulle modalità ed i tempi con cui le liste d'attesa vengono evase; si potrebbe altresì sondare su come le aziende stanno definendo i criteri per la formulazione delle liste di attesa. Il dato delle liste di attesa è comunque lievemente incrementato dal 2011 al 2012, passando da 305 a 380 casi.

Tab. 16 – Utenti in lista di attesa

ASL	Utenti in lista di attesa 2011	Utenti in lista di attesa 2012
Avellino	0	0
Benevento	16	18
Caserta	39	64
Napoli Centro	167	181
Napoli Nord	0	0
Napoli 3 Sud	53	87
Salerno	30	30
Totale	305	380

Quesito n. 5 - Le modalità di gestione delle cure domiciliari

Con il quesito sulla modalità di gestione delle cure domiciliari, al quale hanno dato risposta le AASSLL con il monitoraggio sull'applicazione del Decreto Commissariale n. 1/2013, si è inteso rilevare con quali modalità, in proprio (in *house*) o in esternalizzazione (in *outsourcing*), sono gestiti i servizi di cure domiciliari ed, in subordine, se la modalità è estesa a tutta la azienda o meno a seguito dell'applicazione della legge 16/2008 che ha previsto la unificazione su base provinciale e per omogeneità territoriale delle precedenti 13 aziende della Campania.

Per l'esame di questa dimensione è stata utilizzata la griglia della rilevazione Agenas che richiedeva di conferire informazioni relativamente alla forma di gestione dei vari livelli di intensità delle cure domiciliari.

Griglia 1 - Modalità di gestione

Asi	Esternalizzato				In house				Misto			
	ADI per elevato grado di intensità	ADI per grado di intensità medio-alto	ADI per grado di intensità basso	ADI per grado di intensità base	ADI per elevato grado di intensità	ADI per grado di intensità medio-alto	ADI per grado di intensità basso	ADI per grado di intensità base	ADI per elevato grado di intensità	ADI per grado di intensità medio-alto	ADI per grado di intensità basso	ADI per grado di intensità base
Avellino		X	X	X					X			
Benevento	X	X	X	X								
Caserta					X	X	X	X				
Napoli 1 Centro					X	X					X	X
Napoli 2 Nord		X				X	X	X				
Napoli 3 Sud									X	X	X	X
Salerno				X					X	X	X	

In questa tabella non è utilizzata la suddivisione in cure domiciliari di I, II, III livello e cure prestazionali, ma ad esse si può ricondurre l'alto livello alle cure di III livello, il medio-alto al II, il basso al I, intensità base ad un livello

assistenziale di intensità inferiore al I livello pari al 0.14 di CIA (coefficiente di intensità assistenziale).

Dallo schema che segue (griglia n.2), ottenuto utilizzando la scheda di monitoraggio del decreto 1/13, emerge un quadro eterogeneo rispetto tipologie di gestione tra un distretto e l'altro all'interno della stessa ASL. Fanno eccezione l'A.S.L. di Caserta, che ha una gestione univoca delle cure domiciliari, ovvero un unico sistema di gestione del servizio e per ogni intensità assistenziale, e la Napoli 1 Centro, che dichiara di avere un sistema univoco di gestione mista delle cure domiciliari.

Griglia 2 – Tipologia ente gestore e localizzazione servizi esternalizzati

Asl	Tipo di ente gestore	Localizzazione dei servizi esternalizzati
Avellino	Si avvale di un consorzio di cooperative che gestisce il livello alto e medio e garantisce le prestazioni riabilitative, oss, infermieristiche. Il personale altamente specializzato è garantito per l'adi di alta intensità dagli ospedali quali il Santobono per i minori, e il Moscati e gli ospedali aziendali per il personale specializzato.	I distretti che hanno esternalizzato sono 6/6
Benevento	L'A.S.L. Fornisce i medici e gli specialisti, infermieri e fisioterapisti sono forniti dall'a.t.i. , è in fase di definizione una gara che preveda anche la fornitura di prestazioni o.s.s.	I distretti con tale tipologia di gestione su 5/5
Caserta	Gestione in house con personale reclutato con avvisi e bandi diretti	12 distretti /12
Napoli 1 Centro	Il comune di Napoli fornisce per un accordo con l'ASL gli operatori socio-sanitari reclutati con gara, un consorzio di cooperative garantisce infermieri e in parte professionisti della riabilitazione per il livello basso e le cure domiciliari di base. Il II e III è in house con personale del distretto e delle équipe ospedaliere dei presidi.	10 /10 distretti
Napoli 2 Nord	Per l'alto livello di intensità gli operatori sono équipe ospedaliere compreso l'oss. Per gli altri livelli assistenziali mediante gara ed affidamento sono garantiti la figura dell'infermiere e del professionista della riabilitazione, mentre gli oss sono garantiti dagli enti locali	13 distretti/13
Napoli 3 Sud	Diversificato sistema di offerta aziendale. È esternalizzato per le figure professionali dello psicologo, terapista riabilitazione, operatore socio-sanitario, figure medico-specialistiche sono garantite dall'asl e dai presidi ospedalieri la ASL ha un unico coordinamento per le cure di alta e media intensità, mentre coesistono ancora due coordinamenti diversi per le due ex ASL	8/13 distretti hanno prestazioni esternalizzate.
Salerno	Le modalità preesistenti alla fusione tra le aziende continuano a permanere, per operare una schematizzazione che semplifichi la lettura della organizzazione aziendale. È possibile dire che vi è una gestione mista del servizio sui 10 distretti dell'ASI salerno. Vi è una gestione prevalentemente in house dell'intensità base, esternalizzata per il III livello, considerando che per ogni livello assistenziale la tendenza è garantire la gestione con modalità mista: c completando le équipe con l'acquisizione di personale in outsourcing. Per la ex salerno 1 vi è un modalità mista, per la ex salerno 2 in house, per la ex salerno 3 in outsourcing	In outsourcing sono 4/10

Quesito n. 6 - I costi

Nella conduzione della rilevazione è risultato difficile determinare i costi delle cure domiciliari, per mancanza di un univoco flusso informativo e di direttive per la corretta imputazione dei costi stessi, poiché trattasi di costi composti da varie voci che concorrono alla spesa: personale, materiali, gestione e coordinamento, centrale operativa, comuni di struttura. Al momento, non è possibile rilevare in modo certo i costi delle cure domiciliari per l'inadeguato sviluppo dei sistemi di analisi dei costi delle AA.SS.LL. anche se il Decreto Commissariale n. 1/2013 ha imposto una azione di monitoraggio per verificare la corretta applicazione, o meglio l'applicabilità e la fruibilità, del documento stesso. Al quesito sui costi hanno dato risposta le AA.SS.LL. che esternalizzano i servizi e le aziende che hanno sviluppato un minimo di controllo di gestione sulle attività. Ne deriva questo quadro parziale.

Griglia 3 – Tipologia Determinazione dei costi

Avellino	Il costo totale degli operatori in outsourcing per l'anno 2012 è pari a € 4.715.215,93
Benevento	Spesa 2012 – Al momento è disponibile solo la spesa esternalizzata per Nursing e Fornitura Home-Care (fonte UOC Provveditorato) pari a circa € 5.000.000
Caserta	Non è possibile quantificare
Napoli 1	Modalità di rilevazione: -viene effettuata una rendicontazione analitica e per figure professionali mensile dai coordinatori sanitari e sociali per le Cure domiciliari I livello; -viene effettuata una rendicontazione analitica e per figure professionali trimestrale dai responsabili delle Cure domiciliari II, III livello e TDCP Costo anno 2012 Cure domiciliari I livello: 4 milioni circa, Cure domiciliari II livello (compreso pz in carico alla NAD): 1 milione circa Cure domiciliari III livello e TDCP: 1 milione circa
Napoli 2	Il costo sostenuto per le cure domiciliari (per le prestazioni infermieristiche e di accessi dei professionisti della riabilitazione, per i materiali di supporto agli interventi di tali professionisti) per l'anno 2012 è stato di € 4.056.724,10
Napoli 3	Il costo delle cure domiciliari nell'anno 2012 nei Distretti dal 48 al 52 è stato di € 646.693 per gli accessi di varie tipologie di professionisti alle quali si deve aggiungere il costo del personale in house che svolge l'attività.
Salerno	Non essendo previsto, a livello distrettuale, un centro di costo per le Cure Domiciliari non è possibile quantificare i costi.

Si precisa che trattasi di dati dichiarati e non riscontrati dai bilanci e pertanto sono da considerare meramente indicativi.

Oltre quelli già citati, si ringraziano tutti coloro che hanno contribuito al buon esito delle attività, in particolare:

Dott. Biagio Zanfardino

Dott.ssa Luisa Cappitelli

Dott. Giuseppina Arcaro

Dott.ssa Annalisa Di Palma

Dott.ssa Maria Femiano

Dott.ssa Teresa Gianni

Dott.ssa Filomena Gratino

Dott. Carmine Lauriello

Dott. Antonio Maddalena

Dott. Gennaro Maio

Dott.ssa Anna Marro

Dott. Stanislao Napolano

Dott. Giovanni Seccia

Stampa Rotostampa Group S.r.l. - Roma
Finito di stampare nel mese di Aprile 2014
Pubblicazione non in vendita