

Percorso di aggiornamento e confronto per Responsabili Sanitari delle
Strutture Socio-Sanitarie della Lombardia, anno 2013-2014

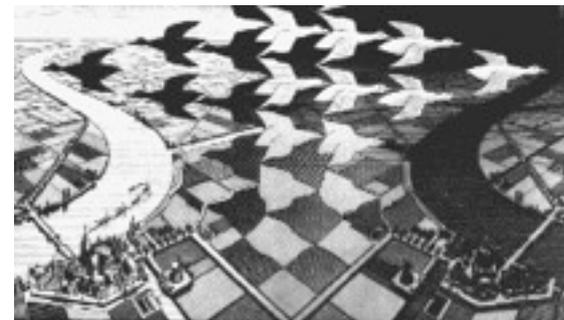
Modulo «I Servizi Socio-Sanitari: cenni storici ed evoluzione della normativa»

Panoramica nazionale e analisi specifica
di alcune realtà regionali

Mariadonata Bellentani

Brescia, 11 ottobre 2013

Una società che si trasforma



Migliore aspettativa di vita,
ma anche aumento delle "fragilità" e delle
patologie croniche o a lungo termine

- ✓ il **38,8%** dei residenti in Italia dichiara di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche
(ISTAT, Indicatori demografici 2009)
- ✓ il **57,2%** dei residenti tra i 55 ed i 59 anni e l'**86,9%** degli over 75 soffre di almeno una malattia cronico degenerativa
(IX rapporto sulle politiche per la cronicità, 2010)
- ✓ il **20,3%** ha almeno due patologie e tra gli over 75 la percentuale tocca il **68,2%** dei "grandi vecchi"

(IX rapporto sulle politiche per la cronicità, 2010)

Sono 2 milioni e 600 mila le persone con disabilità, di sei anni e più, che vivono in famiglia, pari al **4,8%** della popolazione italiana

(ISTAT, La disabilità in Italia, 2010 - anni 2004-2005)

con un trend in lieve diminuzione, pari a **-1,86%**
(X Rapporto CEIS-CREA Sanità, 2013, su dati 2010)

Le indicazioni delle manovre finanziarie 2011-2012

Leggi n. 111/2011, n. 148/2011, legge n. 135/2012 (Spending Review) art. 15,
Legge n. 228/2012 (L. stabilità 2013)

Riduzione del finanziamento complessivo del SSN per circa 6,8 miliardi di euro nel quadriennio 2012-2015.

Attraverso nuovi strumenti di controllo (es. Osservatorio contratti pubblici; riorganizzazione AIFA) e previsione di risparmi tramite:

- procedure di acquisto dei farmaci,
- tetti di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera (rispettivamente 11,35% e 3,5% nel 2013),
- tetti di spesa per i dispositivi medici e per i contratti stipulati con gli erogatori privati di prestazioni sanitarie,
- contratti di appalto di beni e servizi stipulati,
- proroga al 2015 delle vigenti misure di riduzione della spesa sul personale
- Riduzione standard di dotazione media di posti letto ospedalieri (segue)

Le indicazioni della Spending Review

Legge n. 135 del 7 Agosto 2012, art. 15

Riduzione del finanziamento complessivo del SSN per 6,8 miliardi di euro nel quadriennio 2012-2015.

- Nuovi standard sulla rete ospedaliera, da realizzare sulla base di un regolamento nazionale sugli standard qualitativi assistenziali
- e nell'ambito della riorganizzazione distrettuale con assistenza h. 24 die, e degli standard internazionali
- con 3,7 p.l. per mille abitanti, di cui 0,7 per riabilitazione e lungodegenza post-acuzie,
- la riduzione dei p.l. è per almeno il 50% a carico dei presidi ospedalieri pubblici, tramite la riduzione delle unità operative complesse;
- tasso ospedalizzazione di 160 per mille abitanti;
- promozione dell'ulteriore passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e da questo all'assistenza in regime ambulatoriale, favorendo l'assistenza residenziale e domiciliare

Una strategia di long term care approcci assistenziali

Sistema ospedaliero e Sistema dell'assistenza primaria	
Assistenza Ospedaliera <i>"Paradigma dell'attesa"</i>	Assistenza Primaria <i>"Paradigma dell'iniziativa"</i>
Ha intensività tecno-assistenziale ed elevata standardizzazione dei processi	Ha estensività socio-assistenziale e modularità della risposta
E' orientato alla produzione di prestazioni e alla cura dell'episodio acuto	E' orientato alla gestione di processi assistenziali e alla continuità delle cure
Presidia l'efficienza e i risultati sull'episodio acuto	Presidia l'efficacia e i risultati sul benessere della persona
Tende all'accentramento e alla verticalità per realizzare economie di scala	Tende al decentramento e alla orizzontalità per valorizzare il capitale sociale
Punta all'eccellenza	Punta all'equità
L'integrazione tra i due sistemi avviene attraverso la costituzione di un'unica rete assistenziale	

Rielaborato da schema di G.Maciocco, 2006; anche in www.salute.gov.it

cura

**RACCOLTA
ANAMNESI**

**ESAME
OBIETTIVO**

**INDAGINI
DIAGNOSTICHE**

DIAGNOSI

PROGNOSI

TERAPIA

**presa in
carico**

**RACCOLTA
DOMANDA**

**INDIVIDUAZIONE
BISOGNO**

**DEFINIZIONE
PROBLEMA**

V.M.D.

P.A.I.

**VERIFICA
P.A.I.**

Sviluppo dell'assistenza territoriale

- 1997 - 2007 diminuzione del 34% della dotazione di posti letto
- spostamento di risorse dall'ospedale al territorio (valore % di riferimento per i LEA: 5 prevenzione; 44 ospedaliero e 51 distrettuale - PSN 2006-2008 e Patto per la salute 2010-2012)
- crescita lenta e non uniforme nello sviluppo dei servizi territoriali

Spesa per i diversi livelli assistenziali (percentuale)						
Livello assistenziale	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5	Italia
prevenzione	5,03	3,68	4,65	4,01	4,88	4,30
medicina di base	3,98	6,02	5,87	6,96	7,66	6,05
farmaceutica e protesica	10,64	13,86	15,85	15,61	16,52	15,12
ass. specialistica e altro	14,29	9,28	9,72	8,17	6,50	9,05
analisi di laboratorio	3,53	3,34	3,07	2,48	2,82	3,09
diagnostica per immagini	3,64	3,63	3,38	2,64	2,73	3,35
assistenza territoriale	13,03	14,02	11,64	10,59	10,26	12,13
day hospital	3,46	5,18	6,32	5,92	7,12	5,88
ricoveri ordinari e p.s.	38,26	35,94	36,42	34,42	38,64	36,44



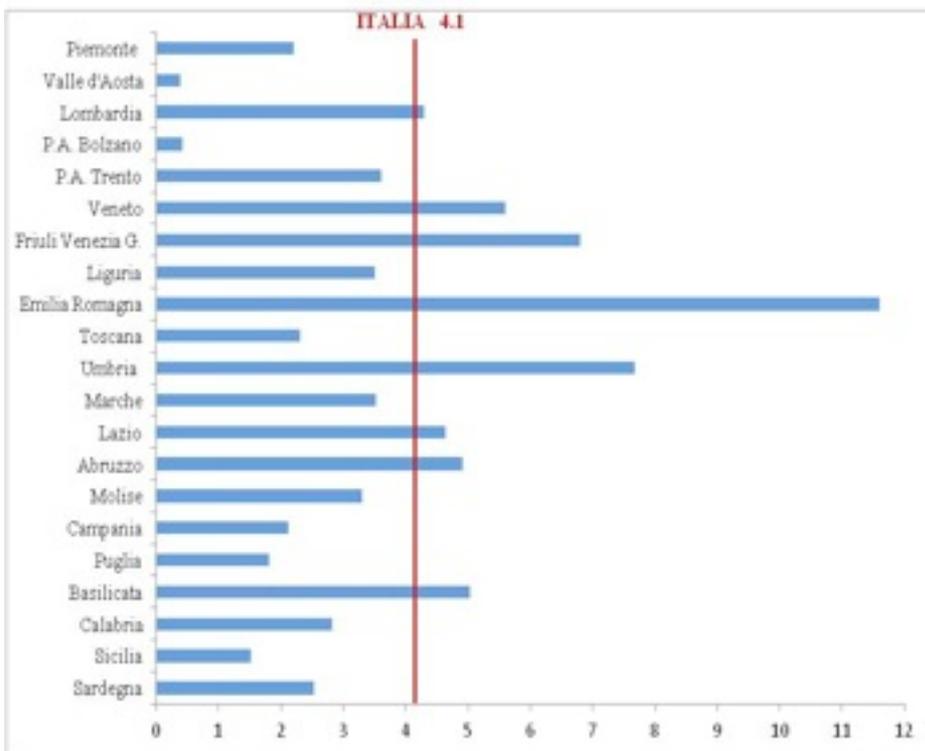
Livello assistenziale	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5
Assistenza distrettuale	49,11	50,15	49,53	46,45	46,49

Cislaghi C, Arena V. Performance. Disomogeneità regionali del Servizio sanitario nazionale. *Epidemiol Prev* 2011; 35 (5-6) suppl 2: 1-160.

Assistenza sociosanitaria alle persone anziane in Italia

Assistenza domiciliare -

casi anziani ogni 100 residenti anziani - anno 2010



Casi trattati 597.151

(84% anziani; 9% pazienti terminali)

Strutture residenziali

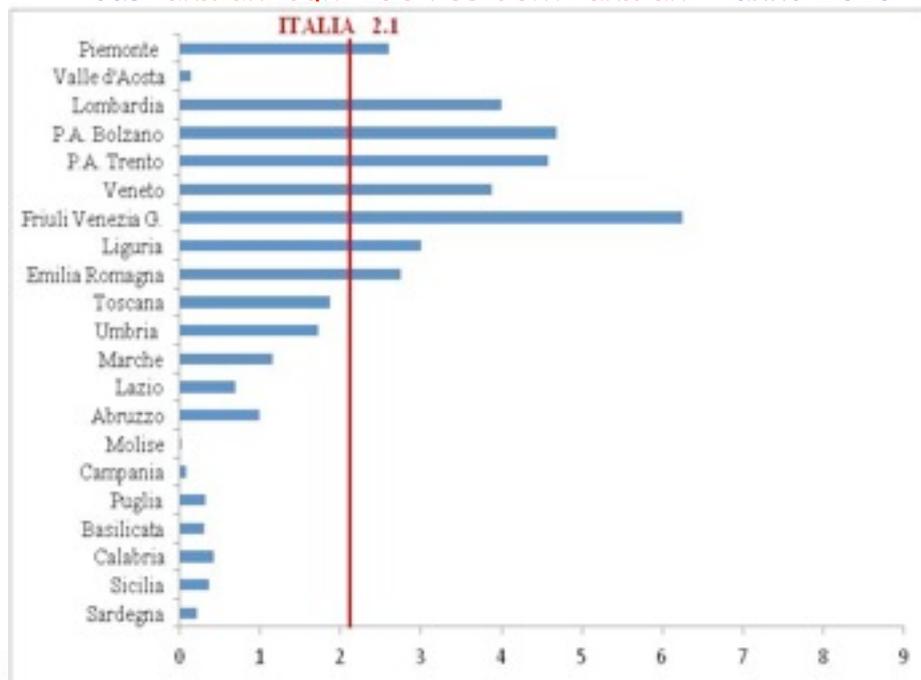
Posti ospite 212.875

Strutture semiresidenziali

Posti ospite 47.779

Assistenza residenziale-

casi anziani ogni 100 residenti anziani - anno 2010



(ADI) - Casi trattati e ore erogate - ANNO 2009

Regione	casi trattati				ore di assistenza erogata per caso trattato			
	Numero	x 100.000 abitanti	di cui anziani (%)	Anziani per 1.000 residenti anziani (età > 65)	Terapisti della Riabilitazione	Infermieri Professionali	Altri Operatori	Totale
Piemonte	30.096	679	77,2	23,1	1	10	7	18
Valle d'Aosta	166	131	60,8	3,8	3	19	43	65
Lombardia	93.766	962	85,2	41,1	4	12	2	19
P. A. Bolzano	650	130	55,4	4,1	0	0	0	0
P. A. Trento	1.915	368	57,4	11,0	0	25	0	25
Veneto	63.722	1.304	83,0	55,1	1	9	1	10
Friuli Venezia Giulia	25.069	2.037	88,1	77,4	1	5	0	7
Liguria	16.273	1.008	91,7	34,5	5	18	3	26
Emilia Romagna	89.933	2.073	90,6	83,6	0	14	3	17
Toscana	24.505	661	78,3	22,2	1	16	3	20
Umbria	18.074	2.021	87,0	76,0	1	11	6	18
Marche	15.043	958	85,0	36,3	5	23	3	30
Lazio	51.324	912	86,2	40,0	6	14	1	22
Abruzzo	16.892	1.266	80,2	47,8	11	18	0	28
Molise	2.108	657	81,3	24,4	13	40	3	56
Campania	22.434	386	76,7	18,6	6	24	7	37
Puglia	17.991	441	83,7	20,5	11	24	8	43
Basilicata	7.382	1.250	81,5	50,7	15	26	2	43
Calabria	11.708	583	81,4	25,5	5	22	1	28
Sicilia	14.697	292	67,9	10,8	9	18	6	32
Sardegna	9.713	581	76,2	23,7	12	38	1	52
Italia	533.461	888	84,1	37,1	4	15	3	21

Strutture socio-sanitarie residenziali - posti anno 2010

Regioni	Strutture residenziali	Strutture semiresidenziali	Totale	x 100.000 ab.
<i>Piemonte</i>	26.507	3.282	29.789	670
<i>Valle d'Aosta</i>	138	31	169	132
<i>Lombardia</i>	67.012	14.824	81.836	833
<i>P.A. Bolzano</i>	4.169	74	4.243	843
<i>P.A. Trento</i>	4.542	109	4.651	886
<i>Veneto</i>	32.407	9.506	41.913	853
<i>Friuli V.G.</i>	8.493	572	9.065	735
<i>Liguria</i>	7.293	1.126	8.149	521
<i>Emilia Romagna</i>	20.350	8.263	28.613	651
<i>Toscana</i>	13.937	3.525	17.462	468
<i>Umbria</i>	2.701	900	3.601	400
<i>Marche</i>	2.159	385	2.544	163
<i>Lazio</i>	7.095	1.582	8.657	152
<i>Abruzzo</i>	2.658	252	2.910	217
<i>Molise</i>	90	17	107	33
<i>Campania</i>	2.289	1.315	3.604	62
<i>Puglia</i>	3.889	782	4.671	114
<i>Basilicata</i>	580	74	654	111
<i>Calabria</i>	2.236	181	2.417	120
<i>Sicilia</i>	2.558	555	3.113	62
<i>Sardegna</i>	1.792	424	2.216	133
ITALIA	212.875	47.779	260.654	432

Numero di strutture per tipologia di assistenza erogata anno 2010

Assistenza	N. Strutture pubbliche	%	N. Strutture private accreditate	%	Totale
ospedaliera	634	54,4%	531	45,6%	1.165
Specialistica ambulatoriale	3.855	40,0%	5.780	60,0%	9.635
Territoriale residenziale *	1.513	24,6%	4.640	75,4%	6.153
Territoriale semiresidenziale	983	37,2%	1.661	62,8%	2.644
Altra assistenza Territoriale **	4.870	88,3%	644	11,7%	5.514
Riabilitativa (ex art. 26)	240	24,7%	731	75,3%	971
TOTALE	12.095	46,4%	13.987	53,6%	26.082

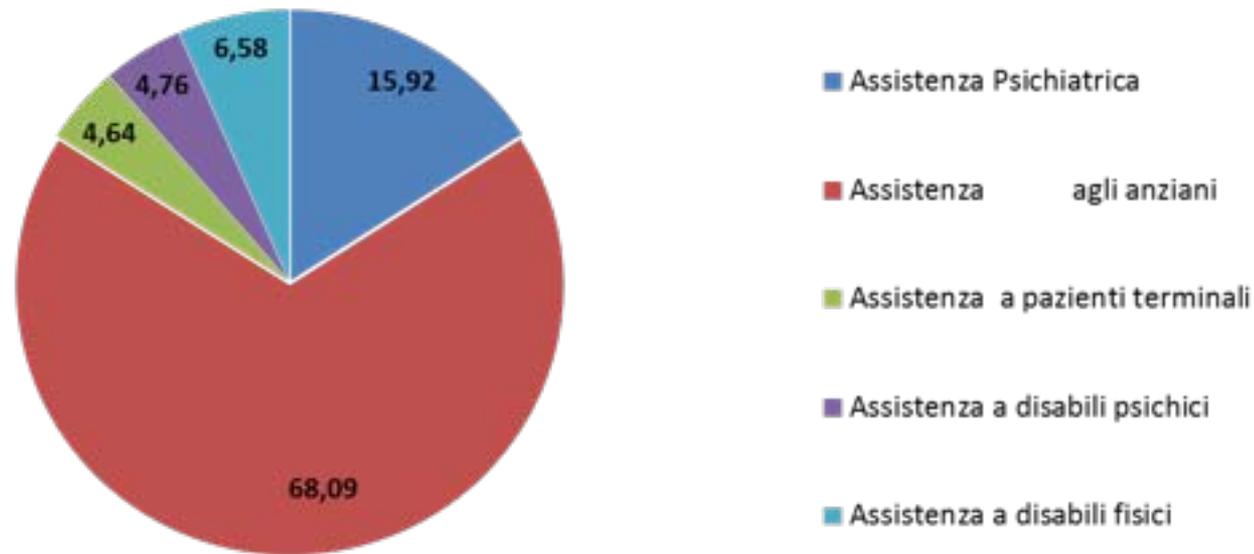
* RSA, Case protette e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale

** Assistenza erogata da Centri di salute mentale, centri idrotermali, Consultori materno-infantile, Centri distrettuali ..

Fonte: Annuario Statistico del SSN 2013, Ministero della salute

Utenti in strutture residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate per tipologia di assistenza (%) anno 2010

Italia



Utenti in strutture residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate per tipologia di assistenza (%) anno 2010

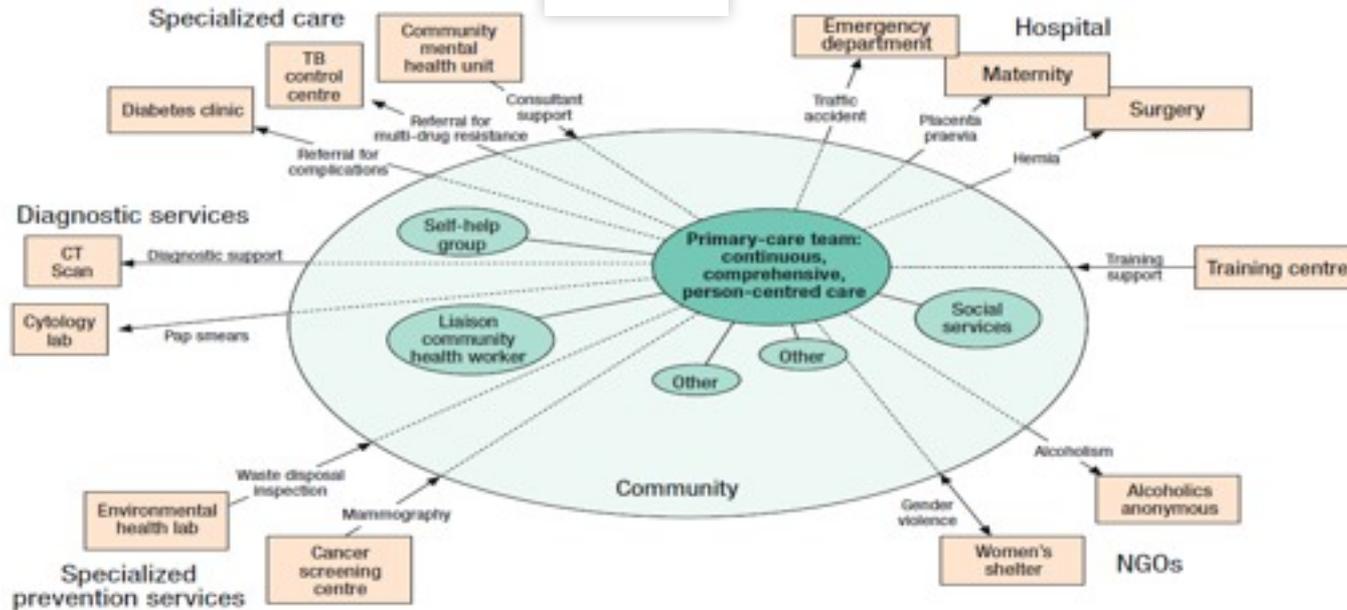
REGIONI	Assistenza Psichiatrica	Assistenza agli anziani	Assistenza a pazienti terminali	Assistenza a disabili psichici	Assistenza a disabili fisici
Italia	15,92	68,09	4,64	4,76	6,58
Nord	12,6	72,5	3,78	4,15	6,98
Nord-Ovest	11,55	75,37	3,57	2,21	7,31
Nord-Est	13,84	69,09	4,01	6,45	6,6
Centro	20,16	61,03	9,61	5,45	3,75
Sud e Isole	40,94	37,37	4,59	9,56	7,55
Sud	39,97	37,69	5,11	9,9	7,34
Isole	42,9	36,71	3,53	8,87	7,99
Piemonte	12,86	71,74	5,04	6,76	3,59
Valle d'Aosta	9,09	5,95	0	18,68	66,28
Lombardia	11,06	76,15	2,94	0,71	9,13
Pr. Aut. di Bolzano	12,45	81,19	0	4,53	1,83
Pr. Aut. di Trento	10,66	87,3	1,89	0,15	0
Veneto	10,67	67,67	2,35	14,78	4,53
Friuli Venezia Giulia	12,49	77,89	3,59	1,43	4,6
Liguria	12,05	80,37	4,75	1,8	1,04
Emilia Romagna	18,55	63,67	6,73	0,04	11,02
Toscana	12,89	70,91	3,87	7,25	5,08
Umbria	16,37	67,71	4,51	5,82	5,58
Marche	15,59	65,07	10,06	5,06	4,21
Lazio	33,21	43,57	19,19	2,91	1,13
Abruzzo	26,16	64,84	0	4,49	4,51
Molise	29,01	5,46	64,16	1,37	0
Campania	69,3	12,73	1,46	10,22	6,3
Puglia	27,1	42,57	12,73	10,37	7,24
Basilicata	40,17	34,06	3,91	13,65	8,21
Calabria	25,64	44,35	2,2	14,8	13,01
Sicilia	43,81	44,03	1,23	5,1	5,82
Sardegna	40,54	17,64	9,51	18,68	13,63

Cambiano gli assetti istituzionali

Regioni	Popolazione residente 2012	Numero USL *	Numero ASL				Bacino di utenza medio	Numero Distretti				Bacino di utenza medio
		1992	1995	2005	2011	2013	ASL 2013	1995	2005	2011	2013	Distretti 2013
Piemonte	4.357.663	63	22	22	13	13	335.205	66	65	58	58	75.132
Valle D'Aosta	126.620	1	1	1	1	1	126.620	14	4	4	4	31.655
Lombardia	9.700.881	84	44	15	15	15	646.725	105	85	81	86	112.801
P.A. di Bolzano	504.708	4	4	4	1	1	504.708	20	20	20	20	25.235
P.A. di Trento	524.877	11	1	1	1	1	524.877	13	13	4	4	131.219
Veneto	4.853.657	36	22	21	21	21	231.127	85	56	50	53	91.578
Friuli V. Giulia	1.217.780	12	6	6	6	3	405.927	20	20	20	20	60.889
Liguria	1.567.339	20	5	5	5	5	313.468	26	20	19	19	82.492
Emilia Romagna	4.341.240	41	13	11	11	11	394.658	46	39	38	38	114.243
Toscana	3.667.780	40	12	12	12	12	305.648	80	42	34	34	107.876
Umbria	883.215	12	5	4	4	2	441.608	13	12	12	12	73.601
Marche	1.540.688	24	13	1	1	1	1.540.688	36	24	23	13	118.514
Lazio	5.500.022	51	12	12	12	12	458.335	23	55	55	48	114.584
Abruzzo	1.306.416	15	6	6	4	4	326.604	73	73	25	22	59.383
Molise	313.145	7	4	1	1	1	313.145	13	13	7	7	44.735
Campania	5.764.424	61	13	13	7	7	823.489	113	113	72	72	80.061
Puglia	4.050.072	55	12	12	6	6	675.012	70	48	49	49	82.655
Basilicata	577.562	7	5	5	2	2	288.781	10	11	11	9	64.174
Calabria	1.958.418	31	11	11	5	5	391.684	34	35	35	18	108.801
Sicilia	4.999.854	62	9	9	9	9	555.539	62	62	62	55	90.906
Sardegna	1.637.846	22	8	8	8	8	204.731	23	25	22	22	74.448
ITALIA	59.394.207	659	228	180	145	140	467.075	945	835	701	663	90.047

Primary health care: hub of coordination

Primary care as a hub of coordination: networking within the community served and with outside partners



WORLD HEALTH REPORT, 2008

Primary Health Care Role

The potential of primary care is to improve the health population and the performance of health systems in terms of better opportunities to control costs, improved quality of care, better population health and less socioeconomic inequalities in health



Il processo organizzativo di presa in carico

Access

- prossimità temporale
- prossimità spaziale
- prossimità funzionale



Continuing Care

- continuità temporale dell'assistenza (continuity/longitudinality);
- continuità dell'assistenza tra i diversi setting
 - continuità di informazione: uso di informazioni sugli eventi passati e sulle circostanze personali utili per effettuare un piano di assistenza individuale appropriato;
 - continuità di gestione: approccio unitario e coerente nella gestione della condizione di salute in risposta ai bisogni del paziente;
 - continuità di relazione: presenza di una relazione terapeutica continua tra il paziente ed uno o più fornitori di assistenza.

Le necessità: l'integrazione

L'**integrazione** mira a collegare il sistema di assistenza sanitaria (per acuti, di base e specialistica) con i più generali sistemi di assistenza alla persona (long term care, istruzione, servizi domestici e di volontariato) al fine di migliorare gli outcome (clinici, di soddisfazione, ed efficienza) - Leutz,1999



Secondo l'ACN 29.7.2009 e s.m.i., i MMG partecipano a:

Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

Sono aggregazioni funzionali di professionisti distinte per MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali

per conseguire obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale e aziendale

- condividono buone pratiche, *peer review*, ricerca etc.
- monitoraggio e verifica obiettivi da parte del Distretto
- operano nei propri studi e sono individuati in ambito infradistrettuale adottano percorsi di integrazione con MCA e ospedale

La Regione, con le OO.SS. individua le AFT entro 6 mesi, tenendo conto, per i MMG, di: pop. ≤ 30.000 ab. e almeno 20 medici

Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP)

Gruppi di Medici convenzionati MMG, PLS, MCA, Specialisti e altri Professionisti sanitari convenzionati, con eventuali altri operatori

per garantire i LEA, presa in carico dell'utente, integr. socio-san., passaggio alla medicina d'iniziativa, assistenza h. 24 die e 7 gg. su 7

- erogano prestazioni sanitarie, nell'ambito dei LEA
- sono attivate secondo i bisogni della pop., le caratteristiche oro-geografiche e demografiche
- operano in sede unica o con sede di riferimento, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale

La Regione con le OO.SS. disciplinerà tutti gli aspetti: indennità, incentivi, dotazioni strumentali etc.

Centralità dell'assistenza primaria

In un contesto fortemente orientato verso il sapere specialistico vi è la necessità di una visione integrata ed olistica dei problemi di salute, delle singole persone e della comunità a cui esse afferiscono.

Tale compito è affidato anche alle cure primarie, in particolare alla medicina generalista e alle altre componenti dell'assistenza convenzionata, in una logica di rete.

I principali obiettivi ad esse affidati sono:

- Promuovere il benessere e affrontare i principali problemi di salute della comunità.
- Prendere in carico i pazienti in modo globale e completo.
- Favorire la continuità assistenziale.
- Concorrere ai processi di governo della domanda.
- Misurare il mantenimento e il miglioramento dello stato di salute del singolo e della comunità.
- Favorire l'empowerment dei pazienti.

Le cure primarie sono riconosciute nelle strategie aziendali, nelle quali viene affidata al distretto la *governance* del sistema per l'erogazione di livelli appropriati.

- ✓ **Accessibility**
- ✓ **Comprehensiveness**
- ✓ **Coordination**
- ✓ **C o n t i n u i t y /
Longitudinality**
- ✓ **Accountability**

Source: IOM 1978; Starfield B., 1979.
A Manpower Policy for Primary
Health Care: Report of a Study".

D.l. n.158/2012 (conv. in Legge 8/11/2012 n.189)

Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più livello di tutela della salute

Art. 1. - Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie

- “ Le regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie ...”
- AFT condividono, in forma organica, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi
 - UCCP erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionale con il SSN, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

Entro 180 giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione del decreto, gli ACN con i MMG, PLS e Spec.Amb. devono essere adeguati nel limite dei livelli remunerativi fissati dai medesimi vigenti ACN e nel rispetto dell'art.15, comma 25 del D.l. n.95/2012 convertito in L. n.135/2012 (Spending Review)

Entro successivi 90 giorni, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, sono stipulati i relativi AIR

L'assistenza residenziale e semiresidenziale

Documento della Commissione nazionale LEA 2007

“Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali”- per anziani non autosufficienti

Codice di Attività	Descrizione	Standard qualificanti
R1 Intensivo ad elevata integrazione sanitaria	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti Intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali come ad esempio: ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (tipologie di utenti: stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive, etc.).	Copertura medica: h 24 Assistenza medica: 300 minuti/ die per nucleo Infermiere: h 24 Assistenza globale > 210 min. Assistenza infermieristica > 90 min
R2 Estensivo ad elevata integrazione sanitaria	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde etc.	Assistenza medica: 160 minuti / die per nucleo Infermiere h 24 Assistenza globale > 140 min. Assistenza infermieristica > 45 min
R2D Estensivo ad elevata integrazione sanitaria	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Nuclei Alzheimer) a pazienti con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente “protesico”.	Assistenza: 120 minuti / die per nucleo Infermiere h 12 Assistenza globale > 140 min. Assistenza infermieristica > 36 min

L'assistenza residenziale e semiresidenziale

Documento della Commissione nazionale LEA 2007

“Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali”- per anziani non autosufficienti

Codice di Attività	Descrizione	Standard qualificanti
R3 Mantenimento, prestazioni sanitarie a rilevanza sociale	Prestazioni di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento)	Assistenza medica: 80 minuti / die per nucleo Infermiere h 8 Assistenza globale > 100 min. Assistenza infermieristica > 20 min
SR Semiresidenziali	Trattamenti di mantenimento per anziani erogate in centri diurni	Staff: Infermiere, OSS, Animazione Assistenza globale > 50 min.
SRD Prestazioni Semiresidenziali demenze	Prestazioni Semiresidenziali Demenze – Prestazioni di cure estensive erogate in centri diurni a pazienti con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale.	Staff: Infermiere, OSS, Psicologo Terapia cognitiva e orientamento Assistenza globale > 80 min.

Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della griglia Lea

Livello di assistenza	N. indicatori	Peso (P)
Assistenza distrettuale	9	10

7 Distrettuale	Somma ponderata di tassi specifici normalizzati per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrica, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO. (Indice pesato per fasce d'età) P 1
8 Distrettuale anziani	Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI P 1
9 Distrettuale anziani	Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani in strutture residenziali ogni 1000 anziani residenti P 1,25
10 Distrettuale disabili	Numero di posti equivalenti residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1000 residenti P 1
11 Distrettuale malati terminali	Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100) P 1
12 Distrettuale farmaceutica	Costo (%) dell'assistenza farmaceutica territoriale (comprensiva della distribuzione diretta e per conto) P 2
13 Distrettuale Specialistica	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti P 0,75
14 Distrettuale salute mentale	Utenti in carico nei centri di salute mentale per 100.000 ab. P 1
21 Emergenza	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso P 1

A titolo di esempio, si ricorda che nell'ambito del tavolo di verifica dell'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza, il parametro di riferimento che le regioni sono tenute a rispettare, individuato come «Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani in strutture residenziali» è fissato in ≥ 10 posti letto ogni 1.000 anziani residenti come valore normale mentre è considerato inaccettabile un valore $=6$ posti letto ogni 1.000 anziani residenti.

A titolo di esempio, nella Griglia LEA, il parametro di riferimento che le regioni sono tenute a rispettare, individuato come

Indicatore 8 “Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI è fissato in $\geq 4\%$ come valore normale
 $<3,5\%$ e non in aumento, valore inaccettabile

Indicatore 9 - Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani in strutture residenziali” è fissato in ≥ 10 p.l. ogni 1.000 anziani residenti come valore normale
 $= 6$ p.l. ogni 1.000 anziani residenti, valore considerato inaccettabile

Quadro strategico nazionale (QSN) 2007-2013:

L'obiettivo generale è supportare le otto regioni del Mezzogiorno nella realizzazione degli interventi tesi al raggiungimento dell'obiettivo di servizio S.06 («Incremento della percentuale di anziani beneficiari di ADI dall'1,6 % al 3,5 %»).

Parametri dei principali Paesi UE:

50-60 p.l. per mille abitanti anziani (Comas-Herrera et al., 2003)

Alcune proposte

Residenzialità socio-sanitaria extraospedaliera

Assicurare un sistema a rete di tutti gli interventi ed azioni per la popolazione non autosufficiente, legato all'ambito del distretto, e capace di promuovere e sostenere la diffusione di nuove forme di assistenza e cura per la N.A. in particolare sugli ambiti:

- Migliore definizione dei contenuti degli interventi sociosanitari considerati nei LEA (maggiore omogeneità, appropriatezza ed equità) e criteri guida per la definizione della quota di compartecipazione a carico dell'utente/comune
- Sviluppo e qualificazione della rete dei servizi territoriali e domiciliari integrati
- Programma nazionale di qualificazione e innovazione delle soluzioni residenziali, per lunga permanenza, sollievo e post-acuzie assicurando standard di risultato che dovranno essere garantiti dalle Regioni
- Formulazione di Piani di Salute sociosanitari in ambito regionale e locale, individuando budget integrati con apporti finanziari derivati dai LEA e dai fondi sociali per le prestazioni sociali a rilievo sanitario
- Piani personalizzati e percorsi di cura integrati fra ospedale e territorio in cui siano evidenziate le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e socio-assistenziali.
- Programma per il sostegno e la valorizzazione dell'attività di cura informale e familiare

Fondo per le Non Autosufficienze 2013

Intesa Conferenza Unificata 24.01.2013, ex Legge di Stabilità 228/2012 art. 1 c. 272

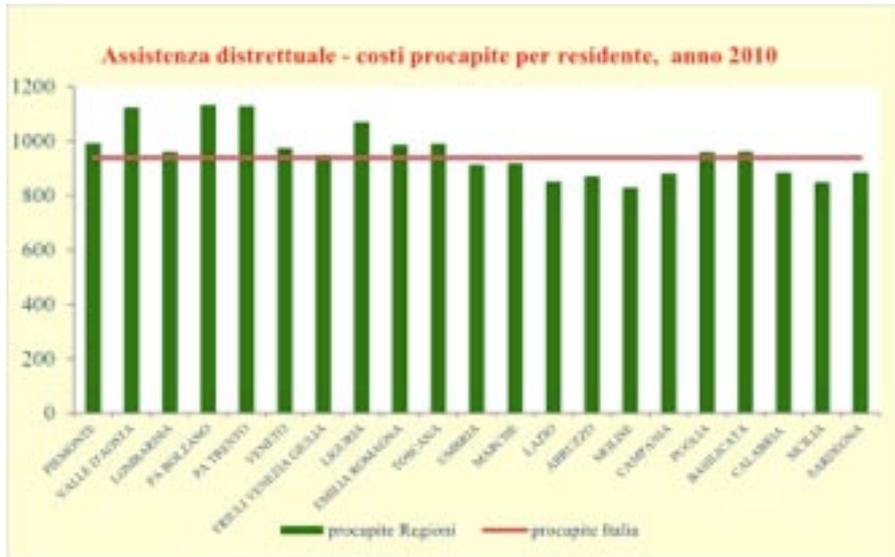
	2013	%
Piemonte	21.752.500,00	7,91
Valle d'Aosta	687.500,00	0,25
Lombardia	41.552.500,00	15,11
Bolzano	2.090.000,00	0,76
Trento	2.310.000,00	0,84
Veneto	21.092.500,00	7,67
Friuli-Venezia Giulia	6.242.500,00	2,27
Liguria	9.377.500,00	3,41
Emilia-Romagna	21.725.000,00	7,90
Toscana	19.305.000,00	7,02
Umbria	4.785.000,00	1,74
Marche	7.947.500,00	2,89
Lazio	23.952.500,00	8,71
Abruzzo	6.710.000,00	2,44
Molise	1.897.500,00	0,69
Campania	23.017.500,00	8,37
Puglia	17.710.000,00	6,44
Basilicata	3.025.500,00	1,11
Calabria	9.680.000,00	3,52
Sicilia	22.687.500,00	8,25
Sardegna	7.425.000,00	2,70
ITALIA	275.000.000,00	100,00

Con 30% destinato
all'assistenza
domiciliare per persone
con disabilità gravissime,
inclusa la SLA

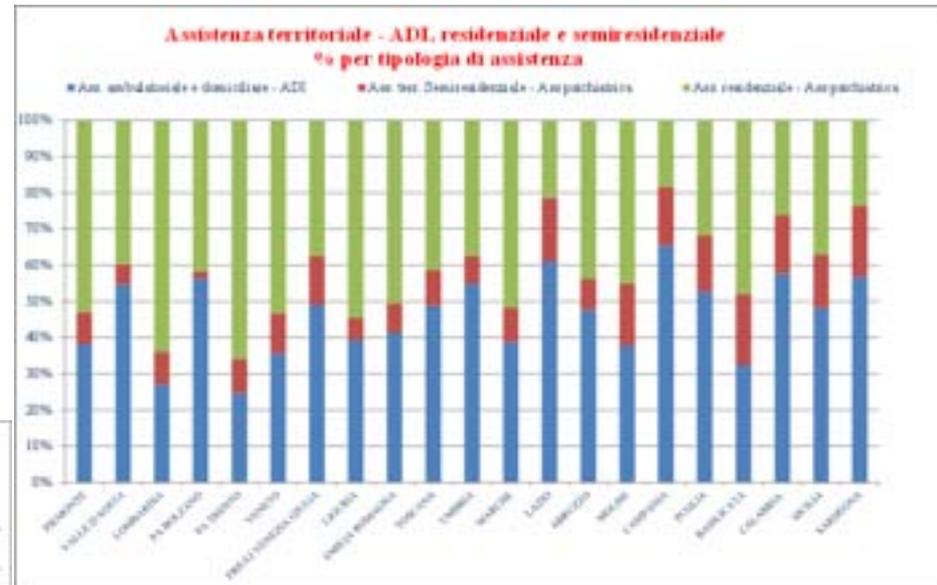
Assistenza distrettuale

Costo procapite, pesato – anno 2010

938 €



224 euro



938 €

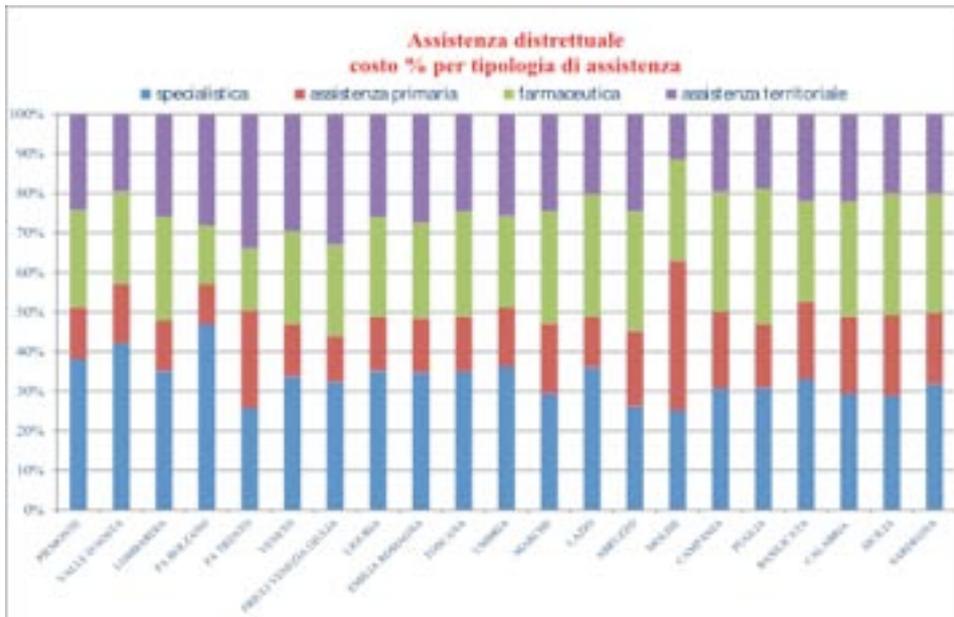
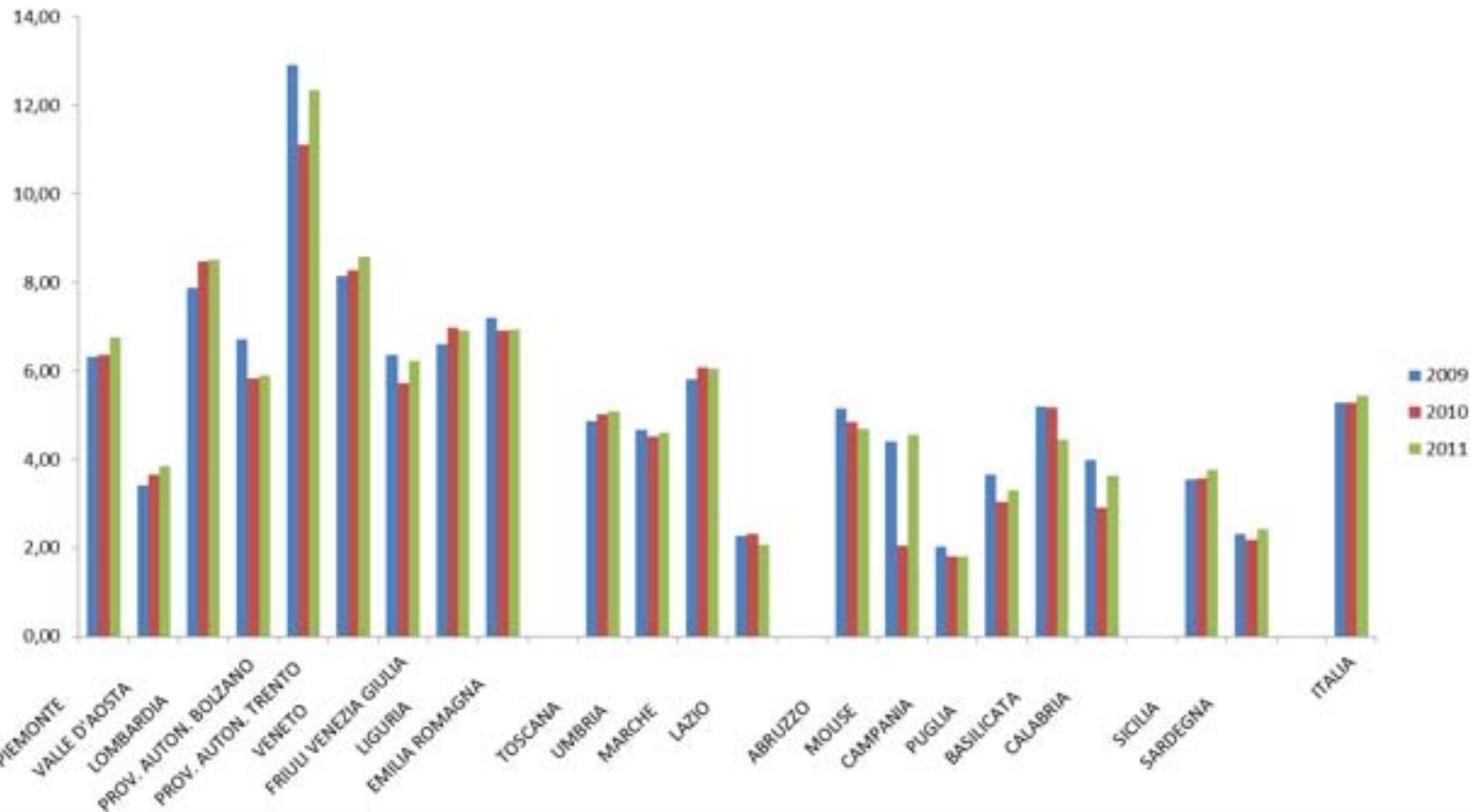


Grafico 3.6 - Spesa complessiva per Assistenza territoriale residenziale - Codice livello La 21000 (2101+2102+2103+2104+2105+2106) - Valori % sul totale della spesa sanitaria 2009-2010-2011



Anno	2009	2010	2011
Spesa SSN	116.073.896	117.332.112	117.587.997

Documento “Nuova caratterizzazione dell’assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio”

approvato dalla Commissione Nazionale LEA il 18 ottobre 2006

La caratterizzazione del LEA “cure domiciliari” si basa su alcuni profili:

CURE DOMICILIARI PRESTAZIONALI consistenti in prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato, effettuate sotto la guida del MMG

CURE DOMICILIARI INTEGRATE (ADI di I, II, III livello) con più livelli di complessità in funzione alle differenti condizioni patologiche a cui debbono rispondere (presa in carico da una equipe multiprofessionale; formulazione del PAI, verifica)

CURE DOMICILIARI PALLIATIVE per malati terminali oncologici e non oncologici con bisogni di elevata complessità (presa in carico multiprofessionale, 24 h. die, 7 giorni su 7, formulazione del PAI)

Nuova caratterizzazione dell'assistenza domiciliare", 2006 Allegato 1

STANDARD QUALIFICANTI I LEA CURE DOMICILIARI

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

CIA = Coefficiente Intensità Assistenziale.
GDC = Giornate Di Cura (durata PAI).

GEA = Giornata Effettiva Assistenza.
PAI = Programma Assistenziale Individuale.

L'assistenza residenziale e semiresidenziale

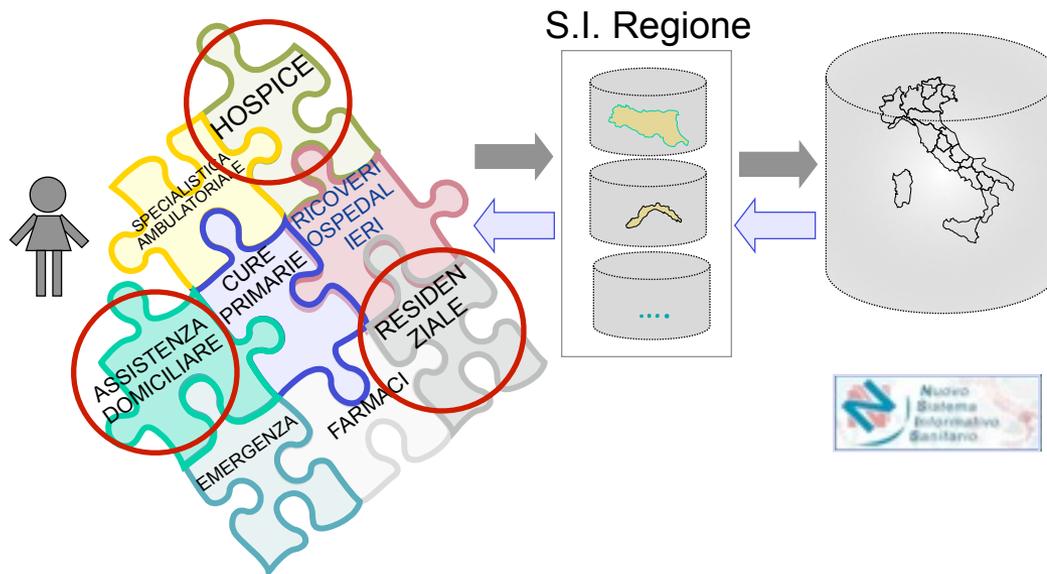
Fabbisogno

Fonti	Parametro
Commissione nazionale LEA <i>"Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali"</i> (2007)	50-60 p.l. per 1.000 anziani <i>(Da letteratura-Comas, Herrera,2003)</i>
	42,7 P.L. per 1.000 anziani >65 anni <i>(Proposta Commissione LEA - indice di fabbisogno pesato con 3 variabili)</i>
Questionario LEA 2012	10 P.L. per 1.000 anziani residenti >65 anni

Il modello Casa della Salute

	Riferimento	Fonte
Casa della Salute	1 casa della salute ogni 5-10.000 ab.	Atti del Convegno di Roma del 22 marzo 2007
Centro di Assistenza Primaria	1 CAP ogni 100.000 residenti nelle aree metropolitane	Monitor Agenas n. 27 del 2011
	1 CAP ogni 50.000 residenti in aree extra-metropolitane	
Presidio Territoriale di Assistenza (Regione Sicilia)	1 PTA ogni 70.000/120.000 ab.	Piano Sanitario Regionale 2011-2013
Case della Salute (Regione Calabria)	Criterio “distanza temporale” 30/32 minuti di auto con un possibile scostamento del 10%	DPGR n.185 del 4 dicembre 2012
Centro di assistenza primaria territoriale/Ospedale distrettuale (Regione Calabria)	1 CAPT ogni 20.000/40.000 ab.	DPGR n.18 del 22 ottobre 2010
Centri di Assistenza Primaria (Regione Piemonte)	1 CAP ogni 100.000 residenti nelle aree metropolitane	DGR n.44-1615 del 28 febbraio 2011 “addendum 2011”
	1 CAP ogni 50.000 residenti in aree extra-metropolitane	

Flussi informativi



DM 17 dicembre 2008 – *Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (Flusso SIAD)*

DM 17 dicembre 2008 – *Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali (Flusso FAR)*

DM 6 giugno 2012 – *Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (Flusso Hospice)*

Flusso informativo dell'Assistenza Domiciliare

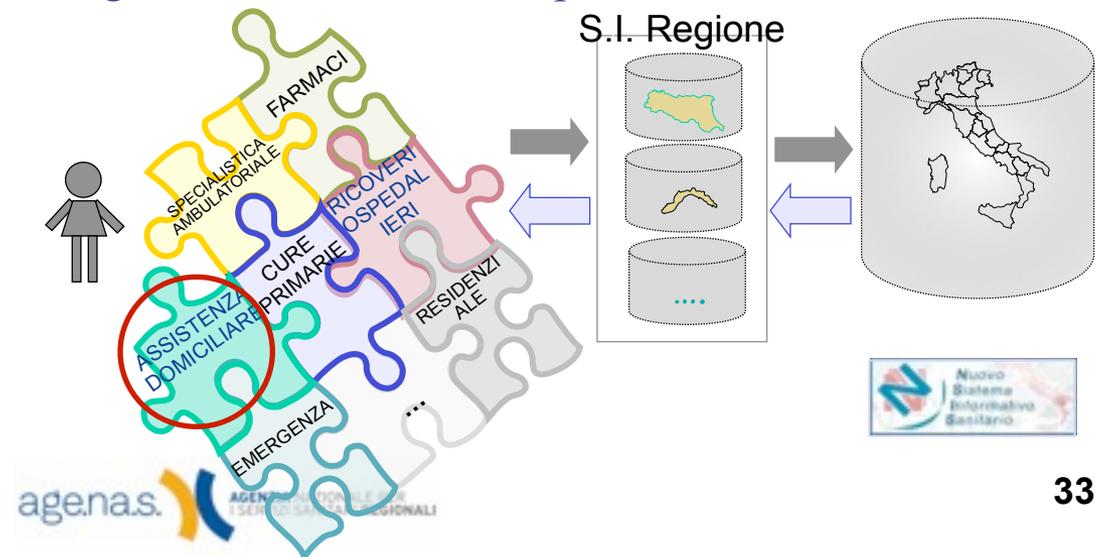
(DM 17 dicembre 2008)

È il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e sociosanitarie erogate in maniera programmata da operatori afferenti al SSN.

La valutazione sanitaria dell'assistito deve essere svolta al momento della presa in carico; deve essere ripetuta per modifiche delle necessità assistenziali dell'assistito e di norma entro 90 giorni dalla precedente.

Il Flusso raccoglie informazioni sui seguenti eventi – fasi del processo assistenziale:

- Presa in carico
- Erogazione
- Sospensione
- Rivalutazione
- Conclusione servizio



Tipologia di Indicatori SIAD

Bisogno clinico

- Distribuzione per patologia prevalente degli utenti presi in carico
- Distribuzione per patologia concomitante degli utenti presi in carico
- Durata media dell'effettiva assistenza domiciliare

Processo assistenziale

- Dato il numero di Giorni di Cura: numero di prese in carico per livello CIA
- Dato il numero di Giorni di Effettiva Assistenza: numero di prese in carico per livello Coefficiente di Intensità Assistenziale.
- Numero di accessi divisi per livello Coefficiente di Intensità Assistenziale per tipologia di operatore che ha effettuato l'accesso

Appropriatezza dell'intervento

- N. gg. di sospensione per ricovero intercorse nell'ultimo mese di vita del paziente terminale
- N. di assistiti terminali oncologici deceduti, sul numero di deceduti per malattia oncologica

Il flusso FAR

Il flusso FAR monitora l'assistenza residenziale e semiresidenziale.

Le informazioni rilevate sono riconducibili principalmente a:

- dati anagrafici dell'assistito;
- contenuti informativi associati alle strutture erogatrici e alla tipologia di prestazioni erogate;
- dati relativi all'ammissione e alla dimissione dell'assistito dalla singola struttura;
- valutazione;
- conclusione dell'assistenza.

Le prestazioni in assistenza residenziale e semiresidenziale sono state raggruppate in tipologie omogenee per livelli assistenziali anche se non tutte le regioni rispettano la classificazione ministeriale condivisa dal Programma Mattoni del SSN – Mattone 12 e sancita nel DM17 dicembre 2008.

Codice Tipologie di Prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone anziane (flusso FAR)

R1

Trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali intensive a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale, essenziale per il supporto alle funzioni vitali e in particolare: ventilazione meccanica, ossigenoterapia continua, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (riferiti a persone in condizione di stato vegetativo o coma prolungato, persone con gravi insufficienze respiratorie, persone terminali ecc.).

R2

Trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde, ecc.).

R2D

Trattamenti erogati a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività (Unità d'offerta Residenziali).

R3

Trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo,, erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Unità d'offerta Residenziali di Mantenimento).

SR1

Trattamenti Semiresidenziali - trattamenti di riabilitazione e di mantenimento per anziani erogati in Unità d'offerta o in centri diurni.

SR2

Trattamenti Semiresidenziali Demenze - trattamenti di cure estensive per persone con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale erogate in Unità d'offerta o in centri diurni.

Tipologia di Indicatori FAR

1. Numero di assistiti presenti in struttura per 1.000 abitanti, in un periodo temporale.
2. Distribuzione assoluta e percentuale delle strutture residenziali e semiresidenziali per tipo prestazione erogata (R1, R2, R2D, R3, SR1, SR2).
3. Distribuzione degli assistiti (numero) per tipo prestazione erogata (R1, R2, R2D, R3, SR1, SR2).
4. Permanenza media degli ospiti per tipo prestazione (R1, R2, R2D, R3).
5. Verificare le movimentazioni degli assistiti tra le diverse tipologie di prestazione (Valutare i casi in cui l'assistito cambia tipo prestazione nel corso del tempo. In particolare verificare se il cambiamento prevede variazioni tra regimi residenziali e/o semiresidenziali).

Tipologia di Indicatori FAR

6. Distribuzione degli assistiti considerando il tipo prestazione a loro erogato e la struttura di provenienza.
7. Percentuale di ospiti ricoverati in strutture ubicate fuori dalla Asl di residenza a fine anno.
8. Il Tasso standardizzato per tipologia di dimissione viene calcolato con il metodo della standardizzazione diretta.
9. Distribuzione degli assistiti, nel periodo di riferimento, per soggetto da cui è partita l'iniziativa di richiesta di inserimento all'interno della struttura in cui è stata erogata la prestazione

Fonte: Ministero della Salute. Nuovo Sistema Informativo Sanitario.

Intermediate care

Nei Paesi anglosassoni fin dagli anni '90 il termine «intermediate care» indica vari setting assistenziali funzionalmente collocati tra l'ospedale per acuti e il domicilio, costituiti da sistemi di cura eterogenei tra loro dal punto di vista strutturale e funzionali, tesi a prevenire i ricoveri prematuri e non necessari in ospedale, facilitare dimissioni più precoci e ridurre i ricoveri precoci nella long-term care

Fonte: Department of Health. The NHS plan. A plan for investment, a plan for reform. London: Stationery Office 2000. www.nhs.uk/nationalplan.

Department of Health. The national service framework for older people. London: DoH, 2001. www.dh.gov.uk/assetRoot/04/07/12/83/04071283.pdf.

Melis J.F.R., Rikkert M.G.M.O., Parker S.G. et al., 2004: What is intermediate care? An international consensus on what constitutes intermediate care is needed. *British Medical Journal*;329:360-1

L'assistenza intermedia In Italia

Ha assunto articolazioni diversificate, in cui l'area della post-acuzie rappresenta un ambito determinante

Insieme di servizi intermedi tra ospedale e domicilio, per che non richiedono la complessità dell'ospedale ma, al contempo, rispondono a bisogni sanitari e assistenziali che non possono a residenziali, a valenza territoriale,

- In grado di accogliere pazienti che presentano un rischio di instabilità clinica tale da non poter essere trattati a domicilio o in regime ambulatoriale, né possono restare (perché improprio e costoso) ospedalizzati

- Ampio spettro di servizi volti a facilitare il passaggio del paziente dall'ospedale al domicilio, con ritorno all'autonomia funzionale e ripristino dello stato di salute.

con ricoveri di breve durata, a carico del SSN, a gestione prevalentemente infermieristica,

Tuttavia le esperienze regionali sono differenti:

- Ad esempio alcuni Regioni inseriscono nelle cure intermedie: hospice, ospedali di comunità, posti letto di residenzialità temporanea in RSA anche con finalità riabilitativa, istituti e centri di riabilitazione, comunità terapeutiche riabilitative protette;

- Altre Regioni inseriscono gli ospedali di comunità, strutture inserite nelle case della salute

Assistenza intermedia

Rappresenta una gamma di servizi destinati a legare l'assistenza primaria, l'assistenza per acuti ed il sociale, finalizzata a perseguire obiettivi quali la riduzione della durata della degenza ospedaliera, prevenire i ricoveri e le riammissioni ospedaliere inappropriate, migliorare le transizioni tra l'ospedale ed i setting successivi di assistenza e mantenere autonomi i soggetti il più a lungo possibile

Fonte: Plochg, 2005

Tale forma di assistenza è destinata a:

- ✓ Pazienti che necessitano di assistenza nelle fasi di post-acuzie
- ✓ Soggetti che vivono all'interno delle comunità di appartenenza (in genere malati cronici) ad alto rischio di ospedalizzazione evitabile - L'assistenza intermedia, in alcune Regioni, può avere valenza domiciliare o residenziale

Fonte: Steiner A, 2002

Assistenza intermedia

Servizi destinati a persone che affronterebbero, al contrario, degenze in ospedale inutilmente prolungate, oppure interventi residenziali di lunga-assistenza

Forniti in base ad una valutazione completa, che esiti in uno specifico e strutturato piano di assistenza che coinvolga la terapia, il trattamento ed i luoghi più appropriati per un recupero attivo

Aventi come risultato un miglioramento dell'indipendenza ed il ritorno del paziente/utente nella propria casa

Aventi una durata limitata, normalmente non più di sei settimane e spesso della durata di 1-2 settimane o anche meno

Coinvolgenti il lavoro di più professionisti, che attraverso un singolo modello di valutazione, stilano protocolli di trattamento comuni

Fonte: Department of Health, UK, 2001: Intermediate care. Health Service Circular. Local Health Circular. 19 January

Ospedale di comunità

Nascono in Italia negli anni '90 con l'idea di unire all'esigenza dell'assistenza quella dell'ottimizzazione delle risorse - umane e materiali - presenti sul territorio, per rispondere meglio ai bisogni socio-assistenziali della popolazione unendo la professionalità, l'intelligenza organizzativa e l'uso oculato delle risorse finanziarie, all'appropriatezza dell'intervento in un mix virtuoso che, oltretutto, sgrava le Strutture ospedaliere - appesantite da ricoveri impropri - e concretizza i principi del diritto alla salute e dell'umanizzazione della cura

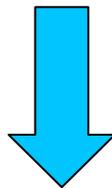
In Italia, i primi Ospedali di Comunità nascono negli anni '90

Si tratta di una **Struttura assistenziale di livello intermedio gestita dai Medici di Medicina Generale**, il quale ha a disposizione personal infermieristico, in grado di attivare posti letto [...], a basso costo ed alto gradimento da parte dei ricoverati, spesso recuperando immobili (ex-ospedali) sotto-utilizzati o destinati al degrado, risparmiando risorse da destinare ad altri servizi e liberando gli ospedali dai cosiddetti "ricoveri impropri" che ne limitano le potenzialità

Ospedale di comunità

Nasce negli anni '90 su iniziativa di Medici di medicina generale; con l'idea di unire all'esigenza dell'assistenza quella dell'ottimizzazione delle risorse - umane e materiali - presenti sul territorio, per rispondere meglio ai bisogni socio-assistenziali della popolazione mai regolamentata a livello nazionale

come struttura a responsabilità clinica dei MMG, su base volontaria, con gestione assistenziale che coinvolge infermieri



Struttura distrettuale di tipo residenziale, che rappresenta un riferimento per un ambito territoriale; è citata nella normativa nel PSN 2006-2008

-

Ospedale di comunità

E' una struttura residenziale in grado di erogare assistenza sanitaria di breve durata

E' riservato a pazienti che pur non presentando patologie acute ed elevata necessità di assistenza medica non possono essere assistiti adeguatamente a domicilio per motivi sociosanitari

La gestione clinica è affidata al Medico di Medicina Generale di ogni singolo paziente

L'Ospedale di comunità opera attraverso la presa in carico globale dei bisogni, continuità di assistenza tra ospedale e domicilio e Piani di cura personalizzati

La degenza è finalizzata ai seguenti obiettivi:

- Abbreviazione dei tempi di diagnosi e terapia, mediante l'utilizzo da parte dei MMG, della dotazione diagnostica e tecnologica di base del presidio territoriale dell'Azienda
- Consolidamento dei risultati ottenuti durante il ricovero in reparto per acuti per i pazienti fragili che necessita di ulteriore monitoraggio clinico
- Prevenzione delle complicanze e recupero dell'autonomia al fine di posticipare il più possibile

Hospice

Hospice o centri residenziali di cure palliative per malati terminali organizzati in tre modelli assistenziali differenti: residenziale, residenziale e domiciliare, unità di cure palliative

217 strutture per l'anno 2011

Per l'anno 2011 nelle Regioni Calabria, Campania, Abruzzo, Toscana e PA Trento si registra un numero di p.l. in Hospice inferiore alla soglia di accettabilità (0,5 secondo la griglia LEA)

Sono costituiti presso strutture ospedaliere o strutture residenziali sanitarie territoriali in maniera difforme tra le Regioni

In Lombardia, Lazio, Basilicata e Sicilia risultano localizzati prevalentemente all'interno delle strutture di ricovero e cura o ne costituiscono articolazioni organizzative

Regioni/Anno/Tipologia	2006 Hospice	2009 Hospice	2013 Hospice	2013 Centri terapia dolore
ITALIA	105	165	264	296
Piemonte	5	11	13	29
Valle d'Aosta	-	-	1	1
Lombardia	38	51	70	23
Trentino Alto Adige	2	2	4	3
Veneto	14	17	21	40
Friuli Venezia Giulia	2	4	8	16
Liguria	3	5	6	7
Emilia Romagna	14	18	22	26
Toscana	2	12	18	28
Umbria	-	2	3	8
Marche	3	5	7	5
Lazio	11	15	26	48
Abruzzo	-	-	6	6
Molise	1	1	1	3
Campania	-	2	7	8
Puglia	2	6	7	15
Basilicata	2	4	8	6
Calabria	2	2	18	6
Sicilia	3	5	10	9
Sardegna	1	3	8	9

Fonte: Ministero della Salute e "Hospice in Italia - Seconda rilevazione ufficiale 2010"

Programma avviato con la Legge n. 39/1999

Legge 38/2010 sviluppo della rete nazionale delle cure palliative

Regione Lombardia

Sviluppo di un'area sub-acuta tra l'ospedale per acuti ed il domicilio che assolverà contemporaneamente agli obiettivi di ridurre il carico di pazienti in fase post acuta che restano a lungo negli ospedali per acuti in quanto non ancora dimissibili per la necessità di individuare il livello di cure post acute più utile e appropriato

Tali attività permettono di rispondere meglio ai bisogni di cura dei pazienti, ridurre i costi ospedalieri, dovuti a ricoveri ripetuti, impropri e prolungati. Queste attività dovranno essere erogate in strutture di ricovero e cura di complessità medio bassa accreditate

La realizzazione di attività di cure intermedie persegue l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri

PSSR 2010-2014 (DCR n. IX/88/2010)

..... Già in corso di realizzazione tre progetti (due a Milano, uno in provincia di Cremona a Soncino e uno a Varese) finalizzati a sperimentare delle modalità, alternative alla UO ospedaliera, di cura ed assistenza di pazienti prevalentemente molto anziani e ricoverati in UO di Medicina Generale

sperimentazione in 5 Asl della Lombardia (Milano, Milano 2, Bergamo, Como, Lecco) di un nuovo modello organizzativo per coordinare e integrare i servizi extraospedalieri a favore dei pazienti cronici (con la nascita dei Chronic Related Group)

Regione Lombardia

ATTIVAZIONE DI ALTRE STRUTTURE DI TIPO INTERMEDIO SUB-ACUTO

Attivazione di posti letto per le cure sub-acute (intermedie tra l'ospedale e il domicilio)

TARGET Servizio rivolto principalmente a due categorie di persone:

-**pazienti, prevalentemente anziani**, dimessi dall'ospedale ma non in condizioni di poter essere adeguatamente assistiti al proprio domicilio (si riduce la durata della degenza e si assicura al paziente l'assistenza in un ambiente protetto)

-**pazienti, prevalentemente anziani e/o cronici** caratterizzati da una tendenza alla instabilità clinica, quando le possibilità di assistenza domiciliare non offrono garanzie sufficienti, ma che possono essere risolte con modalità diverse dal ricovero ospedaliero

DURATA DELLA DEGENZA non inferiore ai 10/15 giorni e non superiore ai 30/40

FABBISOGNO DI POSTI LETTO IPOTIZZATO È DI 1.145 distribuiti nelle diverse Asl: Bergamo 118, Brescia 97, Como 54, Cremona 37, Lecco 55, Lodi 27, Mantova 30, Milano città 249, Milano1 146, Milano2 59, Monza e Brianza 66, Pavia 91, Sondrio 26, Varese 76, Valle Camonica 14

I posti letto che dovranno essere trasformati in letti tecnici intermedi sub-acuti saranno quelli provenienti da ospedali pubblici e privati con posti letto già accreditati ed a contratto con proporzione di 7/3 preferibilmente afferenti all'area riabilitativa che, sulla base dell'ultimo Patto della Salute Stato Regioni, dovranno subire una riduzione di circa 1.000 unità.

Si renderà anche obbligatorio implementare dei protocolli per la riabilitazione e l'ospedalizzazione domiciliare.

Regione Veneto

DGR 2718/2012 Sviluppo dell'assistenza extraospedaliera da realizzarsi attraverso "l'attivazione di strutture di ricovero intermedie" in grado di accogliere pazienti che non possano essere trattati a domicilio né possono restare (perché improprio e costoso) ospedalizzati.

HOSPICE, OSPEDALI DI COMUNITÀ, UNITÀ RIABILITATIVE TERRITORIALI, ISTITUTI E CENTRI DI RIABILITAZIONE, COMUNITÀ TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PROTETTE

Introduzione con il PSSR 2012–2016 delle Schede di dotazione territoriale per programmare le strutture di ricovero intermedie da garantire in ogni azienda ULSS (**ospedali di comunità, hospice, strutture per l'alzheimer e la sclerosi multipla, assistenza infermieristica domiciliare...**) e i servizi del territorio (previsione delle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie e socio-sanitarie)

Standard complessivo 1,2‰ p.l./abitanti, popolazione target ottimale > 42 anni, dotazione complessiva di p.l. 3.038 (giugno 2011)

1263 P.L. DA ATTIVARE NEL TRIENNIO 2013-2015

1.775 P.L. ATTIVATI AL 2011, distribuiti in :

181 Hospice; 236 Ospedali di comunità; 553 Unità riabilitativa territoriale, con 358 p.l. in RSA per residenzialità temporanea anche con finalità riabilitative, 195 p.l. nelle Sezioni ad alta protezione Alzheimer (SAPA)

Regione Veneto

Rientrano nella tipologia di Strutture di ricovero intermedie anche:

- 184 p.l. negli Istituti e Centri di riabilitazione ex art. 26 L. n.833/1978 o strutture assimilate;
- 621 p.l. delle Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette (CTRP).

In particolare si precisa che queste ultime due tipologie di posti letto, fino a nuova organizzazione regionale, assumono usualmente una valenza interaziendale.

CRITERI PER L'ATTIVAZIONE DI P.L. OSPEDALI DI COMUNITÀ ED UNITÀ RIABILITATIVA TERRITORIALE

- l'attivazione deve essere conseguente alla riduzione dei p.l. ospedalieri
- in via prioritaria i p.l. dovranno essere istituiti presso strutture pubbliche (es. sedi distrettuali, ospedali parzialmente o totalmente dismessi)
- gli Ospedali di Comunità andranno attivati, in via prioritaria, laddove vi sia una presenza contestuale (nella medesima sede) di una Medicina di Gruppo Integrata così da garantire la copertura assistenziale h24. Allo stesso modo andrà favorita l'attivazione in contiguità con reparti ospedalieri

LR n. 23/2012 - PSSR 2012-2016

DGR n. 68/2013 Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate

DGR 2718/2012 Descrizione delle strutture, requisiti strutturali e di autorizzazione

Regione Emilia Romagna

Scelta orientata verso il passaggio dai Nucei di cure primarie funzionali a quelle strutturali, con Case della salute articolate su tre livelli (piccole, medie, grandi)

In relazione alla riconversione dei posti letto ospedalieri, deve essere programmato lo **Sviluppo di strutture sanitarie territoriali intermedie** di degenza temporanea o altre riconversioni coerenti con la programmazione locale, nell'ambito della residenzialità assistita in grado di assicurare ricovero e assistenza di natura prevalentemente infermieristica e rendere disponibili prestazioni diagnostiche e terapeutiche, mediche e chirurgiche di tipo ambulatoriale

Le **strutture sanitarie territoriali intermedie**, ovvero **ospedali di prossimità o comunità**, dove ci saranno posti letto residenziali che forniscono assistenza rispetto a patologie che hanno la necessità di essere trattate vicino al domicilio del paziente, possono essere collocate sia all'interno delle Case della Salute oppure essere collocate all'interno dei presidi ospedalieri, in aree appositamente riorganizzate e gestite dai Dipartimenti delle Cure Primarie

Regione Emilia Romagna

TARGET

- pazienti per lo più anziani, ricoverati in ospedale e clinicamente dimissibili ma in condizioni di non poter essere adeguatamente assistiti al domicilio per la complessità del quadro clinico
- pazienti fragili e/o cronici per la presenza di persistente instabilità clinica

La definizione delle funzioni specifiche, la localizzazione e la gestione di queste strutture dovrà avvenire nell'ambito di un approccio integrato, da un lato con la rete ospedaliera e dall'altro con la rete dei servizi socio-sanitari

Piano sociale e sanitario 2013- 2014 (proroga del Piano sociale e sanitario di cui alla del Ass. leg. n.175/2008 Piano sociale e sanitario 2008-2010 per gli anni 2013 e 2014)

Dgr 284/2013 Indicazioni attuative del PSSR 2013-2014. Programma annuale 2013: obiettivi e criteri generali di ripartizione del Fondo sociale ai sensi dell'art. 47, co. 3 della L.R. 2/2003

Regione Toscana

Il presidio di cure intermedie è una **struttura extraospedaliera residenziale temporanea** destinata al paziente che "è in situazione di malattia, ma non tanto grave da avere necessità di risiedere in un ospedale, anche se organizzato per intensità di cure, e ancora non è sufficientemente stabilizzato per vivere al proprio domicilio"

Sviluppo di un'area sub acuta tra l'ospedale per acuti ed il domicilio che assolvano contemporaneamente agli obiettivi di:

- ridurre il carico di pazienti in fase post acuta presenti negli ospedali per acuti garantendo una dimissione precoce e sicura individuando il livello di cure post acute più utile e appropriato (funzione sub acuta in dimissione)
- evitare i ricoveri di natura inappropriata ricorrendo a strutture di tipo sub acuto (funzione sub acuta in ingresso)

OBIETTIVO Integrazione delle Cure Primarie con quelle intermedie e con l'assistenza ospedaliera a medio- bassa intensità

SUB OBIETTIVI Sviluppo sistema delle cure intermedie come alternativa che consenta l'utilizzo corretto delle risorse

AZIONI Adeguamento ad uno standard indicato di PL di cure intermedie per 1000 (**ospedale di comunità, Hospice, RSA, riabilitazione** art.26, etc)

RESPONSABILITA' Definizione standard di p.l. Livello REGIONE e Atto aziendale per individuazione p.l. e Adeguamento delle dotazioni di PL, 3 mesi. Livello ASL

Delibera n. 1235 /2012 Indirizzi alle aziende sanitarie ed alle Aree vaste per il riordino del sistema sanitario regionale

Regione Toscana

- Attività di monitoraggio e valutazione degli interventi
 - Sistemi informatici di riferimento per supportare i processi operativi e alimentare il sistema informativo di governo regionale
 - Erogazione della quota spettante a ciascuna azienda per attivazione di p.l. di cure intermedie
 - Assegnazione di una quota (di €. 350.000,00) a supporto degli interventi che prevedano la rimodulazione di piccoli ospedali, in proporzione ai posti letto attivati e la ripartizione dei restanti (€. 350.000,00) in parti uguali tra tutte le aziende USL, finalizzati alla ulteriore implementazione del modello assistenziale Case della salute
(prima tranche pari al 75% del totale successivamente alla comunicazione di avvio degli interventi previsti e la seconda pari al 25% del totale a seguito di comunicazione della realizzazione degli interventi stessi)

Tipologie di strutture che si propongono come una risposta appropriata a due diversi profili di utenza:

1. Moduli di degenza a bassa intensità di cure sub-acute
2. Strutture extraospedaliere di continuità assistenziale per la sub acuzie, a valenza sanitaria (Cure Intermedie)

DGR n. 431/2013 "Indirizzi per lo sviluppo del Sistema delle cure intermedie" Allegato A

Regione Toscana - cure intermedie

Azienda USL	numero posti letto da attivare	di cui c/o piccoli ospedali	Quota base per az. USL ex DGR 47/2013	Quota capitaria pesata per az. USL ex DGR 47/2013	Quota complessiva per azienda USL	di cui quota per ospedale focalizzato (50%)	di cui quota per cure intermedie (50%)	Quota aggiuntiva per riconversione piccoli ospedali	Quota aggiuntiva forfetaria per azienda per Case Salute	Quota complessiva per azienda per cure intermedie
1 Massa e Carrara	18	4	€ 200.000,00	€ 110.877,00	€ 310.877,00	€ 155.438,50	€ 155.438,50	€ 11.965,81	€ 29.166,67	€ 167.404,31
2 Lucca	55	20	€ 200.000,00	€ 114.841,35	€ 314.841,35	€ 157.420,68	€ 157.420,68	€ 59.829,06	€ 29.166,67	€ 217.249,73
3 Pistoia	36	2	€ 200.000,00	€ 152.449,05	€ 352.449,05	€ 176.224,53	€ 176.224,53	€ 5.982,91	€ 29.166,67	€ 182.207,43
4 Prato	36	0	€ 200.000,00	€ 128.949,60	€ 328.949,60	€ 164.474,80	€ 164.474,80	€ 0,00	€ 29.166,67	€ 164.474,80
5 Pisa	15	5	€ 200.000,00	€ 170.316,90	€ 370.316,90	€ 185.158,45	€ 185.158,45	€ 14.957,26	€ 29.166,67	€ 200.115,71
6 Livorno	41	1	€ 200.000,00	€ 187.574,40	€ 387.574,40	€ 193.787,20	€ 193.787,20	€ 2.991,45	€ 29.166,67	€ 196.778,65
7 Siena	44	14	€ 200.000,00	€ 145.294,50	€ 345.294,50	€ 172.647,25	€ 172.647,25	€ 41.890,34	€ 29.166,67	€ 214.527,59
8 Arezzo	32	11	€ 200.000,00	€ 181.970,10	€ 381.970,10	€ 190.985,05	€ 190.985,05	€ 32.905,98	€ 29.166,67	€ 223.891,03
9 Grosseto	56	40	€ 200.000,00	€ 118.951,95	€ 318.951,95	€ 159.475,98	€ 159.475,98	€ 119.658,12	€ 29.166,67	€ 279.134,09
10 Firenze	166	20	€ 200.000,00	€ 434.660,85	€ 634.660,85	€ 317.330,43	€ 317.330,43	€ 59.829,06	€ 29.166,67	€ 377.159,48
11 Empoli	42	0	€ 200.000,00	€ 119.570,10	€ 319.570,10	€ 159.785,05	€ 159.785,05	€ 0,00	€ 29.166,67	€ 159.785,05
12 Viareggio	8	0	€ 200.000,00	€ 84.544,20	€ 284.544,20	€ 142.272,10	€ 142.272,10	€ 0,00	€ 29.166,67	€ 142.272,10
Totale	549	117	€ 2.400.000,00	€ 1.950.000,00	€ 4.350.000,00	€ 2.175.000,00	€ 2.175.000,00	€ 350.000,00	€ 350.000,00	€ 2.525.000,00

Regione Puglia

TIPOLOGIE ASSISTENZIALI RIFERITE AL SISTEMA DELLE CURE INTERMEDIE

Degenza post-acuzie (lungodegenza ospedaliera, riabilitazione ospedaliera)

Ospedale domiciliare

Ospedale di comunità (unità di degenza territoriale)

Residenza sanitaria: assistenziale (RSA), protetta (RSSA), riabilitativa (ex art. 26), Hospice

Assistenza domiciliare: prestazionale (medica, infermieristica, riabilitativa) e integrata

PSR 2002-2004 e 2006-2008

La LR n. 25/2006 (Principi e organizzazione del SSR) e la LR n. 26 del 2006 Interventi in materia sanitaria, al fine di favorire l'**integrazione tra cure primarie, ospedaliere e cure intermedie**, hanno previsto, rispettivamente, l'istituzione dell' **Ufficio Distrettuale per la programmazione e il monitoraggio delle attività in medicina generale (UDMG)** e dell' Ufficio di Coordinamento Aziendale delle Cure Primarie (UACP) presso le Aziende Sanitarie

Gli stabilimenti, che in sede di applicazione del Piano avranno una dotazione inferiore a 70 p.l., dovranno essere riconvertiti, nel triennio, in più utili strutture sanitarie territoriali: **OSPEDALE DI COMUNITÀ, RSA, DISTRETTI, POLIAMBULATORI, CASA DELLA SALUTE, UTAP**

Piano regionale di salute 2008 - 2010

Riorganizzazione delle reti ospedaliere ... alcuni dati

Lo standard attuale previsto dalla legge 135 del 2012, art. 13, è pari a **3,7 posti letto ospedalieri per mille abitanti**

Tenendo conto di quanto previsto precedentemente dal Patto per la salute 2010-12 (standard pari a 4 p.l. per 1000 abitanti comprensivi di 0,7 p.l. per la riabilitazione e la lungodegenza)

- Anno 2011: diminuzione della dotazione di p.l. che passano da 211.936 unità (3,5 p.l. per 1000 abitanti) a 202.736 (3,3 p.l. per 1000 abitanti)

- per la post acuzie si riscontra un leggero incremento (37.252 p.l nel 2011 rispetto a 37.153 nel 2009) che lascia invariato l'indicatore medio nazionale dei p.l. non acuti, pari a 0,6 per 1000 abitanti

Anni 2009 e 2011 si rileva una generale riduzione del tasso di ospedalizzazione a livello nazionale che passa da 120 a 108 ricoveri per 1.000 residenti

A livello regionale si rilevano diminuzioni dell'ospedalizzazione più accentuate nelle Regioni Calabria, Friuli V.G., Puglia e Campania

Relazione sullo stato sanitario del Paese 2011

Presa in carico della post-acuzie: situazione attuale e sviluppi

L'analisi dei dati regionali sull'offerta di post-acuzie rispetto allo standard di 0,7 p.l. per mille abitanti evidenzia una **situazione molto difforme con una carenza in alcuni territori e un eccesso di offerta in altri**

- difficoltà in alcune realtà ad adottare efficaci indirizzi programmatori
- difficoltà di sottoporre i pazienti a valutazione multidimensionale con la definizione del percorso assistenziale condiviso tra l'ospedale e il territorio
- le strutture di post-acuzie svolgono una funzione vicaria rispetto alle strutture territoriali appropriate per il paziente (RSA a diverso impegno assistenziale) a causa della carenza delle stesse
- la presenza in alcune Regioni di strutture dedicate alla riabilitazione territoriale intensiva (e la mancanza in altre) comporta l'**esigenza**, nel definire lo standard di offerta di riabilitazione ospedaliera, di **tenere conto della presenza sul territorio regionale di strutture territoriali in grado di erogare interventi di riabilitazione intensiva, cui è opportuno ricorrere non appena per il paziente non sia più appropriato il ricovero in ambiente ospedaliero**

Presa in carico della post-acuzie: situazione attuale e sviluppi

- la definizione univoca di percorsi assistenziali è resa difficile dalla grande variabilità regionale nella rete di offerta relativa alle discipline afferenti alla riabilitazione ospedaliera, alla lungodegenza postacuzie e alle strutture territoriali sanitarie, o a forte componente sanitaria, in termini sia di posti letto sia di capacità di offerta assistenziale, funzione anche della diversa declinazione a livello regionale dei requisiti di natura organizzativa e, infine, alla frammentarietà o assenza di un collegamento funzionale tra le strutture stesse
- necessità di garantire in tutte le Regioni un livello omogeneo di residenzialità e domiciliarità
- necessità di una riflessione e una razionalizzazione dell'intera rete della post-acuzie e delle strutture territoriali per garantire al paziente una risposta ai bisogni sanitari e assistenziali flessibile, nel rispetto dell'appropriatezza, della qualità e del corretto uso delle risorse, garantendo quanto più precocemente, con strumenti omogenei, la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione del Piano assistenziale, condiviso tra ospedale e territorio, in collegamento con il distretto

Alcune considerazioni

- ✓ Necessità di apertura di nuove strutture di post-acuzie
- ✓ Carenza di dati da interpretare e si rileva confusione perché alcuni servizi sono stati istituiti senza chiarezza rispetto a funzioni, compiti e obiettivi
- ✓ Desto incertezza il modello degli Ospedali di comunità perché non si differenzia nettamente per tipologia dalle strutture residenziali
- ✓ In alcune realtà l'Ospedale di comunità viene utilizzato come struttura a residenzialità temporanea dopo l'ospedalizzazione (tempi di degenza 25-30 gg) con l'obiettivo primario del ritorno al domicilio
- ✓ Riorganizzare la rete delle cure per ridurre la gravità clinica ed assistenziale di chi entra in una struttura residenziale, con la conseguente diminuzione dei costi
- ✓ Istituzione nelle residenze di nuclei finalizzati per specifiche problematiche assistenziali

In conclusione, una riorganizzazione che ha alcuni elementi comuni

- ✓ **Individuare una rete integrata di assistenza flessibile e centrata sulla persona nel suo processo di cura - valorizzando i principi della primary health care (prossimità, coinvolgimento della comunità...)**
Alcuni nodi: funzioni del distretto (ora con bacino di utenza media nazionale di oltre 75.000 abitanti), definizione giuridica dei nuovi presidi di erogazione dei servizi Uccp,
- ✓ **Coinvolgere e responsabilizzare le professionalità del territorio in modo concreto rispetto ai risultati da raggiungere**
(definizione di linee guida, protocolli diagnostici e terapeutici; obiettivi previsti nella programmazione e negli accordi regionali e realizzati negli accordi aziendali)
- ✓ **Priority setting: compiere scelte più responsabili nella definizione degli interventi sulla base dei principi di efficacia, appropriatezza, economicità**
- ✓ **Favorire l'integrazione sociosanitaria, con migliore definizione degli obiettivi da conseguire da parte di ASL e Comuni, dei modelli organizzativi e gestionali possibili e degli indicatori di verifica dei risultati**

Un sistema di Primary health care

Strumenti

- ✓ Sviluppo di modelli innovativi per l'assistenza primaria integrati, per garantire maggiore accessibilità e flessibilità di risposte nei diversi target di assistenza (soggetti con patologie multiple, persone sane con stili di vita scorretti, disabilità)
- ✓ Potenziare la rete dei servizi territoriali, con priorità per il luogo di vita delle persone - *equilibrio tra residenzialità e domiciliarità - nodo delle cure intermedie*
- ✓ Punti di riferimento certi per il cittadino (distretto, punto unico di accesso)
- ✓ PDTA per patologie croniche e la multicronicità, con utilizzo integrato dei flussi informativi correnti, (percorsi a maggiore condivisione possibile, che rendano concreta la standardizzazione dei profili di cura) e adozione di indicatori/misure di processo e risultato di salute

La suddivisione della spesa fra sanità e sociale

Costo complessivo annuo Rsa stimato in 2.802 mil euro, costo mensile 2.951 euro, finanziato per il 51% dal Ssn, per il 46,6% dall'utente e per il 2,4% dai Comuni

(Anno 2009)

Ripartizione della spesa riconducibile a:

-suddivisione della spesa fra settore sanitario e sociale

-suddivisione della spesa sociale fra utente e comune e, all'interno di questo, le modalità di determinazione della compartecipazione dell'utente

A livello nazionale: la ripartizione della spesa al 50% fra il sociale e il sanitario è prevista solo per la fase di lungo-assistenza; nella fase intensiva ed estensiva dell'assistenza residenziale gli oneri sono totalmente a carico del Ssn

A livello regionale:

- la maggior parte delle Regioni ha previsto una ripartizione della spesa che non tiene conto delle fasi di assistenza (intensiva, estensiva e di lungo-assistenza)

-le Regioni Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Sicilia, Valle d'Aosta hanno implicitamente riconosciuto l'esistenza delle fasi intensive ed estensive a totale carico del Ssn prevedendo una decorrenza differita del pagamento della quota alberghiera delle Rsa compresa fra 30 e 90 gg dall'inizio del ricovero. Le Regioni italiane hanno considerato tutti i ricoveri nelle Rsa in un'unica fase di lungo-assistenza

-le indicazioni nazionali sulla ripartizione equa al 50% dei costi fra il sociale e il sanitario è stata seguita solo da un terzo delle Regioni italiane (Campania, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia, Veneto). Tutte le altre Regioni hanno previsto quote sanitarie superiori al 50% che trovano il picco più elevato in Umbria; in Lombardia, invece, la quota sanitaria si colloca al di sotto del 50% in relazione alle condizioni assistenziali del paziente

Per determinare i costi di competenza sanitaria e competenza sociale quasi tutte le Regioni hanno adottato metodologie forfettarie indipendenti dalla tipologia dei costi; solo le Regioni Basilicata, Calabria, Piemonte e Toscana mantengono un collegamento fra tipologia dei costi e la loro ripartizione fra la spesa sanitaria e quella sociale

Le Provincia autonoma di Bolzano e la Regione Valle d'Aosta contribuiscono al pagamento della quota non sanitaria della retta

Nelle regioni Lazio e Molise la ripartizione della spesa fra il sociale e il sanitario dipende dal reddito degli utenti

In alcune Regioni la ripartizione percentuale dei costi non è predeterminata: in Emilia Romagna è il Comitato di distretto ad adottare le linee di indirizzo omogenee; in Toscana la partecipazione alla spesa dipende dal regolamento sociale del comune di residenza del soggetto ricoverato in Rsa; le Marche hanno determinato solo la quota alberghiera; in Lombardia le rette a carico degli utenti sono stabilite dai gestori

Effetti delle manovre sul finanziamento della spesa sanitaria pubblica

L. n. 191/2009 - finanziaria 2010

D.l. n. 78/ 2010 (L. n. 122/2010) - misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica

L. n. 220/2010 - legge di stabilità 2011

D.l. n. 98/2011 (L. n. 111/2011) - disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria

D.l. n. 95/2012 (L. n. 135/2012) - disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica (spending review)

I tagli complessivi al **Fondo sanitario nazionale**, determinati dalle ultime manovre economiche compresa la legge di stabilità 2013, ammontano a oltre 30 miliardi di euro nel triennio 2013-2015

Il Fondo sanitario nazionale è di 106.824 milioni nel 2013, 107.716 nel 2014, 107.616 nel 2015, era di 108.780 nel 2012 prima della “spending review”, di 107.880 dopo la manovra

Il **Fondo nazionale per le Politiche sociali** è passato da 929 milioni nel 2008 ai 42 milioni del 2012, così come si sono notevolmente ridotti i diversi fondi nazionali di settore





“Assistenza distrettuale”

Alcuni risultati di ricerche Agenas
in collaborazione con diverse Regioni

GLI STUDI AGENAS

- ✓ Crescente diffusione delle patologie croniche e non autosufficienza
- ✓ Centralità dell'assistenza primaria
- ✓ Misurazione della performance
- ✓ Disponibilità diffusa di dati amministrativi

Assistenza primaria

Non autosufficienza

**Assistenza sociosanitaria
Fabbisogni e costi**

Cure palliative

La valutazione dei modelli organizzativi della Medicina Generale

Progetto Valore

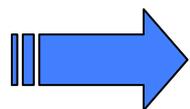
"Group versus single handed primary care: a performance evaluation of the care delivered to chronic patients by Italian GPs"



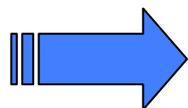
In press Health Policy

Obiettivi del progetto

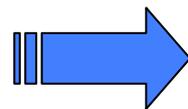
Stimare l'effetto delle forme organizzative della Medicina generale su alcuni indicatori di processo nella gestione di alcune patologie croniche



Individuare coorti di pazienti affetti da cardiopatia ischemica, insufficienza cardiaca, diabete (periodo 2003-2007)



Misurare il livello di adesione dei MMG alle raccomandazioni esplicitate nelle LLGG della pratica clinica- nell'anno 2008



Stimare l'effetto dell'appartenenza ad una forma associativa della medicina generale sull'adesione alle raccomandazioni nell'anno 2008

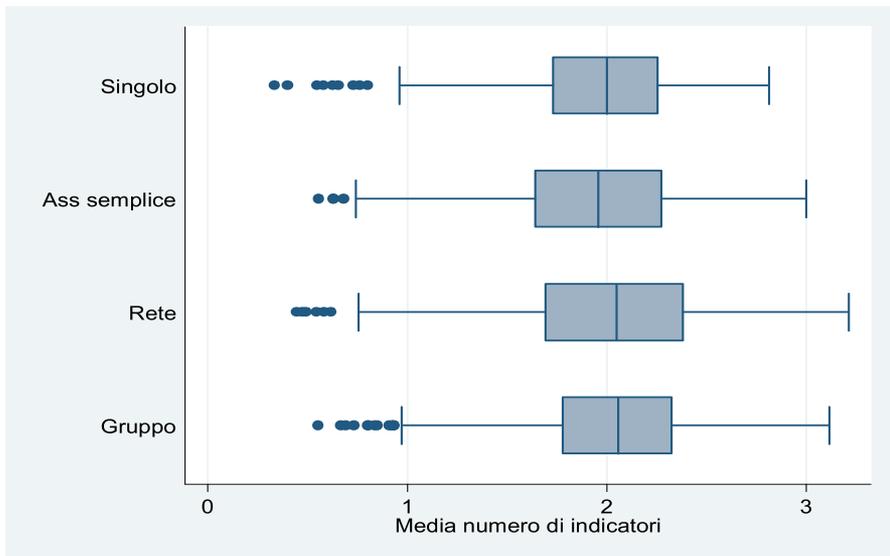
Misurazione della risposta

Variabile di risposta: **media del numero di raccomandazioni seguite dai MMG per gli assistiti con le condizioni di interesse nel corso dell'anno 2008**

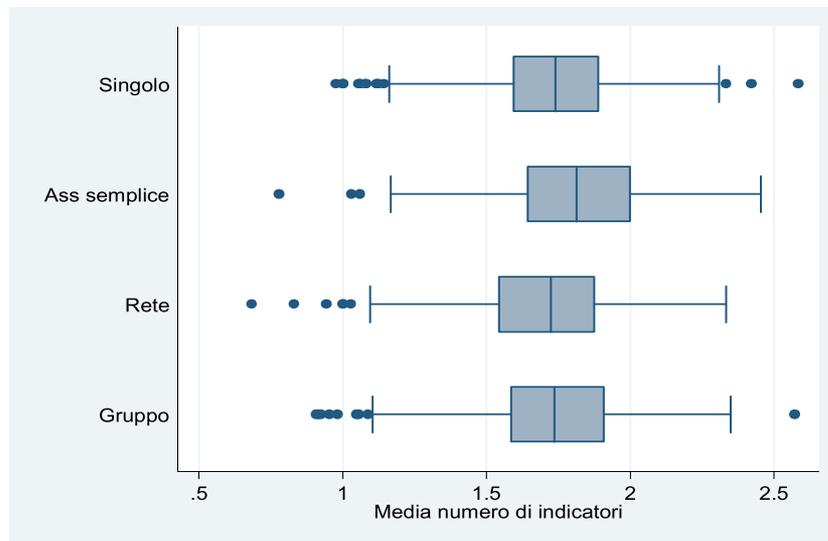
Diabete	Insufficienza cardiaca	Cardiopatía ischemica
1. creatinina	1. creatinina, sodio e potassio	1. colesterolo totale
2. emoglobina glicata	2. ecocardiogramma	2. ACE inibitori
3. profilo lipidico	3. ACE inibitori	3. terapia antitrombotica
4. esame retina	4. beta bloccanti	

Nel progetto sono stati identificati, in 21 distretti di 5 Regioni italiane, circa 165.000 malati cronici (delle patologie considerate) su due milioni di assistiti.

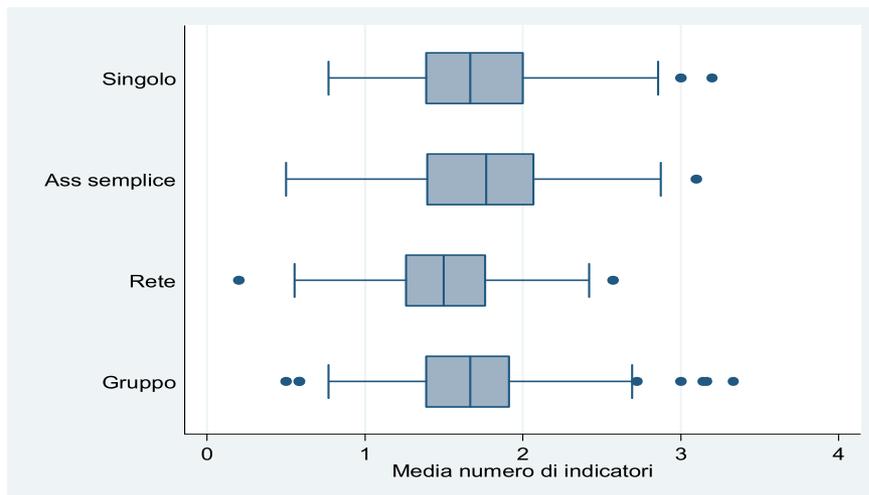
Media annua n. raccomandazioni seguite (max 4): Diabete



Media annua n. raccomandazioni seguite (max 3): Cardiopatia ischemica



Media annua n. raccomandazioni seguite (max 4): Insufficienza cardiaca





Integrazione dei contenuti informativi per la gestione sul territorio di pazienti con patologie complesse o con patologie croniche

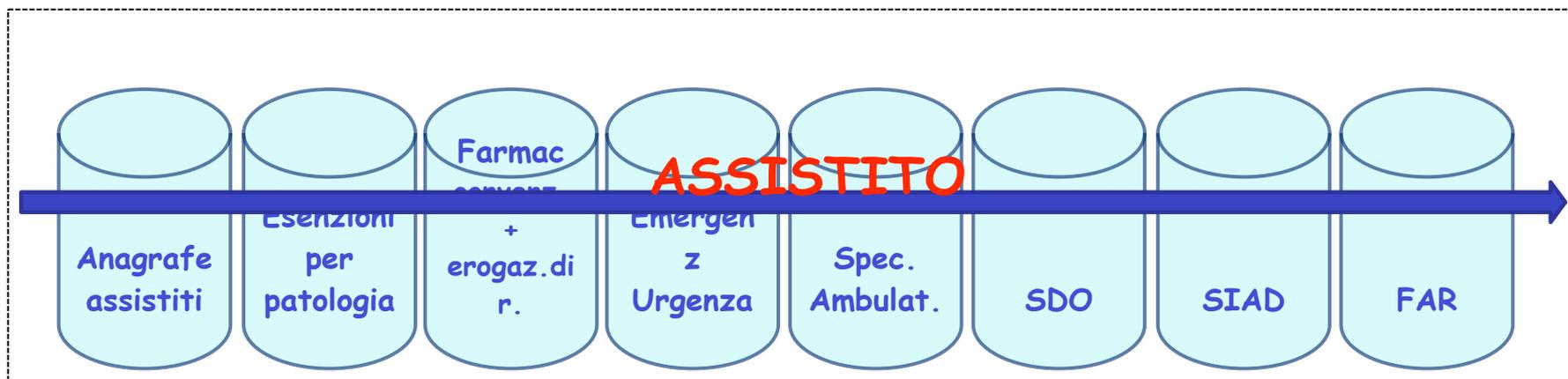
OBIETTIVO GENERALE

Monitorare la gestione di patologie croniche e complesse

- ✓ **DIABETE**
- ✓ **CARDIOPATIA ISCHEMICA**
- ✓ **IPERTENSIONE**
- ✓ **SCOMPENSO CARDIACO**
- ✓ **DEMENZA**

nelle diverse Regioni e Province Autonome, mediante l'utilizzo integrato di flussi informativi già esistenti.

Progetto MATRICE



OBIETTIVI

Appropriatezza clinica ed organizzativa attraverso governo clinico delle cure primarie

Appropriatezza clinica ed organizzativa del governo clinico per il processo di presa in carico ospedale-territorio

Maggiore caratterizzazione operativa del LEA per la cronicità e strumenti di misurabilità condivisi

Fornire "chiavi di lettura" condivise sulla cronicità

Miglioramento della qualità dell'assistenza

Pianificazione strategica territoriale

Definizione Coorti e verifica PDTA

Stima del fabbisogno di cronicità e sistemi di miglioramento continui della presa in carico e della qualità dell'assistenza

Benchmarking 'tra pari' in diverse Regioni

Confronto tra professionisti (medici e specialisti)

Medicina d'iniziativa

Progetto CCM 2012

“L'impatto dei modelli proattivi innovativi implementati a livello regionale per l'assistenza alle persone affette da patologie croniche”

Obiettivo è conoscere l'impatto delle progettualità di gestione attiva delle cronicità implementati a livello aziendale in termini di appropriatezza di processo ed esito e consumo di prestazioni sanitarie.

Patologie croniche indagate: **diabete, cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco.**

- individuazione delle progettualità e analisi delle caratteristiche organizzative;
- misura dell'impatto di tali progettualità in termini di livelli di adesione dei professionisti alle raccomandazioni cliniche e relativa compliance dei pazienti affetti da patologie croniche e consumi di prestazioni sanitarie, attraverso l'utilizzo dei dati amministrativi.

Il progetto PIC anni 2010-2012



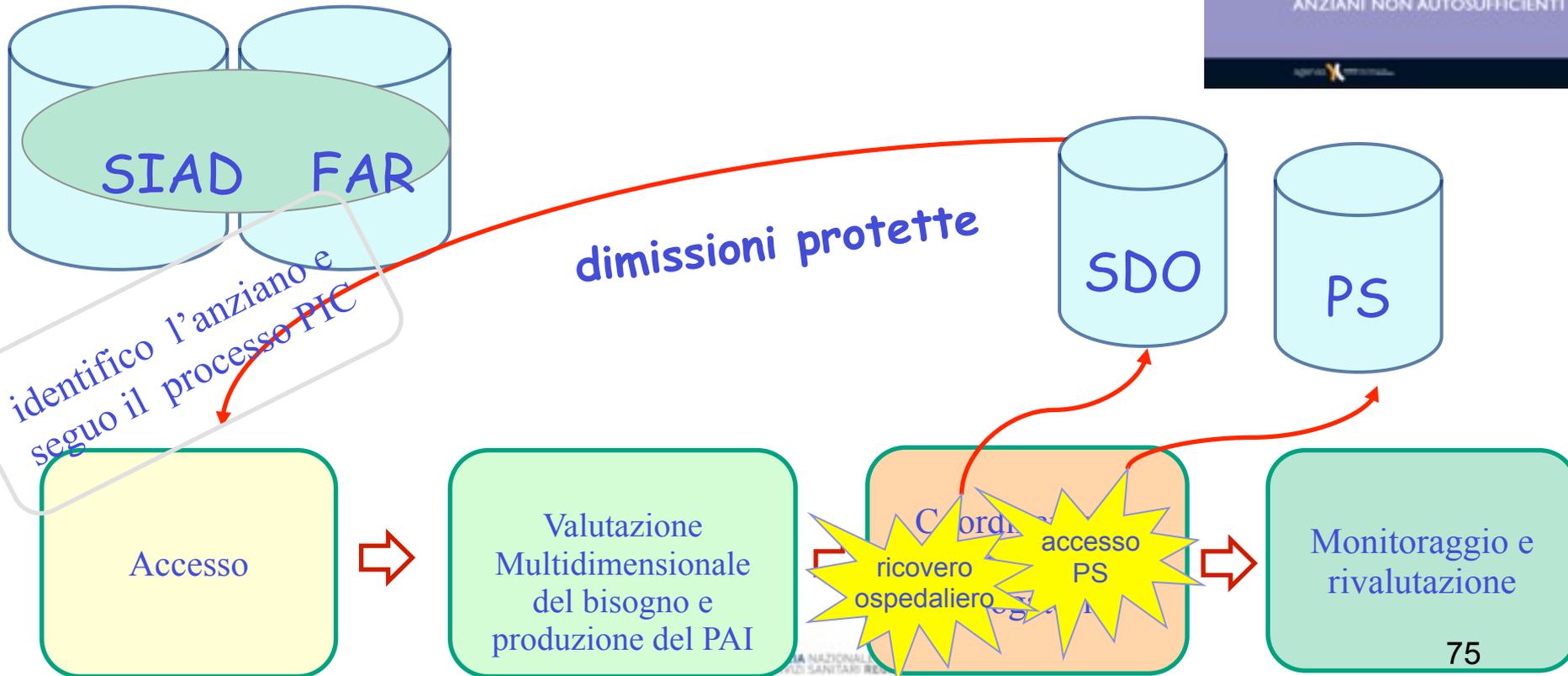
Individuare e sperimentare una metodologia per monitorare il processo di presa in carico-PIC in grado di trasformare i dati individuali trasmessi con i flussi informativi correnti in informazioni sotto forma di indicatori, essenziali per la governance dei servizi di assistenza domiciliare integrata, semiresidenziale e residenziale per gli anziani NA



Il set di indicatori: criteri

Sono stati analizzati 7.237 ultra64enni presi in carico in regime domiciliare o residenziale, valutati in condizione di bisogno socio-sanitario complesso (7.759 record)

periodo 1 luglio 2010 - 30 giugno 2011



Il set di indicatori: accessibilità

ASL

	casi incidenti		oss/att
	osservati	attesi	
I1 (siad)	2.744	6.906	39,7
I1bis (far)	2.963	6.906	42,9
I1ter (tot)	5.632	6.906	81,6

accessibilità da parte dell'anziano non autosufficiente al sistema di assistenza (domiciliare, residenziale o totale)

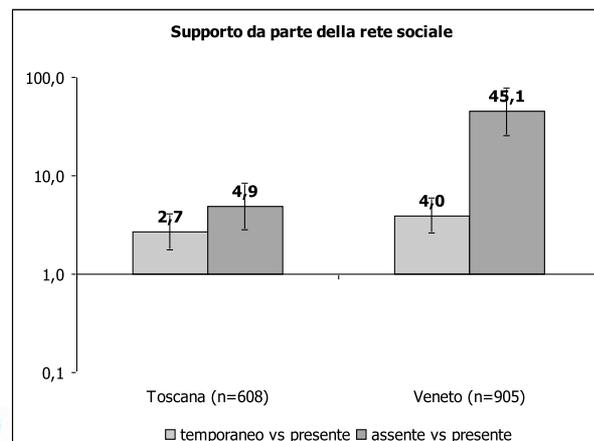
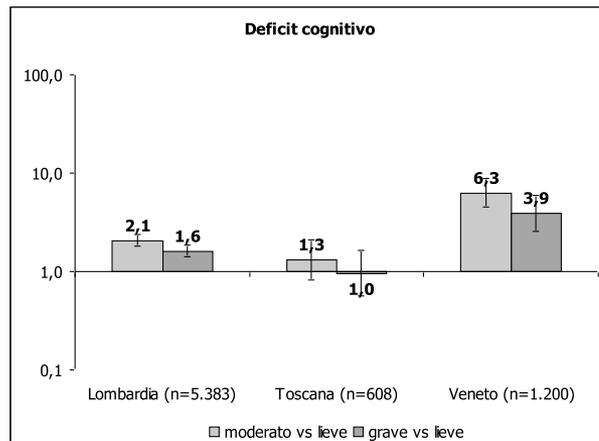
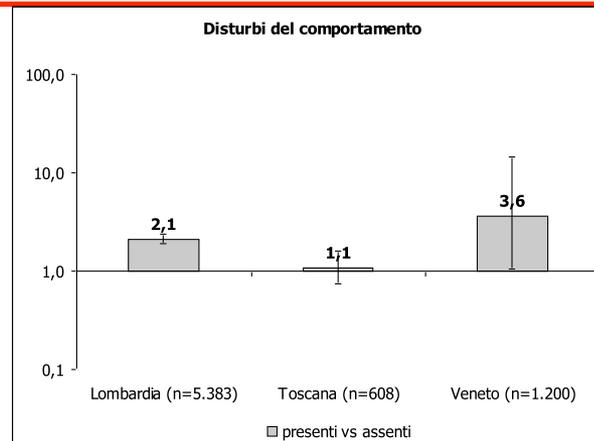
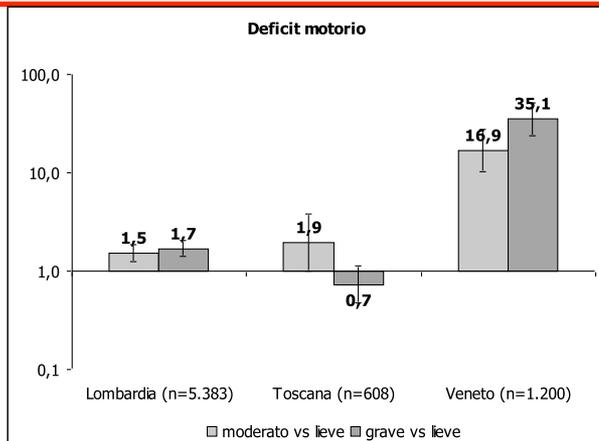
numeratore # nuovi soggetti presi in carico **osservati** nel periodo di osservazione

denominatore # nuovi non autosufficienti **attesi** nel periodo di osservazione

formula $(\text{numeratore}/\text{denominatore}) \times 100$

Il set di indicatori: 'appropriatezza'

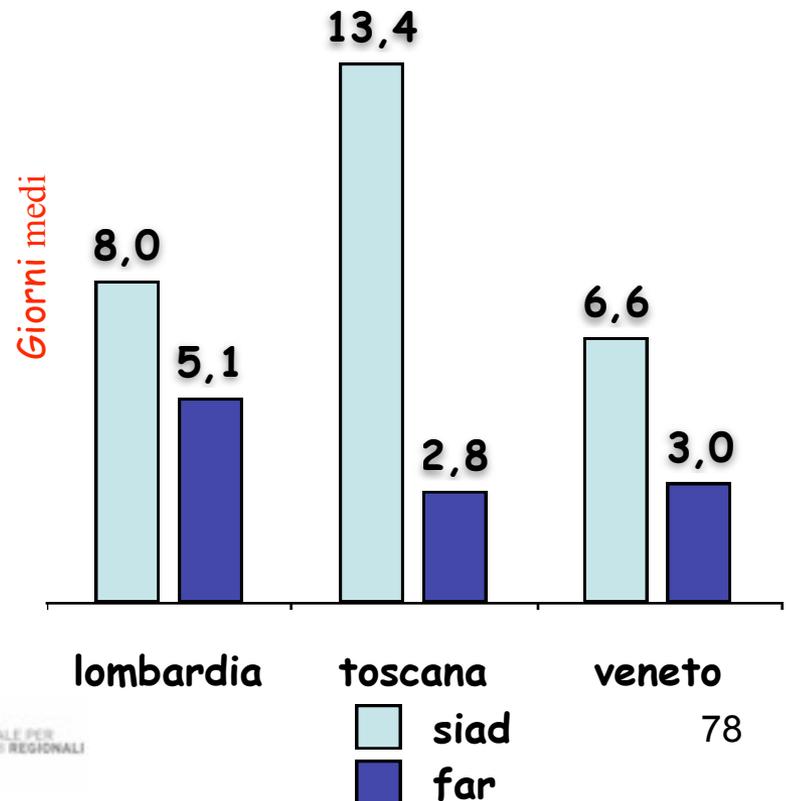
Correlazione tra caratteristiche valutative ed erogazione del servizio
Odds Ratio dell'assistenza residenziale vs semiresidenziale/domiciliare per livello di gravità della valutazione, aggiustato per età e genere (IC95%)



Il set di indicatori: 'continuità'

Correlazione tra caratteristiche valutative ed erogazione del servizio
Giorni medi trascorsi dalla dimissione ospedaliera (ricoveri ordinari) alla prima erogazione della presa in carico (ammissione in Rsa o primo accesso dell'operatore al domicilio), avvenuta entro 30gg dalla dimissione ospedaliera. Standardizzato per compromissione funzionale.

regione	presi in carico entro 30gg da dim. osp.
lombardia	649
siad toscana	123
veneto	217
lombardia	1.132
far toscana	29
veneto	140



Il set di indicatori: 'efficacia'

Correlazione tra caratteristiche valutative ed erogazione del servizio

Tasso di accesso al pronto soccorso per codice triage bianco/verde tra gli anziani in assistenza domiciliare. Standardizzato per età e genere.

regione	assistiti (prevalenti)	tasso std
lombardia	2.784	0,7/anno-persona
toscana	747	0,7/anno-persona
veneto	754	0,4/anno-persona



Monitoraggio dei progetti regionali per l'attuazione degli obiettivi prioritari di PSN
Linea operativa: "Assistenza primaria, assistenza h 24 e riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso"

Il Ministero della Salute ha incaricato l'Agenas di monitorare l'impatto dei progetti regionali relativi alla riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale in attuazione degli obiettivi prioritari individuati dal PSN per l'anno 2009.

L'Agenas ha invitato a partecipare al Monitoraggio tutte le Regioni i cui progetti sono stati ammessi al finanziamento per l'utilizzo delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, per l'anno 2009.

L'attività di monitoraggio prende in considerazione i progetti presentati dalle Regioni che hanno aderito all'obiettivo cure primarie- Linea operativa 1: "Assistenza h 24 - Riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso e miglioramento della rete assistenziale" prevista dall'Accordo approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 25 marzo 2009 - vedi Normativa. L'Accordo prevede uno stanziamento di un miliardo e 410 mila euro, suddivisi tra le Regioni; il 25% di queste risorse è relativo all'obiettivo 1 cure Primarie.

I progetti regionali sono sintetizzati in apposite schede regionali.

L'attività si pone l'obiettivo di:

- condividere con le Regioni una metodologia di analisi e monitoraggio sullo stato di avanzamento dei progetti e delle buone pratiche;
- garantire un confronto sistematico tra esperti e interlocutori regionali e individuare proposte per orientare le ulteriori scelte della programmazione;
- attivare una valutazione dei risultati in termini di processo assistenziale, assistenza h 24 e riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso.

Monitoraggio

- Home Page

- Normativa

- Schede Progetti Regionali

- Partecipanti

- Zoom - foglio notizie

- Collegamenti

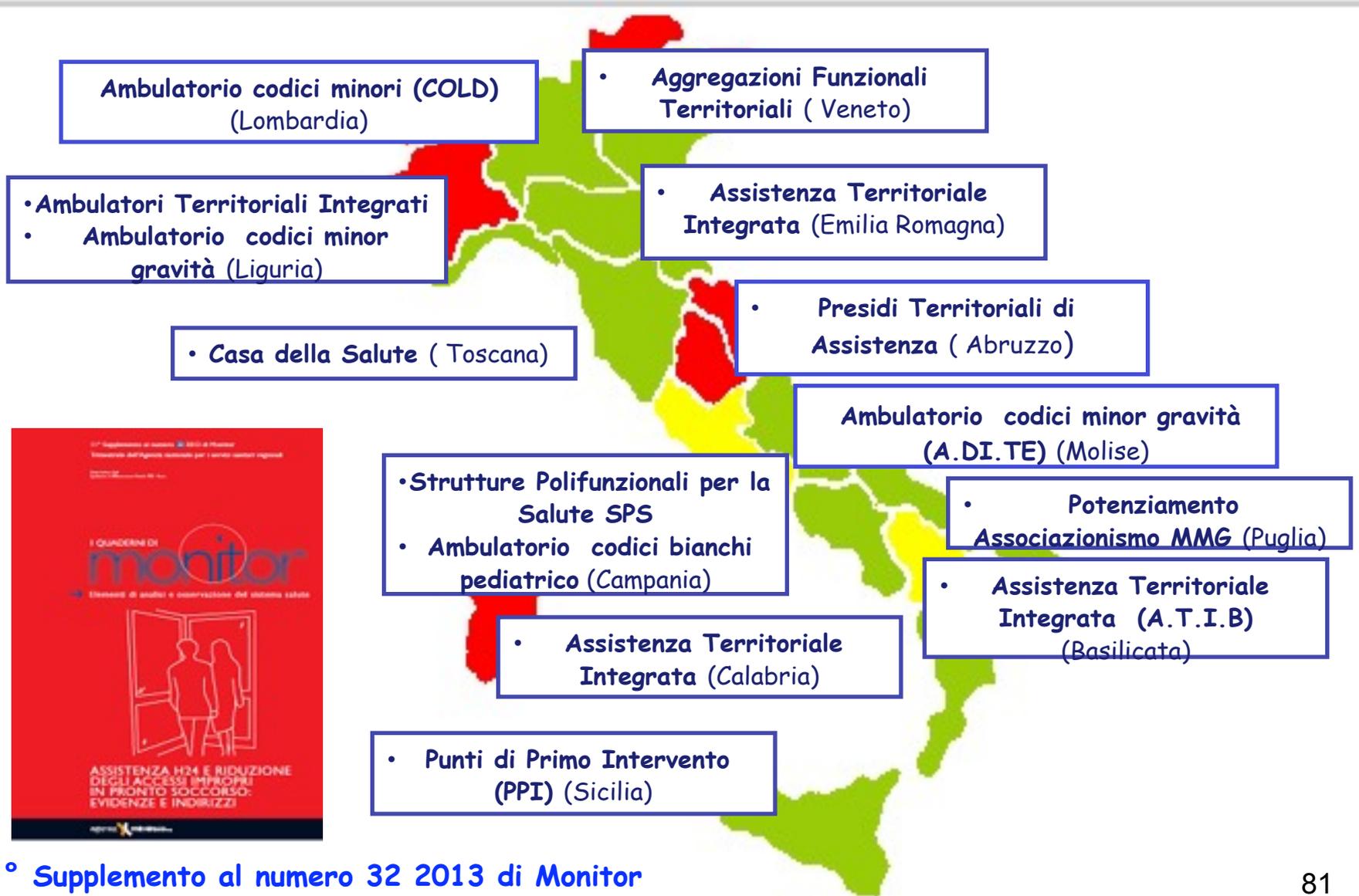
Area Riservata

Nome utente:

Password:

Non riesci ad accedere?

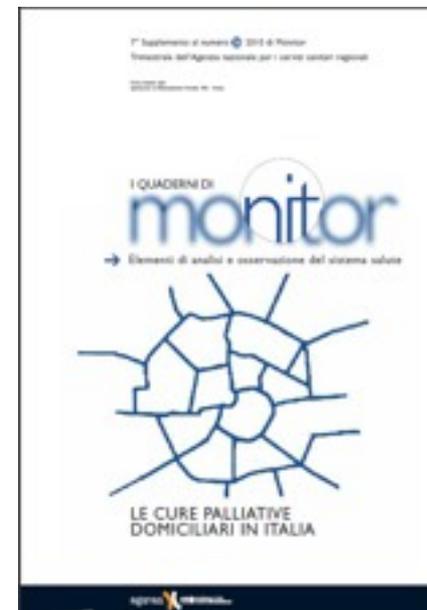
MONITORAGGIO DEI PROGETTI REGIONALI SUGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE DEL PSN



QUALE DIREZIONE?

- Superamento del PS come porta girevole per qualunque problema di salute
- Rispondere in maniera adeguata alle richieste del paziente con bisogni di salute non urgenti.
- Definire nodi e percorsi di una rete assistenziale che integri le diverse professionalità presenti sul territorio (Es. Formazione integrata nel distretto)
- Maggiore accessibilità e riferimento chiaro per il cittadino
- Coinvolgimento dei cittadini

- Indagine 2010 sullo stato dell'arte delle cure domiciliari palliative in Italia.
- Lo sviluppo delle CP domiciliari risulta ancora parzialmente incompiuto e richiede un forte impegno del mondo professionale, scientifico ed istituzionale.
- I dati non sono raccolti uniformemente su tutto il territorio nazionale.
- Per applicare la legge in tutto il paese si richiede il superamento di alcune barriere culturali e organizzative.
- **Es. nel 2010 le cure palliative domiciliari erano attive nel 60% delle ASL italiane.**
- **% più alte di attivazione si riscontrano nelle Regioni del Nord (Piemonte, Veneto Lombardia).**



Nuova indagine conoscitiva sulle buone pratiche nelle cure palliative domiciliari

Progetto "Accanto al malato oncologico e alla sua famiglia: sviluppare cure domiciliari di buona qualità"

3 Questionari: 1. centri di erogazione delle cure palliative; 2. continuità delle cure fra ospedale (oncologia ed ematologia) e domicilio; 3. sostegno dei familiari che si prendono cura dei malati in casa.

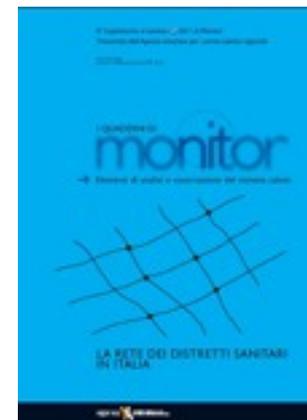
Sei criteri per l'Unità di Cure Palliative

1. L'UCP è una articolazione organizzativa definita (ad esempio struttura semplice o complessa) nell'ambito del Piano Organizzativo Aziendale, o in assenza di questa, e negli enti privati, afferisce a un centro di responsabilità formalmente individuato?
2. Nell'ASL di riferimento è stata formalmente istituita la Rete Locale di Cure Palliative (legge 38/2010)?
3. L'UCP eroga Cure Palliative domiciliari con medici dedicati e specializzati o con almeno esperienza triennale?
4. L'UCP eroga Cure Palliative domiciliari con infermieri dedicati?
5. L'UCP garantisce Cure Palliative domiciliari 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell'équipe e per le restanti fasce orarie attraverso una delle seguenti modalità: Pronta disponibilità dedicata (servizio h24 garantito dall'UCP), Consulenza telefonica dedicata ai Medici di Continuità Assistenziale o al 118
6. L'UCP redige sempre un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) nella pianificazione delle cure?

Indagine nazionale Distretti 2010

Obiettivo: evidenziare elementi comuni per il miglioramento della governance pubblica del Distretto

Indagine svolta con un questionario di tipo qualitativo rivolto ai Direttori di Distretto - 711 Distretti presenti nel 2009 (Tasso risposta 96%)



Un Distretto Responsabile e Facilitatore dei processi di integrazione

- ✓ gestione tecnica del processo organizzativo di presa in carico istituzionale dell'assistito con patologia cronica o bisogno di salute complesso;
- ✓ facilitazione dell'attuazione della continuità assistenziale in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza, sostenibilità, mediante la ricomposizione dei saperi specialistici e tecnici delle diverse autonomie professionali;
- ✓ rendicontazione e comunicazione di azioni svolte nel sistema di *primary health care*;
- ✓ azione di *advocacy* verso i cittadini, ossia sostegno e promozione di programmi di tutela della salute, favorendo la loro attiva partecipazione alla realizzazione di un reale sistema di attenzioni primarie per la salute.

Grazie per l'attenzione