



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 08-03-2010 (punto N. 31)

Delibera

N .262

del 08-03-2010

Proponente

ENRICO ROSSI

GIANNI SALVADORI

DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Pubblicita'/Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

Dirigente Responsabile: Andrea Leto

Estensore: Cosetta Simonti

Oggetto:

Approvazione del documento "Assistenza Domiciliare (AD) e Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Problematiche e soluzioni".

Presenti:

CLAUDIO MARTINI

AMBROGIO BRENNI

RICCARDO CONTI

AGOSTINO FRAGAI

FEDERICO GELLI

GIANNI SALVADORI

GIANFRANCO SIMONCINI

MASSIMO TOSCHI

GIUSEPPE BERTOLUCCI

EUGENIO BARONTI

MARCO BETTI

PAOLO COCCHI

Assenti:

ANNA RITA BRAMERINI

ENRICO ROSSI

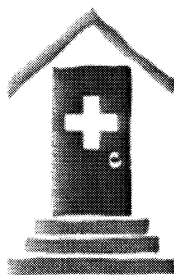
ALLEGATI N°: 1

ALLEGATI:

<i>Denominazione</i>	<i>Pubblicazione</i>	<i>Tipo di trasmissione</i>	<i>Riferimento</i>
A	Si	Cartaceo+Digitale	Allegato A

STRUTTURE INTERESSATE:

<i>Tipo</i>	<i>Denominazione</i>
Direzione Generale	DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETA'



**Assistenza Domiciliare (AD)
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
Problematiche e soluzioni**



Gennaio 2010

**Gruppo di lavoro regionale
Assistenza Domiciliare**

1. introduzione

L'assistenza domiciliare costituisce l'insieme degli interventi sanitari e/o socio-sanitari erogati da professionisti del territorio a domicilio del paziente.

Essa diventa assistenza domiciliare **INTEGRATA** (ADI) quando, in base ai **BISOGNI** del cittadino sono chiamate in causa professionalità diverse, sanitarie e sociali, che pongono in essere un'integrazione professionale volta alla realizzazione di **PROGETTI** unitari, mirati a soddisfare la diversa natura dei bisogni emersi.

A questo proposito è opportuno dare un significato alle terminologie utilizzate: “bisogni”, “integrazione professionale” e “progetto”:

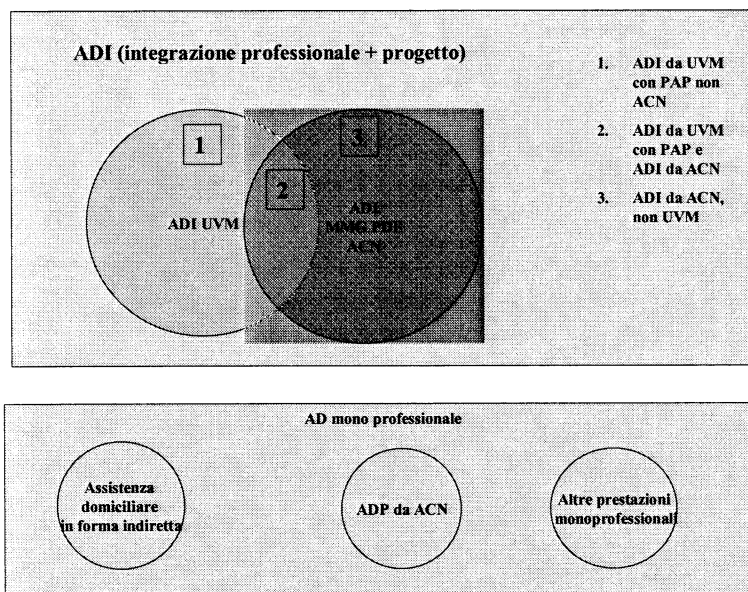
- *Bisogni*: l'utilizzo del concetto di bisogno in contrapposizione al termine “domanda” è fondamentale. Si vuole, infatti misurare e rispondere al bisogno dell'utente anche indipendentemente a ciò che viene erogato (es. l'erogazione di una prestazione monoprofessionale non esclude l'esistenza di un bisogno complesso che, per esempio per la parte sociale, può essere soddisfatto direttamente dalla famiglia con risorse proprie; inoltre dobbiamo tenere presente che il bisogno può talvolta essere espresso oppure non espresso)
- *Integrazione professionale*: si intende quella tra professionisti dell'area sanitaria con quelli dell'area sociale e tra professionalità diverse dell'area sanitaria che richiedono l'avvio di un progetto assistenziale condiviso.
- *Progetto*: si intende un insieme scritto di propositi di assistenza e cura, condiviso da tutti gli attori chiamati in causa per prestare l'assistenza necessaria al cittadino.

Sulla base di quanto sopra esposto le fattispecie di assistenza domiciliare (AD) caratterizzate da multiprofessionalità e dalla redazione di un progetto e quindi definibili come ADI, si possono ricomprendere nei:

- a. casi di assistenza domiciliare (integrata) definiti nel corso di una UVM (Unità di Valutazione Multiprofessionale) distrettuale con emissione di relativo PAP;
- b. casi di assistenza domiciliare integrata proposti da MMG e/o PDF, autorizzati dal Medico di Comunità ai sensi dell'allegato “h” ACN MMG e/o allegato “e” ACN PDF.

Pertanto la totalità della assistenza domiciliare, dal punto di vista del Professionista interessato e del progetto redatto si può distinguere in ADI come sopra definita oppure in “semplice” assistenza domiciliare monoprofessionale e monoprestazionale. (fig. 1)

Tipologia della Assistenza Domiciliare (= AD)



Per “progetto” è da intendersi sia il PAP che la scheda ADI redatta ai sensi dell’allegato H ACN, successivamente concordata con i professionisti interessati.

La caratterizzazione dell’assistito oggetto di interventi riconducibili all’ADI è riferibile a:

1. caso indipendente dall’età, sesso, patologia od altro stato fisico – psichico e sociale;
2. caso con bisogni sanitari o socio-sanitari;
3. caso per il quale i bisogni siano stati rilevati in uno dei due precedenti punti a. o b.

Per maggiore chiarezza si forniscono alcune tipologie di AD e relativa classificazione in coerenza con quanto sopra esposto.

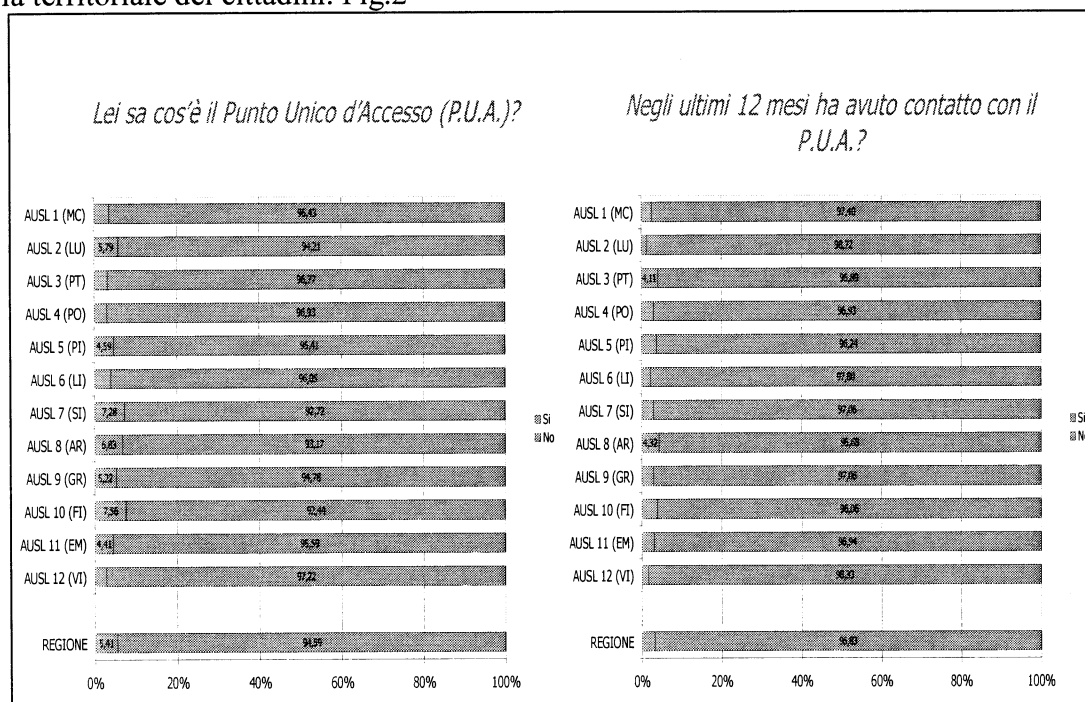
Esemplificazione casi:	Tipologia classificativa
<ul style="list-style-type: none"> • Cittadino di qualsiasi età con bisogni infermieristici e di assistenza alla persona a casa esaminato in UVM con PAP o dimesso dall’ospedale segnalato al PUA 	ADI
<ul style="list-style-type: none"> • Cittadino di qualsiasi età assistito da MMG e altro operatore sanitario e/o sociale in un arco temporalmente vicino, segnalato come ADI dal MMG, non transitato da UVM, autorizzato come ADI dal Medico di distretto. 	ADI
<ul style="list-style-type: none"> • Cittadino ≥ 65 anni esaminato da UVM, con PAP, ai sensi LR 66/08, con assistenza di carattere domiciliare. 	ADI
<ul style="list-style-type: none"> • Cittadino di qualsiasi età con bisogno complesso segnalato al punto insieme. 	ADI
<ul style="list-style-type: none"> • Cittadino ≥ 65 anni con assistenza domiciliare indiretta di contributo economico, ai sensi LR 66/08 con indicazione nel PAP di interventi sanitari aggiuntivi all’aiuto economico per acquisto servizi. 	ADI
<ul style="list-style-type: none"> • Cittadino di qualsiasi età con accesso domiciliare di 1 solo operatore sociale o sanitario, senza accessi del MMG (es. solo prelievo ematico domiciliare, solo cambio catetere, solo igiene personale etc.) o con bisogno 	AD

semplice segnalato al punto insieme	
<ul style="list-style-type: none"> Cittadino ≥ 65 anni esaminato da UVM, con PAP, ai sensi LR 66/08, con PAP con solo contributo per acquisto di servizi per l'assistenza indiretta, senza altri accessi da parte di altri operatori, né MMG. 	AD indiretta

<ul style="list-style-type: none"> Cittadino ≥ 65 anni esaminato da UVM, con PAP, ai sensi LR 66/08, con collocazione in RSA. 	<ul style="list-style-type: none"> ADR
<ul style="list-style-type: none"> Cittadino assistito a casa unicamente per accessi del MMG. 	<ul style="list-style-type: none"> ADP

In fase di rilevazione dovrà essere distinto il numero delle persone >65 enni assistite con la tipologia ADI.

Un elemento importante che bisogna avere presente nell'analisi di questa modalità organizzativa di erogazione di assistenza è la continua dinamicità. Infatti un caso ADI può configurarsi in tale fattispecie oggi e non domani perché lo stato della salute socio sanitaria può cambiare e quindi i bisogni diminuiscono, oppure viceversa, come più spesso accade, quello che oggi è un banale caso di assistenza domiciliare può divenire domani ADI perché i bisogni necessitano di risposte integrate e programmate mediante un progetto comune e condiviso. Inoltre occorre tenere presente il rischio di mancata equità nell'accesso al servizio, dato che nel recente passato si è rilevata una scarsa conoscenza dei punti unici di accesso (PUA), da cui potenziali discriminazioni derivanti dal fatto che "solo chi è a conoscenza dell'offerta (direttamente o attraverso intermediari come il Medico di famiglia), chiede ed ottiene". Lo stesso dicasi, a maggior ragione per i punti insieme, che costituiscono le propaggini più avanzate per l'ascolto e l'accoglienza dei bisogni di assistenza socio sanitaria territoriale dei cittadini. Fig.2



Fonte: Indagine 2008 Laboratorio Mes sulla soddisfazione per i servizi distrettuali (mediante interviste telefoniche a campione statistico significativo composto da 3.461 utenti di servizi distrettuali tra maggio - luglio 2008).

A ciò occorre anche aggiungere problemi di continuità assistenziale (soprattutto nei fine settimana) ed una logica di servizio ancora prevalentemente "prestazionale" anziché di presa in carico differenziata in base alla natura e complessità del bisogno, come testimoniato da un'altra indagine

del Laboratorio Mes condotta nel 2008 proprio sulla soddisfazione degli utenti dell'assistenza domiciliare in Regione Toscana.

Tutto quanto premesso rileva che l'ADI deve essere considerata una sezione dell'Assistenza domiciliare e la capacità di programmazione ed erogazione del servizio deve evolvere in modo non-autoreferenziale rispetto alle modalità organizzative attuali, per tenere invece conto del progetto e dei suoi obiettivi sulla persona, delle priorità assistenziali e della coerenza con gli altri ambiti di cura (es. strutture residenziali, ospedale, ecc.).

Scenario di riferimento a livello nazionale

Inoltre, come noto, la materia in Italia è resa complessa dalla presenza di diverse tipologie di servizi (ADP, ADI, ecc.), da un'offerta limitata (30 anziani su 1000 in Italia rispetto a punte di 196 nel nord Europa) e variabile tra Regioni nella capacità di presa in carico, da una certa difficoltà di configurazione del servizio rispetto alla casistica, nonché da modalità di attivazione eterogenee (ad esempio, presso un'Azienda sanitaria toscana nel 2007 solo nel 30% dei casi esisteva coincidenza tra pazienti a domicilio valutati da Unità di valutazione multidimensionali, pazienti in assistenza domiciliare attivata direttamente da Medici di famiglia e pazienti con assistenza domiciliare socio-sanitaria). A livello nazionale, nel 2006, solo il 3% degli anziani con più di 65 anni risultava assistito a domicilio.

Nel panorama italiano, a fronte di una crescita lenta ma progressiva (fig. 3), la Regione Toscana presenta una collocazione per casi trattati inferiore alla media (fig. 4), seppur contraddistinta da un numero di ore di assistenza leggermente superiore ad alcune Regioni di riferimento (tab. 2).

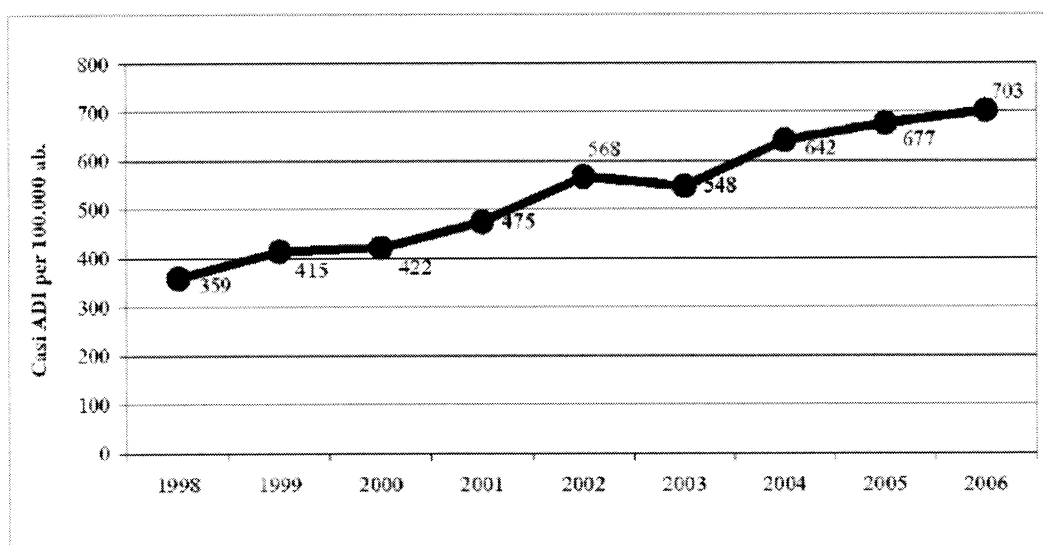


Fig. 3 - Fonte: elaborazione Osservasalute 2008 su dati Ministero della Salute 2006

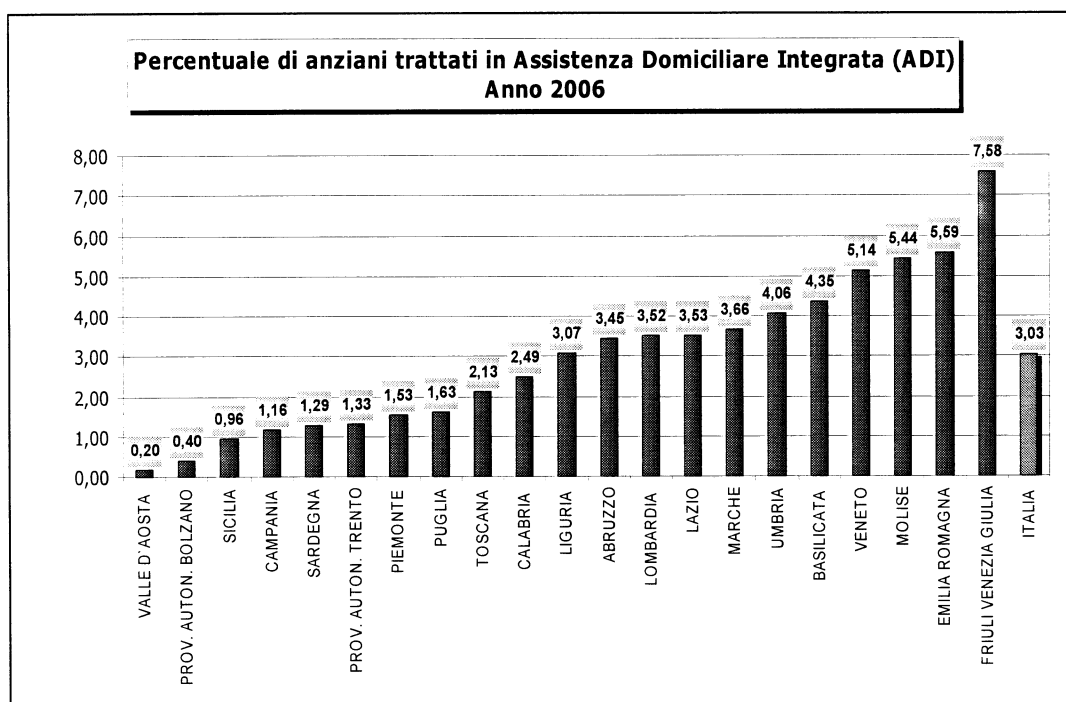


Fig.4 - Fonte: Ministero della Salute Popolazione residente ISTAT

Tab. 2 - Assistenza domiciliare integrata - anno 2006

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
TOSCANA	20.092	555	89,1	21,3	2	17	7	25
EMILIA ROMAGNA	59.093	1.411	90,0	55,9	0	20	2	23
LOMBARDIA	76.641	809	84,5	35,2	4	11	3	18
FVG	26.133	2.163	79,0	75,8	2	12	2	17
ITALIA	414.153	705	84,8	30,3	4	17	3	24

Fonte: Ministero della Salute

In base ai dati rendicontati alla Sisac dalle Regioni (tabb. 3 e 4), la Toscana presenta il tasso di visite ADP per MMG più alto e la spesa per assistenza domiciliare erogata dai MMG più elevata. A fronte di ciò, occorre anche considerare che la Toscana dispone di una popolazione leggermente più anziana tra le Regioni considerate (tab. 5).

Il posizionamento complessivo della Toscana nello scenario nazionale rivela pertanto una performance altalenante: da un lato meno casi ADI trattati, dall'altra più visite ADP a fronte di una

popolazione più anziana e con una spesa maggiore per l'assistenza dei medici di famiglia (quindi senza considerare il costo dell'assistenza infermieristica e sociale). Ovviamente, siccome non è dato sapere l'affidabilità dei dati nazionali, a loro volta dipendenti da quelli regionali ed aziendali, e comunque riferiti solo al 2006, la posizione complessiva della Regione rivela probabili margini di miglioramento, anche a partire dalle modalità di registrazione e rendicontazione dei casi (es. le UVM registrano correttamente i casi ADI?).

Alcuni indicatori di attività dei medici di Assistenza Primaria									
	visite domiciliari programmate x MMG			ore ass. resid. x MMG			n° prestaz. aggiunte per MMG		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Toscana	213	218	217	32(2)	35(2)	39(2)	96	111	116
Emilia-Romagna	190	200	203	27	27	35	316	343	269(1)
Lombardia	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Friuli-Venezia Giulia	161	151	151	47(2)	49(2)	45(2)	400	438	452

Fonte: Sisac
 (1) escl. Il n° di vaccinazioni antinfluenzali. (2) N° accessi. (3) N° visite

tab. 3 - fonte: Sisac

Alcuni indicatori di spesa per medico di Assistenza Primaria (anno 2006, valori in euro)				
	x forme associative	indennità varie(*)	assistenza domiciliare	assistenza residenziale
Toscana	5.227	2.188	4.684	855
Emilia-Romagna	4.443	1.954	4.519	1.318
Lombardia	4.015	4.326	3.587	12
Friuli-Venezia Giulia	3.665	3.017	2.720	1.166

Fonte: Sisac
 (*) collaboratore di studio, infermiere prof., informatica.

tab. 4 - fonte: Sisac

tab 5 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLA POPOLAZIONE PER CLASSI DI ETA' - 2006

Regione	0 - 14 anni	15 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	Oltre 74 anni	Totale Popolazione
TOSCANA	12,1	38,3	26,3	11,7	11,5	3.619.872
EMILIA ROMAGNA	12,5	38,9	25,9	11,4	11,3	4.187.557

LOMBARDIA	13,6	40,9	26,0	10,8	8,6	9.475.202
FRIULI VENEZIA GIULIA	12,0	38,1	27,3	11,5	11,0	1.208.278
ITALIA	50,2	156,2	105,5	45,4	42,4	18.490.909

Fonte ISTAT – Popolazione residente al 01/01/2006

A fronte dello scenario descritto, l'indagine svolta in Toscana tra i pazienti che hanno usufruito di cure a domicilio¹, reclutati direttamente dalle ASL tra i mesi di aprile e giugno 2008 (sulla base di criteri predefiniti, tra cui l'acquisizione del consenso informato), ha rivelato una soddisfazione medio-alta. Il campione statistico² è consistito in 2.342 interviste, tra cui il 95% dei pazienti ha ricevuto assistenza a domicilio per più di 3 mesi, richiesta il 63% delle volte da parte del Medico di medicina generale (MMG), spesso a seguito di una dimissione ospedaliera (60% delle interviste). Il servizio è stato attivato entro 2-3 giorni per il 64% dei casi (con una punta di attesa di più di una settimana per il 19%). La figura più frequente a domicilio è risultata l'infermiere (70% dei casi), seguita dal MMG (14%). Il personale accede al domicilio meno di una volta la settimana nel 23% delle risposte, una volta nel 18%, due volte nel 28%. Le principali tipologie di prestazioni riguardano medicazioni (28%), prelievi (23%), e cateteri urinari (12%). Nel 74% dei casi i pazienti hanno avuto bisogno di ausili e presidi a domicilio, ricevendoli entro una settimana però solo per il 61% dei casi. I pazienti possono inoltre contattare i professionisti (es. infermieri) in caso di bisogno, considerano che vi sia adeguata comunicazione tra i diversi operatori (76%), ricevono informazioni chiare (84%), si sentono molto ascoltati (80%), mai sottoposti a cure senza il proprio consenso (97%) e ritengono il personale molto gentile (71%), professionale (67%), coordinato (70%), anche se nel 41% dei casi non sanno chi sia effettivamente il responsabile complessivo tra le diverse figure.

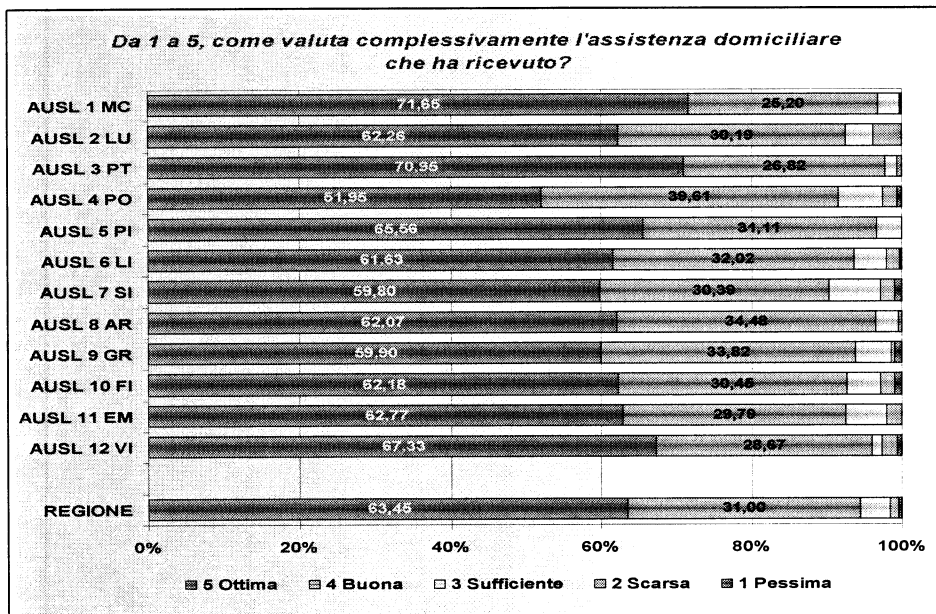


Fig. 5 - fonte: indagine Laboratorio Mes 2008

¹ Quindi in ADI, ADP o altra assistenza domiciliare socio-sanitaria (ma non unicamente assistenza sociale)

² Il campione all'interno della popolazione arruolata è stato estratto in modo casuale e stratificato per Azienda, risultando composto nel 76% dei casi da donne, titolo di studio pari o inferiore alla licenza media nel 69% dei casi, età sopra i 65 anni per il 39,5%. Inoltre il 9% delle persone vive sola in casa, mentre il 36% con solo un'altra persona.

Malgrado alcune lamentele per l'eccessivo turnover o la mancanza di appuntamenti con il personale (35% dei casi), per il coinvolgimento parziale del MMG, per alcuni aspetti burocratici, per qualche difficoltà assistenziale nei week-end, per la mancata fornitura gratuita di alcune risorse (es. crema per piaghe da decubito), il servizio è stato valutato ottimo nel 63% dei casi, buono in un ulteriore 31% (fig. 5). Sebbene il dato sia decisamente positivo, occorre segnalare come al decrescere del livello di studio, aumenti il livello di soddisfazione per il servizio: ciò è sintomatico di una potenziale asimmetria informativa a sfavore dei cittadini meno istruiti, di cui le Aziende sanitarie dovrebbero tenere conto allo scopo di prevenire potenziali disuguaglianze.

La soddisfazione per i servizi domiciliari (ancorché composti da tipologie assistenziali eterogenee e di diversa intensità) è quindi risultata tra le più alte finora riscontrate nell'ambito delle indagini conoscitive del Laboratorio Mes; se da un lato ciò è coerente sia con lo stato del bisogno che con la letteratura in materia, dall'altra non significa che non esistano margini di miglioramento. Ad esempio, se il 41% dei pazienti riceve assistenza al massimo una volta la settimana ed in quasi tutte le Ausl i pazienti consumano un po' tutti gli ausili e presidi disponibili, significa che il servizio in parte funziona secondo "automatismi prestazionali", mentre sarebbe auspicabile una presa in carico differenziata in funzione della complessità dei fabbisogni (es. pazienti non auto-sufficienti, malati oncologici terminali). Proprio il valore riconosciuto da pazienti e familiari dovrebbe infatti indurre uno sforzo di organizzazione e gestione nella direzione di una vera "continuità assistenziale domiciliare", con maggiore coordinamento interprofessionale e risposte costo-efficaci, ovvero in grado di abbinare servizi su misura a benefici trasversali per il sistema (es. riduzione tassi di ricovero dei pazienti seguiti a domicilio).

Vista la rilevanza attribuita dai pazienti e familiari al servizio e l'attendibilità relativa dei dati disponibili a livello nazionale, occorre sviluppare a maggior ragione un flusso informativo regionale che consenta alla Toscana una migliore capacità di monitoraggio e valutazione di attività ed effetti assistenziali.

2. Stato attuale nazionale/regionale

L'attuale contesto nazionale di riferimento è rappresentato dal decreto ministeriale del 17 dicembre 2008 "istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare" pubblicato sulla G.U n. 6 del 9.1.2009.

Questo decreto, in attuazione del Mattone 13 "Assistenza primaria e prestazioni domiciliari", nell'ambito del progetto "Mattoni nel Servizio sanitario nazionale" aventi l'obiettivo di individuare le metodologie e i contenuti informativi necessari al pieno sviluppo del sistema informativo nazionale sanitario, ha previsto l'obbligo di attivare un sistema informativo regionale per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare.

L'allegato tecnico del decreto definisce come oggetto di rilevazione da parte di tutte le regioni "tutti gli interventi sanitari ovvero socio-sanitari" caratterizzati dai seguenti aspetti:

- presa in carico dell'assistito;
- valutazione multidimensionale dell'assistito, attraverso l'UVM;
- definizione di un piano/programma/progetto di assistenza Individuale;
- responsabilità clinica in capo a medico di medicina generale, pediatra di libera scelta

E' evidente che questa definizione trova applicazione negli interventi cosiddetti "complessi", con integrazione socio-sanitaria, limitandosi, pertanto, allo studio e alla rilevazione dei casi di ADI.

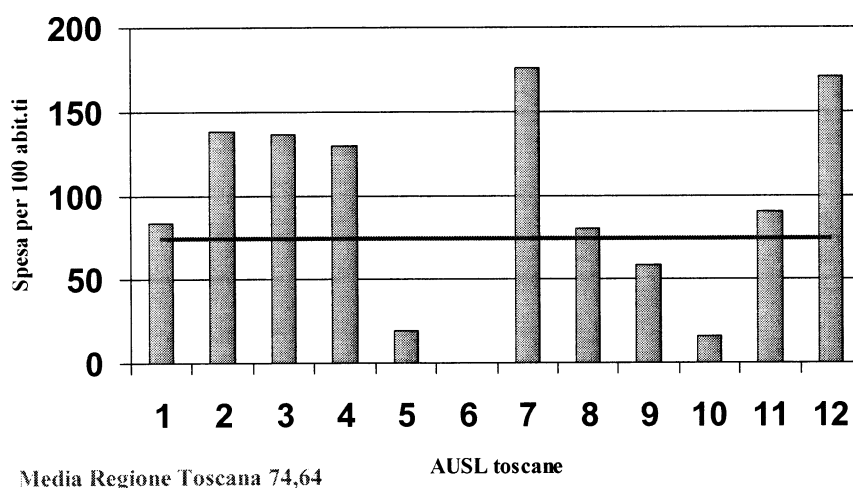
D'altronde la tipologia e natura di interventi svolti al domicilio dell'assistito comprende una casistica molto più ampia, ed in costante aumento, per una serie di fattori, quali ad esempio la de-ospedalizzazione precoce e la promozione della domiciliarità degli assistiti.

Ad oggi nelle Aziende della regione toscana non esistono rilevazioni e codifiche atte a misurare il volume dell'Assistenza domiciliare erogata sul territorio nonché misurare l'ADI .

Tutto quello che siamo in grado di misurare è il volume di accessi effettuati dai medici di medicina generale e dai pediatri di famiglia, identificati e notulati come accessi ADI, e il volume delle risorse destinate alla non autosufficienza.

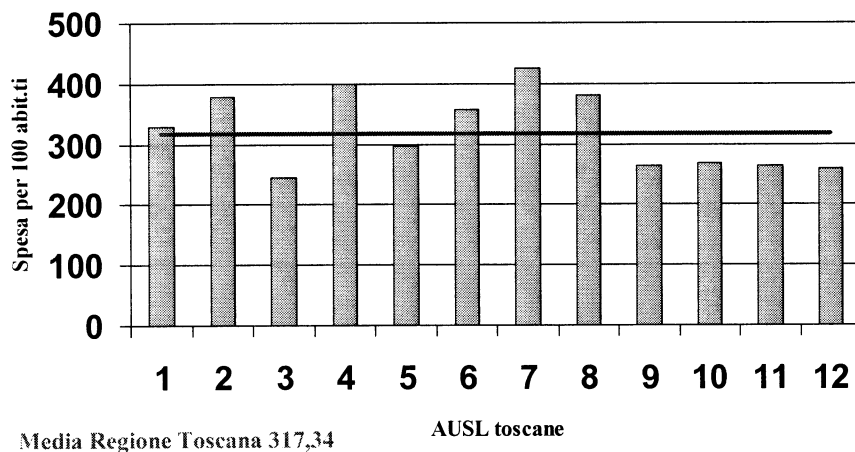
Anche questo tipo di rilevazione mostra però enorme variabilità tra le AUSL toscane, che ovviamente andrà esaminata, affrontata e superata. La figura N° 6 nostra tale variabilità.

Fig. N° 6: spesa ogni 100 abitanti per ADI anno 2008



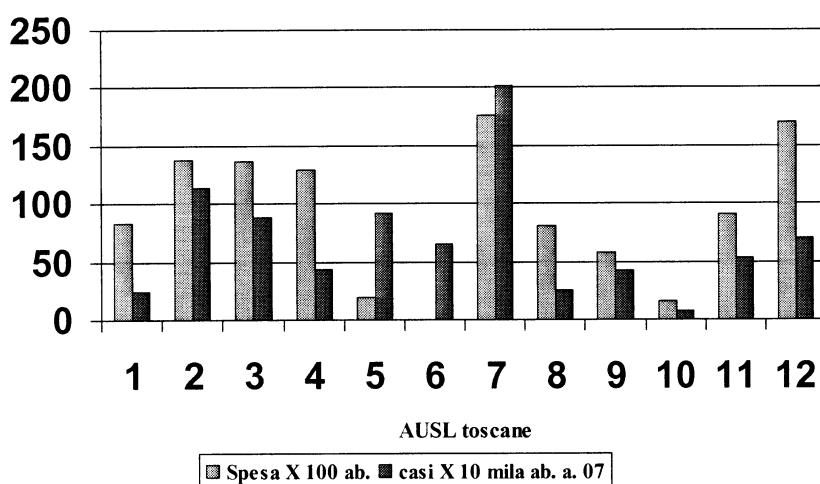
Il medesimo calcolo effettuato per l'ADP fornisce una situazione più omogenea, a riprova del fatto che le maggiori criticità stanno nella definizione ed attivazione dell'ADI. Vedere Figura N° 7.

**Figura N° 7: spesa ogni 100 abitanti per ADP
anno 2008**



La rilevazione effettuata dal Ministero della Salute in collaborazione con le Regioni per il Sistema Informativo Sanitario attraverso il modello FLS 21 mostra una riprova di tale situazione variegata toscana. Infatti se confrontiamo la spesa per singola AUSL toscana ogni 100 abitanti con il numero di casi ADI trattati per 1000, è possibile vedere che esiste una qualche forma di correlazione solo per alcune AUSL (ci si dovrebbe infatti aspettare una correlazione tra casi trattati e numero di accessi pagati), mentre per altre tale effetto non esiste. Figura n° 8.

**Figura n° 8: confronto spesa 2008 X 100 Vs. casi ADI X
10.000**



Secondo quanto sopra esposto è possibile adesso sintetizzare i vari aspetti individuando nel contempo le possibili soluzioni, attraverso la seguente tabella delle criticità. (Tab. 6)

Tab. 6: Tabella delle criticità

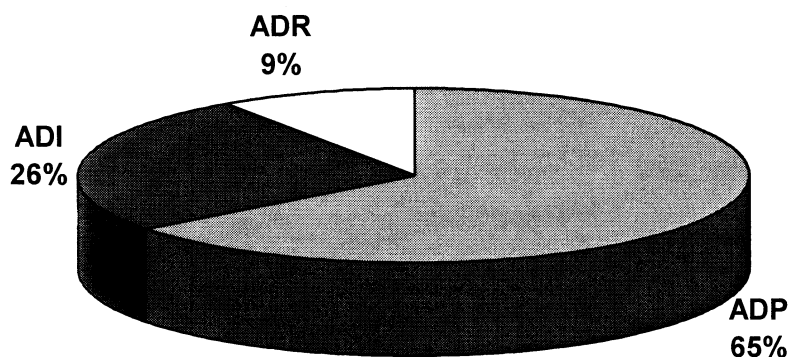
Criticità		Possibili soluzioni
Sintesi	analisi	
Alta spesa per medico di assistenza primaria per AD	Fonte SISAC 2006	Calcolare la spesa su assistito, pesato, > 65 anni, anziché per MMG
Bassa % di casi ADI trattati su popolazione > 65 anni	Fonte Ministero della Salute 2006	Redigere una definizione di caso ADI e di metodica di conteggio valida sia per la Toscana che per tutto il territorio nazionale. Standardizzare i casi sull'età della popolazione Standardizzare i casi sull'età della popolazione (vedi punto 1)
Alto tasso di ADP per MMG	Fonte SISAC 2006	Standardizzare i casi sull'età della popolazione (vedi punto 1)
FLS 21 Min. Sanità. Modello per la rilevazione assistenza domiciliare integrata da parte dei MMG	Non c'è omogeneità e congruità nella trasmissione dei dati tra AUSL e neppure temporalmente	Richiamo scritto da parte della Regione alla AUSL toscane affinché prestino maggiore cura nel compilare il modulo. Eventuale riunione con le AUSL per socializzare il problema e risolverlo. Possibilità di modifica del modello ai sensi del nuovo flusso dati che inizierà dal 1.1.10 (DM 17.12.08)
Numero di ADI per 100.000 abitanti per AUSL toscane	Disomogeneità tra AUSL	Necessità di omogeneizzare e standardizzare tra le varie AUSL: definizione, N° eventi attesi (es. media az.le e reg.le)
Numero di ADP per 100.000 abitanti per AUSL toscane	Disomogeneità tra AUSL	Necessità di omogeneizzare e standardizzare tra le varie AUSL sul N° eventi attesi attesi (es. media az.le e reg.le)
Numero di ADI, ADP per 100 abitanti per singolo MMG	Disomogeneità tra MMG, anche con rapporti di 1:4 e 1:5	Necessità di omogeneizzare e standardizzare tra i vari MMG sul N° eventi attesi attesi (es. media az.le e reg.le)
Disomogenea attività di autorizzazione di ADP /ADI tra AUSL		Necessità di regole condivise per l'autorizzazione al fine di ottenere omogeneità ed appropriatezza clinica
Definizioni del DM 17.12.08 e del RFC Regione Toscana	Possibile confusione nella collocazione delle classi (vedi pag. 16)	Necessità di socializzazione agli attori interessati relativamente alle 5 classi citate.

3. accessibilità

Prima di stabilire alcune regole condivise tra tutte le AUSL toscane per accessi in assistenza domiciliare, siano essi programmati e/o integrati è opportuno analizzare il fenomeno accessi domiciliari da parte dei MMG, così come descritto nel vigente ACN ed effettuare le seguenti considerazioni, attraverso uno studio effettuato su una popolazione di 230.000 abitanti ed usato come “caso – indice”.

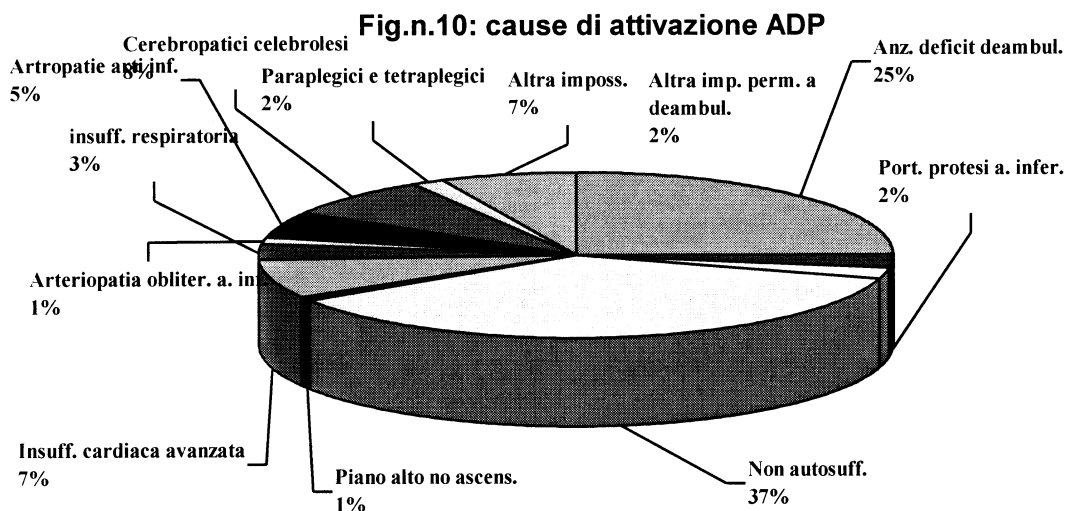
L'ADP è di gran lunga il tipo di accesso più usato dai MMG (65 % dei casi). Vedere fig. 9

Fig.n.9: distribuzione accessi ADP, ADI e ADR



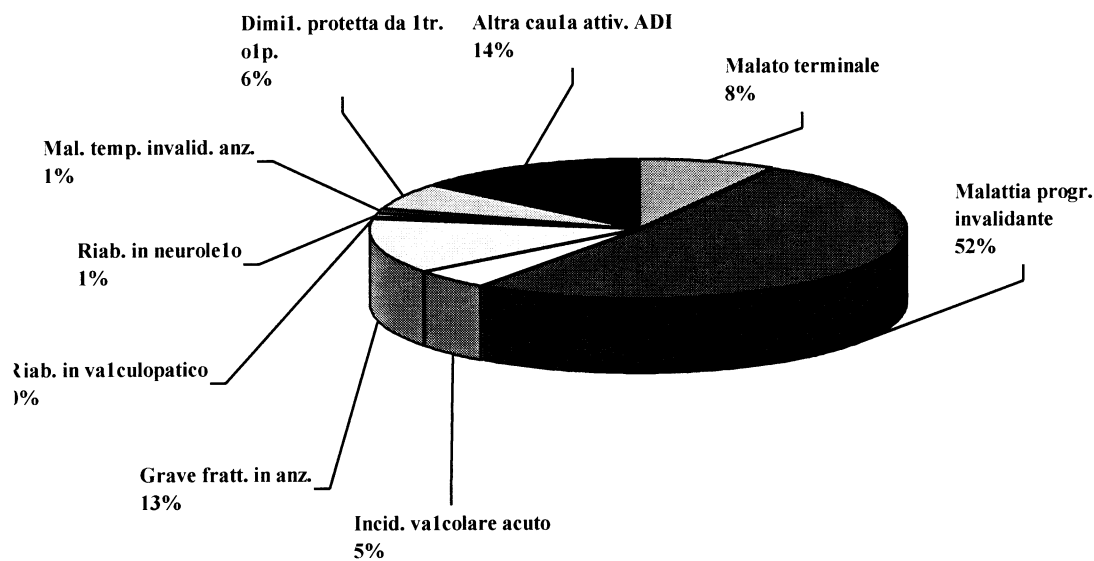
Sempre per l'ADP l'età media degli utenti è di 83 anni. Il sesso più rappresentato è quello femminile con il 68 % dei casi.

Seguendo le cause di attivazione descritte nell'allegato “G” dell'ACN, quelle più rappresentative sono quelle descritte nella figura n. 10



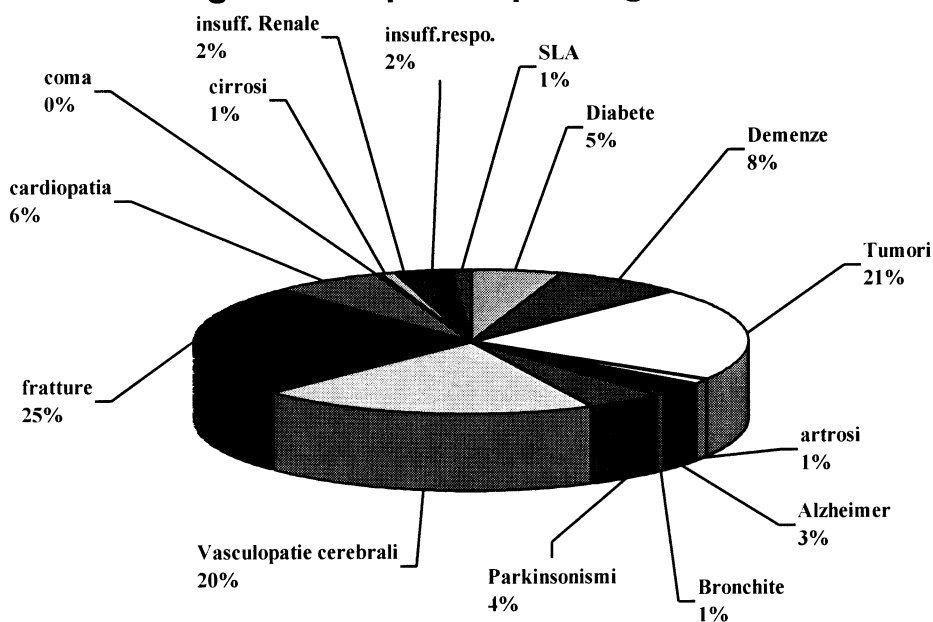
Per quanto riguarda l'ADI, l'età media è di 80 anni con il 60,5 % a carico del sesso femminile. I destinatari dell'ADI dei MMG secondo quanto previsto dall'allegato H dell'ACN per la MG sono descritti proporzionalmente nella figura N° 11.

Fig.n.11: attivazione ADi



Le malattie più rappresentate nell'ADI sono quelle proporzionalmente distinte nella figura n. 12.

Fig.n.12 frequenza patologie nelle ADI MMG



Fra le fratture il 24 % sul 25 % appartengono alle fratture di femore e anca.

Secondo quanto sopra riportato si possono individuare alcune regole da condividere per tutte le AUSL toscane per gli accessi ADP / ADI dei MMG e PDF

ADP

- a. l'autorizzazione aziendale sulla base della frequenza e relativa scadenza:
 - accesso settimanale implica autorizzazione a scadenza trimestrale (previo sopralluogo domiciliare: i medici di comunità valutano l'opportunità di effettuarlo in tutti i casi o solo a campione)
 - accesso quindicinale , scadenza semestrale
 - accesso mensile , scadenza annuale
- b. per la cadenza degli accessi si fa riferimento all'allegato G dell'ACN, in ogni caso, ai fini della corresponsione del pagamento, il numero viene tarato in relazione alle settimane presenti in un anno (52) a titolo esplicativo si precisa quanto segue:
 - accesso quindicinale : max 26 accessi anno
 - accesso settimanale: max 52 accessi anno
- c. deve essere presente presso il domicilio del paziente la scheda degli accessi sulla quale il MMG annota la data della prestazione.

ADI

- a. deve avere alla base un progetto multiprofessionale condiviso con obiettivi precisi, con scadenze rivalutative da effettuare in uvm;
- b. deve avere nella settimana dell'accesso del MMG anche, almeno, un altro accesso da parte di un operatore sanitario e sociale pubblico;
- c. deve essere articolata in una delle seguenti tipologie:
 - i. approvata in sede di UVM ed avere un PAP
 - ii. essere in assistenza per cure palliative
 - iii. dimissione ospedaliera protetta, che necessita di una rivalutazione periodica in uvm
 - iv. dimissione da altra struttura es.: RSA o Ospedale di Comunità / Continuità ecc....;
- d. non può avere indicativamente una validità superiore ai tre mesi salvo diversa prescrizione. Trascorso questo tempo deve essere ri – contrattata e ri – autorizzata;
- e. deve essere presente presso il domicilio del paziente la scheda degli accessi sulla quale il MMG annota la data della prestazione, insieme alle date degli altri operatori socio sanitari;
- f. l'ADI deve essere alternativa al ricovero.

*NOTA n.1 fine testo

4. gestione & monitoraggio

In applicazione al mandato del decreto citato, ma con una estensione maggiore la Regione Toscana, che, attraverso l'attuale contesto normativo ed organizzativo ha già provveduto a definire linee guida, indirizzi e strumenti, in particolare sul versante del sostegno della non autosufficienza, di cui l'assistenza domiciliare rappresenta uno degli elementi portanti, ha definito come ambito di rilevazione il cui flusso sarà avviato a partire dall' 1.1.2010, la seguente casistica di intervento:

1. AD socio-sanitaria (caratterizzata specificatamente da UVM/PAP);
2. AD solo sanitaria;
3. ADP-ADI (programmata da parte MMG e/o integrata con altre figure sanitarie);
4. Cure Palliative Domiciliari;

5. AD per continuità Ospedale/Territorio (ad es. dimissione protetta).

N.B. i casi da collocare nei punti 2,3,4 e 5 sono quelli che NON vengono esaminati in sede di UVM

Il progetto del flusso è stato già presentato ai direttori sanitari e sociali e ai loro tecnici nell'aprile u.s. Le Aziende UUSSLL hanno, pertanto, avviato le necessarie azioni, in particolare contatti con le software-house, per la realizzazione del progetto.

L'attivazione del flusso fra le Aziende UUSSLL e la Regione Toscana ha l'obiettivo di monitorare il percorso del caso (dalla fase iniziale di segnalazione fino alla conclusione della assistenza), l'alimentazione della Carta Sanitaria Elettronica, il monitoraggio degli interventi erogati, e l'assolvimento del debito informativo ministeriale nelle modalità previste dal Decreto.

Obiettivo del flusso è descrivere il modello organizzativo adottato, i suoi scenari e casi d'uso, che caratterizzano un progetto di assistenza domiciliare e che sono attivati al verificarsi di determinati eventi, la tipologia di informazioni e gli eventi al verificarsi dei quali tali informazioni sono generate e trasmesse. Gli eventi, che sono registrati attraverso la compilazione di tracciati record predisposti, riguardano nello specifico le sottoindicate fasi.

Evento 1

Segnalazione del caso

L'evento si verifica quando viene effettuata alla rete dell'accesso la segnalazione del caso (da parte del diretto interessato, dei suoi familiari, o di altri soggetti titolati a farlo). Con rete dell'accesso si intende una rete di presidi zonali denominati punti insieme e la funzione di governo di questa stessa rete, svolta dal Punto Unico di Accesso (PUA). La rete dell'accesso assicura l'accoglienza e l'informazione alla persona che richiede la valutazione e la prima lettura del bisogno. Le informazioni riguardano:

- Data della segnalazione
- Codice identificativo regionale dell'assistito/Dati anagrafici e residenza
- Dati soggetto richiedente
- Tipo di segnalazione (nuova segnalazione, già in carico)
- Esito prima lettura del bisogno (sanitario, socio-sanitario, sociale)
- Un codice identificativo della segnalazione

Pertanto anche l'ADI, l'ADP e l'ADR segnalati dal MMG / PDF devono seguire questo unico percorso di ricezione e attivazione.

Evento 2

Presa in carico del paziente

Nel caso di bisogno socio-sanitario interviene l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) per la valutazione del caso e la definizione del Progetto di Assistenza Personalizzato (PAP).

In questo caso, l'evento Presa in Carico si verifica quando si conclude da parte dell'UVM il percorso valutativo-progettuale del caso segnalato. Per i casi sanitari 'semplici' *l'evento Presa in Carico* coincide invece con l'effettiva presa in carico da parte dell'operatore sanitario (che comunque segue di norma la definizione di un progetto assistenziale); Al verificarsi *dell'evento Presa in Carico*, la ASL invia alla Regione informazioni rilevanti:

- Dati soggetto erogatore
- Data presa in carico
- Tipo Valutazione
- Valutazione multidimensionale dell'assistito (se bisogno socio-sanitario)
- Tipo Percorso

- Percorso individuato dal Progetto di Assistenza Personalizzato (se bisogno socio-sanitario)

Evento 3

Erogazione della assistenza domiciliare

L'evento si verifica ogni qualvolta si ha l'accesso di un operatore al domicilio dell'assistito per l'erogazione di una prestazione sia sanitaria che sociale. In tal caso l'asl ASL invia alla Regione le seguenti informazioni rilevanti:

- Data accesso
- Tipo operatore
- CodiceEventoErogazione

In futuro è previsto anche l'invio del numero e del tipo di prestazioni erogate.

Evento 4

Rivalutazione (eventuale) del caso

In funzione delle scadenze definite nel PAP o in presenza di condizioni che la rendano necessaria (variazioni nel quadro clinico del paziente), può essere effettuata una rivalutazione del paziente, al fine di aggiornare il quadro clinico e, laddove necessario, modificare coerentemente il progetto assistenziale. Nel caso un evento di Rivalutazione conduca ad una variazione del tipo di percorso assistenziale progettato per le mutate condizioni dell'assistito (per esempio da AD a RSA), questo dovrà essere seguito dalla conclusione di tale percorso e poi da una nuova segnalazione e presa in carico con la generazione di un nuovo codice assistenza. Alla conclusione della rivalutazione del caso, la ASL invia alla Regione:

- informazioni aggiornate di valutazione
- informazioni aggiornate di convivenza (nucleo familiare convivente e assistente non familiare convivente)
- motivazioni della rivalutazione

Evento 5

Sospensione (eventuale) della assistenza

L'evento si verifica nei casi seguenti:

- quando si presentano le condizioni per sospendere l'erogazione dell'assistenza(ricovero temporaneo in ospedale, allontanamento temporaneo, ricovero in struttura residenziale, altro);
- al termine della sospensione.

Evento 6

Conclusione del percorso assistenziale

L'evento si verifica al termine del percorso assistenziale. Al verificarsi di questo evento, sulla base della definizione regionale di codifica delle prestazioni erogate, la ASL invia alla Regione informazioni rilevanti:

- Data di conclusione
- Motivazione

5. valutazione:

Come naturale proseguimento della gestione e monitoraggio della assistenza domiciliare è indispensabile una valutazione dell'intero processo, attraverso indicatori puntuali e degli esiti finali sul "sistema salute" (guadagno di salute) dell'intero welfare.

Indicatori di processo

1. Numero di accessi ADP dei MMG pesate per età ogni 1000 abitanti per singola AUSL toscana per anno;
2. Numero di accessi ADP dei MMG, in > 65 anni, pesate per età ogni 1000 abitanti per singola AUSL toscana per anno;
3. Numero di accessi ADP dei PDF pesate per età ogni 1000 abitanti per singola AUSL toscana per anno;
4. numero di nuovi utenti ADP / popolazione > 14 anni per Zona – Distretto (misura di incidenza);
5. numero di utenti ADP / popolazione > 14 anni per Zona – Distretto (misura di prevalenza) al 31.03 di ogni anno (idem per i PDF);
6. gli stessi dati relativi ai punti precedenti (1-3) relativi alla spesa per 1000 assistiti pesati per età;
7. gli stessi dati relativi ai punti precedenti (1-3) relativi ai casi attivi nell'anno per 1000 assistiti pesati per età;
8. gli stessi dati relativi ai punti precedenti (1 – 7) relativi all'A.D.I. da contratto MMG e PDF;
9. numero di casi definiti ADI dall'UVM per anno, per ZD su popolazione pesata per età per 1000 abitanti, totali e > 65 anni.

Indicatori di esito (pesature P.S.R.)

1. tasso di ricovero ospedaliero per AUSL, ZD e singolo MMG;
2. tasso di ricovero ospedaliero per AUSL, ZD e singolo MMG per popolaz.ne > 65 anni;
3. tasso di ricovero ospedaliero per AUSL, ZD e singolo MMG per popolaz.ne > 65 anni tra i soggetti beneficiari di ADI e/o ADP;
4. tasso di ingresso permanente in RSA o altre strutture per AUSL, ZD e singolo MMG per popolazione > 65 anni tra i soggetti beneficiari di ADI e/o ADP;
5. tasso di re – ricovero in ospedale e/o in RSA per AUSL, ZD e singolo MMG per popolaz.ne > 65 anni tra i soggetti beneficiari di ADI e/o ADP.

6. conclusioni

Le proposte conclusive possono essere così sintetizzate:

- a. allineamento ed omogeneizzazione dei dati delle singole AUSL toscane nei confronti sia di quanto riportato nel modello nazionale FLS21, ma anche nei confronti della rendicontazione ADP / ADI secondo i criteri individuati nella parte 3.
- b. vigoroso impulso alla rendicontazione ad eventi della AD presente nella DGRT 773/09, che è iniziata dall'1.1.10 in tutte le AUSL toscane, come debito informativo regionale elettronico, attraverso l'organizzazione di una riunione con la presenza dei Direttori Sanitari , Responsabili di Distretto / Società della Salute / Direttori Servizi Sociali.
- c. Applicazione della delibera 1205/2009 che riguarda il ruolo dei medici di comunità in questo ambito e monitoraggio dello svolgimento dell'attività dei medici di comunità in tale ambito attraverso apposito confronto con standard unici proposti dalla commissione regionale di cui alla delibera 1205/2009, di prossima istituzione.
- d. Socializzazione e confronto dei punti sopra riportati a livello nazionale e del coordinamento delle regioni.

***NOTA N. 1 fine testo**

Le autorizzazioni ADI / ADP non sono retro-attive.

Standardizzando sul Medico di Medicina Generale, da studi di settore, si possono stimare le seguenti frequenze medie rapportate a 1000 assistiti pesati per età secondo i pesi del vigente PSR.

Sono citate a puro titolo di standard di riferimento:

- a. ADI: 10 accessi mese
- b. ADP: 15 accessi mese
- c. (Prestazioni aggiuntive: 10 mese)

Note:

LA GIUNTA REGIONALE

Visti:

- il Decreto Ministeriale del 17 dicembre 2008 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza domiciliare”, il cui allegato tecnico definisce come oggetto di rilevazione da parte delle regioni "...tutti gli interventi sanitari ovvero socio-sanitari caratterizzati dai seguenti aspetti: presa in carico dell'assistito, valutazione multidimensionale dell'assistito, attraverso l’Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM), definizione di un piano/programma/progetto di assistenza individuale, responsabilità clinica in capo a medico di medicina generale, pediatra di libera scelta o al medico competente per la terapia del dolore, purché afferenti al distretto/ASL.....";
- la delibera della Giunta regionale n. 773 del 07/09/2009 con oggetto “Integrazione modalità di comunicazione informazioni in ambito socio-sanitario dalla modalità a flussi alla modalità ad eventi; istituzione comunicazione eventi relativi a Pronto soccorso, 118, Assistenza domiciliare, Prestazioni residenziali e semiresidenziali, Laboratorio Analisi, Radiologia”, che ha l'obiettivo di monitorare il percorso del caso (dalla fase iniziale di segnalazione fino alla conclusione della assistenza), l'alimentazione della Carta Sanitaria Elettronica, il monitoraggio degli interventi erogati, e l'assolvimento del debito informativo ministeriale nelle modalità previste dal Decreto Ministeriale 17 dicembre 2008;
- la delibera della Giunta regionale n.1205/2009 che recepisce il parere favorevole n. 62 del 1.12.2009 del Consiglio Sanitario Regionale sul documento "Nuovo ruolo del medico di comunità nel sistema socio-sanitario regionale" che attribuisce, fra l’altro, al medico di comunità compiti in materia di epidemiologia, quale analisi dei bisogni di salute, base di partenza per individuare le peculiarità di una comunità, e di programmazione per l’individuazione di risposte appropriate ai bisogni individuati, anticipando il bisogno e prevedendone la necessità;

Considerato che:

- nella documentazione tecnica relativa all’istituzione del sistema di comunicazione e della banca dati degli eventi relativi agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati in maniera programmatica nell’ambito dell’assistenza domiciliare di cui alla delibera della Giunta regionale n. 773/09 e al Decreto Dirigenziale n. 6588/09, per la parte che riguarda la materia oggetto di questo atto, è descritto:
 1. il modello organizzativo adottato;
 2. gli scenari e i casi d'uso che caratterizzano un progetto di assistenza domiciliare e che sono attivati al verificarsi di determinati eventi;
 3. la tipologia di informazioni e gli eventi al verificarsi dei quali tali informazioni sono generate e trasmesse;
- il progetto è stato già presentato ai direttori sanitari e sociali e ai loro tecnici e che le Aziende UUSSLL hanno, pertanto, avviato le necessarie azioni, in particolare contatti con le software-house, per la sua realizzazione;

Rilevata l’esigenza di individuare le metodologie e i contenuti informativi necessari al pieno sviluppo del sistema informativo sanitario per attuare un efficace monitoraggio dell’assistenza domiciliare nell’ottica che sussistano margini di miglioramento, a partire dalle modalità di registrazione e rendicontazione dei casi, fino al raggiungimento dell’obiettivo della presa in carico differenziata dell’assistito in funzione della complessità dei suoi bisogni e per indurre ad uno sforzo

di organizzazione e gestione nella direzione di una vera “continuità assistenziale domiciliare”, attraverso un maggiore coordinamento interprofessionale;

Tenuto conto che con la delibera della Giunta regionale n. 1205/09 si è inteso intervenire nella organizzazione del servizio sanitario toscano al fine di consolidare e strutturare un territorio forte e capace di rispondere ai bisogni delle persone ipotizzando l’attivazione di team multiprofessionali che accolgano le segnalazioni (del territorio, degli operatori, dei medici di medicina generale, dell’ospedale) di casi complessi, attivando rapidamente i progetti multiprofessionali urgenti ed i percorsi necessari al raggiungimento degli obiettivi prefissati;

Accertato che ad oggi nelle Aziende USL della Regione Toscana non esistono rilevazioni unitarie e codifiche atte a misurare il volume dell’Assistenza domiciliare erogata sul territorio dato che sono a disposizione del sistema soltanto gli accessi effettuati dai medici di medicina generale e dai pediatri di famiglia e il volume delle risorse destinate alla non autosufficienza;

Atteso che, per quanto sopra rilevato, è fondamentale la conoscenza dei dati riferiti all’assistenza domiciliare garantita sul territorio regionale per effettuare una adeguata programmazione;

Ritenuto che, per realizzare il compito di analizzare lo stato dell’arte in materia di informativa a disposizione del sistema regionale sull’assistenza domiciliare erogata in Regione Toscana e fornire proposte operative necessarie per raggiungere l’obiettivo preposto, ci si è avvalsi di un gruppo di lavoro regionale costituito da funzionari dei settori competenti della Direzione generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà, le Aziende sanitarie, il Laboratorio Management e Sanità e l’Agenzia Regionale di Sanità;

Ritenuto necessario, con il presente atto, integrare le finalità di misurazione e rendicontazione attraverso l’implementazione dei sistemi informativi, peraltro fondamentali al sistema, con un processo che consenta alle aziende di migliorare il servizio e realizzare una vera presa in carico delle persone tendente alla valorizzazione dei bisogni della persona;

Preso atto della proposta elaborata dal gruppo sopra citato, allegato A, parte integrante alla presente deliberazione, da cui, in via pregiudiziale, risulta che l’assistenza domiciliare è definibile come ADI quando è erogata da multiprofessionalità con la redazione di un progetto, e che queste fattispecie sono riconducibili a:

- a. casi di assistenza domiciliare (integrata) definiti nel corso di una UVM (Unità di Valutazione Multiprofessionale) distrettuale con emissione di relativo Progetto;
- b. casi di assistenza domiciliare integrata proposti da MMG e/o PDF, autorizzati dal Medico di Comunità (di Distretto) ai sensi dell’allegato “h” ACN MMG e/o allegato “e” ACN PDF.

Considerato che lo stesso documento rappresenta una ricognizione della situazione regionale esprimendosi in merito a:

- A. definizione delle caratterizzazioni e specifiche contenutistiche che identificano l’ADI;
- B. livello informativo attuale sul territorio in materia di assistenza domiciliare;
- C. soluzioni atte a garantire l’ottemperanza al decreto ministeriale nonché l’allineamento e l’omogeneizzazione dei dati delle singole Aziende USL toscane in materia ;
- D. definizione di indicatori di processo e di esito che possano consentire la valutazione dell’intero processo;

- E. opportunità di condividere attraverso un apposito incontro con i Direttori Sanitari, Responsabili di Zona-Distretto/Società della Salute/Direttori Servizi Sociali l'attuazione di un vigoroso impulso alla rendicontazione ad eventi della AD presente nella delibera della Giunta regionale n. 773/09, che è iniziata già dall'1.1.10 in tutte le Aziende USL toscane, come debito informativo regionale elettronico;
- F. opportunità di avviare un confronto sulla questione a livello nazionale e di coordinamento delle regioni.

a voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare il documento "Assistenza Domiciliare (AD) Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) Problematiche e soluzioni", di cui all'allegato A, parte integrante del presente atto;
2. di confermare il processo di valorizzazione del ruolo del medico di comunità già avviato con la delibera della giunta regionale n. 1205/09 al fine di migliorare il servizio e realizzare una vera presa in carico delle persone tendente ad una valorizzazione dei bisogni della persona;
3. di dare mandato ai Settori della Direzione Generale competente affinché sia dato seguito alle procedure previste nell'Allegato A e ulteriori implementazioni in ordine all'accesso ai servizi da parte del cittadino.

Il presente atto, soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 18, comma 2, lett. a) della L.R. 23/2007, in quanto conclusivo del procedimento amministrativo regionale, è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale.

**SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
LUCIA BORA**

Il Dirigente Responsabile
ANDREA LETO

Il Dirigente Responsabile
PATRIZIO NOCENTINI

Il Direttore Generale
VINICIO EZIO BIAGI