



## X CONGRESSO REGIONALE CARD PUGLIA

IL PATTO PER LA SALUTE  
TRA COSTI STANDARD,  
LEA E QUALITÀ PERCEPITA:  
VIAGGIO TRA PROPOSTE  
ED ESPERIENZE INNOVATIVE

**16-17 aprile 2015**

**Covo dei Saraceni Hotel**

Via Conversano, 1° Polignano a Mare (BA)

Tel. 080 424 0696

[www.covodeisaraceni.com](http://www.covodeisaraceni.com)



Alba Provider  
Nazionale ECM 2113

PROVIDER E SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

"LOGOS" congressi ed eventi

via Cagliari 15 - 74121 Taranto

tel. 099/7369613 - fax 178.228.0350

cell. 338/9793163

[logoseventi@logoseventi.it](mailto:logoseventi@logoseventi.it) - [www.logoseventi.it](http://www.logoseventi.it)

Gabriella D'Andria - Cel. 347.4087826

***Curare a casa costa meno,  
eleva la qualità  
dell'assistenza e produce  
miglioramento delle  
condizioni di salute.  
Perché allora le regioni non  
investono di più sull'ADI ?***

Paolo Da Col

Referente nazionale CARD  
per le cure domiciliari

[pg.dacol@gmail.com](mailto:pg.dacol@gmail.com)

1.

Curare a casa costa meno, eleva la qualità dell'assistenza e produce miglioramento delle condizioni di salute.

*E' PROPRIO VERO ?*



Essere curati ed assistiti a casa di più e meglio con servizi integrati di elevata qualità (home care)

1. **Diritti e doveri**
2. **La qualità di vita**
3. **Il distretto specializzato – home care del distretto alternativa ad altri setting**
4. **La presa in carico e la non-solitudine**
5. **La buona sanità – la visione ecologica**
6. **I cambiamenti - gli investimenti**
7. **Nuovi lavori, innovazione, ricerca & sviluppo**

**ABITARE IL FUTURO  
A CASA**



2.

Perché le regioni non investono in cure a casa ?

....**mancano soldi** ...

....oppure invece manca (anche) altro ?

2.

Perché le regioni non investono in cure a casa ?

1. CULTURA – visione nel medio-lungo termine
2. PROFESSIONISTI (multi...) => f o r m a z i o n e
3. EVIDENZE SCIENTIFICHE
4. LINGUAGGIO
5. CURE PALLIATIVE ed ALTRE PRIORITA' SELETTIVE
6. VALUTAZIONE ESITI
7. INSERIMENTO NEL CAPITOLO DELLA NONAUTOSUFFICIENZA
8. DELEGA AI PAZIENTI-FAMIGLIE

# LA FORMAZIONE !!

Istituire in ogni Regione una «cabina di regia» dedicata al tema delle cure domiciliari ?

# Rassegna sintetica sulle Regioni

Consultando i siti web ufficiali delle Regioni cercando notizie sul tema dell'assistenza o delle cure domiciliari si osserva:

- In molti casi le notizie ed i documenti sono datati
- Le info. sono «confondenti» rispetto alle responsabilità di intervento dell'ambito sanitario o sociale (in genere più enfatizzato); non valorizzano aspetti professionali
- In genere si cita l' «ADI», senza spiegare chi fa cosa (ADI/ADP di MMG., Adi con SSC,...)
- In molti casi si reperiscono documenti simili a carte dei servizi oppure di valore eminentemente amm.vo/tecnico-giuridico (delibere, ecc.)
- Meno spesso, i documenti hanno valore professionale-operativo e tecnico-scientifico
- Raramente sono illustrati chiaramente i fondi regionali previsti o le risorse ad hoc vs obiettivi programmati (es. riduzione di ricoveri, ecc - budget non solo di spesa)

**Allegato 1**
**STANDARD QUALIFICANTI I LEA CURE DOMICILIARI**

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità	Durata Media	Complessità	
		(CIA= GEA/GDC) 27		Mix delle figure professionali / impegno assistenziale	Operatività del servizio (fascia oraria 8-20)
				Figure professionali previste in funzione del PAI 28 e tempo medio in minuti per accesso domiciliare	
<b>CD Prestazionali</b> (Occasionali o cicliche programmate)	Clinico Funzionale			Infermiere (15-30') Professionisti della Riabilitazione(30') Medico (30')	5 giorni su 7 8 ore die
<b>CD Integrate di Primo Livello</b> (già ADI)	Clinico Funzionale Sociale	Fino a 0,30	180 giorni	Infermiere (30') Professionisti della Riabilitazione (45') Medico (30') Operatore sociosanitario (60')	5 giorni su 7 8 ore die
<b>CD Integrate di Secondo Livello</b> (già ADI)	Clinico Funzionale Sociale	Fino a 0,50	180 giorni	Infermiere (30-45') Professionisti della Riabilitazione(45') Dietista (30') Medico (45') Operatore sociosanitario (60-90')	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
<b>CD Integrate di Terzo Livello</b> (già OD)	Clinico Funzionale Sociale	Superiore a 0,50	90 giorni	Infermiere (60') Professionisti della Riabilitazione(60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o Medico Specialista (60') Operatore sociosanitario (60-90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Pronta disponibilità medica ore 8/20
<b>Cure Palliative malati terminali</b> (già OD CP)	Clinico Funzionale Sociale	Superiore a 0,60	60 giorni	Infermiere (60') Professionisti della Riabilitazione(60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o Medico Specialista (60') Operatore sociosanitario (60 - 90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Pronta disponibilità medica 24 ore

# REGIONE CAMPANIA



Complessità profilo Cure domiciliari	Media costo percorso	Stima costi accessi MMG nel percorso	Stima costi accessi medico specialista nel percorso	Stima costo totale percorso	Stima costo giornata di cura
Cure dom. I livello - Basso (GdC 180)	58	170,1 (media 3,5 mese x 3 mesi)	0	1.756,41	9,76
				2.511,06	13,95
				3.084,6	17,14
				4.218,95	23,44
				5.081,15	28,23
				5.918,83	32,88
				4.381,16	48,68
				4.561,12	50,68
Cure dom. III livello-Alto (GdC 90)	3.956,95	98,45 (media 3,5 mese x 3 mesi)	716,42 (media 3,5 mese x 3 mesi)		

Quindi il costo MAX di un «percorso» di cure domiciliari - monoprofessionale ? - corrisponde ca. al valore di un DRG medio od equivale al costo medio di 10 gg di degenza in ospedale.  
**NON CHIARA LA DOTE TOT.**

Progetto Operativo di Assistenza Tecnica – POAT Salute 2007-2013

Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania

DECRETO COMMISSARIALE n. 1 del 07.01.2013 Approvazione documento "Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania".

Documento allegato : "Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania prodotto con il supporto dell'Assistenza Tecnica di Formez PA nell'ambito della Linea 3 - Campania, POAT Salute.



A cura di Antonella D'Adamo e Barbara Polistena

## Il Sistema Sanitario della Basilicata nel 2012

La presente ricerca è il risultato di un progetto di collaborazione scientifica tra la Regione Basilicata (Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità) e il CEIS (Centro di Studi Economici ed Internazionali), Università degli Studi di Roma Tor Vergata.

Nella prima parte del Rapporto si è tentato di mettere a "fatto comune" le informazioni utili per monitorare le dinamiche del sistema sanitario della Basilicata supportando la volontà regionale di rendere osservabile le proprie politiche. Non si è, quindi, amato a indagare punti di forza, ma principalmente quelli di debolezza del sistema, cercando di cogliere le eventuali opportunità di miglioramento. In particolare, sullo sfondo delle dinamiche organizzative e degli aspetti strutturali del Sistema sanitario della Basilicata (caratteristiche demografiche, socio-economiche e dell'offerta di servizi), la ricerca esamina, tra l'altro, i *modus* del finanziamento e della spesa sanitaria, i livelli di spesa e di *performance* dell'assistenza ospedaliera e l'integrazione con l'assistenza territoriale (di base, farmaceutica, ambulatoriale, domiciliare) concentrandosi, infine, su una analisi della disabilità e della non autosufficienza sia a livello normativo che quantitativo.

La seconda parte del Rapporto analizza l'organizzazione dei servizi socio-sanitari attraverso due modalità assistenziali: territoriale - primaria, domiciliare e residenziale - deputate alla risposta dei bisogni sanitari e socio-sanitari; ospedaliera, per le cure e l'assistenza al paziente in fase acuta. L'azione riorganizzativa muove dall'esigenza di recuperare e valorizzare il ruolo centrale del livello territoriale in una logica di integrazione e di sistema che si realizza sviluppando percorsi di cura ed assistenza nell'ottica della continuità assistenziale. Lo sviluppo del modello territoriale e degli strumenti manageriali già implementati sul territorio della Regione necessitano di maggiore integrazione, migliore programmazione e controllo dei percorsi assistenziali integrati, maggiore empowerment e responsabilizzazione dei pazienti e della comunità, sulla base di valori socio-sanitari condivisi. Nel Rapporto viene dato risalto, inoltre, al tema della rendicontazione sociale per le Aziende sanitarie su cui il Dipartimento Salute della Regione Basilicata ha lavorato a lungo nel corso del 2012 indagando, in una logica di rafforzamento della governance e del grado di osservabilità, il Sistema sanitario regionale nel suo complesso.



► Print On Demand McGraw-Hill

► [www.mcgraw-hill.it](http://www.mcgraw-hill.it)

► [www.ateneonline.it](http://www.ateneonline.it)



€ 27,00 (I.I.)

Rapporto CEIS - Sanità Basilicata 2012

## Il Sistema Sanitario della Basilicata nel 2012

Le risposte del SSR lucano alla crisi economica



a cura di  
**Antonella D'Adamo**  
**Barbara Polistena**

coordinamento scientifico  
**Marco Meneguzzo, Antonella D'Adamo**  
**Federico Spandonaro, Barbara Polistena**

**McGraw-Hill**

a cura di A. D'Adamo, B. Polistena

Il Sistema Sanitario della Basilicata nel 2012

7415-0



M c G r a w - H i l l

*La quota riservata all'assistenza distrettuale (51,00%) è impiegata per le attività della medicina di base (7,00%), per l'assistenza farmaceutica (13,57%), per l'emergenza/urgenza, per il potenziamento dell'assistenza specialistica secondo regole di maggior appropriatezza (13,30%), per il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata (ADI), per l'integrazione e lo sviluppo dei servizi socio-sanitari, etc...(17,13%). Infine, la quota riservata all'assistenza ospedaliera è pari al 44,00%.*

**Formez**



**Obiettivi di Servizio**

**QSN**  
2007 2013

**REPORT SUL SISTEMA DI REGOLAZIONE DELL' ASSISTENZA  
DOMICILIARE INTEGRATA  
NELLE REGIONI DEL MEZZOGIORNO**



*Ministero del Lavoro, della Salute e  
delle Politiche Sociali*

**Direzione generale per  
l'inclusione e i diritti sociali  
e la responsabilità sociale delle  
imprese (CSR)**

## *Regione Puglia - Quadro normativo di riferimento*

<b>Riferimenti sanitari</b>	<b>Riferimenti sociali</b>
<i>Piano Sanitario Regionale 2002-2004</i>	<i>Piano Sociale regionale - Linee Guida 2002</i>
<i>Legge Regionale n. 24 del 13 agosto 2001</i> Istituzione dell'Agenzia regionale sanitaria pugliese (ARES)	<i>Legge Regionale n. 17 del 25 agosto 2003</i> Sistema integrato d'interventi e servizi sociali in Puglia
<i>DGR n. 1161 del 8 agosto 2002</i> Individuazione dei distretti sanitari	<i>Del. G.R. n. 247 del 26.02.2008</i> "Fondo Nazionale per le non Autosufficienze". Approvazione Linee guida regionali per le non autosufficienze (2008-2010).
<i>Legge Regionale 19 settembre 2008 n. 23</i> "Piano regionale di salute 2008 - 2010".	<i>Piano delle politiche sociali 2009 - 2011</i>  <i>Legge Regionale 25 febbraio 2010, n. 2</i> "Istituzione del fondo regionale per il sostegno delle persone non autosufficienti e loro nuclei familiari".

Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana (65 anni e oltre)  
ISTAT - Dipartimento Politiche di Sviluppo

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Piemonte		1,4	1,6	1,7	1,8	1,8	1,5	1,8	1,9
Valle d'Aosta		<sup>(a)</sup>	<sup>(a)</sup>	0,3	0,2	0,1	0,2	0,3	0,4
Lombardia		2,4	2,5	2,6	3,5	3,2	3,5	3,6	4,0
Trentino-Alto Adige		0,2	0,1	0,1	0,1	0,6	0,9	0,8	0,5
- Bolzano		0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	0,0
- Trento		0,3	<sup>(b)</sup>					1,0	1,0
Veneto		3,7	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7	6,0
Friuli - Venezia Giulia									7,3
Liguria									3,2
Emilia - Romagna									6,1
Toscana									2,0
Umbria									5,1
Marche									4,1
Lazio									3,3
Abruzzo									4,2
Molise									3,4
Campania									1,8
<b>Puglia</b>								<b>1,6</b>	<b>1,8</b>
Basilicata								4,3	4,0
Calabria								2,7	2,6
Sicilia		0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	1,0	0,9
Sardegna		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,2	2,1
- Nord-ovest		2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	3,0	3,2
- Nord-est		2,9	4,6	4,3	4,7	5,2	5,3	5,8	5,8
- Centro		2,1	2,9	2,5	3,2	2,9	3,1	3,3	3,1
- Centro-Nord		2,4	3,1	2,9	3,4	3,5	3,6	3,9	3,9
- Mezzogiorno		0,9	1,0	1,2	1,5	1,6	1,7	1,8	2,0
<b>Italia</b>		<b>1,9</b>	<b>2,4</b>	<b>2,4</b>	<b>2,8</b>	<b>2,9</b>	<b>3,0</b>	<b>3,2</b>	<b>3,3</b>

**PRO: i tassi di copertura crescono**  
**CONTRO: perché 14 cittadini su 100 «possono» andare in ospedale, ma solamente 3-4-5 essere curati a domicilio ?**



**L'Adi per anziani non autosufficienti nelle Regioni italiane (anno 2005)**

Regioni	Anziani trattati	Anziani trattati per 1000 residenti anziani	Ore di assistenza erogata per caso trattato	Spesa pro capite (per residente) (2002)
Piemonte	17.446	18,1	23	8,10
Valle d'Aosta	37	1,5	331	11,21*
Lombardia	58.776	32,7	20	14,14
Bolzano	239	3,1	8	8,21
Trento	778	8,5		17,51*
Veneto	44.950			22,84
Friuli Venezia Giulia				56,11
Liguria				11,21*
Emilia-Romagna				1,62*
Toscana				1,57
Umbria				8,04
Calabria				10,12*
Basilicata			46	2,41
Sicilia	7.123		37	9,51
Sardegna	3.123	11,0	82	10,12
<b>Italia</b>	<b>334.069</b>	<b>29,4</b>	<b>23</b>	<b>13,68</b>

**Ma davvero possiamo «curare» una persone con poche decine di ore di presenza ed una spesa di una dozzina di euro ?**

Note: \* Dati stimati sulla base del costo complessivo dell'assistenza domiciliare (Adi e Adp a favore di anziani non autosufficienti e di altri utenti).  
 Fonte: Rielaborazione su dati del Ministero della Salute (2007) e Monitor n. 10.

## Nei sistemi di valutazione «avanzati» lo stesso indicatore....



### 2.24 Indicatore B28.1.1 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari

B28.1.1	
PERCENTUALE DI ANZIANI IN CURE DOMICILIARI	
DEFINIZIONE	Percentuale di anziani in cure domiciliari
NUMERATORE	Popolazione anziana in cure domiciliari
DENOMINATORE	Popolazione anziana
NOTE PER L'ELABORAZIONE	
FONTE	
LIVELLO	

Sapremmo suggerire altri indicatori «di facile uso» per valutare le nostre cure domiciliari ?

#### B28.1.1 Percentuale di anziani

##### Azienda

Basilicata									
B - ASP di Potenza									
B - ASM di Matera									2013
Emilia-Rom.	9,38	92.590,00	986.674,00	2012					2013
ER - AUSL Piacenza	7,54	5.196,00	68.898,00	2012	6,82		55.579,00		2013
ER - AUSL Parma	12,79	12.584,00	98.358,00	2012	12,91	12.916,00	100.074,00		2013

Incidenza del costo dell'ADI sul totale della spesa sanitaria  
ISTAT - Dipartimento Politiche di Sviluppo

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Piemonte		0,8	0,7	0,8	1,2	1,2	1,1	1,2	1,3
Valle d'Aosta		0,5	0,4	0,2	0,3	0,4	0,4	0,9	1,0
Lombardia		0,8	1,0	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	0,7
Trentino-Alto Adige		0,4	0,7	0,8	0,8	0,7	0,7	(a)	(a)
- Bolzano		0,7	1,2		1,4			1,4	1,3
- Trento		0,1						0,2	0,2
Veneto		0,8						0,9	1,1
Friuli - Venezia Giulia									3,0
Liguria									0,7
Emilia - Romagna									2,1
Toscana									1,2
Umbria									1,2
Marche									1,4
Lazio									0,5
Abruzzo									1,0
Molise									0,4
Campania								0,4	0,4
<b>Puglia</b>								<b>0,7</b>	<b>0,4</b>
Basilicata								1,5	1,1
Calabria		0,2						(a)	(a)
Sicilia		4,4				0,4	1,4	0,7	0,4
Sardegna		0,2	0,3	0,3		0,7	0,7	0,6	0,7
- Nord-ovest		0,7	0,8	0,8	1,0	0,9	0,9	(a)	(a)
- Nord-est		1,0	1,0	1,5	1,5	1,5	1,6	(a)	(a)
- Centro		1,2	1,7	1,0	1,5	1,6	1,2	(a)	(a)
- Centro-Nord		1,0	1,1	1,1	1,3	1,2	1,2	(a)	(a)
- Mezzogiorno		1,2	1,2	0,8	0,7	0,8	0,7	(a)	(a)
<b>Italia</b>		<b>1,1</b>	<b>1,2</b>	<b>1,0</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>	(a)	(a)

**Adi costa 1% o meno della  
spesa sanitaria tot. !  
Chi dovrebbe chiedere una  
radicale revisione delle  
assegnazioni dei fondi di  
spesa sanitaria a favore delle  
cure a domicilio ?**



**Tabella 1.1** - Indicatori e standard di struttura per le Cure Domiciliari (allegato G della DGR 2372/2011)

Tipologia	Indicatori	Standard minimo	Standard ottimale
Struttura	N Tempi Pieni Equivalenti (TPE) Infermieristici per 100.000 ab. <sup>1</sup>	20	
	N TPE Geriatrici/di Medici di Distretto Socio-Sanitario per 100.000 ab.	1	2 (almeno 1 con esperienza geriatrica o clinica)
	N ore apertura servizio infermieristica	attivo 8 h Lun-Ven + Sab mattina (accessi programmati)	10 h Lun-Ven + 8 h Sabato + Domenica (accessi programmati)
	Reperibilità Infermieristica	7/7 h 24 a completamento del servizio attivo	
	N ore apertura servizio attivo medico specialista DSS ( geriatra, palliativista )	7 h Lun-Ven	reperibilità specialista integrata con Medicina di Continuità Assistenziale
	Rintracciabilità del MMG	dalle 8 alle10 (Lun-Sab mattina )	12 h Lun-Ven + 2 h Sab mattina
	Tasso annuale di ricovero per 1.000 ultra 75enni residenti <sup>4</sup>	rilevazione	<250
	% ultra 75enni deceduti al di fuori dell'ospedale	rilevazione	45%

Da cui nasce la domanda:  
**CHI-COME-QUANDO**  
 stabilire gli standard di  
 struttura ed esito del  
 personale vs il bisogno dei  
 pazienti e non vs i soldi ?

.....In ogni caso, le CD mostrano una funzione di contenimento dei ricoveri nei confronti di una popolazione assai gravosa.



# LA FORMAZIONE !!

Questo report potrebbe essere un esempio di «cabina di regia» regionale dedicata al tema delle cure domiciliari



La Regione del Veneto ha recentemente innovato le modalità di erogazione dei **contributi per le cure domiciliari per le persone non autosufficienti**.

Dal 2013 l'Assegno di Cura è sostituito dall'Impegnativa di Cura Domiciliare, abbreviata con la sigla ICD.

Dal 2014 l'ICD modificherà anche le modalità di erogazione dei contributi per la Vita indipendente e per l'Aiuto e l'Autonomia personale delle persone con disabilità.

In totale sono state previste 5 tipologie di ICD, una delle quali costituisce una novità in quanto destinata a

**Che cos'è l'ICD?**

E' un contributo erogato per l'assistenza delle persone non autosufficienti al proprio domicilio. Serve ad acquistare direttamente prestazioni di supporto e assistenza nella vita quotidiana, ad integrazione delle attività di assistenza domiciliare dell'ULSS.

**A chi sono rivolte le 5 tipologie di ICD?**

- Utenti con **basso bisogno assistenziale (ICDb)**, verificato dalla rete dei servizi sociali e dal Medico di Medicina Generale, con **ISEE familiare inferiore a 16.631,71€**. Il contributo mensile è di **120,00€**.
- Utenti con **medio bisogno assistenziale (ICDm)**, verificato dal Distretto Socio Sanitario, con presenza di demenze di tutti i tipi accompagnate da gravi disturbi comportamentali o con maggior bisogno assistenziale rilevabile dal profilo SVaMA, con ISEE familiare inferiore a 16.631,71€. Il contributo mensile è di **400,00€**.
- Utenti con **alto bisogno assistenziale (ICDa)**, verificato dal Distretto Socio Sanitario, con disabilità gravissime e in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza **continua nelle 24 ore**, con ISEE familiare inferiore a **60.000,00€<sup>(1)</sup>**.
- (dal 2014) Utenti con grave disabilità psichica e intellettiva (ICDp), già interventi di promozione dell'autonomia personale e di aiuto personale <sup>(1)</sup>.
- (dal 2014) Utenti con grave disabilità fisico-motoria (ICDf): persone in età adulta, con capacità di autodeterminazione e grave disabilità fisico-motoria, (già progetti di vita indipendente)<sup>(1)</sup>.



## ALLEGATO B alla Dgr n. 1171 del 08 luglio 2014

pag. 1/1

Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

RA 462

RD 65

CD72

DOM 94

693

mil€

Aziende ULSS	Residenzialità anziani	Residenzialità disabili	Centri diurni	Domiciliarità - ICD	TOTALE
	A	B	C	D	A+B+C+D
ULSS 101	16.538.850,00	906,90			16.539.756,90
ULSS 102	14.224.000,00				14.224.000,00
ULSS 103	21.200.000,00				21.200.000,00
ULSS 104	18.000.000,00				18.000.000,00
ULSS 105	1.000.000,00				1.000.000,00
ULSS 106	2.000.000,00				2.000.000,00
ULSS 107					
ULSS 108					
ULSS 109					
ULSS 110					
ULSS 112					
ULSS 113					
ULSS 114					
ULSS 115					363,92
ULSS 116					4.495,73
ULSS 117	15.100.000,00				15.100.000,00
ULSS 118	18.886.000,00				18.886.000,00
ULSS 119	7.763.397,00			2.250.102,00	10.013.499,00
ULSS 120	44.079.244,00	3.421.821,00		8.541.436,00	56.042.501,00
ULSS 121	14.549.394,00	649.527,00	2.119.181,18	2.883.788,00	19.999.890,18
ULSS 122	24.809.489,00	2.298.335,00	5.062.417,75	4.738.053,00	36.908.294,75
TOTALE	461.558.086,60	65.351.986,56	72.043.985,00	94.503.060,00	693.457.118,16

Da cui si deduce che:

1. Il fondo in assoluto (700 mil) è modesto vs bisogni
2. La domiciliarità è legata ai fondi per la NA (LEA ?)
3. 5/7 delle risorse vanno in residenzialità, 2/7 in cure domiciliari



DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLE TARIFFE  
SPERIMENTALI DEI NUOVI PROFILI  
DELL'ASSISTENZA  
DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

Profilo	Definizione livello LEA (Assistenza Domiciliare)	Natura del bisogno (categorizzazione)	Durata della presa in carico (periodo di riferimento standard)	Intensità assistenziale	Tariffa
			funzionale	nulla	<b>24 € ad accesso</b>
				Bassa (< 0,25)	
				Nulla	
				0,25- 0,50	<b>360 €</b>
			30 giorni	0,51 - 0,65	<b>610 €</b>
<b>3</b>	Assistenza Domiciliare Integrata di terzo livello	Sociosanitario funzionale sociale	30 giorni	0,66 - 0,85	<b>770 €</b>
<b>4</b>	Assistenza Domiciliare Integrata di terzo livello	Sociosanitario funzionale sociale	30 giorni	0,86 - 1	<b>1.120 €</b>

**Possono bastare da 10 a 40 €/die per curare a casa una persona ?**

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno lunedì 24 del mese di febbraio  
dell' anno 2014 si è riunita nella residenza di via Aldo Moro, 52 BOLOGNA  
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Saliera Simonetta	Vicepresidente
2) Bianchi Patrizio	Assessore
3) Bortolazzi Donatella	Assessore
4) Gazzolo Paola	Assessore
5) Lusenti Carlo	Assessore
6) Melucci Maurizio	Assessore
7) Mezzetti Massimo	Assessore
8) Muzzarelli Gian Carlo	Assessore
9) Peri Alfredo	Assessore
10) Rabboni Tiberio	Assessore

REGIONE  
EMILIA  
ROMAGNA

Presiede la Vicepresidente Saliera Simonetta  
attesa l'assenza del Presidente

Funge da Segretario l'Assessore Muzzarelli Gian Carlo



**Oggetto:** LINEE DI PROGRAMMAZIONE E FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2014

## 2° Livello: Assistenza Distrettuale ( 50,5% )

- Assistenza domiciliare e hospice  
rilevazione del flusso AD  
persone ogni 1000 abitanti  
questa funzione prevede  
popolazione residente  
ultra 75-enni.

- Assistenza sanitaria  
quota è ripartita sull  
livello  comprende  
semiresidenziali.

Come risulta dalla  
anni, oltre 170  
elle risorse per  
distribuzione della  
distribuzione degli  
mplessivo). La  
75enne. Questo  
ture residenziali e

1. ADI e hospice stanno insieme  
(??? - ma comunque hanno un  
budget dedicato)
2. Si cambia la soglia di  
anzianità (75-80 a)
3. Il rapporto delle risorse per  
dom. e resid. è vicino a 1:1

# Istat 2014

- Dati interessanti sulla parte sociale

**ISTAT 2014: Rete di parentela delle 40enni per anni di compresenza con i genitori anziani, numero di minori di 14 anni, numero di componenti adulti - Generazioni 1940, 1960 e 1970**

....le donne nate nel 1970 hanno raggiunto l'età di 40 anni, possono aspettarsi di **condividere altri 22 anni della loro vita con almeno un genitore anziano, quattro anni in più rispetto a quelle nate nel 1960 e dieci anni in più rispetto alle donne del 1940...** la differenza non si osserva tanto nel numero di persone che potrebbero essere coinvolte attivamente nelle reti, quanto piuttosto **nel numero di anni** che vedono la presenza nelle reti di parentela di più **persone potenzialmente bisognose di aiuto.**



# La spesa sociale sec. il rapporto ISTAT

- **La spesa rivolta agli anziani è in diminuzione rispetto all'anno precedente**, sia in **valore assoluto** che come **quota percentuale** sul totale della spesa sociale: si passa da 1 miliardo 492 milioni del 2010 a 1 miliardo 388 milioni nel 2011 (**-7 per cento**) e dal 20,9 per cento al 19,8 per cento (**-1,1%**) della spesa sociale complessiva. Nello stesso periodo la spesa per quest'area di utenza in rapporto alla popolazione di riferimento (residenti di età superiore o uguale a 65 anni), passa da 122 a 112 euro pro capite, valore **inferiore a quello osservato nel 2003**.
- Le principali voci di spesa per l'area anziani sono le strutture residenziali comunali o finanziate dai Comuni, che assorbono il 30 per cento delle risorse destinate agli anziani e l'assistenza domiciliare, cui compete il 41 per cento della spesa. Per entrambi i tipi di servizi si evidenzia una difficoltà per i Comuni a mantenere i livelli di spesa e il numero di utenti serviti negli anni precedenti. **Gli utenti dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale sono una quota molto ridotta degli anziani residenti**: variano dallo 0,8 per cento del Centro al 2 per cento delle Isole, con **una media nazionale pari all'1,4 per cento** (Tavola 4.18).
- Le strutture residenziali comunali o finanziate dai comuni accolgono lo 0,8 per cento degli anziani residenti in Italia nel 2011 (Tavola 4.19). Il valore più alto si ha nel Nord-est (2 per cento) e il più basso al Sud (0,1 per cento).
- A livello territoriale emergono nuovamente **importanti squilibri a sfavore delle regioni del Sud**, dove gli anziani beneficiano mediamente di strutture e servizi assistenziali per un valore di spesa pari a 51 euro pro capite, contro i 102 euro nelle Isole, 114 al Centro, 126 al Nord-ovest, 157 al Nord-est (Figura 4.18).

# Le strutture residenziali e servizi domiciliari nell'area anziani - Anno 2011

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Utenti	Spesa	Spesa media per utente	Indicatore di presa in carico degli utenti (per 100 persone)
Nord-ovest	24.645	12.000.000	487	0,7
Nord-est	44.050	90.412.551	2.053	2,0
Centro	20.238	57.912.551	2.862	0,8
Sud	32.525	49.597.222	1.525	1,3
Isole	25.444	57.787.653	2.271	2,0
<b>Italia</b>	<b>169.580</b>	<b>345.478.102</b>	<b>2.037</b>	<b>1,4</b>



**E se riconverissimo parte della spesa residenziale (attuale o futura) in domiciliare ?**

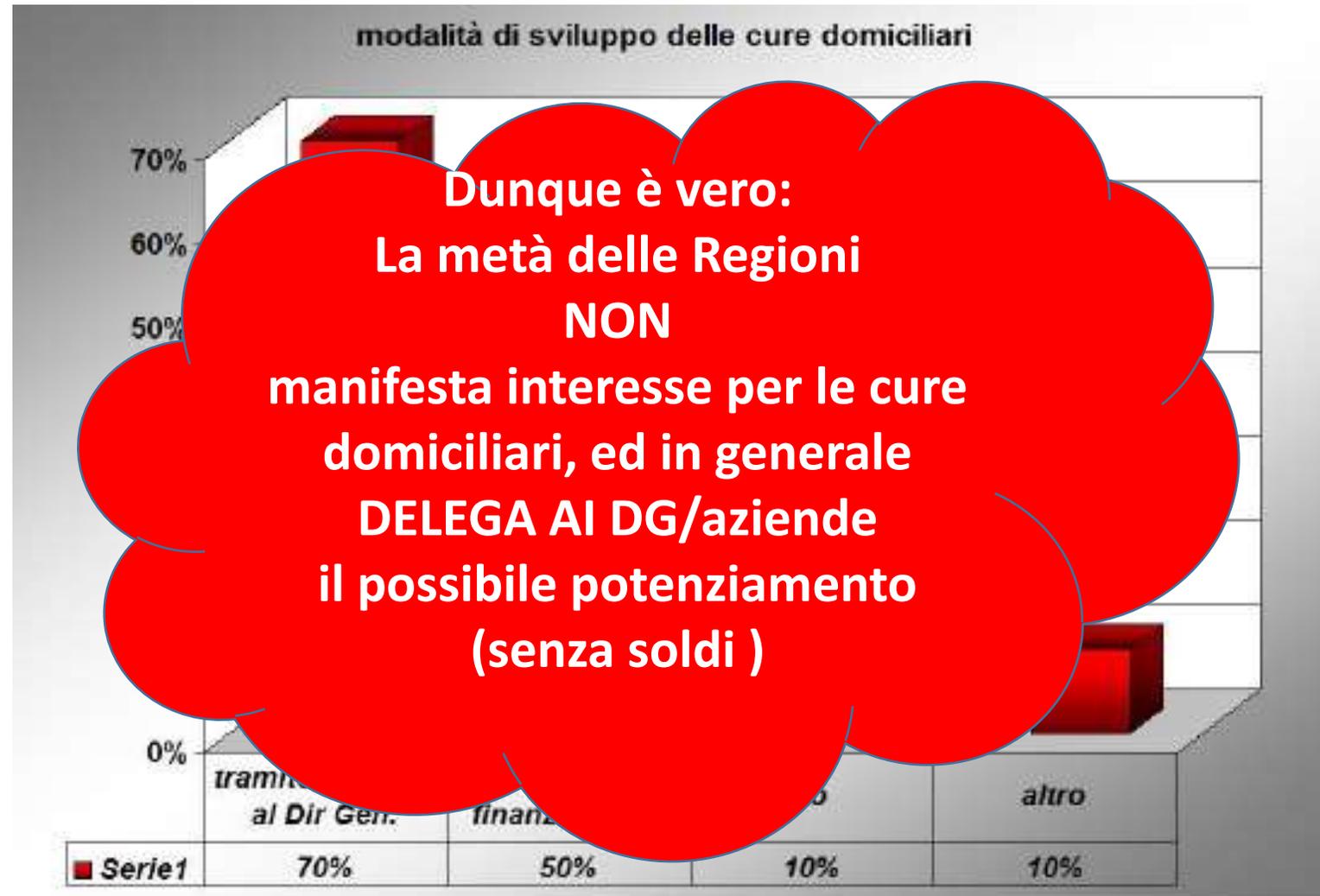
RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Utenti	Spesa	Spesa media per utente	Indicatore di presa in carico degli utenti (per 100 persone >= 64)
Nord-ovest	41.000	12.000.000	897	1,4
Nord-est	44.050	90.412.551	2.053	1,8
Centro	20.238	57.912.551	2.862	0,8
Sud	32.525	49.597.222	1.525	1,3
Isole	25.444	57.787.653	2.271	2,0
<b>Italia</b>	<b>169.580</b>	<b>345.478.102</b>	<b>2.037</b>	<b>1,4</b>



# La voce degli utenti

Report cittadinanza attiva 2008

...lo sviluppo delle cure domiciliari avviene attraverso diverse modalità, che nella maggior parte delle realtà regionali si concretizza con l'attribuzione di obiettivi al direttore generale, nell'ambito dell'organizzazione aziendale, 70%. Il 50% delle Regioni dichiara di provvedere allo sviluppo delle cure attraverso finanziamenti specifici, mentre nel 10% della Regioni non sono state attivate modalità di incremento delle cure.



Fonte: Cittadinanzattiva- Tribunale per i diritti del malato 2008

nel 60% dei casi, si attua attraverso la definizione di un **piano personalizzato** di assistenza e di un responsabile del caso per ogni utente, mentre nel 40% dei casi è prevista l'attivazione di un piano personalizzato ma non il **responsabile del caso**.



Fonte: Cittadinanzattiva- Tribunale per i diritti del malato 2008

Quanto... e

**Domande:**

- 1. Anche in Puglia il 50% ?**
- 2. Come facilitare il cambiamento ?**

*Fonte: Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato 2008*

# PROPOSTE di CITTADINANZATTIVA

Metter mano all'assistenza domiciliare, per migliorarne "la forma ed i contenuti", vuol dire in primis **aggiornare i Livelli Essenziali di Assistenza**, in particolare:

- Individuando le **prestazioni essenziali domiciliari**, anche differenziandole per le diverse tipologie di patologie (Livelli essenziali di assistenza domiciliare), nelle quali prevedere l'assistenza psicologia, la terapia del dolore, anche quello cronico non oncologico;
- rafforzando **l'integrazione** socio-sanitaria;
- integrando i **LEA con i Liveas** (Livelli Essenziali di Assistenza Sociale).
- E' inoltre necessario potenziare i controlli sull'effettiva erogazione dei LEA e valutarli con **indicatori** che tengano conto di difficoltà oggettive (tempi di attivazione, normative regionali in contrasto con i LEA, etc.).

# PROPOSTE

- Occorre uscire da una logica che è ancora troppo ‘ospedalocentrica’ e costruire una ‘medicina del territorio’ più vicina alle reali esigenze dei cittadini. A tal fine si dovrebbero prevedere le **risorse** economiche e le strutture necessarie per garantire il potenziamento dell’assistenza domiciliare e dell’assistenza H24. Nel caso dell’ADI si tratta di erogare “da contratto” un servizio che copra l’intero giorno, 7 giorni su 7 e non lasci che la continuità sia frutto della buona volontà dei professionisti al domicilio.

# Sarebbe opportuno prevedere inoltre..

- un servizio di **supporto** alle famiglie;
- l'integrazione con i servizi del territorio, in particolare con l'ASL, che riguarda l'ADI nonostante l'ASL, deve essere potenziata, anche in merito al materassi antidecubito;
- la **presa in carico** del paziente e delle famiglie per tutti gli aspetti dell'assistenza (importante evitare il continuo turn over del personale infermieristico, in favore del miglioramento della qualità del servizio, ridurre i tempi di attesa, non solo per l'attivazione del servizio, ma anche per l'erogazione di protesi ed ausili che facilitano il rientro presso il proprio domicilio e l'assistenza da parte dei familiari (materassi antidecubito, carrozzine, etc.);
- il **coinvolgimento** del paziente e delle famiglie nella messa a punto di piani di assistenza personalizzati e nella valutazione del servizio.

**Domande:  
Come creare e saldare  
l'alleanza distretti – cittadini ?**

# LA FORMAZIONE !!

**Che sia motivazionale**

Ed oltre che professionale anche relazionale

*Le indicazioni programmatiche nazionali sul  
sistema dell'assistenza domiciliare nel SSN e  
le cure palliative*

# La cultura

I professionisti

IL VALORE E LA NECESSITA' DELLA FORMAZIONE

# Lazio. Gli internisti Fadoi scrivono a Zingaretti: “Sul Pronto soccorso la Regione sta sbagliando tutto”

- *I decisori regionali non hanno il coraggio di dire che è stata sbagliata la programmazione, che sono stati ridotti in modo eccessivo i posti letto di degenza e ridotti in modo errato, penalizzando proprio i reparti che invece avrebbero dovuto essere potenziati.*
- *Se le dimissioni dall'ospedale non sono possibili, i reparti si bloccano*
- *Quelli che arrivano in ospedale e vengono ricoverati non sono “codici bianchi o verdi” che potrebbero essere dimessi al proprio domicilio.*
- *Appare anche ovvio che se non si organizzano sul territorio dei presidi in grado di prevenire gli eventi acuti dei pazienti fragili e complessi, non si può pensare di ridurre la pressante richiesta dei ricoveri in Medicina Interna. Nel contempo le corsie sono sovraffollate anche per la mancaanza di strutture idonee a prendere in carico proprio gli stessi pazienti quando terminano la fase acuta e sono ancora in fase di stabilità precaria.*
- *Appare anche ovvio che se non si organizzano sul territorio dei presidi in grado di prevenire gli eventi acuti dei pazienti fragili e complessi, non si può pensare di ridurre la pressante richiesta dei ricoveri in Medicina Interna. Nel contempo le corsie sono sovraffollate anche per la mancaanza di strutture idonee a prendere in carico proprio gli stessi pazienti quando terminano la fase acuta e sono ancora in fase di stabilità precaria.*
- *Le nostre non sono proposte sindacali, ma analisi e suggerimenti basati su criteri scientifici e sull'esperienza di altri paesi.*



L'OSPEDALE DEL FUTURO/ La proposta Anaa per migliorare appropriatezza ed efficienza

# Medici tra corsia e territorio

Obiettivo efficacia, dai dipartimenti al modello per intensità di cura

**I**l cambiamento demografico della popolazione con il progressivo incremento dell'età media ha determinato la comparsa di un nuovo modello di paziente che a causa delle sue multi-morbidità si caratterizza per una crescente complessità non solo dal punto di vista clinico ma anche terapeutico-gestionale.

L'aumento della speranza di vita e la crescente domanda di assistenza sanitaria sono però anche intimamente correlati all'incontrollato incremento della spesa sanitaria verificatosi negli ultimi decenni. E quindi emersa la problematica della razionalizzazione delle risorse per il contenimento dei costi.

In questo ambito concettuale, epidemiologico ed economico, nasce la necessità di una riorganizzazione dei Sistemi sanitari volta a promuovere efficienza produttiva, efficacia e appropriatezza dei servizi attraverso l'introduzione e la sperimentazione di nuovi assetti organizzativi ospedalieri come il modello di tipo dipartimentale.

Il Dipartimento, i cui accenti risalgono già al lontano 1969 (Dpr 29 marzo

UN «PONTE» NELL'OTTICA DI UNA FILOSOFIA «PATIENT CENTRED CARE»

## Ecco gli ambulatori «Day service» ad alta complessità



**N**on esiste un modello organizzativo in sanità perfetto, ma ogni modello deve essere implementato nel contesto sociale, economico e culturale in cui si applica. Il primo interrogativo che dobbiamo quindi porci è se sia proprio necessario elaborare un nuovo sistema organizzativo o possiamo semplicemente riorganizzare l'esistente.

Nella realtà sanitaria si percepisce quotidianamente un distacco tra territorio e ospedale con difficoltà concrete nel garantire ai pazienti un corretto percorso assistenziale, sia all'interno che all'esterno dell'ospedale. La riorganizzazione sia degli ambiti ospedalieri che territoriali a oggi non è riuscita a realizzare la continuità di cura, elemento essenziale per una sanità efficiente e competitiva. Basterebbe un semplice «ponte» per permettere a due rive opposte di poter comunicare nell'ottica di una filosofia di cura «patient centred care» e di una filosofia organizzativa a intensità di cura transmurale. Funzione del medico ospedaliero e del medico territoriale deve pertanto essere quella di integrarsi e di gestire, coordinando tutte le altre

figure professionali, casi a varia complessità e intensità nel setting più idoneo, possa essere il territorio o l'ospedale. Non più una modalità di cura per «luoghi» ma una modalità di cura per «caso».

La nostra «ricetta» prevede quindi che ogni struttura ospedaliera implementi gli ambulatori della complessità come i «Day service multidisciplinari» per la gestione sia di patologie acute che non necessitano di ricovero sia per la gestione e il monitoraggio di patologie croniche complesse. Tali strutture devono diventare il perno di congiunzione tra ospedale e territorio (vedi tabella 1). Come indicatori di appropriatezza: numero di ricoveri e re-ricoveri sul totale dei pazienti seguiti, tasso di mortalità a 30 giorni e qualità di vita del paziente durante il periodo di presa in carico. Tali indicatori possono essere intesi sia come indicatori di processo in grado di misurare direttamente l'appropriatezza dell'assistenza ricevuta dal paziente (una presa in carico condivisa tra ospedale e territorio riduce il numero dei ricoveri ospedalieri impropri e migliora la qualità di vita del pazien-

## Why Health Care Is Going Home

Steven H. Landers, M.D., M.P.H.

In Albuquerque, New Mexico, and Buffalo, New York,<sup>1</sup> acutely ill patients have been sent out of the emergency department for hospital-like care at home. In Baton Rouge, Louisiana, and Little Rock, Arkansas, home health agencies provide chronic care management services, emphasizing care coordination and support for patients' management of their own conditions. In San Diego, California, physicians arrive at patients' homes with a new version of the Black bag that includes a mobile x-ray machine and a device that can perform more than 20 laboratory tests at the point of care. Several engineering and electronics companies have developed products for monitoring health at home. Massachusetts General Hospital in Boston is experimenting with Internet videoconferencing to permit virtual visits from patients' homes.

In my Cleveland Clinic practice, I work in my patients' homes, using a cellular broadband connection to the same electronic record system used by my colleagues in offices and hospitals. I learn practical information about my patients' medications, management of chronic illnesses, and nutrition and check in on how their caregivers are coping. Patients often see the home visit as a gesture of caring, and many of my older patients express nostalgia for an era when house calls were common. Hundreds of other U.S. physicians are also emphasizing home-based care, many of them now as members of the American Academy of Home Care Physicians.

In the past century, health care became highly concentrated in hospitals, clinics, and other

facilities. But I believe that the venue of care for the future is the patient's home, where clinicians can combine old-fashioned sensibilities and caring with the application of new technologies to respond to major demographic, epidemiologic, and health care trends. Five major forces are driving health care into the home: the aging of the U.S. population, epidemics of chronic diseases, technological advances, health care



commitment, and rapidly escalating health care costs.

First, by 2030, the number of people in the United States over 65 is expected to exceed 70 million. Many of these older adults will have limitations on their activities, including difficulty walking and transferring from bed to chair, that make leaving their homes difficult. Bringing care to the home improves access for such people, especially those living in older homes with hard-to-negotiate entryways and those with limited resources for transportation. Older adults are particularly prone to complications of confinement in hospitals, such as delirium, skin conditions, and

falls.<sup>2</sup> Treating people at home may be one way to avoid such complications. Older adults generally express a preference for being treated at home, and at the end of life, many say they would prefer to die at home.

Second, although the U.S. health care system has traditionally emphasized diagnosis and management of acute illness, epidemics of chronic diseases have recently begun receiving more attention. The so-called chronic illness imperative is closely related to the aging of the population, since nearly 90% of adults over the age of 65 years have at least one chronic condition, and nearly 70% have two or more coexisting conditions.<sup>3</sup> Care for patients with multiple chronic conditions accounts for the vast majority of Medicare expenditures.<sup>4</sup>

The Chronic Care Model is a well-studied approach to chronic care that is focused on supporting patients' management of their own care and tracking important variables electronically. Since patients manage their own diseases at home, teaching, support, and assessment of self-management are likely to be enhanced when professional care is provided there as well. There have been many advances in home-based tracking and monitoring technologies, including point-of-care testing devices and linkages with medical practices, which have paved the way for increased importance of the home as a venue of care for chronic illness.

Patients with multiple chronic conditions or advanced chronic illness, in particular, often have mobility limitations that make it impractical to provide them with

### IN CUI SI DICE

- Si può fare una «hospital-like care at home»
- Esistono già agenzie che forniscono home care
- A casa di possono eseguire RX e esami lab., visite spec. in videoconferenza
- La stessa cartella clinica elettronica è usata a casa, in ambulatorio e in reparto ospedaliero
- Esiste la American Academy of Home Care Physicians
- Il futuro delle cure è a casa, dove i clinici possono combinare antiche sensibilità ed applicare nuove tecnologie, soprattutto verso le nuove «cronicità», evento tipico della vecchiaia
- A casa si curerà meglio e con meno costi, meno rischi di complicanze dell'ospedale
- A casa il paziente impara a gestire meglio la sua malattia

n engl j med 363;18 , october 28, 2010



American  
Academy  
Home  
Care  
Medicine

**IN CARD potremmo costituire  
una sorta di «ACCADEMIA  
NAZIONALE DEGLI  
OPERATORI DI CURE  
DOMICILIARI» ?**



Contact Us Sign In Register

COMMUNITY SEARCH

Enter search criteria...

Home

About Us ▶

Locate a Provider

Membership ▶

Public Policy

Meetings ▶

Welcome!

## Home Care Medicine in America

Since 1984, the Academy has fostered the growth of the field of home care medicine and served its medical providers. To learn more about the need, the current status of home care medicine, and how to find a provider click here. Click here to learn more about AAHCM.

The accomplishments of the AAHCM in public policy, education, and fostering the development of

SIGN IN

Remember Me

SIGN IN 

[Forgot your password?](#)

[Haven't registered yet?](#)

Latest News

2015 Annual Meeting

# Un altro punto di vista

(disinteressato ?)

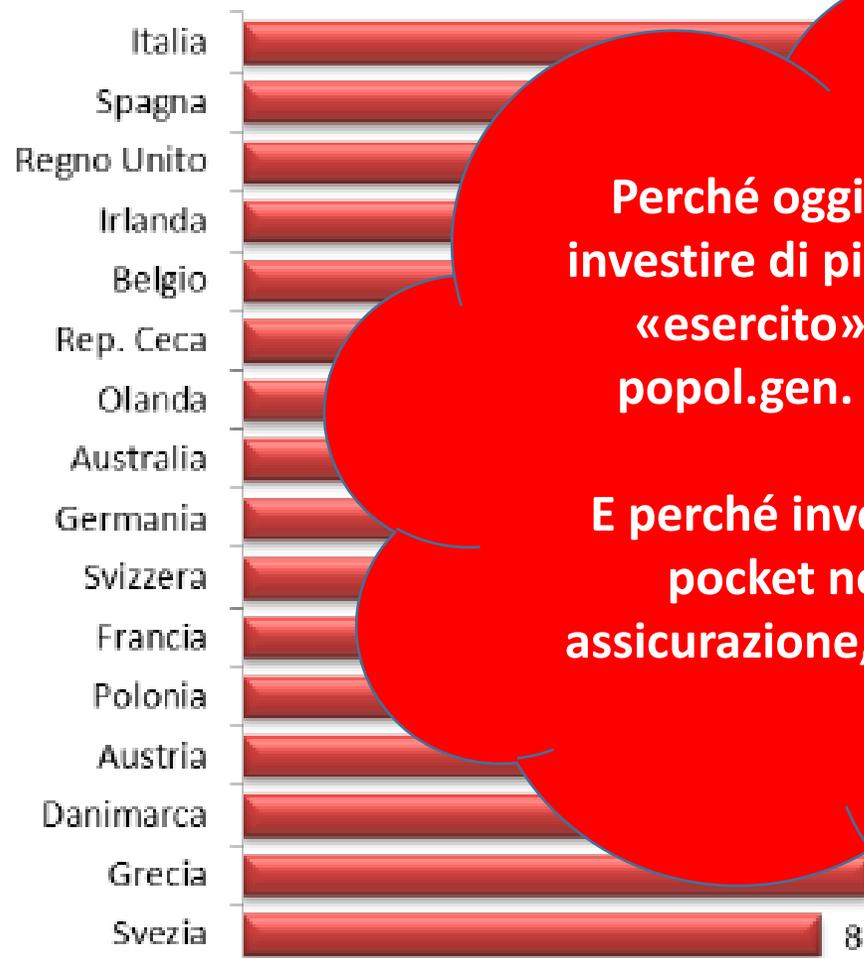
# L'idea .....

- Se è piuttosto evidente che la sola offerta pubblica e la sola spesa pubblica non possono fare fronte a bisogni crescenti, **come nel caso dell'assistenza domiciliare integrata destinata a una popolazione anziana in crescita**, *l'idea di un'integrazione tra offerta pubblica e strumenti assicurativi* (che permettano di sottoscrivere polizze a costi accessibili per poter godere in futuro di servizi di assistenza, di cura e di *long term care*) e di intermediazione organizzata e professionale di servizi, diventa quanto mai attuale.

Integrare il welfare, sviluppare  
la white economy

Roma, 9 luglio 2014

**Quota percentuale (sul totale della popolazione) di persone che in qualità di familiare o amico presta in modo continuativo assistenza a persona anziana e disabile, 2010**



**Perché oggi le Regioni dovrebbero investire di più , consapevoli di questo «esercito» di familiari (1/6 della popol.gen. !!) che curano a casa?**

**E perché invece di una spesa out-of-pocket non sottoscrivere una assicurazione, che pagherà il servizio ?**

Fonte: elaborazione Censis su dati Ocse

**R&S  
Spesa pubblica**  
*1 mld €*

**Attività dei  
servizi sanitari**  
*110,9 mld €*

**Attività dei  
servizi sanitari**  
*1,2 mil. occupati*

**Servizi di  
assistenza sociale**  
*21,6 mld €*

**Servizi di  
assistenza sociale**

**R&S  
Settore farmac.**  
*1,2 mld €*

**Industria  
farmaceutica**  
*26,6 mld €*

**Occorre riposizionare le cure  
a domicilio in questa visione  
sistemica !**

**Occupazione  
totale**  
*2,73 mil occupati*  
*10,9% del numero  
totale occupati in  
Italia*

**R&S  
Settore biomed. e  
diagnostico**  
*0,4 mld €*

**Strumenti  
biomedicali,  
diagnostica, ecc**  
*17,6 mld €*

**Ass.dom.,  
badanti,  
accompagn.**  
*1 mil. occupati*

**Ass.dom.,  
badanti,  
accompagn.**  
*9,4 mld €*

# La cultura e le pratiche

Le dimissioni dall'ospedale

Qualche idea di raccordo con le cure a casa

# IL REPORT MINISTERIALE

Tavola 5.2 - Tassi di ospedalizzazione per regione, tipo attività e regime di ricovero (per 1.000 abitanti) - Primo Semestre 2014

REGIONE DI RESIDENZA	ACUTI			RIABILITAZIONE			LUNGODEGENZA	TOTALE		
	Regime ordinario	Regime diurno	Totale Acuti	Regime ordinario	Regime diurno	Totale Riab.		Regime ordinario	Regime diurno	Totale
Piemonte	103,47	30,33	133,81	7,74	0,41	8,15	2,38	113,60	30,74	144,33
Valle d'Aosta	133,35	50,16	183,51	8,06	0,48	8,54	1,74	143,15	50,64	193,79
Lombardia	106,56	22,30	128,86	8,80	0,18	8,98	0,68	116,04	22,48	138,52
P.A. Bolzano	115,47	30,94	146,41	6,06	0,26	6,32	3,43	124,97	31,20	156,17
P.A. Trento	99,13	41,37	140,50	8,71	1,66	10,38	3,62	111,46	43,04	154,50
Veneto	95,21	29,88	125,09	4,64	0,55	5,20	2,03	101,89	30,43	132,32
Friuli V.G.	108,86	30,17	139,02	2,97	0,36	3,33	2,51	114,34	30,53	144,87
Liguria	111,09	43,98	155,07	9,11	0,50	9,61	1,58	121,78	44,48	166,26
Emilia Romagna	114,00	29,62	143,63	3,79	0,62	4,41	7,10	124,90	30,24	155,14
Toscana	93,89	21,80	115,69	2,23	0,23	2,46	0,90	97,02	22,03	119,05
Umbria	123,98	24,66	148,64	4,18	0,61	4,78	0,51	128,67	25,26	153,93
Marche	92,96	22,83	115,79	3,19	0,23	3,42	3,87	100,02	23,06	123,08
Lazio	100,80	40,50	141,30	5,27	0,75	6,02	1,11	107,18	41,26	148,43
Abruzzo	113,41	34,52	147,93	5,38	0,08	5,46	1,38	120,16	34,60	154,76
Molise	120,50	48,87	169,37	4,34	0,48	4,82	1,73	126,57	49,35	175,93
Campania	92,49	40,78	133,27	2,66	0,39	3,05	1,33	96,48	41,17	137,64
<b>Puglia</b>	<b>121,03</b>	<b>26,51</b>	<b>147,54</b>	<b>4,22</b>	<b>0,43</b>	<b>4,66</b>	<b>0,67</b>	<b>125,92</b>	<b>26,94</b>	<b>152,86</b>
Basilicata	104,83	22,85	127,67	4,17	0,41	4,58	2,34	111,33	23,26	134,59
Calabria	96,58	27,81	124,39	4,92	0,47	5,39	1,09	102,58	28,28	130,86
Sicilia	99,58	23,58	123,17	3,55	0,53	4,08	0,70	103,83	24,11	127,95
Sardegna	116,24	37,26	153,50	1,92	0,34	2,27	1,13	119,29	37,60	156,89
<b>ITALIA</b>	<b>103,94</b>	<b>30,02</b>	<b>133,95</b>	<b>5,13</b>	<b>0,43</b>	<b>5,56</b>	<b>1,76</b>	<b>110,82</b>	<b>30,45</b>	<b>141,27</b>

> 75a 303

tot. Italia 12,6  
mld €

Per la sola Puglia: spesa compl. 848 ml €, di cui 542 pubbl, 306 priv.

Tavola 4.3 - Indicatori proxy di ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali - Attività Assistite in Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico - Primo Semestre 2014

REGIONE	Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato (per 100.000 ab.) (1)	Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco (per 100.000 ab.) (2)	Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco (per 100.000 ab.) (3)	Tasso di ospedalizzazione per influenza nell'anziano (per 100.000 ab.) (4)	Tasso di ospedalizzazione std per patologie correlate all'alcool (per 100.000 ab.) (5)
Piemonte				2,43	26,09
Valle d'Aosta				14,13	87,19
Lombardia				4,41	28,32
P.A. Bolzano				8,28	92,68
P.A. Trento				7,33	29,05
Veneto				4,58	33,93
Friuli V.G.				8,55	45,40
Liguria			304,20	2,72	49,75
Emilia Romagna			309,91	10,08	36,62
Toscana			959,16	2,40	24,23
Umbria	14,26			1.425,14	12,92
Marche	6,13			918,28	1,10
Lazio	14,56	7,05	14	1.176,04	4,00
Abruzzo	14,92	4,34	505,13	1.712,50	6,07
Molise	15,68	4,08	492,82	1.638,96	2,78
Campania	11,47	12,37	310,79	1.243,98	1,98
<b>Puglia</b>	<b>17,53</b>	<b>10,00</b>	<b>349,20</b>	<b>1.273,98</b>	<b>7,84</b>
Basilicata	12,33	3,85	364,59	1.296,07	3,26
Calabria	7,66	7,19	308,91	1.133,02	4,59
Sicilia	11,27	7,15	406,06	1.497,68	4,21
Sardegna	25,47	9,71	284,59	1.027,04	19,99
<b>ITALIA</b>	<b>14,54</b>	<b>7,96</b>	<b>344,82</b>	<b>1.210,35</b>	<b>5,15</b>

In un distretto di 100.000 ab.  
1.200 persone >65enni  
ricoverate per scompenso  
cardiaco.

Ipotesi: riduzione del 20%.

Effetti del telemonitoraggio in pazienti con scompenso cardiaco Vs cure usuali

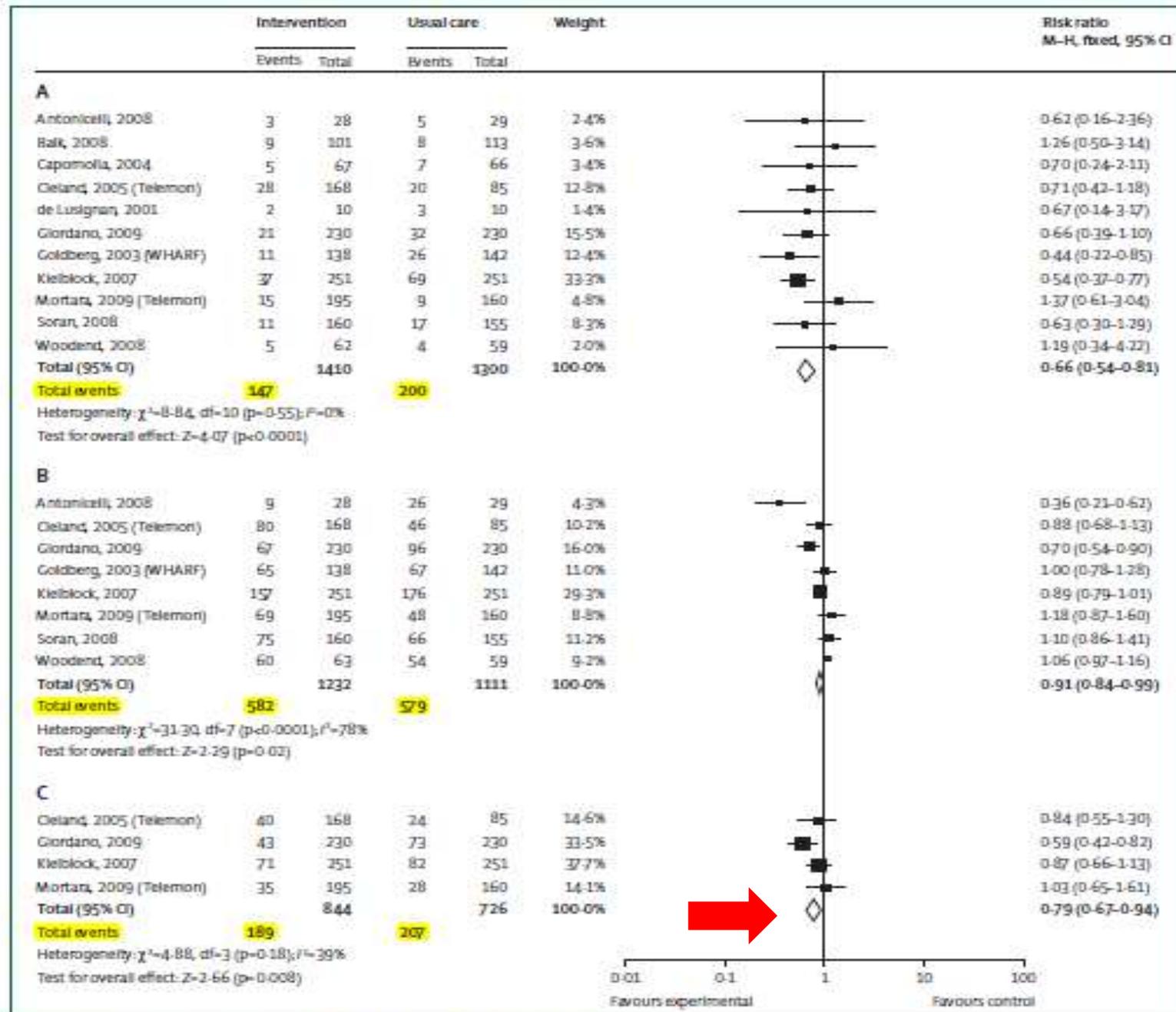


Figure 1: Effect of telemonitoring versus usual care in patients with chronic heart failure

## AREA DISTRETTUALE DI 100.000 ABITANTI

Oggi ca. 1.200 ricoveri/anno per sc. cardiaco → obiettivo 1.000

### Investimento starter in ADI ad hoc per ridurli a 1.000

- 10 infermieri (50.000 €)
- 2 medici (100.000 €)
- ICT - telemonitoraggio (150.000 €)
- Auto, call center, servizi agg. (100.00 €)
- ADI di MMG, visite spec., MCA e 118, P.S. (100.00€)
  
- **TOTALE 500.000 €**

I POTESI

Atteso: -200 ric. / -2.000 gg degenza  
2.000 x 500€ = 1 milione euro

2.

Perché le regioni non investono in cure a casa ?

1. ....davvero mancano soldi ? ...

2. .... O non si sanno riconvertire le risorse attuali ?

A summary of the first findings from the Whole System Demonstrator trial

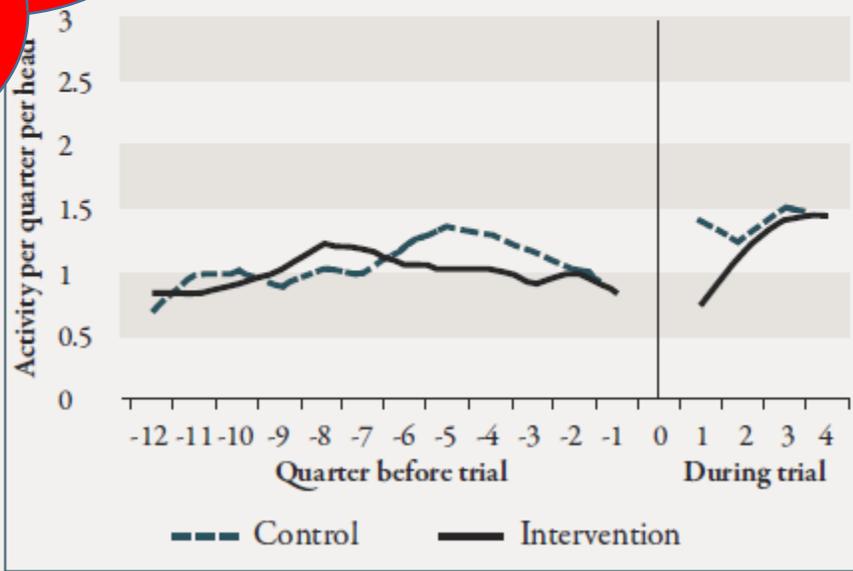
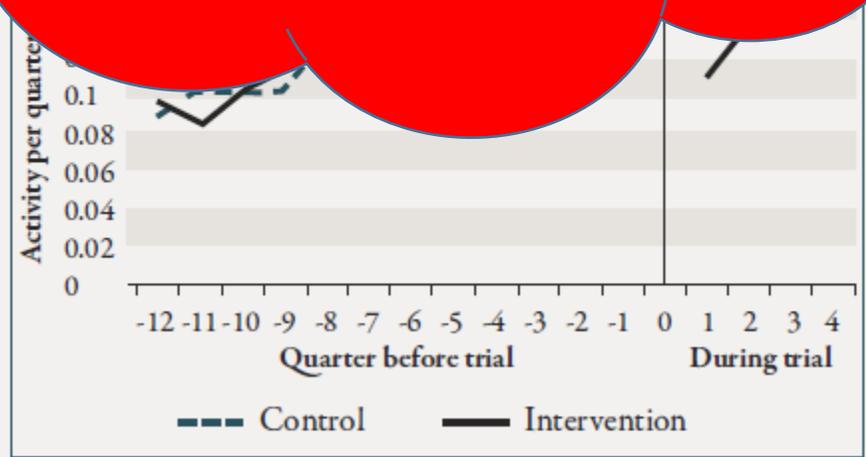
# The impact of telehealth on use of hospital care and mortality

Research summary  
Adam Steinhilber and Martin Barclay  
June 2012

Poche certezze, ma molte suggestioni positive.  
**ANCHE NEL BREVE TERMINE !**

patients recruited into the

Figure 6: Bed days



# RIFLESSIONI

## LE CURE DOMICILIARI

- 1. Sono un LEA, ma non ricevono attenzione pari ad altre prestazioni o servizi sanitari**
- 2. Nell'immaginario collettivo sono indirizzate più verso bisogni «socio-assistenziali» che «medici»**
- 3. Trovano più spazio quando correlate alla grande sofferenza (visibilità - es.tumori-palliazione; gravissime disabilità; terminalità), meno alla continuità, alla prevenzione**
- 4. Rientrano come elemento complementare del capitolo della nonautosufficienza, con ruolo secondario vs i servizi residenziali**
- 5. Tendono ad essere agite in una visione di «mantenimento» più che di «progresso-recupero» del funzionamento della persona**
- 6. Stentano ad essere correlate a percorsi obbligatori-irrinunciabili-convenienti nella post-dimissione dall'ospedale, residualmente nell'adulto (short-term care), penalizzate nei percorsi clinici di follow-up**
- 7. Sono sollecitate dagli utenti con motivazioni di «benessere» e dalle Istituzioni come «ammortizzatore» del sovraffollamento ospedaliero**
- 8. Stentano a trovare una dimensione di lavoro specializzato-specialistico; una solida e convinta presenza dei medici dell'ass.primaria forti nell'operare in team multiprofessionali**
- 9. Raramente sono realmente integrate, con efficace integrazione verticale (intra-sanitaria) od orizzontale (socio-sanitaria)**
- 10. Producono poca ricerca e sviluppo, evidenze scientifiche; la valutazione poggia oggi su indicatori inadeguati**
- 11. Sono reclamate molto più dai malati che dai «sani»**
- 12. Ricevono risorse insufficienti e scarsissimi investimenti per l'innovazione org.va o strumentale (supporto dalla ICT)**

Working Party on the Information Economy

RE-THINKING ELDERLY CARE: REALIZING THE POTENTIAL OF  
TECHNOLOGIES AND USER-DRIVEN INNOVATION

**In alcune esperienze importanti (RCT) si è osservato che si può spendere di meno !**

Events

		Control Group	
		Events (number)	Total Cost
		323	5.814 €
		5.075	137.025 €
	Home vi operators	82.458 €	16.819
			454.113 €
	<b>Total Costs of Care</b>	<b>676.932 €</b>	<b>1.024.934 €</b>



# PROGETTO DREAMING

[www.dreaming-project.org](http://www.dreaming-project.org)

# EVENTI MAGGIORI A TRIESTE

<i>da luglio 2009 a marzo 2012</i>	<i>Gr. TM</i>	<i>Gr. CTRL</i>	<i>Diff.</i>
numero di ricoveri	66	99	-33
numero di giornate di degenza totali	823	1.095	-272
durata media delle giornate di degenza	12,5	11,1	1,4
numero di accessi al pronto soccorso	16	18	-2
numero di trasporti in ambulanza	51	65	-14
numero visite del MMG	293	262	31
numero visite dello specialista	415	337	78
numero di accessi domiciliari infermieristici	1.219	1.048	171
numero di accessi domiciliari degli operatori sociali	13	22	-9
numero di ricoveri definitivi in casa di riposo	1	0	1
numero di cadute a terra	41	6	35
numero di fratture ossee post caduta a terra	3	0	3
numero di decessi	4	10	-6
numero di drop out	12	14	-2

# COSTI nei centri sperimentali europei

	TS	DK	ARAGON	BERLIN
costo/anno per servizi p.c.	€ 3.368,00	€ 1.690,00	€ 1.637,00	€ 1.824,00
risparmio/anno da servizi p.c.	€ 3.770,00	€ 9.400,00	€ 1.858,00	€ 5.950,00
<b>risparmio/anno pro capite da servizi</b>	<b>€ 402,00</b>	<b>€ 7.710,00</b>	<b>€ 221,00</b>	<b>€ 4.126,00</b>
ipotesi n° casi su cui ripartire costi generali	100	100	200	500

# i progetti europei di **ICT supported integrated care\*** in corso nelle ns regioni

\* Traduzione:

*assistenza integrata con il supporto delle  
Tecnologie di Informazione e Comunicazione*

**I = info. + condivise di rilievo clinico ed  
assistenziale nella cartella elettronica**

**C = comunicazioni + facilitate tra tutti gli  
attori (con smartphone, tablet, ecc.)**

**T = tecnologie per + controllo a distanza di  
parametri vitali ed ambientali; strumenti di  
domotica, ed altre facilitazioni per una  
migliore e più indipendente vita quotidiana a  
casa (AAL)**

- **Carewell** (integrazione intrasanitaria)
  - Regione Puglia / ARS
- **BeyondSilos** (integrazione sanitaria+sociale)
  - Regione Campania, Uni Salerno
- **Smartcare** (integrazione sanitaria+sociale)
  - Friuli Venezia Giulia

**qualità di vita A CASA**

CURE INTEGRATE A CASA CON ICT

**IL DISTRETTO SI ATTIVA**

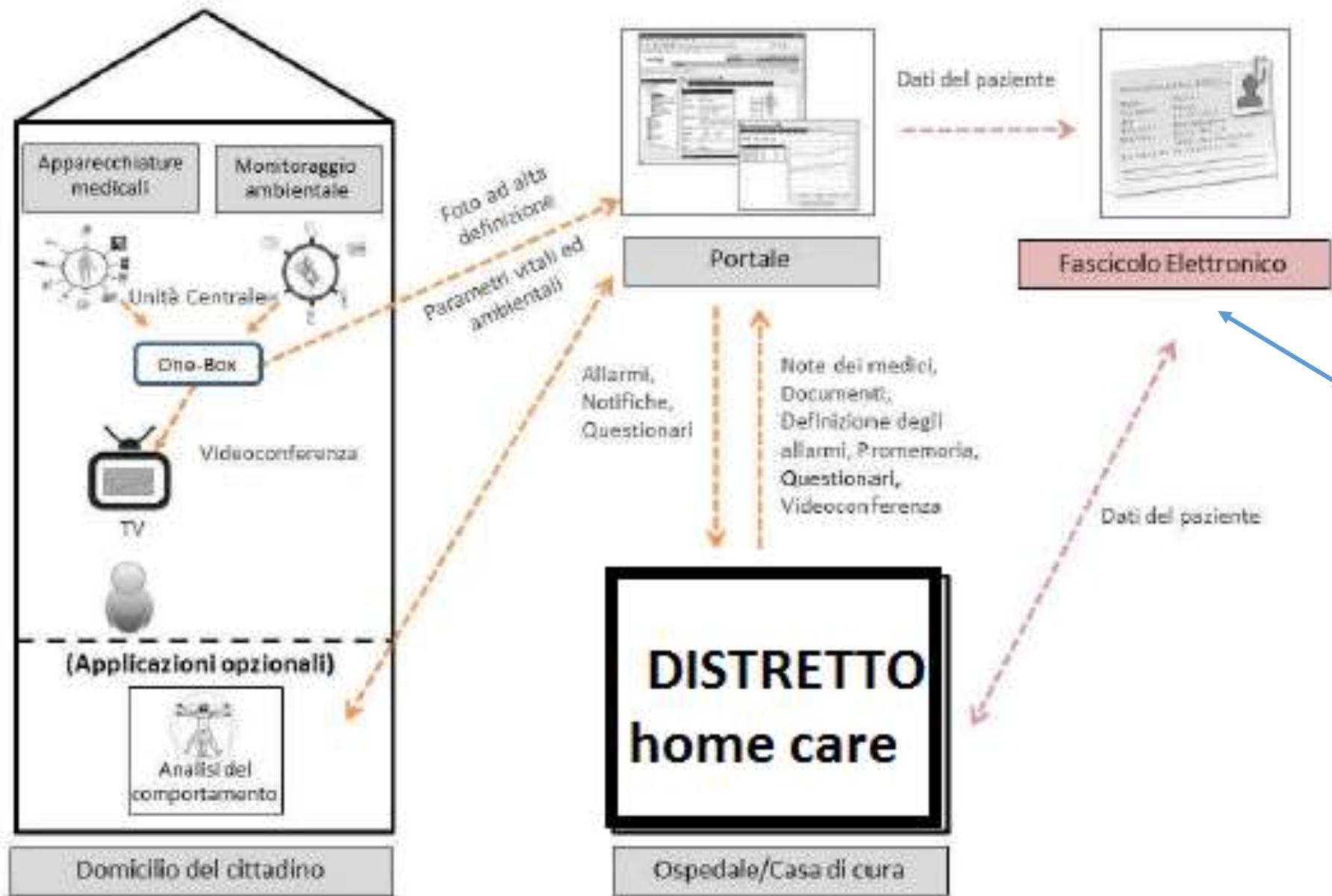
Sanità

Sociale

Informale

Etica

economia



Accesso per input/output da :

- Operatori sanitari
- Operatori sociali
- Pazienti e care givers
- Volontari di associazioni

UNA PERSONALE PROPOSTA  
ESEMPIO DI IPOTETICO PROGRAMMA DI SVILUPPO  
NEI NOSTRI DISTRETTI



# LA FONTE DELLE RISORSE

DA RICONVERSIONE DI RISORSE OGGI  
IN USO

Creare vera alternativa e vera riallocazione  
«piccola» - 50.000 €

Creare nuovi meccanismi di finanziamento ospedale-territorio  
che premiano la vera alternativa e vera riallocazione - 100.000 €

**VALUTA SEMPRE I  
RISULTATI**

Consolidare i nuovi meccanismi di  
finanziamento ospedale-territorio che  
funzionano - 200.000 €



# NEI NOSTRI DISTRETTI GUIDIAMO IL CAMBIAMENTO

UNA PERSONALE PROPOSTA  
ESEMPIO DI PROGRAMMA DI SVILUPPO

LA FONTE DELLE RISORSE

DA RICONVERSIONE DI  
RISORSE OGGI IN USO

Creare nuovi meccanismi di finanziamento  
ospedale-territorio che premino la vera  
alternativa e vera riallocazione - 100.000 €

Creare vera alternativa e vera  
riallocazione «piccola» - 50.000 €

**VALUTA SEMPRE I  
RISULTATI**

Consolidare i nuovi  
meccanismi di finanziamento  
ospedale-territorio che  
funzionano - 200.000 €

Pochi utenti  
ad altissimo  
rischio –  
50.000 €

CALL CENTER /  
CENTR.  
OPERATIVA

Altri utenti  
ad alto  
rischio –  
100.00 €

Molti utenti  
a medio  
rischio –  
200.00 €

Un DRG medico vale ca. 6.000 €

Superiore al costo di un set di devices e di prodotti di TIC

Equivale al costo di ca 25 ore di assistenza infermieristica domiciliare + 10 accessi MMG



Ridurre signif. il n° ricoveri e gg degenza

OGGI permette di ridurre i p.l. degli attuali reparti H

IN FUTURO permette di riprogrammare le dimensioni degli ospedali



Ridurre il n° ricoveri evitabili in H

Equivale ad aumentare la qualità di vita dei pazienti con malattie croniche

Con beneficio anche dei care givers

## VANTAGGI NON SOLO IN OSPEDALE O A DOMICILIO.....

### RSA attuali

- Costose per tutti
- Limitanti per la persona

### RSA CON ICT

- Monitoraggi in remoto
- Soluzioni long term alternative a ricoveri ospedalieri

### RESIDENZIALITA' INNOVATIVA

- ADI intensiva sia per short che long term
- Cost/effective per SSR e SSC
- Qualificazione professionale nel territorio/distretto

# Perché le regioni investano in cure a casa !

1. **CULTURA – visione nel medio-lungo termine**
2. **PROFESSIONISTI**
3. **EVIDENZE SCIENTIFICHE**
4. **LINGUAGGIO**
5. **CURE PALLIATIVE ed ALTRE PRIORITA' SELETTIVE**
6. **VALUTAZIONE ESITI**
7. **INSERIMENTO NEL CAPITOLO DELLA NONAUTOSUFFICIENZA**
8. **DELEGA AI PAZIENTI-FAMIGLIE**

1. Allargare gli orizzonti culturali
2. **Formare nuovi professionisti – sostenere il cambiamento**
3. Contribuire a raccogliere le evidenze solide
4. Chiarire le parole: ADI...ADP....SAD .. Home care.....
5. Unificare i sistemi, riunendo le CURE PALLIATIVE ed ALTRO in unico sistema
6. Imparare a valutare gli esiti degli interventi
7. Non limitare le cure a casa ai nonautosufficienti (puntare sullo short term !! e post-ricovero )
8. Realizzare cure ad alta integrazione che comprenda e mai abbandoni PAZIENTI-FAMIGLIE

