



Regione Campania

Il Presidente

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

DECRETO COMMISSARIALE n. 1 del 07.01.2013

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

PREMESSO che:

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

RILEVATO che:

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

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

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

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

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

ATTESO CHE

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

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

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

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

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

PRESO ATTO

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

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

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

RITENUTO

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

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

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

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

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

VISTI

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

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

DECRETA

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

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

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

Il funzionario istruttore
Dott.ssa Annarita Greco

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

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

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro



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

INDICE

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

1. Premessa

Il contesto internazionale e regionale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1. Metodologia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1. La progettualità per le Cure Palliative in Regione Campania

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1. Le proposte del Tavolo Tecnico sui profili di cura

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2 I fabbisogni assistenziali in relazione ai profili di cura

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

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

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

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

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

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

3.3. Analisi dei sistemi tariffari aziendali e scelte metodologiche regionali

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.4. Modello di sistema tariffario regionale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabella 6. Calcolo n. ore figura oss

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

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

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

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

4. Il monitoraggio , appropriatezza

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

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

4.1 I Sistemi Informativi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Requisiti dei soggetti erogatori

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

⁶ D.G.R.C. 476/2004 e 2040/2006.

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

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

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

Requisiti di struttura e tecnologie:

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

Requisiti organizzativi:**Personale**

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

Coordinamento:

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

Informatizzazione:

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

-obbligo di mantenimento di cartelle domiciliari;

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

Gestione degli utenti

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

-partecipa ai momenti di valutazione multidimensionale periodica,

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

-il personale del servizio partecipa alla redazione del pai

Formazione

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

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

Sicurezza

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

-copertura assicurativa

-prevenzione dei rischi e dell'infortunistica

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

6. Bibliografia

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

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

Delibere Regionali:

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