



**ANMDO**  
Associazione Nazionale dei Medici  
delle Direzioni Ospedaliere



**CARD**  
Confederazione  
Associazioni  
Regionali di Disabili  
Società Scientifica e di Attivo  
Soccorso ai disabili

**8° CONVEGNO**  
**Appropriatezza nel**  
**Servizio Sanitario Nazionale**  
Condivisione di strategie tra Ospedale e Territorio  
**P.N.R.R.- Missione Salute**



LA CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA: ADI



# Submisura 1.2.1: La Casa come primo luogo di cura per il cittadino – Assistenza Domiciliare

**Standard: 10% della popolazione over 65**

	Popolazione over 65 attuale	Assistiti over 65 con PIC erogate (SIAD 2019)	% di utenti trattati nel 2019	Target Popolazione 65 anni presi in carico al 10% nel 2026	Numero utenti da incrementare per raggiungere il target del 10%
ITALIA	13.859.090	701.844	5.1%	1.509.814	807.970

## **Modello organizzativo:**

Il servizio di assistenza domiciliare è garantito attraverso la presenza di personale sanitario (infermieri, OSS, tecnici e medici) 7 giorni su 7 dalle ore 7.00 alle 21.00. La programmazione degli accessi infermieristici a domicilio dovrà essere sviluppata nell'arco dell'intera settimana (ossia 7 giorni su 7) tenendo conto della complessità clinico assistenziale dei pazienti

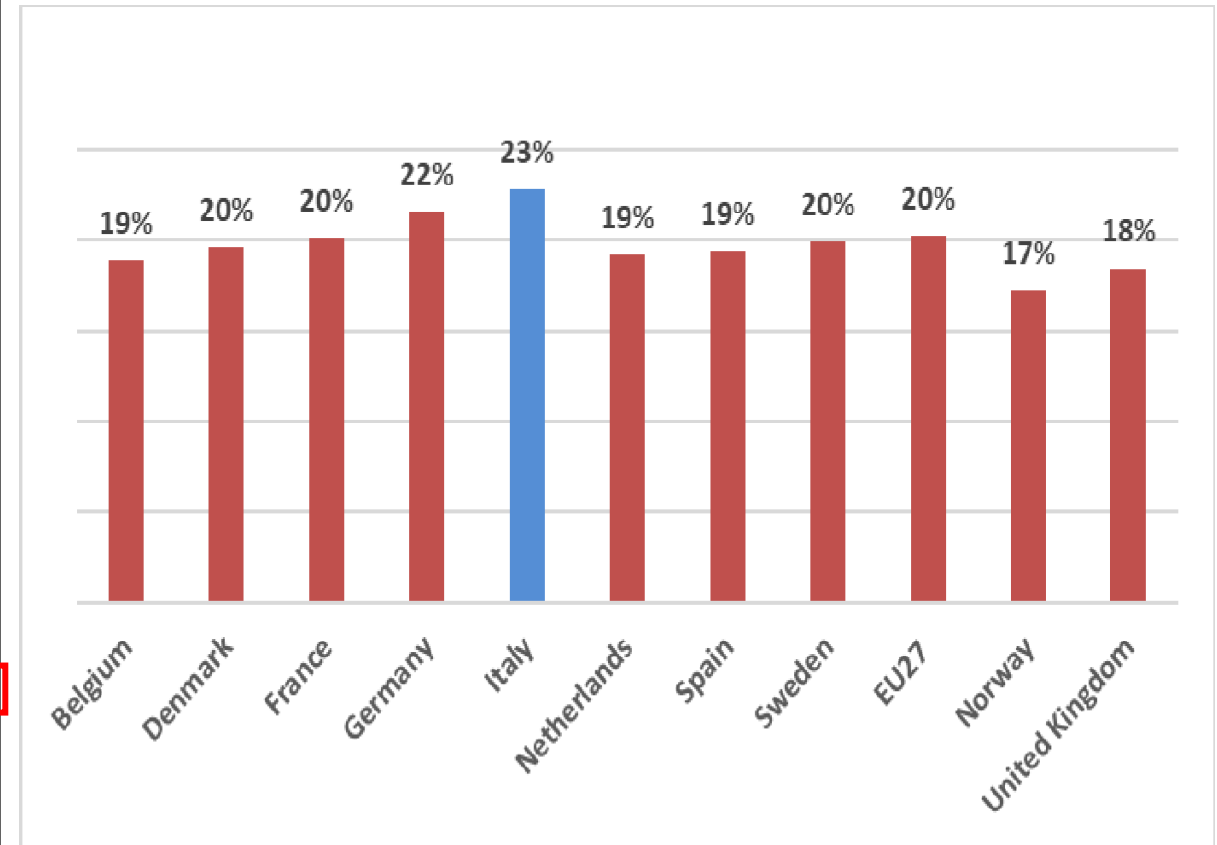
# Submisura 1.2.1: La Casa come primo luogo di cura per il cittadino – Assistenza Domiciliare

**Standard: 10% della popolazione over 65**

	Popolazione over 65 attuale	Assistiti over 65 con PIC erogate (SIAD 2021)	% di utenti trattati nel 2021	Popolazione over 65 al 2026	Target Popolazione 65 anni presi in carico al 10% nel 2026	Numero utenti da incrementare per raggiungere il target del 10%
CAMPANIA	1.118.545	27.376	2.45%	1.211.771	121.177	93.801

# Popolazione totale e Popolazione over 65

Regione/PA	Popolazione (01/01/2020)	Popolazione >=65 anni (01/01/2020)	% pop. >65 anni	Previsione % pop. >65 anni nel 2030
Piemonte	4.341.375	1.120.379	26%	29%
Valle d'Aosta	125.501	30.389	24%	28%
Lombardia	10.103.969	2.302.527	23%	26%
PA Bolzano	532.080	105.404	20%	24%
PA Trento	542.739	121.419	22%	26%
Veneto	4.907.704	1.138.485	23%	27%
Friuli Venezia Giulia	1.211.357	320.347	26%	30%
Liguria	1.543.127	441.884	29%	31%
Emilia Romagna	4.467.118	1.076.060	24%	27%
Toscana	3.722.729	953.793	26%	28%
Umbria	880.285	227.411	26%	29%
Marche	1.518.400	381.363	25%	29%
Lazio	5.865.544	1.291.754	22%	26%
Abruzzo	1.305.770	316.186	24%	28%
Molise	302.265	76.250	25%	29%
Campania	5.785.861	1.111.671	19%	24%
Puglia	4.008.296	903.258	23%	27%
Basilicata	556.934	130.711	23%	28%
Calabria	1.924.701	425.687	22%	26%
Sicilia	4.968.410	1.074.384	22%	26%
Sardegna	1.630.474	397.592	24%	31%
<b>ITALIA</b>	<b>60.244.639</b>	<b>13.946.954</b>	<b>23%</b>	<b>27%</b>



Fonte: OECD. Health at a Glance: 2020

# Submisura 1.2.1: La Casa come primo luogo di cura per il cittadino – Assistenza Domiciliare

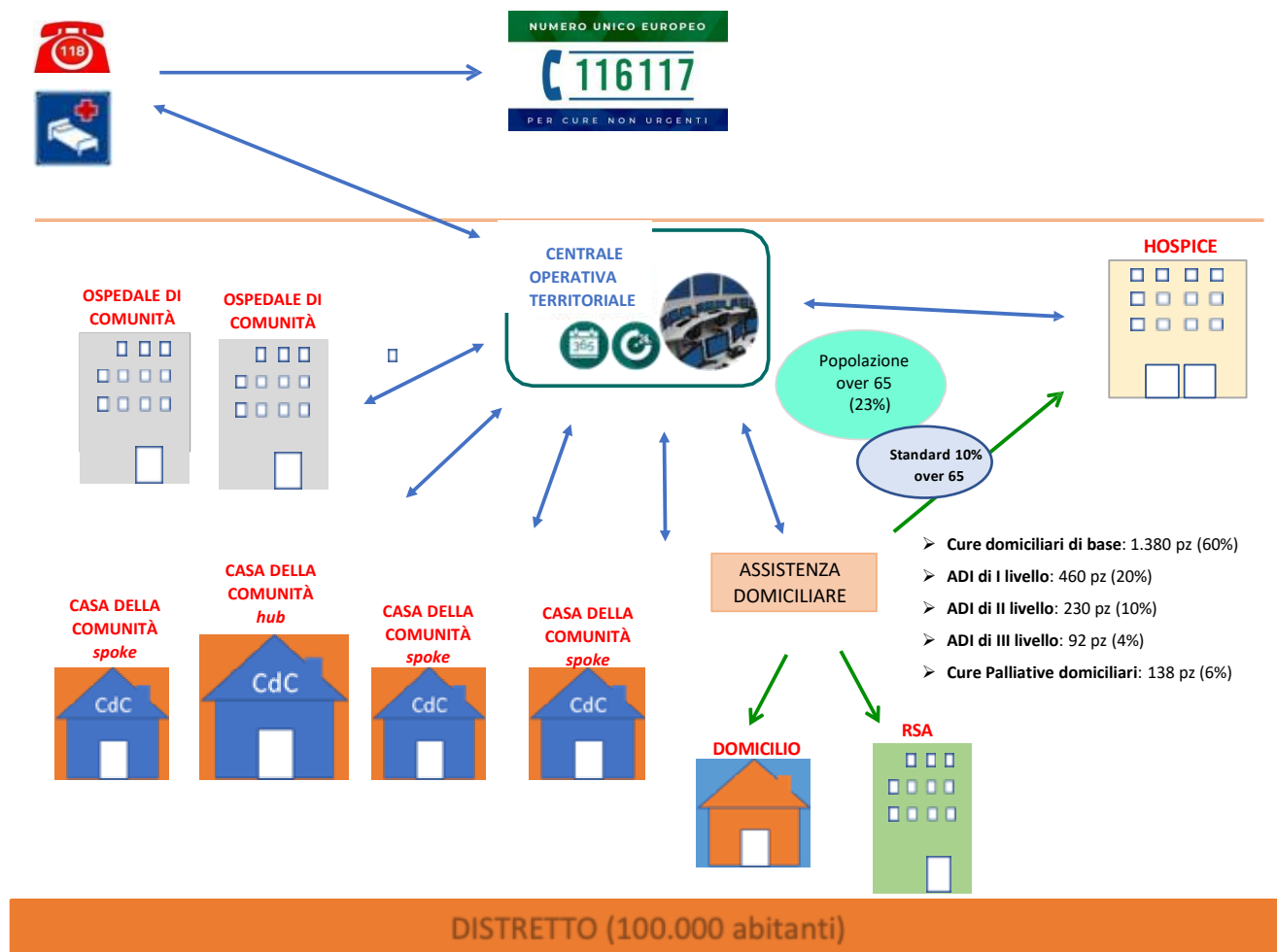
**Standard: 10% della popolazione over 65**

**Metologia:** lo standard è stato costruito tenendo conto delle esperienze regionali più virtuose, come Emilia Romagna e Veneto. Un'analisi di dettaglio della popolazione in assistenza domiciliare di queste due regioni ha permesso di ripartire la popolazione italiana over 65 nei seguenti livelli di intensità assistenziale:

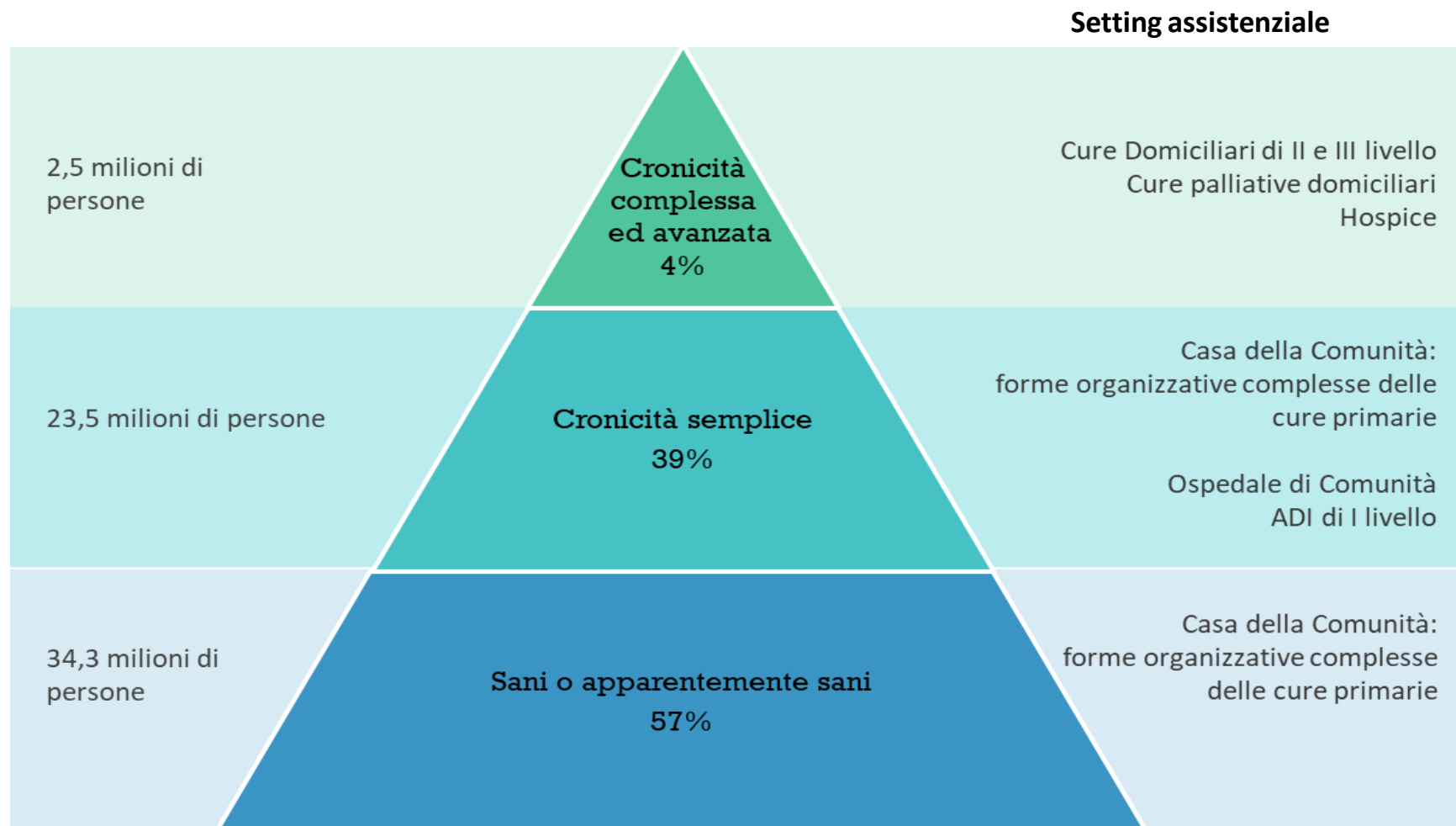
- 60% in cure domiciliari di base (484.782 persone)
- 20% in cure domiciliari integrate di I livello (161.594 persone)
- 10% in cure domiciliari integrate di II livello (80.797 persone)
- 4% in cure domiciliari integrate di III livello (32.319 persone)
- 6% in cure palliative domiciliari (48.478 persone)

Per raggiungere lo standard del 10% della popolazione italiana over 65 è stato calcolato l'incremento delle prese in carico in Assistenza Domiciliare sulle proiezioni di popolazione over 65 al 2026.

# La riorganizzazione territoriale: modello organizzativo



# L'assistenza per bisogni assistenziali





## 60 milioni popolazione Italia:

- 34 milioni popolazione sana o apparentemente sana (57% della popolazione complessiva);
- 23,4 milioni di persone con cronicità semplice (39% della popolazione complessiva);
- 14 milioni di persone sopra i 65 anni (23% della popolazione complessiva);
- 2,5 milioni di persone con forme di cronicità complessa e avanzata di cui circa 800.000 con bisogni di cure palliative (4% della popolazione complessiva);
- 650.000 persone con disabilità (1,1% della popolazione complessiva);
- 1.000.000 persone affette da demenza (1,7% della popolazione complessiva);
- 780.000 persone con patologie psichiatriche assistite in un anno (1,3% della popolazione complessiva).

***La prima “finestra di opportunità”:  
un’occasione mancata***

L’Adi è stata originariamente istituita dal Progetto Obiettivo anziani nazionale (Ministero della sanità, 1992).

A partire dalla fine del secolo scorso è cresciuta la consapevolezza della necessità di rivedere il sistema di welfare per renderlo più adeguato all’aumento degli anziani non autosufficienti.

Numerosi Paesi simili al nostro introdurre robuste riforme nazionali – come Austria (1993), Germania (1995), Francia (2002) e Spagna (2006) – in Italia non ha avuto un analogo risultato

***La seconda “finestra di opportunità”:  
questa volta andrà meglio?***

L’irrompere del Covid-19 ha radicalmente mutato lo scenario. Negli ultimi mesi la condizione degli anziani non autosufficienti ha suscitato, nei media e nella società, un interesse senza precedenti nella storia del nostro Paese.

Gli anziani si sono drammaticamente trovati al centro dell’attenzione da numerosi punti di vista: come vittime della pandemia, come ospiti di strutture residenziali in difficoltà nel proteggerli dal contagio, come mancati utenti dei ridotti servizi domiciliari disponibili

RETE OSPEDALIERA



RETE TERRITORIALE

SE CAMBIA UNA .....CAMBIA L'ALTRA

RIQUALIFICARE IL TERRITORIO PER RIQUALIFICARE L'OSPEDALE



***PER CAPIRE COSA DOBBIAMO FARE  
E' NECESSARIO CAPIRE DOVE ABBIAMO  
FALLITO***

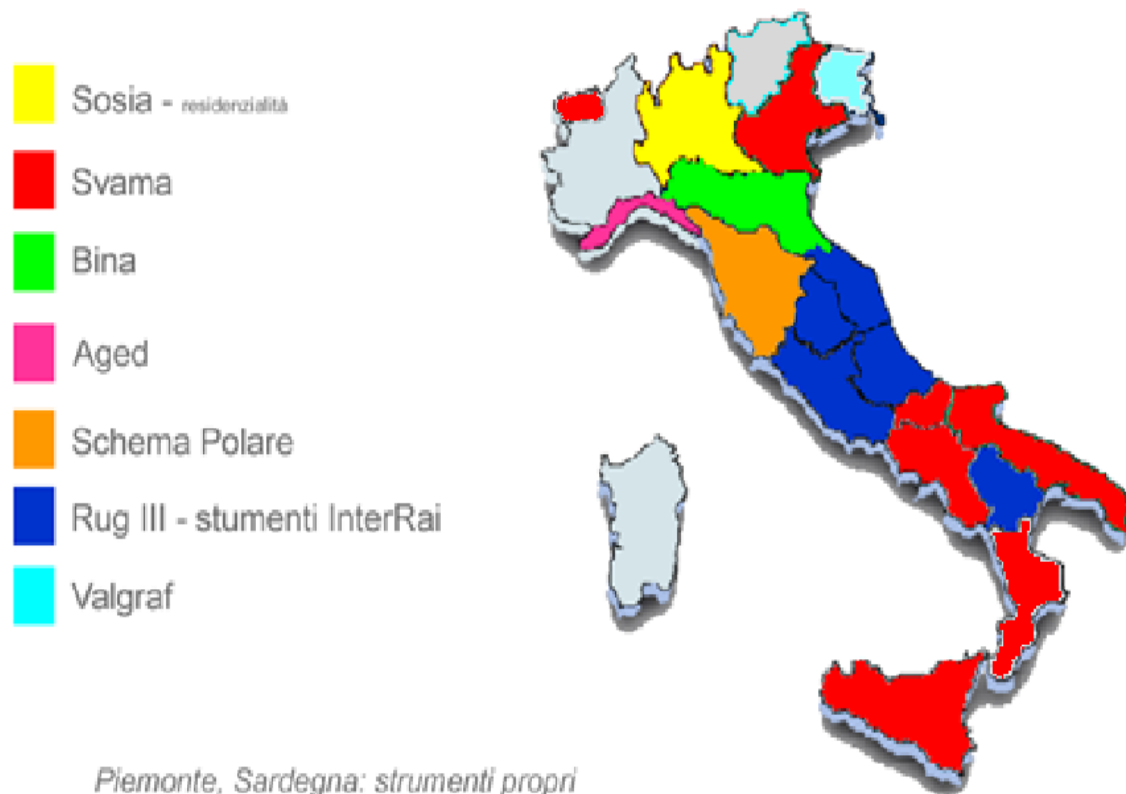
L'integrazione SOCIO SANITARIA , ribadita in molteplici atti normativi, si è realizzata solo parzialmente e a macchia di leopardo

Parliamo di integrazione sociosanitaria da decenni, ma non abbiamo ancora un livello adeguato. Quali le cause?

- ❑ **Finanziamenti pubblici insufficienti per i servizi con 2 effetti:** tentativo di trasferire i costi non coperti sul partner o la comparsa di liste di attesa causate da uno dei 2 partner
- ❑ **Complessità del sistema:** differenze di legislazione e delle fonti di finanziamento, differenze di procedure ai diversi livelli del sistema
- ❑ **Assenza di responsabilità:** la responsabilità globale dei servizi integrati non è affidata ad alcun attore particolare
- ❑ **Ruolo preponderante dell'offerta:** centralità teorica sui bisogni dell'utente, ma nella realtà fortemente condizionata dall'offerta
- ❑ **Risorse umane formate per l'integrazione:** la carenza di personale e la scarsa attenzione alla formazione necessaria per la nuova modalità operativa possono frenare la realizzazione delle cure integrate



# La valutazione multidimensionale (VMD)



- L'utilizzo di strumenti valutativi disomogenei tra le Regioni rende difficile un'azione di *benchmarking* efficace che permetta di definire standard di assistenza omogenei a parità di complessità assistenziale e, conseguentemente, validare gli *outcome* e *output* assistenziali più efficaci e meno costosi.
- Si assiste alla trasformazione della VMD in uno strumento autorizzativo e certificatorio (spesso condizionata dal contenimento degli oneri a carico del SSN) invece che di rappresentazione dei bisogni e delle risorse del cittadino

## Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD)

### Piano di Assistenza Individualizzato

Il PAI potrà diventare un “valore aggiunto” per l'utente e la sua famiglia, e non una mera somma di prestazioni

**Il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA)**

fornisce indicazioni sull'intensità assistenziale... **MA**

- ✓ Il CIA considera **solo le giornate** in cui è avvenuto **l'accesso (GeA)** e non il numero di accessi né il numero di operatori impegnati
- ✓ **Non valorizza** l'impegno di gestione delle famiglie e l'attività di supporto educativo degli operatori
- ✓ A parità di accessi **un arco temporale più lungo** di assistenza (durata del PAI maggiore della durata media descritta per livello di cura) riduce di fatto il rapporto GeA/GdC
- ✓ **Il livello base** costituisce una parte quantitativamente e qualitativamente fondamentale per le cure domiciliari

Il problema da affrontare non può essere solo un incremento quantitativo ma un aumento qualitativo delle prestazioni erogate a domicilio per garantire appropriatezza , gestione globale del pz, supporto al caregiver e presa in carico continuativo dei bisogni assistenziali.



***DA DOVE RIPARTIRE***


# Stress test

E' uno strumento progettato per determinare la capacità di una determinata organizzazione di affrontare una crisi.



**Deceduti\***  
**188.538**



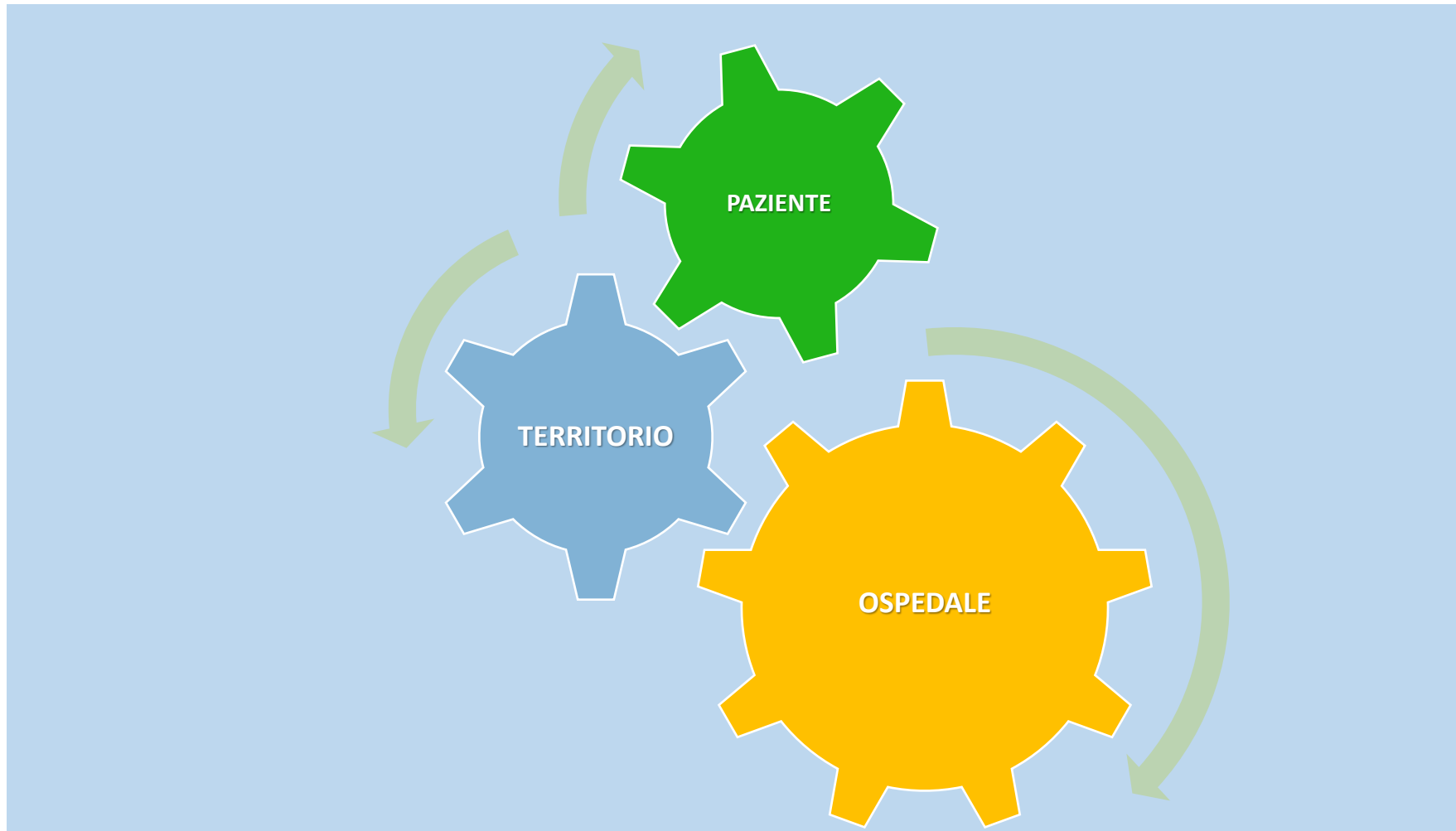


*Nella tempesta impariamo a navigare.....*

Ovada, «la consapevolezza», 1998

# Cambiamento culturale

Nuova cultura del sistema, dei servizi e dei pazienti



*L'ospedale non è il luogo di cura più gradito al cittadino*



La malattia può diventare un fattore di  
"vulnerabilità" nel ciclo di vita...  
affrontata in luoghi di sospensione

## L'ospedale non è il luogo di cura più economico

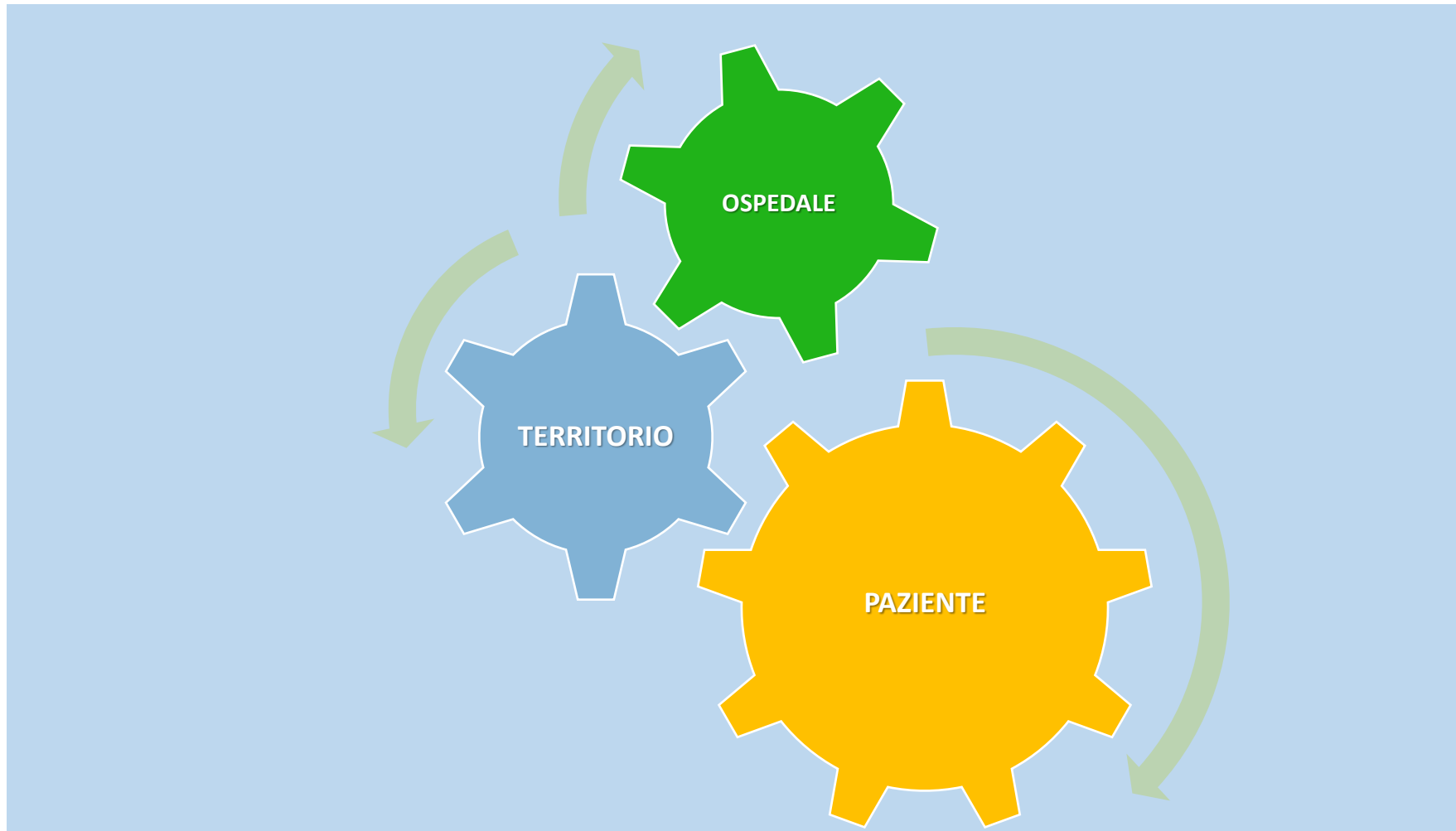
### 1 giorno di degenza in Ospedale =

- 24 gg. circa in Casa di Riposo
- 43 gg. circa in Centro Diurno
- 50 gg. circa di Cure Domiciliari
- più di 6 letti o carrozzine a domicilio
- circa 4 anni di ausili per incontinenza
- più di 3 anni di cure con farmaci



# Cambiamento culturale

Nuova cultura del sistema, dei servizi e dei pazienti





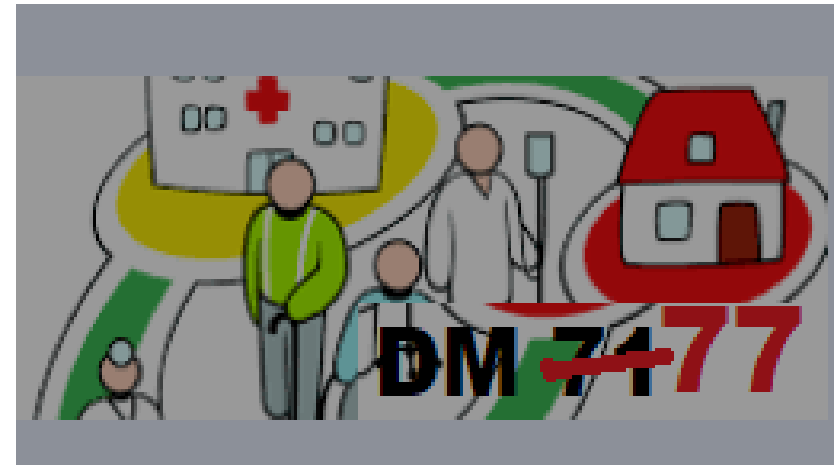


PNRR



MISSIONE 6

DECRETO 77



CRITICITÀ O OPPORTUNITÀ ?

# OPPORTUNITÀ

La Casa viene vista come primo luogo di cura per il cittadino

Vengono standardizzate:

- strutture che compongono la rete dei servizi territoriali;
- gli standard in rapporto alla popolazione;
- i parametri di riferimento del personale;
- le modalità organizzative e funzionali;
- gli obiettivi strategici di riferimento,
- la governance del sistema.

Individuata:

La stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori come strumento di analisi dei Bisogni finalizzata alla programmazione e alla presa in carico

Modalità di erogazione dell'assistenza:

Attraverso la presa in carico e gestione del paziente secondo un il piano di cura;



Con il DM 77/2022:

# OPPORTUNITÀ

## Il DM 77/2022:



la “stima dei bisogni assistenziali” in un’ottica di “One Health”,



Personalizza le cure



tenendo conto non solo dei criteri clinici ma anche di tutti quei fattori individuali e socio-familiari che possono incidere sulla effettiva capacità del paziente di gestire la propria patologia.



consentire di “*confrontare i costi sanitari di gruppi di popolazione*”,



# Progetto Assistenziale Personalizzato



- Strumento cardine per la traduzione del PIANO in prassi quotidiana.
- Stessa patologia, ma caratteristiche diverse (stadio della malattia)
- Storia naturale della malattia correlata con la complessità assistenziale
- Possibilità di erogare esami diagnostici come parte integrante del percorso di cura

# SISTEMA ASSISTENZIALE



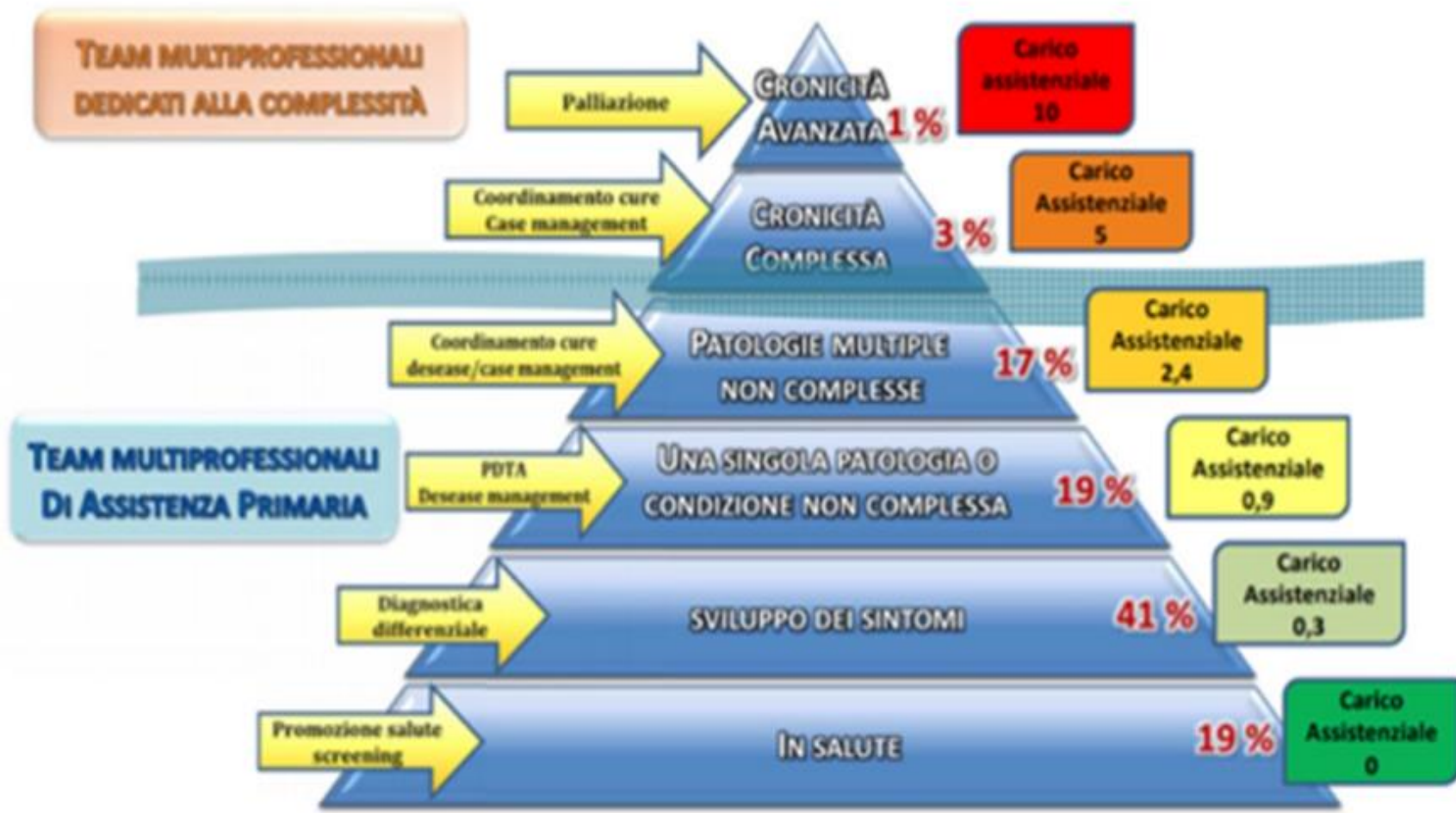
**Orientato alla gestione della cronicità.**

**Deve programmare il proprio sistema di valutazione orientandolo su tre focus principali**

***Progetto  
Assistenziale  
Personalizzato***

***Esiti effettivamente  
raggiungibili nella  
storia del paziente***

***Sistema  
organizzativo socio-  
sanitario***



## presa in carico



*servizi in grado di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita;*

delega di:  
responsabilità  
compiti  
in assoluta sicurezza



## **presa in carico**



E' un processo, un insieme di azioni, percorsi, strategie che il Servizio Sanitario mette in atto per rispondere a bisogni di Salute complessi e che richiedono un'assistenza continuativa o prolungata nel tempo coinvolgendo diverse professionalità



Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Visto l'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

Vista la sentenza della Corte costituzionale n. 134 del 2006, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella parte in cui prevede che il regolamento del Ministro della salute ivi contemplato, con cui sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, sia adottato «sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano», anziché «previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano»;

Visto l'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;

Visto il decreto del 2 aprile 2015, n. 70, del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze concernente il «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera»;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 recante «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui

# CRITICITÀ

## Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale

### SOMMARIO

- 1. PREMESSA.....
- 2. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN .....
- 3. STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE E DELLE CONDIZIONI DEMOGRAFICHE DEI TERRITORI COME STRUMENTO DI ANALISI DEI BISOGNI, FINALIZZATA ALLA PROGRAMMAZIONE E ALLA PRESA IN CARICO.....
- 4. DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI .....
- 5. CASA DELLA COMUNITÀ.....
- 6. INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITÀ.....
- 7. UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE .....
- 8. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE.....
- 9. CENTRALE OPERATIVA 116117.....
- 10. ASSISTENZA DOMICILIARE.....
- 11. OSPEDALE DI COMUNITÀ .....
- 12. RETE DELLE CURE PALLIATIVE .....
- 13. SERVIZI PER LA SALUTE DEI MINORI, DELLE DONNE, DELLE COPPIE E DELLE FAMIGLIE ..
- 14. PREVENZIONE IN AMBITO SANITARIO, AMBIENTALE E CLIMATICO .....
- 15. TELEMEDICINA.....
- 16. SISTEMI INFORMATIVI E DI QUALITA' .....



# CRITICITÀ

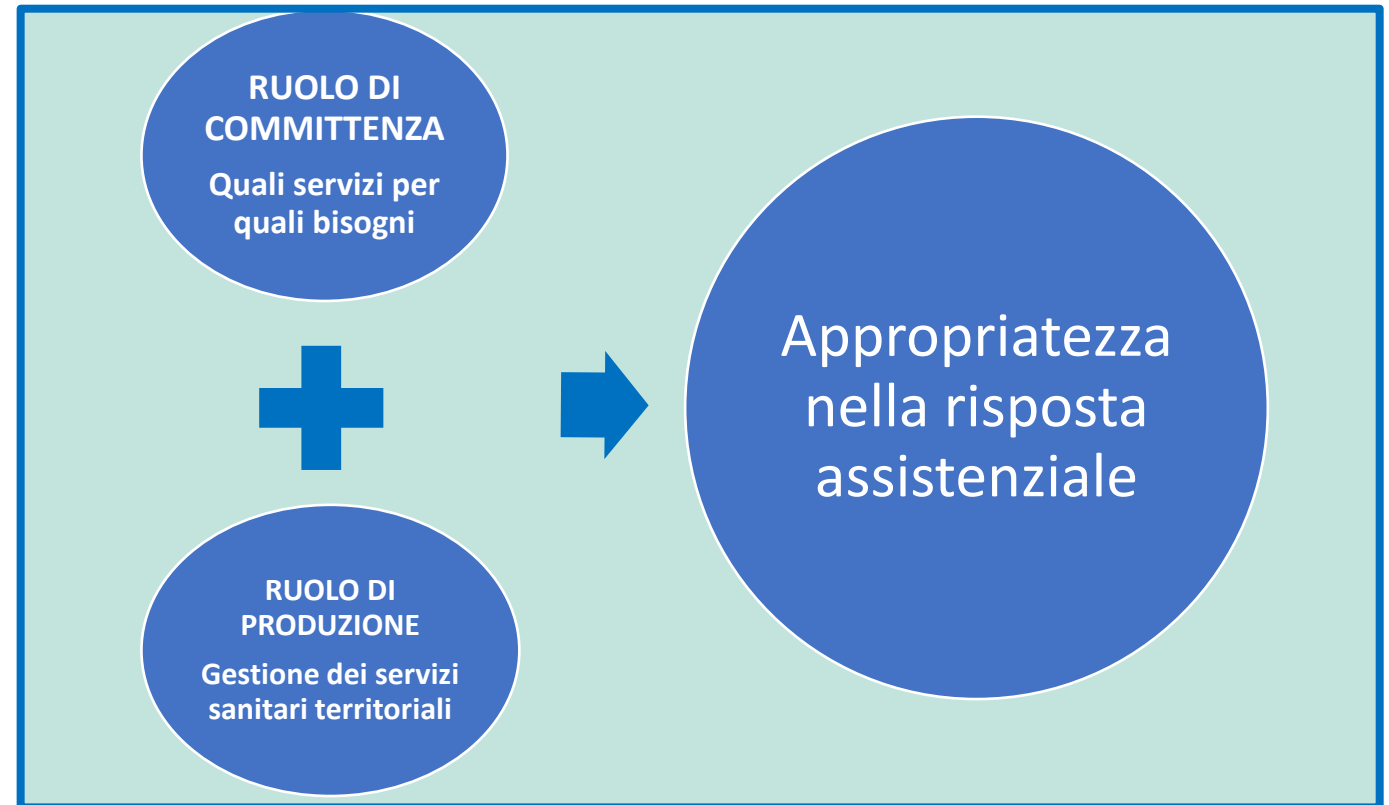
## IL SISTEMA ORGANIZZATIVO SOCIO-SANITARIO

Il Distretto Sanitario come integrazione sociosanitaria



Nodo essenziale della rete unificata dei servizi sociosanitari

Luogo naturale per attuare i processi di integrazione socio sanitaria (servizi vicini al luogo di vita dei cittadini)



# CRITICITÀ

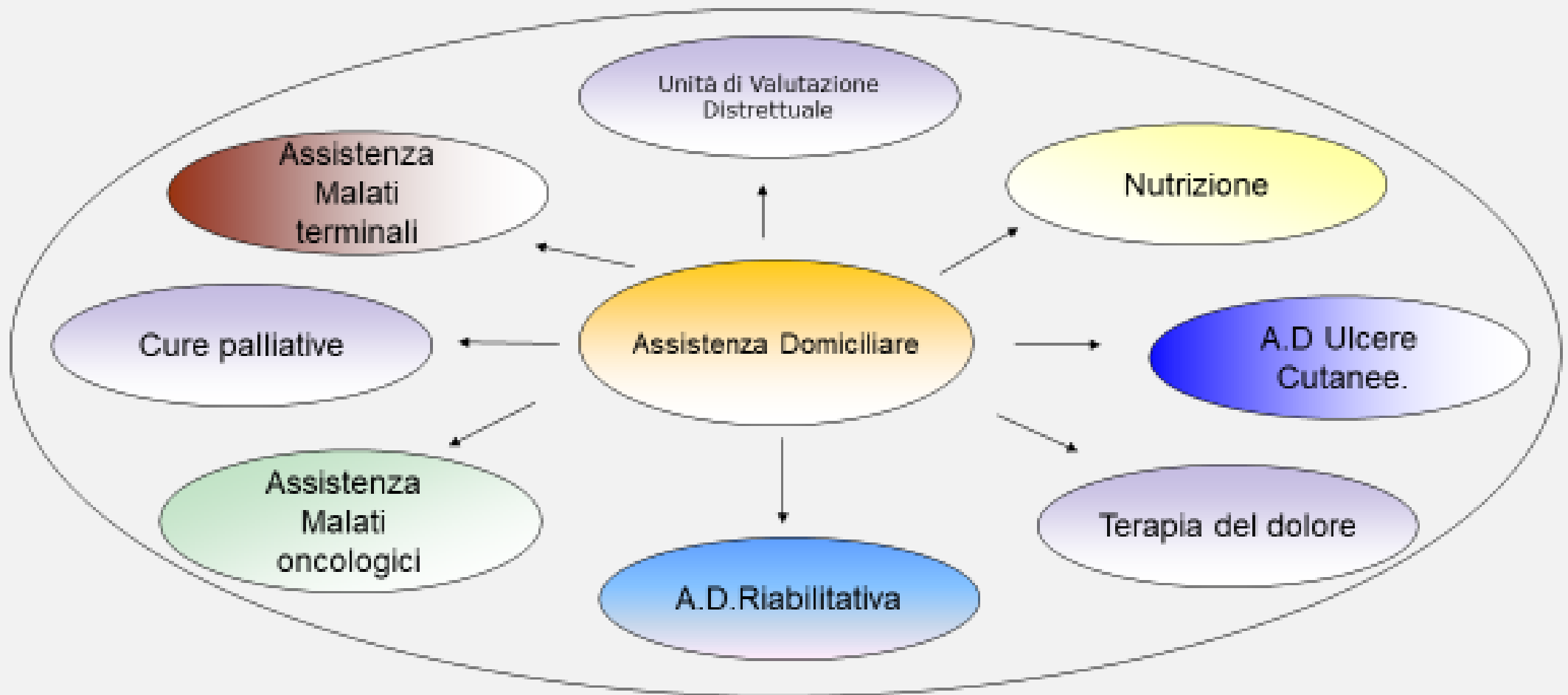


*Esistono due modelli organizzativi  
per l'Assistenza Domiciliare:*

- Uno definito “ POLIVALENTE ” in cui è presente un unico servizio a cui pervengono le richieste domiciliari di qualsiasi natura dove un’equipe multidisciplinare effettua la valutazione multidimensionale e definisce il piano*
- un secondo definito “ DEDICATO ” in cui esistono servizi diversi ciascuno specializzato in una patologia*



# Cure Domiciliari



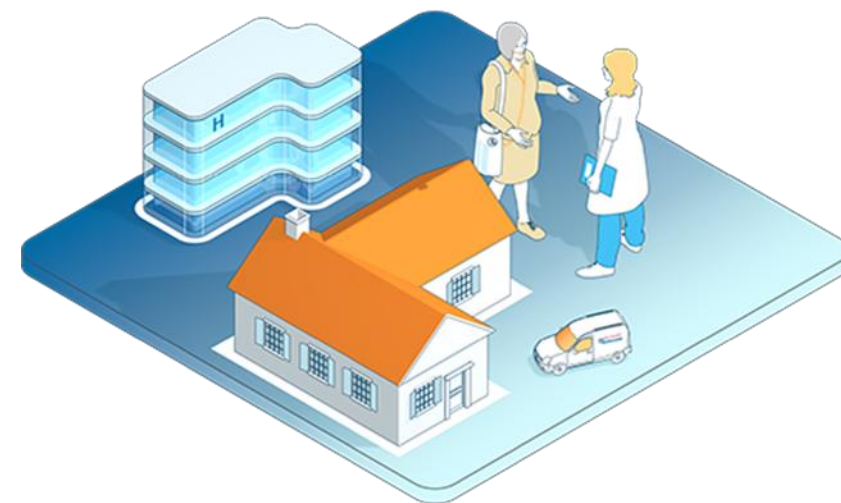
## CONCLUSIONI

*La presa in carico reale attraverso le cure domiciliari del 10% della popolazione ultrasessantacinquenne rappresenta uno degli elementi sfidanti più qualificanti del PNRR*

*Tale obiettivo potrà essere raggiunto solo attraverso la riqualificazione organizzativa del Distretto sanitario che dovrà potenziare la sua capacità di accogliere l'utente e di coordinare le strutture e i professionisti sanitari e sociali che in esso vi operano.*

*Il Distretto dovrà avere la capacità di creare percorsi di accoglienza dell'utenza in grado di distinguere i casi semplici da quelli complessi e a quest'ultimi offrire una risposta rapida ai loro bisogni attraverso la presa in carico da parte delle cure domiciliari.*

*La messa a regime della digitalizzazione e della telemedicina  
La realizzazione del fascicolo elettronico*



**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**

L'attenzione è la forma più rara e più  
pura della generosità

Simone Weil



**Nessun posto è bello come casa mia**

*Noel Langley, «Il mago di Oz»*