



# Appropriatezza clinico-organizzativa nella Regione Lazio

I Decreti Commissariali: approfondimenti su DCA 206/2013, DCA 429 e 431 del 24/12/2012, DCA 71/12

**I risvolti operativi dei DCA 429/12 e 431/12. Criticità e proposte**

---

***Dr. Antonio Mastromattei***

# Decreto del Commissario ad Acta

## 24 dicembre 2012, n. U00429

Decreto del Commissario ad Acta n. U0113 del 31.12.2010 "Programmi Operativi 2011-2012" – Assistenza Domiciliare - Approvazione dei documenti "Stima di prevalenza della popolazione eleggibile e dei posti per l'Assistenza Domiciliare Integrata nella Regione Lazio, per persone non autosufficienti, anche anziane" e "Omogeneizzazione delle Procedure e degli strumenti per l'ADI per persone non autosufficienti, anche anziane"



# Decreto del Commissario ad Acta

## 24 dicembre 2012, n. U00429

**STIMA DI PREVALENZA DELLA POPOLAZIONE ELEGGIBILE E DEI POSTI PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA NELLA REGIONE LAZIO, PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI, ANCHE ANZIANE**

Tabella 1. Stima della prevalenza della popolazione eleggibile per l'assistenza domiciliare integrata nella regione Lazio, per persone non autosufficienti, anche anziane

ASL	Popolazione ≥ 65 anni	Popolazione ≥ 65 anni eleggibile per ADI*	Percentuale di popolazione ≥ 65 anni eleggibile per ADI	Popolazione ≥ 65 anni ADI livello assistenziale basso <sup>b</sup>	Popolazione ≥ 65 anni ADI livello assistenziale medio <sup>b</sup>	Popolazione ≥ 65 anni ADI livello assistenziale alto <sup>b</sup>	Popolazione <65 anni eleggibile per ADI
RM A	117.164	6.210	5,30%	3.794	2.049	366	827
RM B	132.167	5.155	3,90%	3.150	1.701	304	687
RM C	126.743	5.957	4,70%	3.640	1.966	351	797
RM D	116.413	4.657	4,00%	2.845	1.537	275	614
RM E	116.216	5.462	4,70%	3.337	1.802	322	720
RM F	53.437	2.084	3,90%	1.273	688	123	277
RM G	81.788	3.435	4,20%	2.099	1.134	203	450
RM H	92.030	3.589	3,90%	2.193	1.184	212	480
FR	98.487	4.727	4,80%	2.888	1.560	279	626
LT	97.392	4.090	4,20%	2.499	1.350	241	539
RI	36.402	1.857	5,10%	1.135	613	110	246
VT	67.782	3.050	4,50%	1.864	1.007	180	409
<b>Totale Lazio</b>	<b>1.136.022</b>	<b>50.273</b>	<b>4,40%</b>	<b>30.717</b>	<b>16.590</b>	<b>2.966</b>	<b>6.676</b>

**Totale popolazione eleggibile in ADI 56.949**

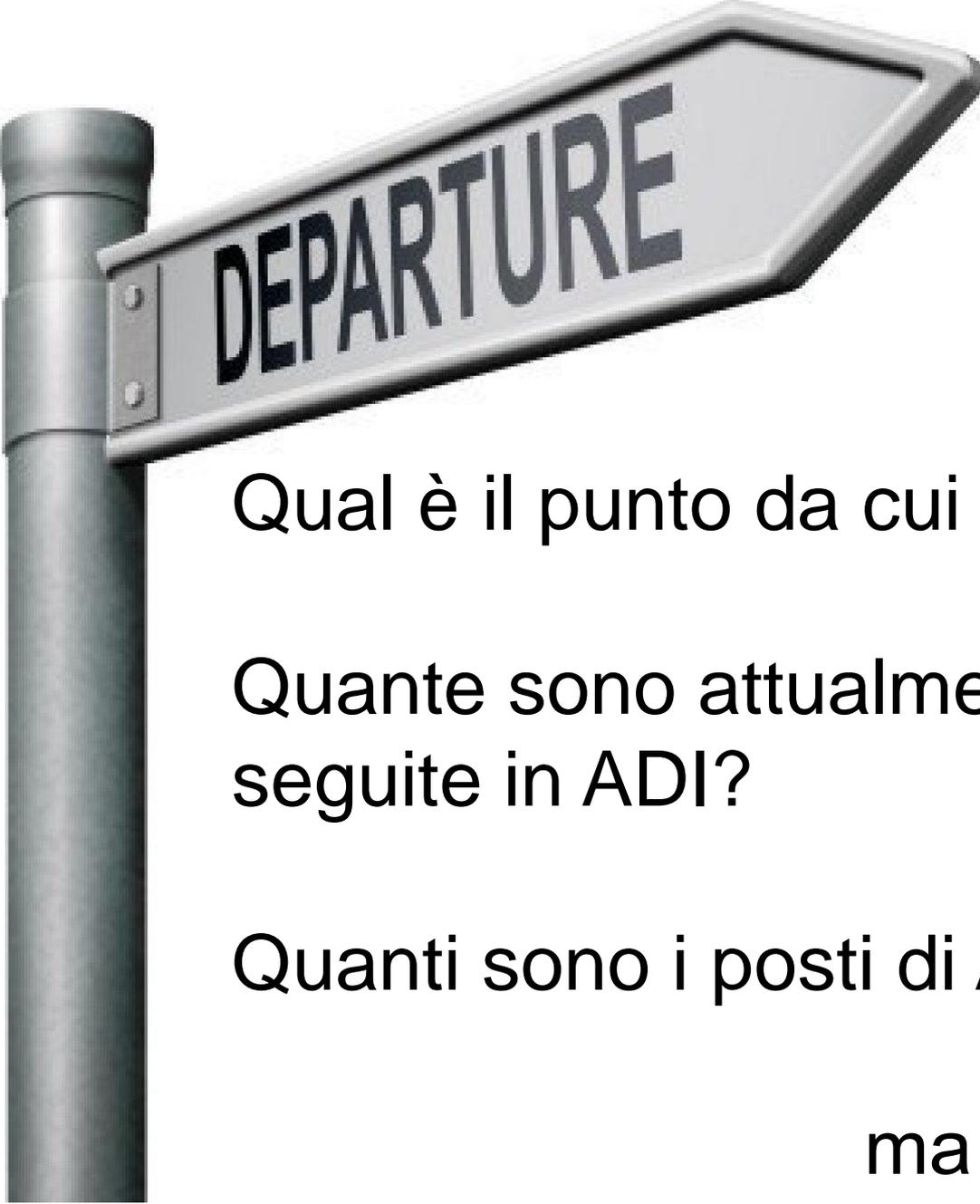
# Decreto del Commissario ad Acta

## 24 dicembre 2012, n. U00429

Tabella 2. Stima dei Posti di Assistenza Domiciliare Integrata per la Regione Lazio per persone non autosufficienti, anche anziane

ASL	Posti ADI persone ≥ 65 anni livello assistenziale basso	Posti ADI persone ≥ 65 anni livello assistenziale medio	Posti ADI persone ≥ 65 anni livello assistenziale alto	Posti ADI persone < 65 anni
RM A	1.931	1.094	247	488
RM B	1.603	908	205	405
RM C	1.853	1.050	237	470
RM D	1.448	821	185	362
RM E	1.699	963	217	425
RM F	648	367	83	163
RM G	1.068	605	136	266
RM H	1.116	632	143	283
FR	1.470	833	188	369
LT	1.272	721	162	318
RI	578	327	74	145
VT	949	537	121	241
Totale	15.635	8.858	1.998	3.935

**Totale dei Posti ADI necessari: 30.426**



DEPARTURE

Qual è il punto da cui partiamo?

Quante sono attualmente le persone seguite in ADI?

Quanti sono i posti di ADI attivi?

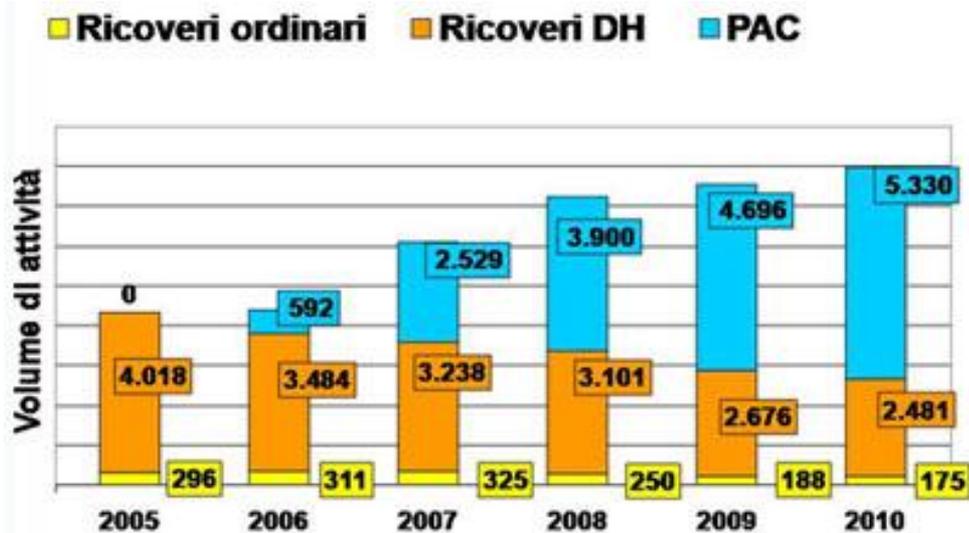
ma soprattutto.....

**per andare dove dobbiamo andare,  
per dove dobbiamo andare?**



# Piani Assistenziali Attivati (dati SIAD)

ASL	precedenti 2012	nuovi 2012	totale	prevalenti 2012	prevalenti 2011
A	2.992	1.084	4.076	2.552	2.774
B	1.551	630	2.181	1.251	1.272
C	2.462	1.394	3.856	2.403	2.183
D	2.530	1.454	3.984	2.293	2.133
E	5.115	2.273	7.388	4.281	4.525
F	1.752	404	2.156	738	1.396
G	4.341	2.005	6.346	4.297	3.995
H	3.014	2.527	5.541	4.372	2.771
VT	5.136	2.303	7.439	4.719	4.358
RI	1.868	1.307	3.175	2.115	1.616
LT	3.238	1.901	5.139	2.902	2.570
FR	4.402	2.275	6.677	4.614	3.980
<b>LAZIO</b>	<b>38.401</b>	<b>19.557</b>	<b>57.958</b>	<b>36.537</b>	<b>33.573</b>



**Non solo volumi  
di attività**

**Ma anche il numero delle  
Persone effettivamente  
assistite**



E' necessario effettuare una stima realistica delle risorse umane, tecnologiche ed economiche da destinare all'assistenza domiciliare al pari delle altre forme di assistenza e renderla esplicita al pari di quanto avviene per altri ambiti assistenziali territoriali ed ospedalieri



*« Per Posto di Assistenza Domiciliare Integrata si intende l'unità minima di servizio ADI necessario, per lo specifico livello assistenziale, a garantire l'assistenza ad un paziente per un anno »*



Come è costituita l'unità minima di servizio ADI per specifico livello assistenziale ?

Secondo il DCA 8/2011 l'equipe minima del servizio di assistenza domiciliare è costituita:

- 1 medico coordinatore
- 1 infermiere dirigente
- 5 infermieri
- 5 terapisti della riabilitazione

ogni infermiere garantisce 5 accessi die

ogni terapeuta garantisce 4 accessi die



# Secondo la DGR 325/2008

<b>Livelli assistenziali</b>	<b>basso</b>	<b>medio</b>	<b>alto</b>
Accessi settimanali infermieri/fisioterapisti	2 x 42 minuti	3 – 6 x 42 minuti (valore medio 4,5 accessi)	7 – 10 x 60 minuti (valore medio 8,5 accessi)
Totale minuti assistenza settimanale	84 minuti	189 minuti	510 minuti
Totale ore di assistenza annuale	73 ore	164 ore	442 ore
Personale di assistenza (1500 ore annue)	Circa 1 ogni 20 assistiti	Circa 1 ogni 10 assistiti	Circa 1 ogni 3,3 assistiti

# Secondo la DGR 326/2008

<b>Livelli assistenziali</b>	<b>basso</b>	<b>medio</b>	<b>alto</b>
Rapporto infermieri/assistiti	1/18	1/10	1/5
Rapporto terapisti/assistiti	1/34	1/17	1/10
Accessi settimanali infermieri	1-2	3-4	5-7
Accessi settimanali terapisti	0,75	1,5	3

# Stima risorse umane Posti ADI

Livelli assistenziali	basso	medio	alto	totale
Stima posti ADI DCA 429/12	15.635	8.858	1.998	26.491
personale di assistenza ai sensi DGR 325/2008	759	967	589	2.315
Infermieri ai sensi DGR 326/2008	869	886	400	2.154
Terapisti ai sensi DGR 326/2008	460	521	200	1.181
personale di assistenza ai sensi DGR 326/2008	1.328	1.407	599	3.335

«Si precisa che le Aziende USL potranno procedere al potenziamento dell'offerta tramite l'attivazione di ulteriori posti di Assistenza Domiciliare Integrata nei limiti delle risorse aziendali complessive già stabilite nell'anno 2012, tenendo conto che eventuali incrementi dei livelli di impegno di risorse in merito dovranno essere attuati in coerenza con quanto disposto dai Programmi Operativi 2013 e comunque sempre nell'ambito del budget complessivo assegnato alla Azienda USL, tramite la riallocazione delle suddette risorse assegnate.»



# Budget teorico annuale in funzione stima posti ADI

	Intensità assistenziale			Totale
	bassa	media	alta	
posti < 65	15635	8858	1998	
tariffa	€ 12,87	€ 34,74	€ 80,42	
<b>Budget annuale</b>	<b>€ 73.446.194,25</b>	<b>€ 112.320.325,80</b>	<b>€ 58.647.893,40</b>	<b>€ 244.414.413,45</b>

Nel DCA 314/2013 (Proposta piani operativi 2013-2015) si ipotizza un incremento di spesa per l'ADI nel Triennio di oltre 22 mil. di €.

Ma il budget oggi assegnato per la funzione assistenziale ADI qual'è? A quanto ammonta?

## PSR 2010-2012

“Il forte vincolo posto dal Piano di rientro, che porta a riorientare in modo deciso l’offerta dei servizi a tutela della salute dall’ospedale al territorio, si traduce nella necessità ormai improcrastinabile di avviare una compiuta riqualificazione delle attività in regime di ADI.

Essa deve passare in primo luogo per una riorganizzazione dei CAD a partire dal mandato stesso del servizio senza trascurare la necessità di definire a livello regionale e di ASL uno specifico budget di risorse umane, finanziarie e tecnologiche ad esso destinato. “



# Decreto del Commissario ad Acta

## 24 dicembre 2012, n. U00431

**La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio**



L'UVMD si configura come équipe multiprofessionale e multidisciplinare di tipo funzionale, operante nell'ambito del distretto sanitario, la cui responsabilità è in capo al Direttore di Distretto.



La DGR 40/2008 definisce che “[..] La composizione minima delle Unità di valutazione integrate varia in relazione al bisogno[..] Le figure professionali a cui è affidata la valutazione, oltre al MMG (ed il PdLS in caso di minori), sono l’infermiere, l’assistente sociale il medico di Distretto, integrate a seconda delle specifiche necessità del caso trattato da altre figure professionali [..]”.

A seconda delle esigenze specifiche della persona, quindi, l'UVMD (composizione minima) viene integrata con le figure professionali necessarie (medici specialisti, terapeuta della riabilitazione, psicologo, altre figure) afferenti sia ai Servizi/Unità operative territoriali che al Servizio sociale dell'Ente Locale.



Si sottolinea che, essendo la UVMD una équipe multiprofessionale di tipo funzionale, il contributo di ciascuna figura professionale è richiesto esclusivamente in relazione al bisogno specifico della persona da valutare e quindi la sua configurazione è variabile.



Il corretto funzionamento della UVMD presuppone uno stretto raccordo funzionale tra tutti i servizi sanitari e sociosanitari del distretto nonché con quelli sociali dell'ambito territoriale di riferimento.



# PRINCIPALI CRITICITA'

Modalità organizzativa di tipo funzionale versus modalità organizzativa di tipo strutturale



Modalità organizzativa dinamica versus modalità organizzativa di tipo statico

# PRINCIPALI CRITICITA'

Bisogni formativi all'uso della metodologia della valutazione multidimensionale, al lavoro d'equipe, al ruolo di case manager



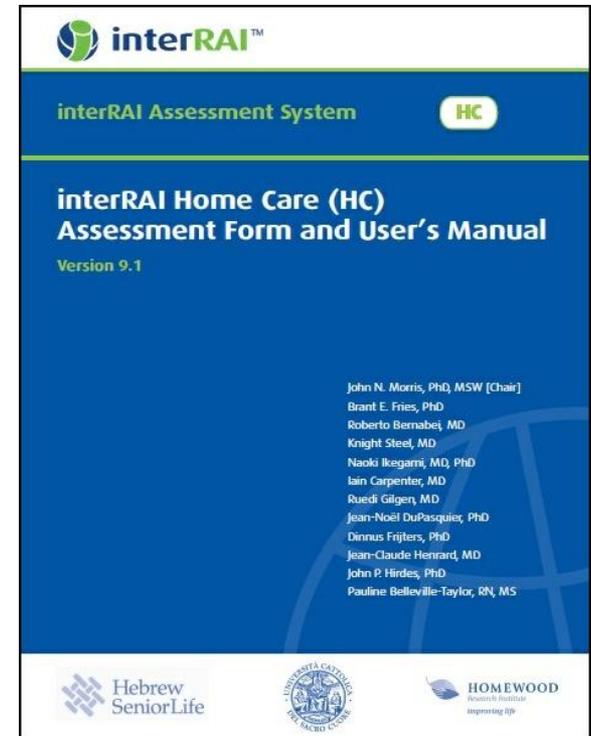
# PRINCIPALI CRITICITA'

Il coinvolgimento dei MMG e dei PLS



# PRINCIPALI CRITICITA'

Necessità di individuare strumenti di valutazione multidimensionale specifici per setting assistenziali ma omogenei a livello regionale



CES-D

Rosow-Breslow

GDS

ADL-Katz

Barthel Index

# QUALE STRUMENTO DI VMD

S.C.A.G.

IADL-Lawton

VAOR-ADI

Scala di Norton

MMSE

CIRS

Scala di NAGI

Tinetti scale

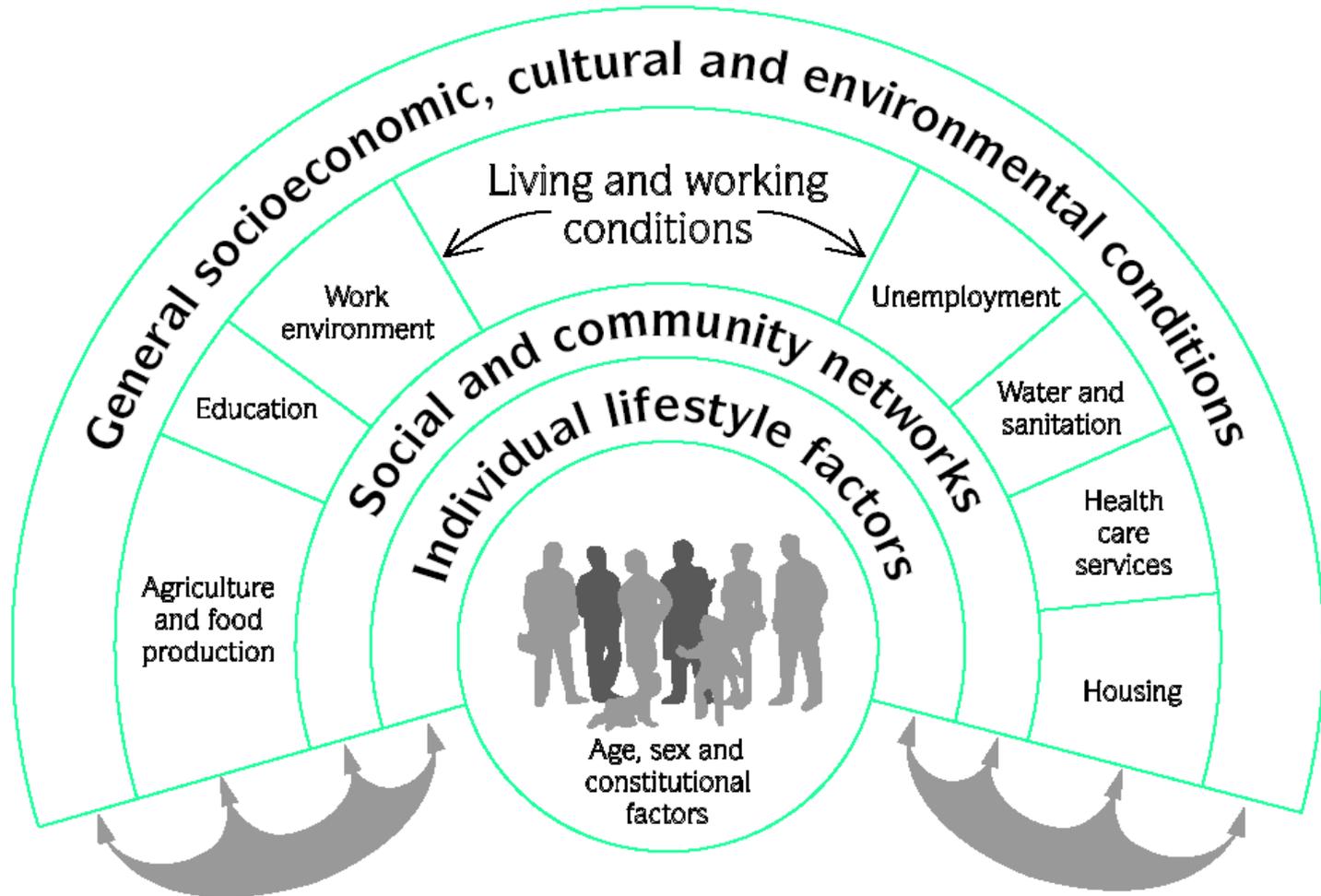
SVAMA

Disability Rating Scale

Hamilton Rating scale

# LA SFIDA DELLA COMPLESSITA'

The Main Determinants of Health



Source: Dahlgren and Whitehead, 1993

# I Servizi per il paziente complesso

**OSPEDALE** Emergenza  
Ricoveri ordinari  
Day hospital

**POST-ACUZIE** Lungodegenza

**RIABILITAZIONE** Intensiva

**RIABILITAZIONE** Estensiva  
Mantenimento

**STRUTTURE  
RESIDENZIALI** RSA  
R. Alzheimer  
Hospice  
CeCAD

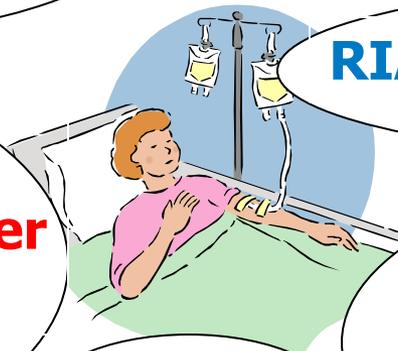
**MMG**

**STRUTTURE  
SEMIRESIDENZIALI**  
Centri Diurni  
(Anziani fragili – Alzheimer)

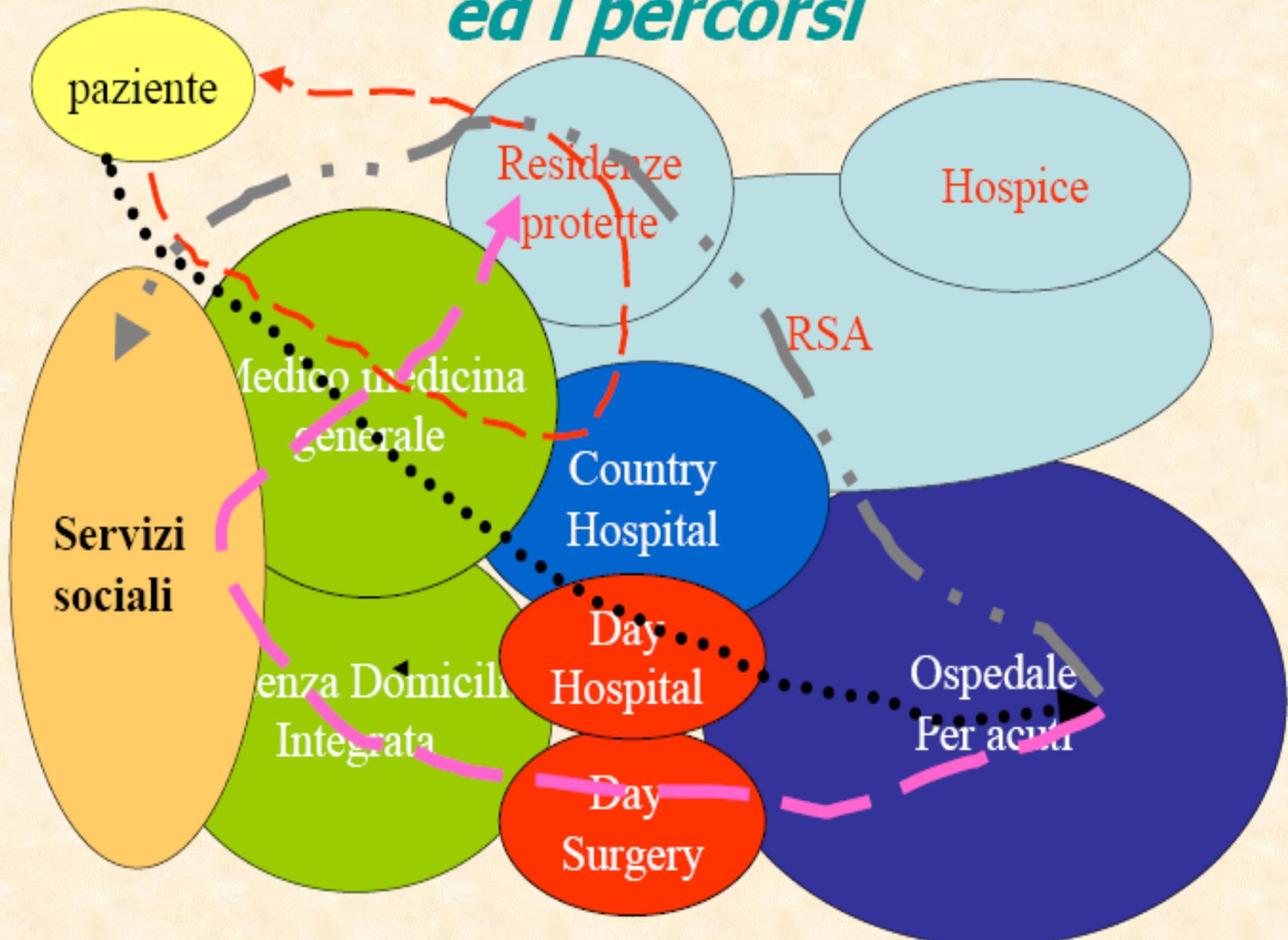
**SERVIZI DOMICILIARI**

Assistenza Domiciliare (Programmata, Integrata)  
Cure palliative a domicilio  
(Ospedalizzazione a domicilio)

**SPECIALISTICA  
AMBULATORIALE**  
Territoriale  
Ospedaliera

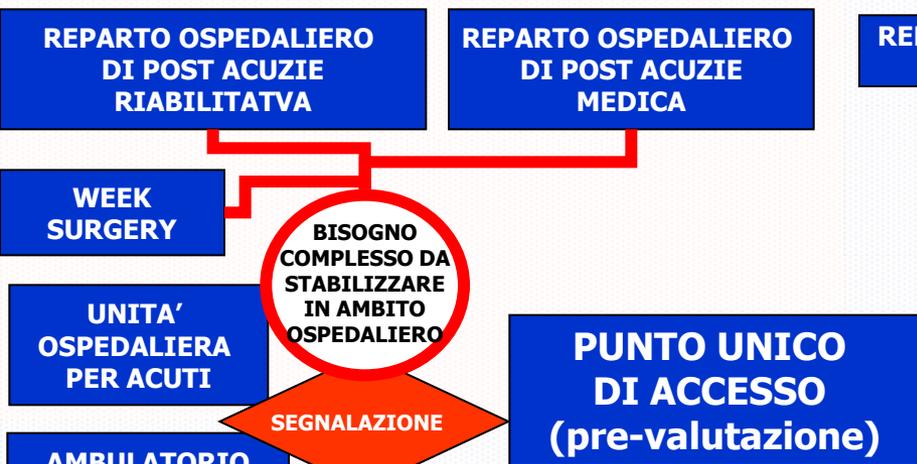


# *ed i percorsi*

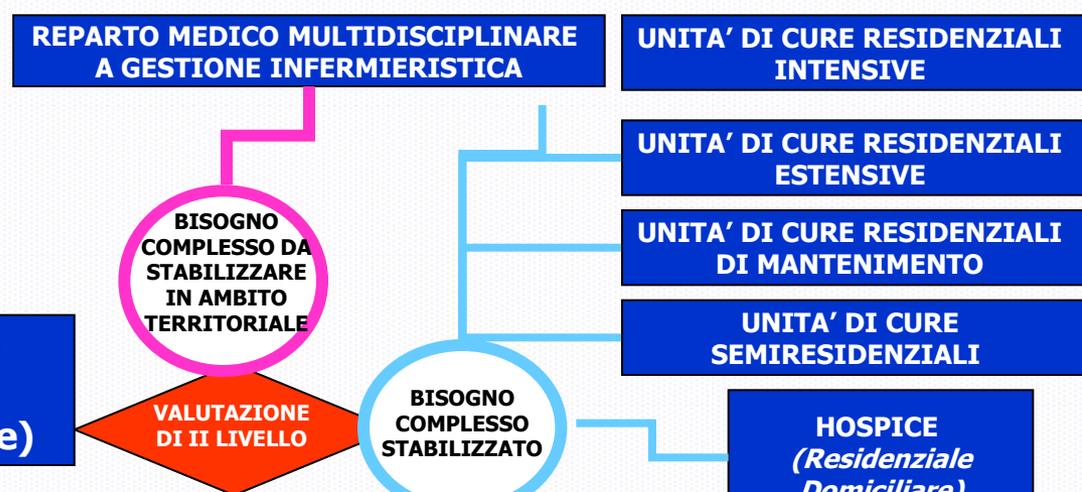


# Algoritmo decisionale per la Continuità Assistenziale e l'integrazione Ospedale Territorio

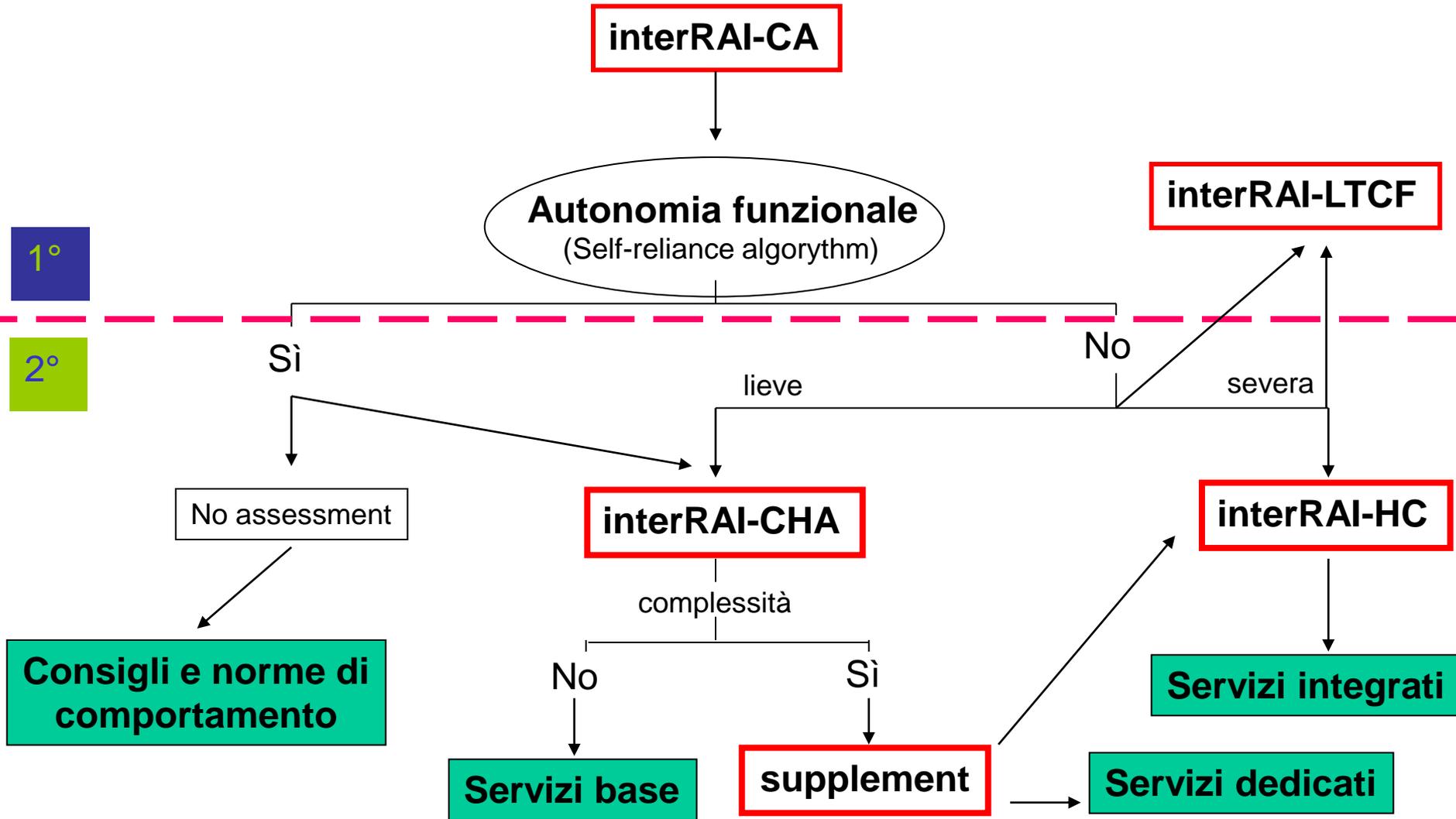
## AMBITO OSPEDALIERO



## CENTRO CLINICO ASSISTENZIALE DISTRETTUALE (CECAD)



# Livelli di valutazione





**GRAZIE PER L'ATTENZIONE !**