

REGIONE  
ABRUZZO



**FABBISOGNO DI  
AUTORIZZAZIONE E  
ACCREDITAMENTO DI  
STRUTTURE SOCIO-SANITARIE  
PREPOSTE ALL'ASSISTENZA  
DOMICILIARE. PERCORSO  
METODOLOGICO**



## Sommario

1. Premessa.....	2
2. Fabbisogno di autorizzazione e accreditamento di strutture di ADI .....	3
3. Presa in carico degli utenti nel regime dell'accREDITamento. ....	4
4. Risorse per l'incremento della presa in carico.....	4



## 1. Premessa

La Regione Abruzzo ha previsto, in linea con gli obiettivi strategici del Piano di Riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale, un rafforzamento dell'assistenza domiciliare che risulta indispensabile, sia per migliorare l'efficacia del SSR, sia per una corretta integrazione della qualità assistenziale a favore dei pazienti.

L'intervenuta approvazione del DPCM del 12/01/2017 di aggiornamento dei LEA ha reso, inoltre, necessario aggiornare quanto previsto nell'allegato E del "*Piano di risanamento Sistema Sanitario Regionale 2007-2009*" dedicato al sistema delle cure domiciliari, caratterizzando in via prioritaria i livelli di intensità assistenziale delle cure domiciliari, in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 22 del citato DPCM sui nuovi LEA e definendo, altresì, i criteri di eleggibilità dei soggetti nei differenti livelli di intensità assistenziale.

Nel DPCM 12 gennaio 2017, art.22, le cure domiciliari sono articolate, in relazione al bisogno di salute dell'assistito, al livello di intensità e alla criticità e complessità del caso, in ADI di I^ livello caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30, ADI di II^ livello caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50 e ADI di III^ livello caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, e per questo si è previsto di collegare ai livelli di complessità alto, medio e basso il relativo valore CIA all'interno del livello di appartenenza.

il Coefficiente di Intensità Assistenziale ( $CIA = GEA/GDC$ ) misura il rapporto tra giornate effettive di assistenza (GEA) e giornate di cura (GDC) relative al periodo di presa in carico.

In Regione Abruzzo la L.R. n. 19 del 23 luglio 2018 all'articolo 2 ha introdotto modifiche alla L.R. 32/2007, inserendo in aggiunta tra le tipologie di strutture soggette ad autorizzazione le "*strutture per l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie cui afferiscono le funzioni di coordinamento e di gestione dei percorsi assistenziali a domicilio per le persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità*".

La Delibera di Giunta Regionale n. 693 del 18 settembre 2018, nell'approvare il Documento Tecnico "*Autorizzazione e Accredimento delle Cure Domiciliari*", ha precisato che "*il fabbisogno teorico stimato delle prestazioni domiciliari, come rappresentato nel Documento Tecnico "Autorizzazione e Accredimento delle Cure Domiciliari", sarà oggetto di rivalutazione, sia a seguito di una verifica di congruità da parte delle AUSL, sia a seguito dell'analisi delle prestazioni erogate in coerenza con le indicazioni contenute nel Documento Tecnico e della verifica della qualità e completezza del flusso SIAD*". L'atto giuntale ha quindi demandato all'ASR Abruzzo, in collaborazione con il competente Servizio regionale Programmazione Socio-Sanitaria, il compito di elaborare e definire in modo analitico e di dettaglio "*le procedure per il rilascio dell'Autorizzazione e dell'Accreditamento in materia di cure domiciliari*".

Il Decreto del Ministero della Salute 23 gennaio 2023 ha ripartito le risorse relative all'investimento M6-C1-1.2.1. «*Casa come primo luogo di cura (ADI)*» del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), pari a complessivi 2,72 miliardi di euro.

Il Decreto impone alle Regioni il raggiungimento, alla data del 31 dicembre 2025, del target di assistenza individuato dal PNRR nella Missione 6, Componente 1, Investimento 1.2 «*Casa come primo luogo di cura e telemedicina*» che programma la presa in carico di almeno al 10% dei pazienti regionali over 65 anni.

L'obiettivo è stato stimato dal Ministro tenendo conto dell'evoluzione del flusso SIAD che rileva le cure erogate in ambito domiciliare relative ai differenti livelli assistenziali quali ADI ordinaria e cure palliative; per il suo raggiungimento, monitorato dall'AgeNaS sulla base del predetto flusso informativo, le Regioni possono utilizzare le risorse del FSR – trattandosi di prestazioni ricomprese nei LEA – e quelle dell'investimento 1.2.1, M6C1.



In attuazione del DM 23 gennaio 2023, la Regione Abruzzo intende aggiornare i requisiti di autorizzazione e di accreditamento delle cure domiciliari per adeguarli agli standard definiti nell'Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021 e concretizzare la stima dei bisogni assistenziali regionali di ADI teoricamente individuati dalla DGR n. 693/2018, nell'ottica dei procedimenti disciplinati dalla LR n. 32/2007 e ss.mm.ii. funzionali alla costituzione di una rete regionale di assistenza effettivamente in grado di garantire il target individuato dal PNRR.

*Medio tempore*, la presa in carico di almeno al 10% dei pazienti regionali over 65 anni, viene garantita, a tutela dei LEA, dalle AA.SS.LL. anche attraverso gli accordi quadro conclusi all'esito della gara europea a procedura aperta che l'Agenzia Regionale dell'Abruzzo per la Committenza (AreaCom) - già ARIC - ha bandito con Determina n. 166 del 26 luglio 2022 ed aggiudicato con Determinazione n. 46 del 16 marzo 2023.

## 2. Fabbisogno di autorizzazione e accreditamento di strutture di ADI

Non rinvenendosi in sede regolamentare e in letteratura, criteri univoci per la definizione dei fabbisogni di strutture di ADI, per determinare i punti erogativi pubblici o privati suscettibili di autorizzazione, si fa riferimento ad uno standard teorico minimo di prestazioni corrispondente a n. 1.000 prese in carico annue<sup>1</sup> (di seguito PIC) per singolo punto erogante, in linea con il Documento tecnico approvato dalla DGR 693/2018.

Dal rapporto tra le PIC complessive calcolate (di anziani e disabili) e lo standard minimo definito (1.000 prese in carico) si ottengono i punti equivalenti alle strutture cui afferiscono le funzioni di gestione delle cure domiciliari per provincia, assumendo su base empirica, per una adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali domiciliari, l'equivalenza per ciascuna annualità di: 1 paziente = 1 PIC. Ogni Presa in Carico è contabilizzata se risulta avere almeno 1 accesso registrato nel flusso SIAD.

Si precisa che lo standard di 1.000 prese in carico deve essere inteso come valore teorico minimo di riferimento finalizzato a garantire condizioni di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni di assistenza domiciliare, in rapporto alla composizione quantitativa e qualitativa del personale necessario, parametrato a **un set minimo di 1.000 prestazioni** (PIC) e relativi multipli.

Per la definizione del fabbisogno autorizzatorio, i punti equivalenti di erogazione corrispondono alle strutture autorizzabili "per l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie cui afferiscono le funzioni di coordinamento e di gestione dei percorsi assistenziali a domicilio per le persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità", ai sensi dell'art. 2 della L.R. n. 32/2007 e ss.mm.ii.

Nella tabella seguente è rappresentato il predetto fabbisogno di autorizzazione e accreditamento massimi per anno, espresso in punti equivalenti di erogazione, stimati secondo lo standard teorico minimo di 1.000 prese in carico.

Per ciascun anno, il fabbisogno di autorizzazione è coincidente con quello di accreditamento (ambidue massimi per anno), in quanto ai sensi dell'Intesa Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021:

- l'estensione alle cure domiciliari del sistema di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale dei soggetti erogatori, è finalizzato a garantire equità nell'accesso ai servizi e qualità delle cure nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza;

<sup>1</sup> In proposito, si veda quanto riportato nel Paragrafo "Criteri sugli standard minimi di prestazioni".



- l'obiettivo dell'accREDITAMENTO è oggetto del monitoraggio annuale da parte del Ministero della Salute tramite il "Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accREDITAMENTO nazionale" previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR).

<b>Stima fabbisogno di autorizzazione e accREDITAMENTO 2022-2025</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>
Anziani (target DM 23/01/23)	20.479	26.697	32.904	34.344
Palliativi (target art. 3, comma 4 bis, L. 38/2010)	3.763	4.880	5.997	7.114
Altri casi di ADI generale (ipotesi di crescita del 2%)	4.424	4.512	4.603	4.695
<b>TOTALE</b>	<b>28.666</b>	<b>36.089</b>	<b>43.504</b>	<b>46.153</b>
<b>Punti erogativi totali autorizzabili e accREDITABILI per anno (dato cumulato, non addizionale)</b>		<b>36</b>	<b>44</b>	<b>46</b>
ASL 201		8	10	11
ASL 202		11	13	14
ASL 203		9	11	11
ASL 204		8	10	10
<b>Previsione popolazione anziana Istat</b>		<b>324.336</b>	<b>328.481</b>	<b>333.132</b>
ASL 201		75.306	76.268	77.348
ASL 202		98.210	99.465	100.874
ASL 203		77.175	78.161	79.268
ASL 204		73.645	74.586	75.642
<b>Previsione popolazione complessiva Istat</b>		<b>1.269.540</b>	<b>1.265.556</b>	<b>1.262.005</b>
ASL 201		287.504	286.602	285.798
ASL 202		371.840	370.673	369.633
ASL 203		312.055	311.076	310.203
ASL 204		298.141	297.205	296.371

### 3. Presa in carico degli utenti nel regime dell'accREDITAMENTO.

Sotteso al nuovo modello di presa in carico è il criterio della libera scelta da parte dell'utente, che esprime la preferenza relativamente al soggetto erogatore di propria fiducia, alimentando così la crescita dei livelli qualitativi dell'offerta in base al principio del "*patient-reported outcome*". Nel regime dell'accREDITAMENTO, ciascuna ASL avrà cura di pubblicare, all'interno del proprio sito internet, l'elenco delle strutture accREDITATE sul territorio di competenza con l'indicazione degli operatori, delle prestazioni erogabili e ogni altra informazione ritenuta utile.

La ASL provvederà ad inoltrare il Piano Assistenziale Individuale (PAI) alla struttura indicata dall'assistito nell'ambito di una Lista di preferenze, seguendone l'ordine. La struttura dovrà garantire termini certi di riscontro della richiesta e di inizio della presa in carico. Qualora la struttura interpellata non riscontri la richiesta nel termine comunicato o dichiarerà di non essere in grado di assicurare la presa in carico nella tempistica sopra indicata, l'ASL contatterà le ulteriori strutture indicate nella Lista di preferenza, seguendone l'ordine. Nell'ipotesi in cui tutte le strutture indicate dall'assistito non si dichiarino disponibili ad erogare l'assistenza nei sopra tempi stabiliti, l'ASL individuerà la struttura secondo un criterio di rotazione tra gli erogatori presenti in ambito provinciale.

### 4. Risorse per l'incremento della presa in carico



A livello ministeriale è stato stimato, ai fini del riparto delle risorse per il potenziamento ADI, un costo medio ponderato per la presa in carico a domicilio pari a euro 1.977,94 per persona all'anno, calcolato utilizzando il costo totale previsto all'ultimo anno di intervento di euro 1.599.809.757 per trattare a domicilio tutti i pazienti attesi al 2025, pari a 808.827 a livello nazionale.

Ai sensi dell'art. 1, comma 4, del D.L. 34/2020, *“nel rispetto dell'autonomia regionale in materia di organizzazione dei servizi domiciliari, le regioni e le province autonome sono autorizzate ad incrementare la spesa del personale nei limiti indicati al comma 10”*.

A lettera del comma 10, *“le regioni sono autorizzate, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente, ad incrementare la spesa di personale, a decorrere dal 2021 per l'attuazione dei commi 4, 5 dell'art. 1 nella tabella B allegata al Decreto, a valere sulle risorse stanziare dal Decreto per la componente di presa in carico domiciliare”*.

Il potenziamento dell'assistenza domiciliare, in modo particolare per la componente medico specialistica e infermieristica può essere prioritariamente previsto con la quota del finanziamento ex D.L. 34/2020 (art. 1, commi 4 e 5) nuovamente evidenziata anche nel DM 23 gennaio 2023 (riparto risorse ADI).

**Ripartizione spesa personale territoriale a decorrere dall'anno 2021 e successivi (DL 34/2020):**

Abruzzo: € 4.041.654,21 per ADI (art. 1, comma 4 DL 34/2020 – ADI anche, sia pure in modo non esclusivo, *“per rafforzare i servizi di assistenza domiciliare integrata per i pazienti in isolamento domiciliare o sottoposti a quarantena nonché per i soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità tutelate ai sensi del Capo IV del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 50”*)

Abruzzo: € € 10.511.053,51 (art. 1, comma 5 DL 34/2020 – Infermieri; *“al fine di rafforzare i servizi infermieristici [...], per potenziare la presa in carico sul territorio [...] di tutti i soggetti di cui al comma 4”*, quindi anche dei pazienti in ADI).

Riparto delle risorse per il potenziamento dell'ADI ai sensi del DM 23 gennaio 2023:

REGIONE Abruzzo	Risorse art.1 commi 4 e 5 DL 34/2020	Risorse da PNRR - Anticipazione	Incremento pz over 65 - DL3	Incremento pz over 65 - PNRR	Obiettivo: Incremento totale pz over 6
2022	9.187.691 €	2.310.024 €	4.645	1.168	5.813
2023	9.187.691 €	14.609.608 €	4.645	7.386	12.031
2024	9.187.691 €	26.885.357 €	4.645	13.593	18.238
2025	9.187.691 €	29.734.193 €	4.645	15.033	19.678