

Confederazione
Associazioni
Regionali di Distretto
Società Scientifica delle attività
Sociosanitarie Territoriali

XXIII CONGRESSO NAZIONALE CARD

Le Cure Domiciliari nei Distretti della Campania: nuove prospettive

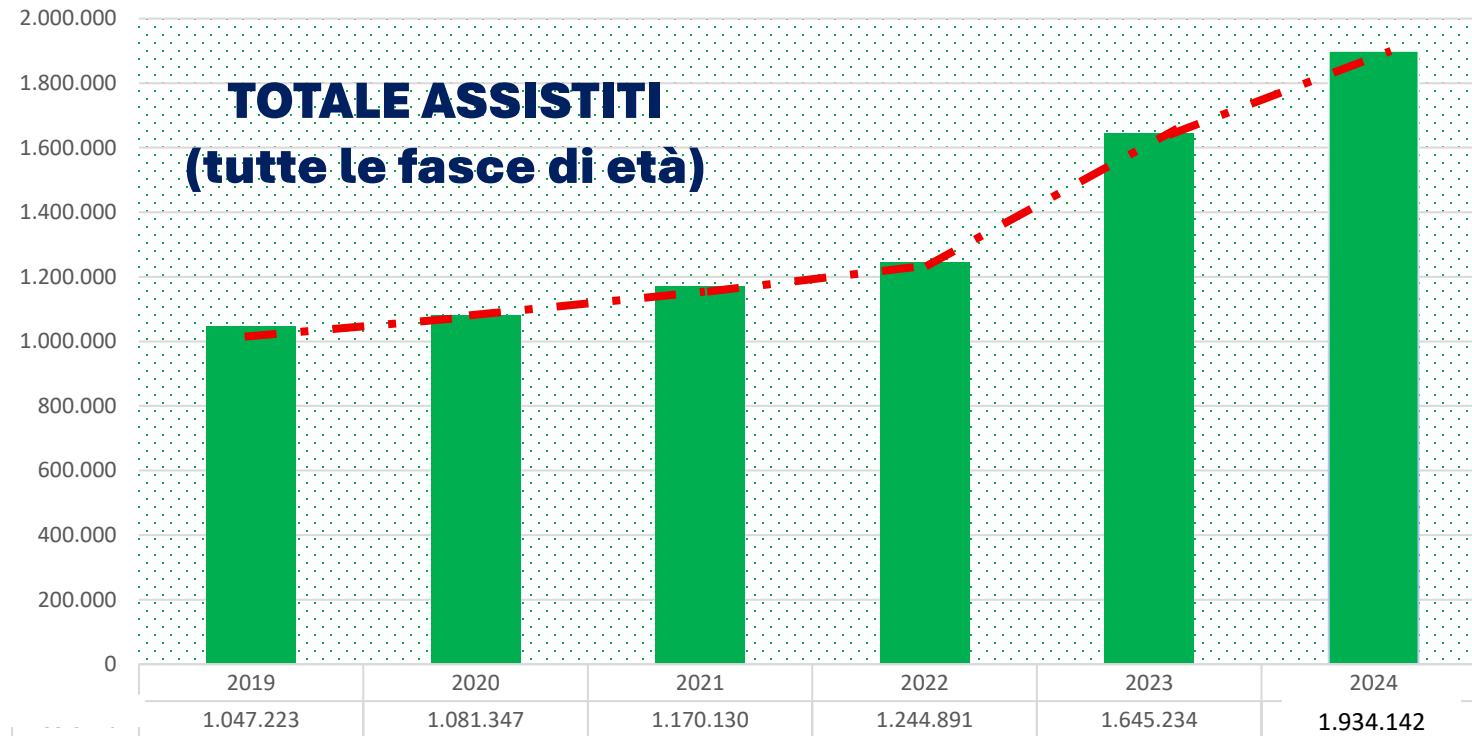
17 ottobre 2025

**Relatore Guido Corbisiero
Già Direttore di Distretto ASL Napoli 3 Sud**

BV | PRESIDENT HOTEL
Via Alessandro Volta 47/49, Rende (CS)



STATO DELLE CURE DOMICILIARI IN ITALIA



Fonte: SIAD (Sistema Informativo Assistenza Domiciliare)

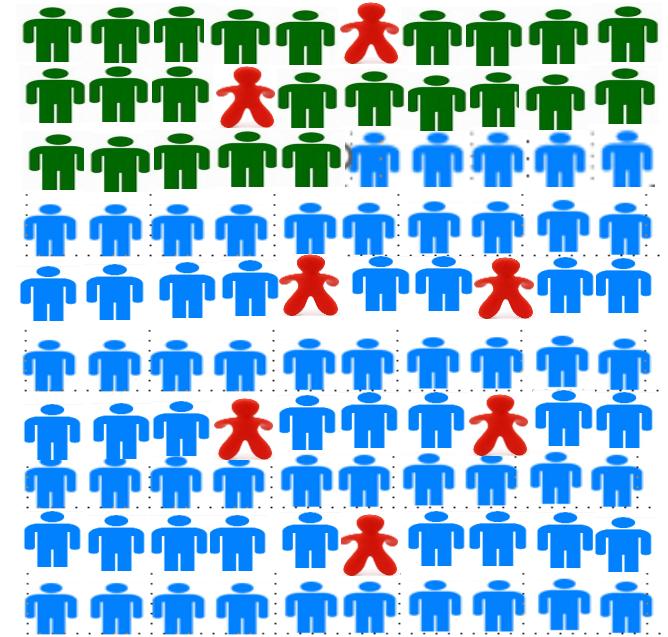
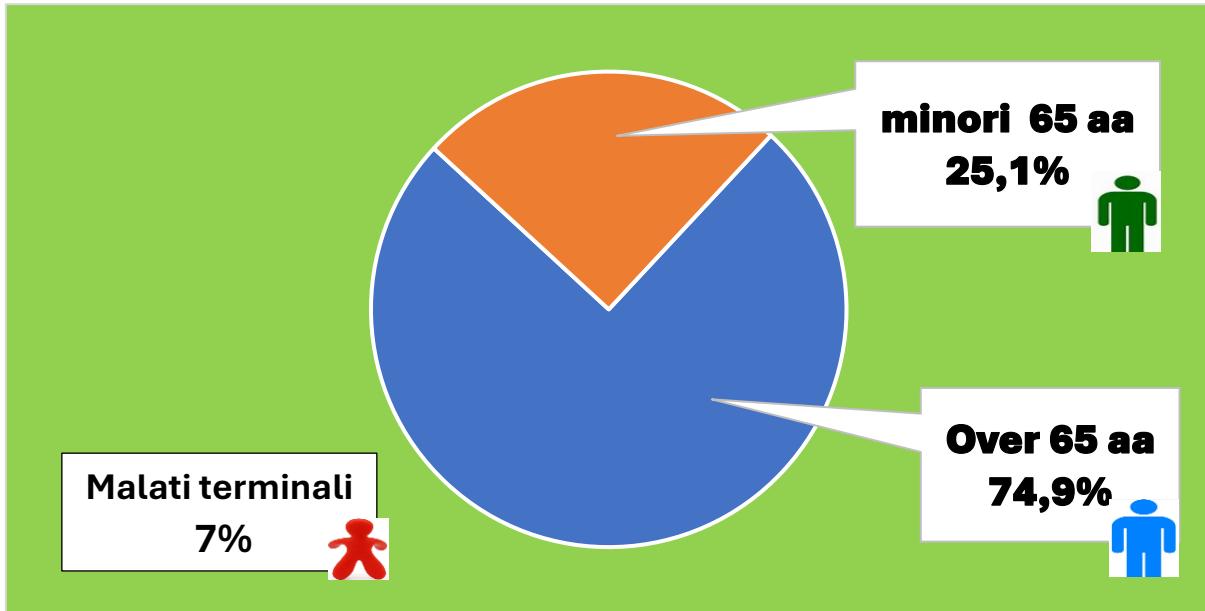
Si osserva un netto incremento degli assistiti in Cure Domiciliari (**con almeno una prestazione domiciliare**), passando da **1.047.223** del 2019 → a **1.645.234** assistiti nel 2023 → a **1.934.142** assistiti nel 2024.

N.B. - Incrementi minimi negli anni della Pandemia Covid 19 (OMS = 30.01.2020 → 05.05.2023)

PNBR CdM 13.07.21 → DM/77 23.5.22

Totale assistiti in cure domiciliari

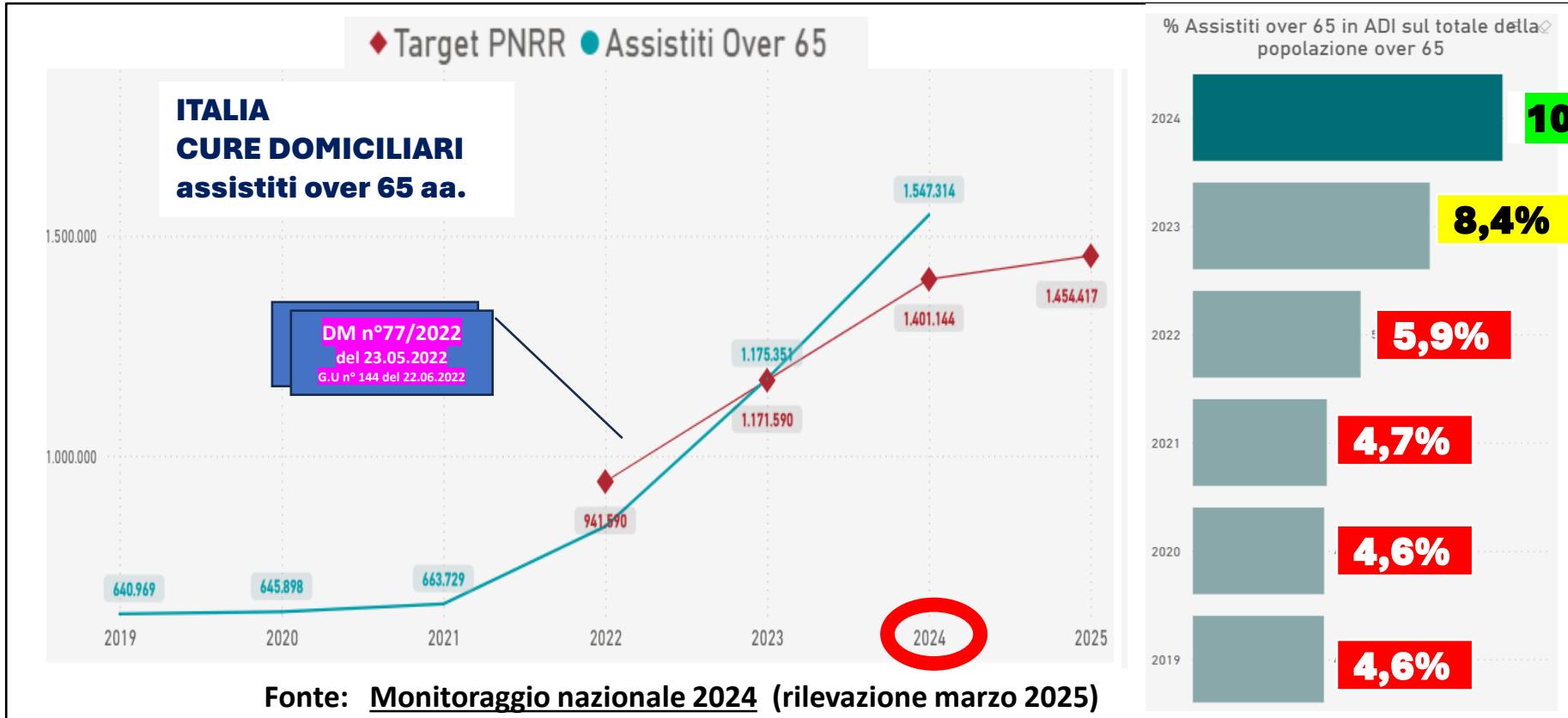
Anno 2023



FONTE: Annuario Statistico SSN 2023 – MdS

Nel 2023 sono stati assistiti al proprio domicilio 1.645.234 pazienti, di cui:

- il 74,9 % over 65 aa → 1.232.280 pz.
- il 25,1% di età inferiore → 412.954
- il 7 % (115.166) di tutti i suddetti pazienti sono malati terminali



Si osserva **un aumento considerevole dell'assistenza domiciliare agli over 65 anni (con almeno una prestazione domiciliare)** passando da 640.969 (2019) → a 645.898 (2020) → a 663.729 (2021) → a 839.483 (2022) → a 1.175.351 (2023) → a 1.547.314 (2024).



In realtà emerge un dato preoccupante (!)

- ❖ L'assistenza domiciliare riferita alle C.D. PRESTAZIONALI + Cure Domiciliari INTEGRATE (ADI) di livello zero/base **SI È AMPLIATA**, passando dal 41,3% (2021) → al 58,9 % (2023).
 - ❖ Le C.D. INTEGRATE (ADI) 1°-2°-3° liv. e CP per pazienti con “bisogni complessi” **SI È RIDOTTA** passando dal 58,7% (2021) → al 41,1% (2023)



TABELLA 1

CURE DOMICILIARI agli Assistiti over 65 aa con intensità assistenziale espressa in %

intensità assistenziale espressa in %						
	2021	2022	2023		2024	
TOTALE ASSISTITI	1.170.130	1.244.891	1.645.234		xxxxxxxx	
ASSISTITI OVER 65	663.729	634.483	1.175.351		1.547.314	
C.D. PRESTAZIONALI° (accessi occasionali o a ciclo programmato)						
+ CURE DOMICILIARI <u>INTEGRATE</u> (ADI) (livello zero/ base) **	41,3%	274.120	58,9 % 	692.282
CURE DOMICILIARI <u>INTEGRATE</u> (ADI) (<u>1° - 2° - 3°</u> livello - Cure Palliative)	58,7%	389.609	41,1% 	483.069



17,6%

* **C.D. PRESTAZIONALI** = Interventi «occasionali o a ciclo programmato» in risposta ad un bisogno medico, infermieristico e/o riabilitativo.

** **IL LIVELLO ZERO/ BASE** (fino a quattro interventi mese), non previsto dalla Commissione LEA, è stato richiesto da alcune regioni.



ITALIA

ANALISI CIA (Coefficientsi Intensità Assistenziale)



TABELLA

Intensità assistenziale per gli anziani over 65 aa
espressa in percentuale (%)

TABELLA: Anziani over 65 aa.		2021		2023	
INTENSITÀ ASSISTENZIALE (espressa in percentuale)		Assistiti over 65 663.729		Assistiti over 65 1.175.351	
C.D. Prestazionali	Interventi "occasionali" oppure "a ciclo programmato"	14,7%	14,7%	38,8%	38,8%
Cure domiciliari Integrate (ADI)	CIA liv. 0/base (fino a 4 accessi mese)	26,5%	85,3 %	20,1%	61,2%
	CIA 1° liv.	22,1%		15,5%	
	CIA 2° liv.	22,8%		15,9%	
	CIA 3° liv.	3,2%		2,1%	
	Cure Palliative (CIA 4° liv.)	10,7%		7,6%	
		100%		100%	

Standard Qualificanti i LEA Cure Domiciliari	
Profilo di cura	CIA (GEA/GdC)
CD integrate di Livello Zero*	0 - 0,13
CD integrate di Primo Livello	0,14 - 0,30
CD integrate di Secondo Livello	0,31 - 0,50
CD integrate di Terzo Livello	0,51 - 0,60
CD integrate di Cure palliative terminali oncologico/ non oncologico	0,61 - 1

CIA * = GEA/GdC

(Giornate Effettiva Assistenza / Giornate di Cura)

- IL LIVELLO ZERO, non previsto dalla Commissione LEA, è stato richiesto da alcune regioni
- a) per misurare la numerosità dei PAI con CIA fino a 0,13.
- b) per distinguerlo dall'ADP (Assistenza Domiciliare Programmata)

TABELLA

Intensità assistenziale per gli anziani over 65 aa
espressa in valori assoluti

INTENSITÀ ASSISTENZIALE	2021	2023	Differenza 2021/2023	Quante volte in più o in meno
C.D. prestazionali Interventi "occasionali" oppure "a ciclo programmato"	97.569	456.036	+ 358.467	4,7 volte in più
Cure domiciliari Integrate (ADI)	CIA livello 0/ base	175.888	133.409	- 42.479 1,3 volte in meno
	CIA 1° liv.	146.684	182.179	+ 35.495 1,2 volte in più
	CIA 2° liv.	151.330	186.880	+ 35.550 1,2 volte in più
	CIA 3° liv.	21.239	24.682	+ 3.443 1,2 volte in più
	Cure Palliative (CIA 4° liv.)	71.019	89.326	+ 18.307 1,2 volte in più

- C.D. Prestazionali (interventi occasionali o a ciclo programmato) sono in % e in valore assoluto in forte aumento.
- C.D. Integrate (ADI) → con CIA liv. 0/base sono in % e in valore assoluto in diminuzione
- C.D. Integrate (ADI) → con CIA 1° - 2° e 3° livello e C.P. sono % in diminuzione mentre sono in valore assoluto in aumento



Ciò significa che ...

LE PRESE IN CARICO EFFETTIVA in ADI per pazienti con "bisogni complessi" con UVI → PAI → PEI



STANNO PASSANDO IN SECONDO PIANO !



ADI 1° liv.



ADI 2° liv.



ADI 3° liv.



CURE PALLIATIVE

LE C.D. PRESTAZIONALI
interventi "occasionali"
oppure
"a ciclo programmato"
di nessuna complessità



STANNO AUMENTANDO !



Pur **NON essendo capaci di ottenere esiti** (esempio: diminuzione recidive per scompensi, accessi evitabili in PS/Ospedale, ecc.) o **almeno miglioramento della qualità di vita.**



XXII CONGRESSO NAZIONALE CAND
XVII CONFERENZA CURE DOMICILIARI
DETTO DI CURE DOMICILIARI
LA CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA
10-16 OTTOBRE
CONFERENZA NAZIONALE CAND



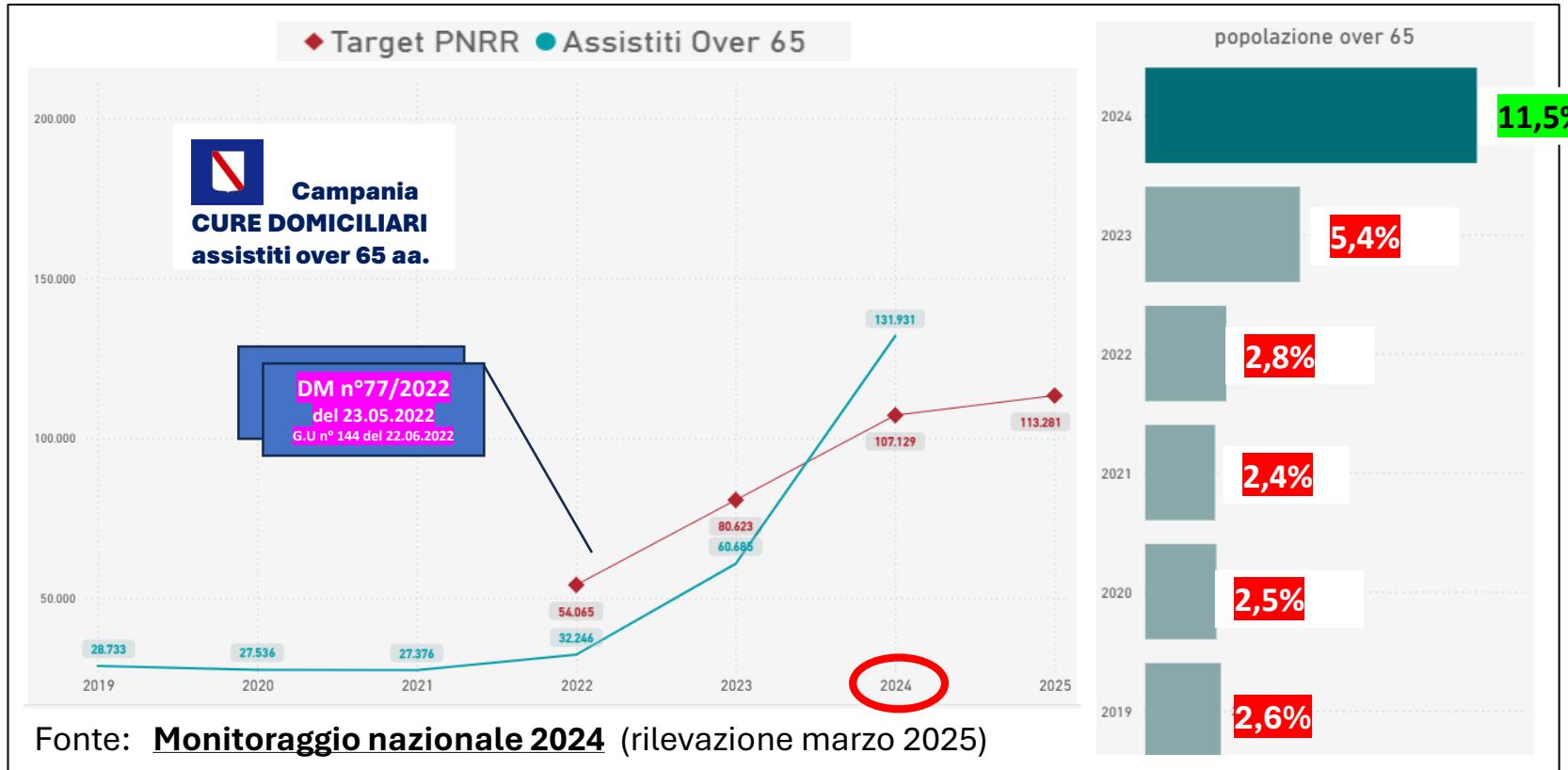
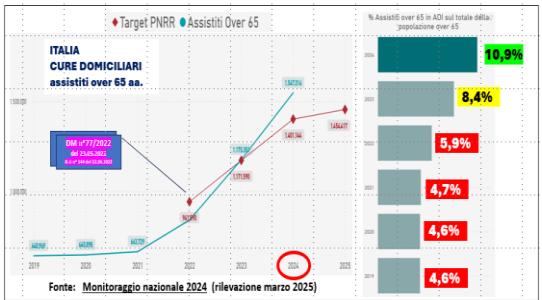
COSA SUCCIDE IN CAMPANIA ?





Italia

CAMPANIA ASSISTITI over 65 in CURE DOMICILIARI sul TOTALE della POPOLAZIONE over 65



*Pandemia Covid 19 proclamata dall'OMS il 30.01.2020 e chiusa il 05.05.2023
➔ PNRR CdM 13.07.21
➔ DM/77 23.5.22

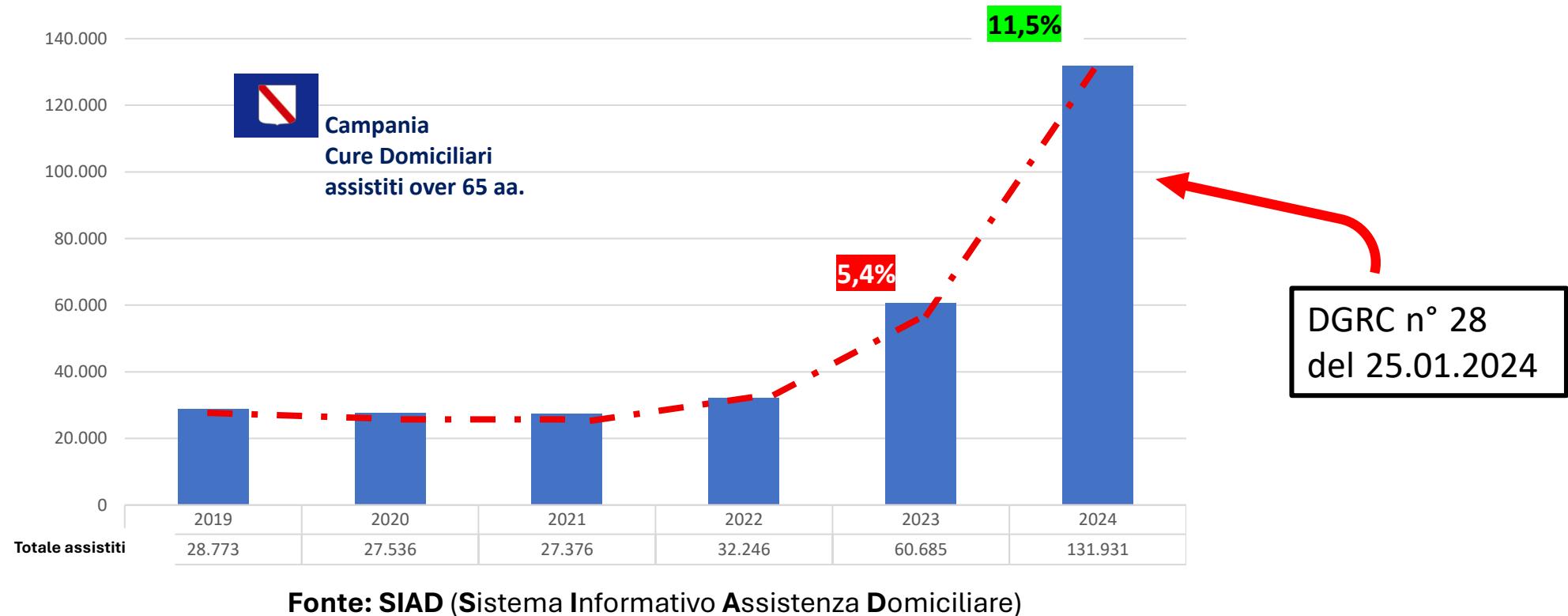
Si osserva un aumento considerevole dell'assistenza domiciliare agli over 65 anni passando da 28.773 (2019) ➔ a 27.536 (2020) ➔ a 27.376 (2021) ➔ a 32.246 (2022) ➔ a 60.685 (2023) ➔ a 131.931 (2024).



REGIONE CAMPANIA

ASSISTITI over 65 in CURE DOMICILIARI

sul TOTALE della POPOLAZIONE over 65



Si osserva un netto incremento degli assistiti in Cure Domiciliari, passando da **60.685** assistiti nel 2023 → a **131.931** assistiti nel 2024, avendo anche in Campania inserito le **C.D. Prestazionali (interventi «occasionali» o «a ciclo programmato»)** e **C.D. livello 0** con DGRC n° 28 del 25.01.2024.



REGIONE CAMPANIA

TABELLA
Intensità assistenziale per gli anziani over 65 aa
espressa in valori assoluti e in percentuale %



TABELLA: Anziani over 65 aa		2021	2023	Diff.	2024
INTENSITÀ ASSISTENZIALE		Assistiti over 65 29.710 (Pop. > 65 aa = 1.133.462)	Assistiti over 65 60.214 (Pop. > 65 aa = 1.169.023)		Assistiti over 65 131.931 (Pop. > 65 aa = 1.169.023)
Cure Domicil. Prestazionali → Interventi "occasionali" oppure "a ciclo programmato"					---
Cure domiciliari Integrate (ADI)	CIA liv. 0 → (GdC 0)	2.789	///	11.976	///
	CIA base (fino a 4 accessi/m)	1.870	///	14.523	24,2%  
	CIA 1° liv.	6.553	22%	13.723	22,9% 
	CIA 2° liv.	13.677	46 %	18.270	30,4%  
	CIA 3° liv.	2.548	8,6 %	4.232	7,1% 
	Cure Palliative (CIA 4° liv.)	6.932	23,4%	9.466	15,4%  
		100		100	100



- ❖ **C.D. Prestazionali (interventi occasionali o a ciclo programmato) + CIA liv. 0**, inserite solo a partire dal 2024, risultano in aumento sia in valore assoluto che in percentuali (%).
- ❖ **C.D. Integrate (ADI) → con CIA base – CIA 1** inserite già nel 2023, risultano in aumento sia in valore assoluto.
- ❖ **C.D. Integrate (ADI) → con CIA 2° e 3° livello e C.P.** sono in aumento in valore assoluto, mentre sono in diminuzione in percentuali (%).



STATO DELLE CURE DOMICILIARI

RISCHIO:

“IL RISCHIO PER L’ITALIA è *fare bella figura con l’Europa*
e una *pessima figura con i pazienti in Italia*

Tonino Aceti (Presidente di Salutequità)



“IL RISCHIO PER LA CAMPANIA è *fare bella figura con l’Italia* e
una *pessima figura con i pazienti in Campania*

Guido Corbisiero (Vicepresidente CARD Campania)



*Infatti i numeri dell’utenza sono saliti
a discapito dell’intensità e della durata del servizio*

?



Perché stiamo puntando su:

- a) su un **MODELLO PRESTAZIONALE** che bada più alla quantità delle persone;
- b) **NON** su un **MODELLO DI VERA PRESA IN CARICO DOMICILIARE** per chi ha bisogno di cure più intense e continuative.



STATO DELLE CURE DOMICILIARI in Campania



- QUALI i MOTIVI
di questo
cambiamento ?**
- **Quanto può dipendere dall'esternalizzazione del servizio ?**
 - Problemi nell'accreditamento → **BANDI**
 - Governance dei Distretti e Servizi Centrali per la gestione dei servizi interni ed esterni → secondo i livelli di intensità assistenziale
 - **Carenza di personale qualificato** personale dip. /accreditato
 - **Ore di assistenza per paziente in diminuzione** (media annua).
 - **Non sufficiente utilizzo delle tecnologie** (device per telemedicina)
 - **Tipologia dei controlli delle prestazioni rese** (controlli burocratico amministrativi e valutazione esiti comprese le verifiche di qualità percepita dell'utente (*customer satisfaction*))
 - **Garanzia dell'equità ridotta** (condizionata da fattori: culturali / sociali / economici / limitazioni di accesso)



Le Cure Domiciliari nei Distretti della Campania NUOVE PROSPETTIVE



► Stratificazione della popolazione
→ Analisi dei bisogni di salute

► “Cartella clinica domiciliare” inserita nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

► Potenziamento telemedicina (televisita, telemonitoraggio, teleconsultazione ...) → Aree Interne



► Assicurare una corretta distribuzione delle C.D., secondo i bisogni nei diversi livelli di intensità assistenziale, con adeguata assistenza domiciliare (insostenibilità cure private)

► Monitoraggio REGIONE e ASL per disporre di informazioni cadenzate sugli esiti di salute e sulla qualità del servizio con l'introduzione di indicatori di qualità.

► Formazione del personale, valorizzando competenze e benessere organizzativo e ampliando l'organico infermieristico, medico e assistenti sociali



continua ...



Rendere le **COMUNITÀ** protagoniste



tra professionisti sanitari, associazioni di pazienti, sindacati, parrocchie ecc.

PROCESSI di CO-PROGETTAZIONE per **definire priorità** → **assumere decisioni**



Le Cure Domiciliari nei Distretti della Campania: nuove prospettive





STATO DELLE CURE DOMICILIARI in Campania



Garanzia dell'equità ridotta

(condizionata da fattori: culturali / sociali / economici / limitazioni di accesso)

Tipologia dei controlli delle prestazioni rese

(controlli amministrativi e valutazione esiti comprese le verifiche di qualità percepita dell'utente (*customer satisfaction*))

Non sufficiente utilizzo delle tecnologie

(device per telemedicina ...)

Quanto può dipendere dall'esternalizzazione del servizio ?

- Problemi nell'accreditamento → **BANDI**
- Governance dei Distretti e Servizi Centrali per la gestione dei servizi interni ed esterni
→ secondo i livelli di intensità assistenziale

Carenza di personale qualificato

personale dip. /accreditato



Ore di assistenza per paziente in diminuzione (media annua).

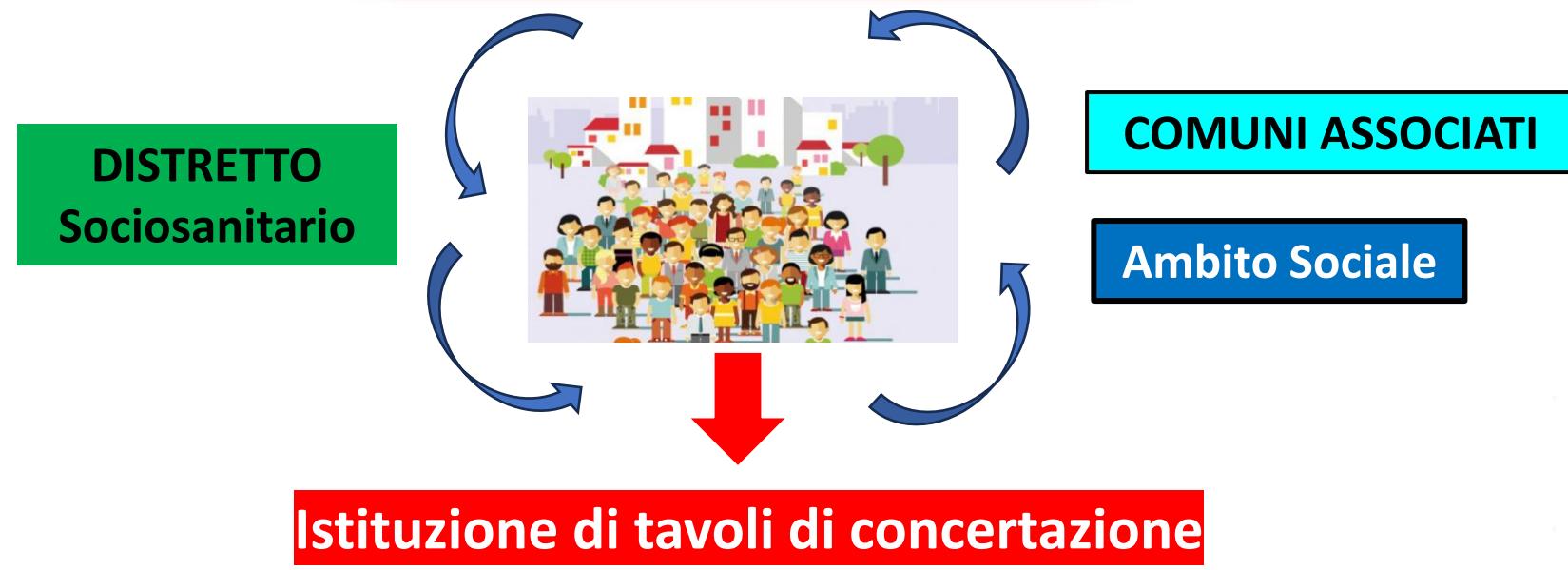


NUOVE PROSPETTIVE

Le Cure Domiciliari nei Distretti della Campania



Rendere le **COMUNITÀ**
protagoniste



tra professionisti sanitari, associazioni di pazienti, sindacati, parrocchie ecc. ...

PROCESSI di CO-PROGETTAZIONE per **definire priorità** → **assumere decisioni**



“ COMMUNITY EMPOWERMENT ”

in Sanità

(Empowerment = **empower** = acquisire potere - **empowerment** = emancipazione)
Accrescimento di potere, miglioramento (Treccani)

“ **Avere comunità che partecipano attivamente all'elaborazione dei programmi che hanno impatto sulla tutela e sulla produzione della salute dei cittadini** ”



Le **COMUNITÀ DIVENTANO PROTAGONISTE** nella :

- a) **COOPERAZIONE** tra operatori della sanità, amministratori e cittadini → **sviluppo reti collaborative**
- b) **PROCESSI** di **CO-PROGETTAZIONE** per **definire priorità** → **partecipare attivamente** → **assumere decisioni**
- c) **PROCESSI** di **WELFARE GENERATIVO** con **individuazione di risorse già disponibili** nella comunità

migliori relazioni → **coesione sociale** → **etica della responsabilità**



NUOVE PROSPETTIVE

Le Cure Domiciliari nei Distretti della Campania



- ▶ Stratificazione della popolazione → Analisi dei bisogni di salute
- ▶ Assicurare una corretta distribuzione delle C.D., secondo i bisogni nei diversi livelli di intensità assistenziale, con adeguata assistenza domiciliare (insostenibilità cure private)
- ▶ Monitoraggio REGIONE (centrale) e ASL (periferico) per disporre di informazioni cadenzate sugli esiti di salute e sulla qualità del servizio con l'introduzione di indicatori di qualità.
- ▶ Investire risorse economiche sulla formazione del personale, valorizzando competenze e benessere organizzativo e ampliando l'organico infermieristico, medico e di ass. sociali
- ▶ Creare la “cartella clinica domiciliare” nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
- ▶ Potenziamento della telemedicina (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio ...) → Arre Interne
- ▶ Istituzione di un tavolo di concertazione tra professionisti sanitari, associazioni di pazienti, sindacati, ecc. ...

Monitoraggio delle Cure Domiciliari

Oggi, avviene attraverso il ...



**NUOVO SISTEMA
DI GARANZIA
(NSG)**
monitoraggio LEA
(operativo dal 1° gennaio
2020)

**Indicatore
D22Z**

Sono stati previsti 4 indicatore Cure Domiciliari DZ20 - DZ21 - DZ22 e DZ23
ma solo 1 è utilizzato:

Tasso di pazienti trattati *in assistenza domiciliare integrata (ADI)* per intensità di cura CIA 1 , CIA 2, CIA 3 in rapporto alla popolazione residente. (CIA = Coefficiente Intensità Assistenziale)

**Formula calcolo
D22Z**

=

**TOTALE PAZIENTI assistiti con intensità assistenziale
per CIA 1, CIA 2 e CIA 3**

Popolazione residente

X

**Fattore di scala
(x 1.000)**

CIA = GEA / GdC

- GEA: giornate di effettiva assistenza (effettuato almeno un accesso domiciliare)
- GdC: giornate di cura assegnate dalla data della presa in carico alla cessazione del programma

Per



CIA 1 (Numero GEA / numero GdC) = 0,14 – 0,30



accessi max 1 giorno ogni 3

ADI 1° liv.

CIA 2 (Numero GEA / numero GdC) = 0,31 – 0,50



ADI 2° liv.

CIA 3 (Numero GEA / numero GdC) = > 0,5000



accessi almeno 1 giorno su 2

ADI 3° liv.



Servizio sanitario nazionale: i LEA

Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

[DM.12.03.2019](#) operativo dal 1° gen. 2020

Gli indicatori individuati sono **88**, distribuiti per macro-aree:

- 16 → prevenzione collettiva / 33 → l'assistenza distrettuale 24 → l'assistenza ospedaliera /
- 4 → stima del bisogno sanitario 1 per l'equità sociale /
- 10 per monitoraggio e valutazione PDTA (BPCO, scomp. card., diabete, tumore mammella, colon e retto ecc.)

 **Sottoinsieme di 22 indicatori, "CORE" per valutare l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni, suddivisi in 3 macro-aree: prevenzione collettiva/assistenza distrettuale/ assistenza ospedaliera.**
Valutazione positivo ("adempiente") se la Regione ha in tutte e 3 le macro-aree un punteggio non inferiore a 60 ("soglia minima"), tale da non consentire la compensazione tra macro-aree).

NSG

 **Sottoinsieme di 66 indicatori "NO CORE" non appartenenti al CORE**

AREA PREVENZIONE

P01C – Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)

P02C – Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)

P10Z – Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino

P12Z – Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale

P14C – Indicatore composito stili di vita

P15C – Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, colon e mammella

6 indicatori

AREA DISTRETTUALE

D03C* – Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a b/l termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco

D04C* – Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite

D09Z – Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso

D10Z – Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.

D14C – Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici

D22Z – Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)

D27C – Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria

D30Z – Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore

D33Z – Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)

9 indicatori

AREA OSPEDALIERA

H01Z – Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente

H02Z – Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annuali

H04Z – Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario

H05Z – Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

H013C – Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario

H017C/H18C – Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1.000 parti e Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con ≥ 1.000 parti

7 indicatori

Monitoraggio Assistenza Sanitaria Italiana

LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)

Risultati del Nuovo Sistema di Garanzia 2023



Tabella 1 – NSG anno 2023, punteggi indicatori CORE

Regioni	2023		
	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera
Piemonte	93	90	87
Valle d'Aosta	77	35	53
Lombardia	95	76	86
P.A. Bolzano	58	82	62
P.A. Trento	98	83	97
Veneto	98	96	94
Friuli Venezia Giulia	81	81	73
Liguria	54	85	80
Emilia Romagna	97	89	92
Toscana	95	95	96
Umbria	93	80	84
Marche	74	83	91
Lazio	63	68	85
Abruzzo	54	45	83
Molise	58	73	62
Campania	61	72	72
Puglia	74	69	85
Basilicata	68	52	69
Calabria	41	40	69
Sicilia	49	44	80
Sardegna	65	67	60

Nonostante tutto la Regione
Campania
è stata promossa

Punteggi Prevenzione NSG 2023



Punteggi Distrettuale NSG 2023



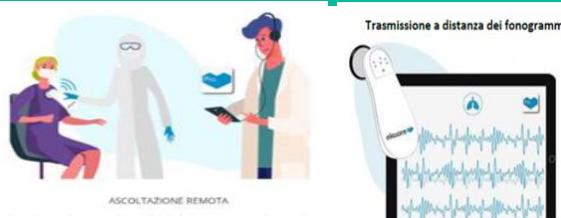
Punteggi Ospedaliera NSG 2023



In rosso i valori inferiori a 60 punti (soglia di sufficienza), in verde i valori uguali o superiori.

Pazienti domiciliari
Trattati con device

Ascoltazione toracica e cardiaca
a distanza



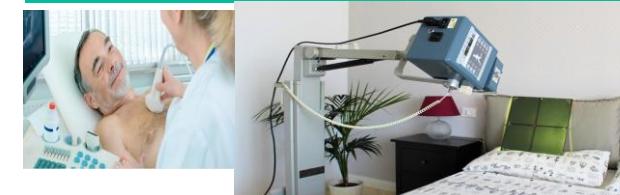
Device per
ECG



OTOSCOPIO



Radiologia ed Ecografia
Domiciliare



TERMOMETRO



GLUCOMETRO



SATURIMETRO



BILANCIA
IMPEDENZIOMETRICA



SFIGMOMANOMETRO



STETOSCOPIO



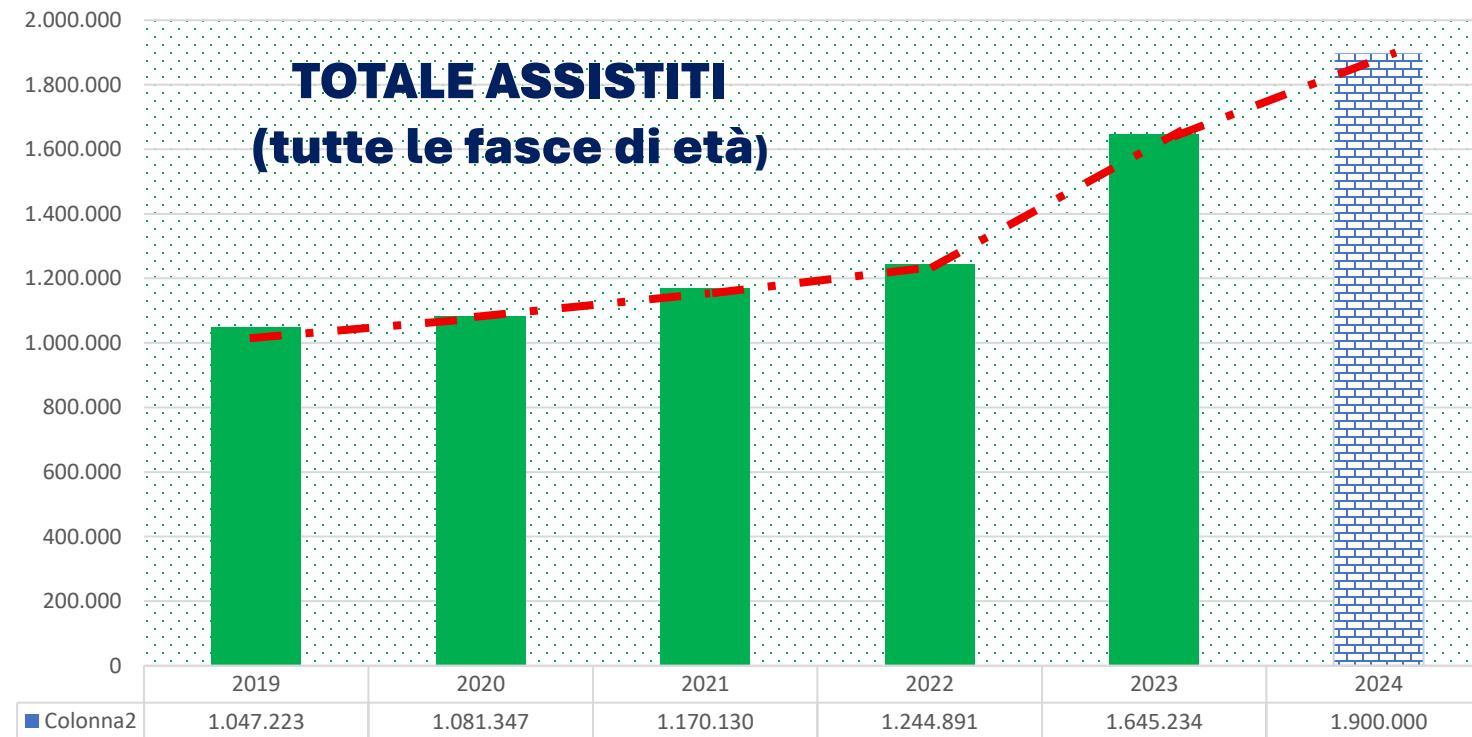
SPIROMETRO



EMOGASANALIZZATORE



STATO DELLE CURE DOMICILIARI ITALIA





STATO DELLE CURE DOMICILIARI in Campania

QUALI I MOTIVI di questo cambiamento ?



- Quanto può dipendere dall'esternalizzazione del servizio ?**
 - Problemi nell'accreditamento delle cure domiciliari → **BANDI**
 - Governance differenziata tra Distretti e Servizi Centrali per la gestione dei servizi interni ed esterni, secondo i livelli di intensità assistenziale
- Carenza personale** qualificato: personale dipendente / personale strutture accreditate
- Ore di assistenza per paziente in diminuzione** (diminuzione della media annua).
- Non sufficiente utilizzo delle tecnologie** (device per telemedicina ...).
- Tipologia dei controlli delle prestazioni rese** (controlli burocratico/amministrativi e valutazione esiti comprese le verifiche di qualità percepita dell'utente (*customer satisfaction*))
- Garanzia dell'equità ridotta** (condizionata da fattori culturali / sociali / economici / limitazioni accesso)

- Le Cure Domiciliari devono essere a responsabilità pubblica e gestite dalle ASL
- Spetta al Distretto il governo e il coordinamento dei servizi anche nei casi in cui la produzione sia parzialmente esternalizzata, la committenza (interna ed esterna) e la produzione (cure formali)
- Necessità della sostenibilità pubblica del sistema (questione fondi) con ampliamento dell'organico infermieristico, medico e di assistenti sociali
- Affiancato dal privato accreditato per la produzione residua da affidare all'esterno
(vedi bandi) a patto che siano rispettati i seguenti requisiti:
 -
 -

C
A
R
D

Docu
mento
Indirizzo
del
Consiglio
Nazionale
CARD

- Vero timore per la insostenibilità privata delle famiglie (cure informali), schiacciate dalla sofferenza condivisa con il malato, dall'accudimento e dalle spese elevatissime nonostante la presenza delle prestazioni gratuite fornite dallo Stato.
- Necessità di potenziamento - con valore strategico - delle cure domiciliari, onde evitare il rischio di overuse (uso eccessivo) di ricovero ospedaliero e di residenzialità.
- Ben presidiata la valutazione degli esiti oltre le usuali procedure di controllo burocratico e amministrativo delle prestazioni erogate.
- Rafforzamento del SAD (Servizio Assistenza Domiciliare) da integrare necessariamente con i servizi sanitari → Vedi LIBRO e Servizi Sociali Pomigliano
- Il futuro delle Cure Domiciliari sta nelle Case di Comunità (come compito della stessa e delle Cure Primarie ivi presenti) e nel ruolo delle COT (coordinamento della presa in carico. Il tracciamento delle transazioni da un livello assistenziale all'altro. Il monitoraggio dei pazienti assistiti a domicilio VEDI DM 77/22 e dott.ssa Minutella)
-
- Vedi ancora Documento di Indirizzo del Consiglio Nazionale CARD
-
- ANALISI dei BISOGNI di SALUTE → Stratificazione della popolazione



NUOVE PROSPETTIVE per le Cure Domiciliari in Campania



Assicurare una corretta distribuzione delle prestazioni in ADI, secondo i bisogni nei diversi livelli di intensità assistenziale, con adeguata assistenza domiciliare per le complessità di patologie e di cura.

► Monitoraggio REGIONE (centrale) e ASL (periferico) per disporre di informazioni cadenzate sugli esiti di salute e sulla qualità del servizio con l'introduzione di indicatori di qualità.

► Investire risorse economiche sulla formazione del personale, valorizzando competenze e benessere organizzativo.

► Creare la “cartella clinica domiciliare” nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

► Potenziamento della telemedicina (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio)



Istituzione di un tavolo di concertazione tra professionisti sanitari, associazioni di pazienti, sindacati,



STATO DELLE CURE DOMICILIARI IN ITALIA



RISCHIO:

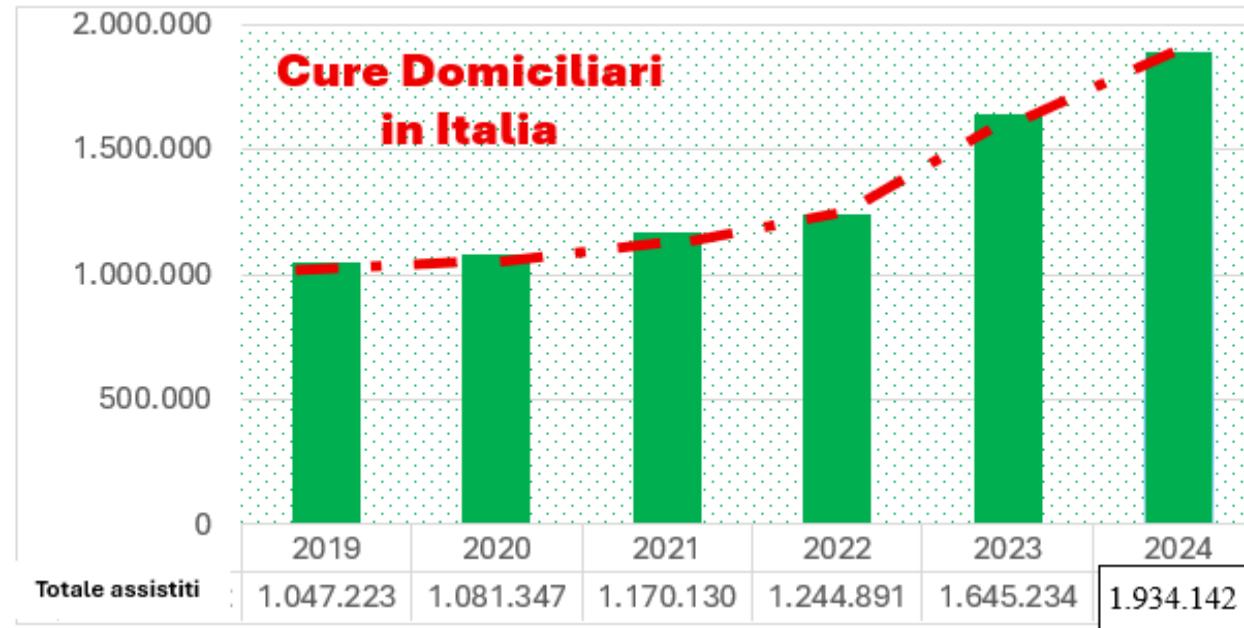
“ Il rischio è fare bella figura con l’Europa e al contrario una pessima figura con i pazienti in Italia, perché stiamo puntando su:

- a) un modello prestazionale che bada più alla quantità delle persone;**
- b) non su un modello di vera presa in carico al domicilio per chi ha bisogno di cure più intense e continuative.**

QUALI I MOTIVI di questo cambiamento ?

- Quanto può dipendere dall'esternalizzazione del servizio ?”**
- Il Pnrr ha promosso lo sviluppo delle cure domiciliari per gli anziani**

L’Italia si è impegnata a incrementare il numero di assistiti fino a raggiungere **nel 2025-2026** la quota del **10% degli over 65**, con un investimento di 3 miliardi. L’obiettivo è stato raggiunto **già nel 2024** (TASSO di presa in carico over 65 uguale al **10,9%**, e con una percentuale maggiore del 10% in quasi tutte le regioni, tranne che in



TABELLA

**Intensità assistenziale per gli anziani over 65 aa
espressa in percentuale (%)**

TABELLA: Anziani over 65 aa.		2021		2023	
INTENSITÀ ASSISTENZIALE (espressa in percentuale)		Assistiti over 65 663.729		Assistiti over 65 1.175.351	
C.D. Prestazionali	Interventi "occasionali" oppure "a ciclo programmato"	14,7%	14,7%	38,8% 	38,8% 
Cure domiciliari Integrate (ADI)	CIA base/liv. 0 (fino a 4 accessi/mese)	26,5%		20,1% 	
	CIA 1° liv.	22,1%		15,5% 	
	CIA 2° liv.	22,8%	85,3 %	15,9% 	
	CIA 3° liv.	3,2%		2,1% 	
	Cure Palliative (CIA 4° liv.)	10,7%		7,6% 	
		100%		100% 	

Solo le Cure Domiciliari Prestazionali (accessi "occasionali" oppure "a ciclo programmato"), di dubbio riconoscimento (non essendo previste da Commissione LEA)	AUMENTANO sia in % che in valore assoluto
Cure Domiciliari con CIA base / livello zero	DIMINUISCONO sia in % che in valore assoluto
Cure Domiciliari Integrate (ADI) nei vari livelli di intensità assistenziale	AUMENTANO in valore assoluto (ma di poco) DIMINUISCONO tutte in %

TABELLA

**Intensità assistenziale per gli anziani over 65 aa
espressa in valori assoluti**

INTENSITÀ ASSISTENZIALE	2021	2023	Differenza 2021/2023	Quante volte in più o in meno
C.D. prestazionali Interventi "occasionali" oppure "a ciclo programmato"	97.569	456.036	+ 358.467	4,7 volte in più
CIA livello 0/ base	175.888	133.409	- 42.479	1,3 volte in meno
CIA 1° liv.	146.684	182.179	+ 35.495	1,2 volte in più
CIA 2° liv.	151.330	186.880	+ 35.550	1,2 volte in più
CIA 3° liv.	21.239	24.682	+ 3.443	1,2 volte in più
Cure Palliative (CIA 4° liv.)	71.019	89.326	+ 18.307	1,2 volte in più

Standard Qualificanti i LEA Cure Domiciliari	
Profilo di cura	CIA (GEA/GdC)
CD integrate di Livello Zero*	0 - 0,13
CD integrate di Primo Livello	0,14 - 0,30
CD integrate di Secondo Livello	0,31 - 0,50
CD integrate di Terzo Livello	0,51 - 0,60
CD integrate di Cure palliative terminali oncologico/ non oncologico	0,61 - 1

- IL LIVELLO ZERO, non previsto dalla Commissione LEA, è stato richiesto da alcune regioni
 - a) per misurare la numerosità dei PAI con CIA fino a 0,13.
 - b) per distinguerlo dall'ADP (Ass. Domicil. Programmata).

Lo stato dell'arte sull'assistenza domiciliare integrata nell'analisi di Salutequità.

- Ritardi nell'accreditamento delle cure domiciliari
- ore in diminuzione di assistenza per paziente / carenze di personale
- garantire equità, / verifiche di qualità
- pieno utilizzo delle tecnologie.

Nel 2023, a fronte di un aumento del numero di persone assiste in Adi, in 14 regioni il grado di intensità assistenziale è basso e corrisponde per oltre il 50% a livelli compresi tra GdC 0, quando la data primo e ultimo accesso coincidono e quindi si tratta di un solo accesso e Cia Base (livello non assimilabile a quelli previsti dalla Commissione Lea); Lombardia e Calabria il 50% C.D. ➔ = un unico accesso (cioè data prima e ultima prestazione sono coincidenti).

Crea Sanità (Centro ricerca economica applicata in sanità dell'Università di Tor Vergata di Roma) sulle ore di assistenza erogate a ciascun anziano over 65 osserva una diminuzione media annua tra il 2018 e il 2023, passando da 18 a circa 15,8 ore.

Anche il passaggio dall'ospedale alle cure a domicilio risulta insufficiente come mostrano le anticipazioni del M.d.S. sul rapporto SDO (Schede di dimissione ospedaliera): nel 2023 solo l'1% delle dimissioni ordinarie e lo 0,3% di dimissioni protette hanno avuto attivazione di Adi.

Si procede troppo lentamente sull'accreditamento e sul rispetto degli standard di qualità fissati dall'intesa Stato-Regioni del 2021, a partire dalla telemedicina. Il recepimento delle Regioni è andato al rallentatore. Secondo gli homecare provider, le procedure per l'accreditamento Adi sono state completate in sole tre Regioni (Lazio, Sicilia e Campania).

Un quadro reso ancor più complesso alla luce delle carenze di personale in organico per garantire le C.D.

INFERMIERI: gli IFec nel 2022 erano 1.464 unità (7,6%) del fabbisogno indicato nel DM 77 di 19.314.

ASSISTENTE SOCIALE meno di 1 Asl su 2 (40%);

OPERATORE SOCIOSANITARIO (Oss), solo 1 Asl su 2 (53,2%) valore che scende di oltre 10 punti nel Sud Italia (41,7%).

MEDICI PALLIATIVISTI solo il 22% (37) delle borse di specializzazione è stato assegnato.

PROPRIO SUGLI ASPETTI QUALITATIVI andrebbero assegnati:

- 1) obiettivi specifici alle Regioni, per produrre vero valore nel Servizio Sanitario Pubblico.
- 2) intervento centrale più incisivo per attuazione uniforme Intesa Stato Regioni su accreditamento Adi.
- 3) superare la carenza di professionisti specializzati
- 4) assicurare l'uso della tecnologia, con l'adozione di strumenti digitali realmente accessibili.
- 5) dobbiamo attrezzarci per un incremento del FSN che vada oltre le risorse temporanee del Pnrr, per evitare il collasso delle cure domiciliari".

Il SIAD è stato istituito con DM 17.12.2008 e s.m.i. e modificato con decreto 7 agosto 2023, che ha esteso l'ambito di rilevazione alle prestazioni relative alle cure domiciliari di livello base, alle cure palliative domiciliari e ai casi di dimissioni protette, con presa in carico di tutti i livelli di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale domiciliare.

Nel 2023, a fronte di un aumento del numero di persone assistite in Adi, in 14 regioni il grado di intensità assistenziale è basso e corrisponde per oltre il 50% a livelli compresi tra

- GdC 0, quando la data primo e ultimo accesso coincidono e quindi si tratta di un solo accesso e
- Cia Base (livello non assimilabile a quelli previsti dalla Commissione Lea);

Lombardia e Calabria il 50% C.D. ➔ = un unico accesso (cioè data prima e ultima prestazione sono coincidenti).

Per quanto riguarda il monitoraggio delle Cure Domiciliari disponiamo del

SIAD = (sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare)

Istituito nel dicembre 2008 e aggiornato agosto 2023, consente di calcolare i profili di cura e i CIA (Coefficients Intensità Assistenziale) come da tabella:

Standard Qualificanti i LEA Cure Domiciliari	
Profilo di cura	CIA (GEA/GdC)
CD integrate di Livello Zero*	0 - 0,13
CD integrate di Primo Livello	0,14 - 0,30
CD integrate di Secondo Livello	0,31 - 0,50
CD integrate di Terzo Livello	0,51 - 0,60
CD integrate di Cure palliative terminali oncologico/ non oncologico	0,61 - 1

* IL LIVELLO ZERO, non previsto dalla Commissione LEA, è stato richiesto da alcune regioni

- a) per misurare la numerosità dei PAI con CIA fino a 0,13;
- b) per distinguerlo dall'ADP (Assistenza Domiciliare Programmata)

Attività di verifica basata sugli indicatori del flusso informativo ministeriale **SIAD***.

→ dal livello base

→ alla presa in carico di tutti i livelli di intensità (I - II - e III livello)

→ alle cure palliative domiciliari

→ ai casi di dimissioni protette

→ *Vedi*

La classificazione nei diversi livelli di intensità assistenziale è codificata e misurata nel flusso informativo SIAD attraverso il **Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA)**.

Da più di un decennio è in uso un sistema di classificazione ministeriale , il **SIAD** (**Sistema Informatico di Assistenza Domiciliare**) che, attraverso il calcolo della frequenza con cui il singolo assistito riceve accessi al domicilio nel periodo di presa in carico, distingue **due livelli** di intensità:

- **“cure domiciliari di base”**, quando il servizio socio-sanitario interviene a domicilio meno di una volta alla settimana per bisogni estemporanei o prestazionali di bassa complessità;
- **“cure domiciliari integrate”**, quando il Ssr assicura più di un accesso alla settimana, secondo i bisogni emersi da valutazione multidimensionale (UVI) e piano di assistenza individualizzato (PAI).
L’assistenza domiciliare vera e propria, specie nel caso di persone con esigenze complesse, dovrebbe essere quella della seconda categoria,

VEDI atti Regione Campania di regolazione del sistema di cure domiciliari: **DGRC n. 41/2011, DCA 1/2013** e il **DD 524/ 2023** per la definizione del sistema di accesso e dei profili di cura.

La tabella sottostante espone: durata media del PAI e ore mediamente programmate (DCA 1/2013).
Tali informazioni sono meramente indicative e possono variare in relazione alla valutazione UVI.
Vanno riportate nel **flusso siad/sinfonia** (accessi singoli professionisti e durata) a fini informativi e di rendicontazione delle attività (prestazioni/servizio reso).

Tipologia di cure domiciliari	Complessità assistenziale	n. GEA	<u>CIA</u> (coefficiente di intensità assistenziale)	Operatività del servizio	Intensità Assistenziale CIA= GEA/GdC
Cure domiciliari di base	0	0	0,13	5 giorni su 7	CIA = fino a 0,13 Meno - 3 accessi mensili x 3 mesi = 9 (3 mesi)
CURE dom. di I livello <i>(GdC = 180 gg)</i>	Bassa	25,8	0,14	5 giorni su 7	CIA = 0,14 – 0,30 fino a 9 GEA* su 30 gg
	Media	38,7	0,21		
	Alta	51,6	0,28		
CURE dom. di II livello <i>(GdC = 180 gg)</i>	Bassa	64,5	0,35	6 giorni su 7	CIA = 0,31 - 0,50 fino a 12 GEA su 30 gg
	Media	77,4	0,43		
	Alta	90,3	0,50		
CURE dom. di III livello <i>(GdC = 90 gg)</i>	Bassa	45,15	0,50	6 giorni su 7	CIA = 0,51 – 0,64 fino a 18 GEA su 30 gg.
	Media	51,6	0,57		
	Alta	58,05	0,64		

Come da **DCA 1/2013** e **DD 524/2023** che disciplinano i profili di cure domiciliari si riportano di seguito le risorse medie del PAI. Si tenga conto che **una giornata effettiva di assistenza GEA potrebbe prevedere più accessi di una o più figure professionali.**

La tabella riportata è indicativa e non vincolante, per rendere omogenea la presa in carico.

Si evidenzia che il **SIAD misura** la **complessità assistenziale** in proporzione ai GEA rilevati e non in relazione ai singoli accessi e loro durata.

* **Gea ed accessi non devono essere confusi**: 1 accesso al giono dà origine ad un GEA ma in un giorno di assistenza si possono effettuare accessi plurimi, il valore GEA è sempre 1 ma **la complessità è definita** dalle ricorrenze degli accessi.

CURE DOMICILIARI DI BASE

Tabella 2

CURE DOMICILIARI DI BASE DD 524/2023				
FIGURE PROFESSIONALI	ORE/pai mese	DURATA PAI		ORE PAI SU 90 GG=PERIODO DI CURA
OSS	1,5		Articolati su accessi di 30 minuti fino ad un massimo di 3	4,5
INFERMIERE	1,5	30 GIORNI RIPETIBILI	Articolati su accessi di 15 o 30 minuti fino ad un massimo di 3	4,5
PROF.STI RIABILITAZIONE	1,5		ARTICOLATI SU ACCESSI DI 30 MINUTI FINO AD UN MASSIMO DI 3	4,5
MMG/PLS/SPECIALISTA	1			3
Totale ore di assistenza	2,5²			7,5

Si intende che nel rispetto del concetto per il quale le cure domiciliari di base rispondono a bisogni semplici anche ripetuti nel tempo, deve considerarsi sempre il gea -giornata effettiva di assistenza e definire il numero di accessi in relazione al bisogno. Pertanto il numero di accessi può variare pur nel rispetto del cia (gea/gdc) pari a 0 ossia a 0,14 in questo caso

Le cure domiciliari di base rispondono a bisogni semplici anche ripetuti nel tempo.

Deve considerarsi sempre il GEA e definire il numero di accessi in relazione al bisogno. Pertanto il numero di accessi può variare pur nel rispetto del **CIA (GEA/GDC)** pari a **0** ossia a **0,14** in questo caso.



NUOVE PROSPETTIVE per le Cure Domiciliari in Campania



Assicurare una corretta distribuzione delle prestazioni in ADI secondo, i bisogni nei diversi livelli di intensità assistenziale, con adeguata assistenza domiciliare per le complessità di patologie e di cura.



Monitoraggio REGIONE (centrale) e ASL (periferico) per disporre di informazioni cadenzate sugli esiti di salute e sulla qualità del servizio con l'introduzione di indicatori di qualità.



Investire risorse economiche sulla formazione del personale, valorizzando competenze e benessere organizzativo.



Creare la “cartella clinica domiciliare” nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Istituzione di un tavolo di concertazione tra professionisti sanitari, associazioni di pazienti, sindacati,
.....ecc.

Rafforzare il NSG affinchè il flusso SIAD possa fornire dati per il PNE così da disporre di informazioni cadenzate sugli esiti di salute nell'assistenza terr.

Corretta definizione passaggi tra i diversi setting assistenziali, valorizzando lo strumento del Sistema Nazionale Linee Guida Istituto Superiore di Sanità.

Incremento delle risorse economiche e continuità finanziaria delle cure domiciliari oltre i fondi PNRR

AZIONI di MIGLIORAMENTO

Monitoraggio con l'introduzione di indicatori di qualità

Incremento delle risorse economiche e continuità finanziaria delle cure domiciliari oltre i fondi PNRR

Assicurare una corretta distribuzione delle prestazioni in ADI secondo i bisogni e i diversi livelli di intensità assistenziale, passando dalla mera logica del "numero di assistiti" a quella della presa in carico assicurando adeguata assistenza domiciliare per le complessità di patologie e di cura.
Monitoraggio da parte del livello centrale ?????

Requisiti di accreditamento delle Cure Domiciliari comprensivi di Telemedicina (televisita, teleassistenza, teleriabilitazione), in particolar modo per quelli che vivono nelle aree interne.

Monitoraggio da parte del livello centrale ?????

Corretta definizione dei passaggi tra i diversi setting assistenziali, valorizzando lo strumento del Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità.

Investire risorse economiche sul personale, valorizzando competenze e benessere organizzativo.
Percorsi universitari sul setting ADI e tirocini formativi nelle strutture territoriali (domicilio del paziente compreso)

Rafforzare il NSG per prevedereche il flusso SIAD possa fornire dati per il PNE così da disporre di informazioni cadenzate sugli esiti di salute nell'assistenza territoriale

Creare la "cartella clinica domiciliare" nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) a disposizione del cittadino

Istituzione di un tavolo di concertazione tra professionisti sanitari, associazioni di pazienti, sindacati,ecc.

Obiettivi specifici esattamente come fatto per le prestazioni di telemedicina

5. SALUTE DISEGUALE

Determinanti della salute diseguale

1) **CULTURALI** → Titolo di studio

2) **SOCIALI** → Reti sociali carenti nel contesto della comunità / Contesti abitativi

3) **ECONOMICI** → Condizioni lavorative / livello di reddito / disoccupazione

4) **LIMITAZIONI all'ACCESSO** → distanze /lunghe liste di attesa / organizzazione dell'assistenza

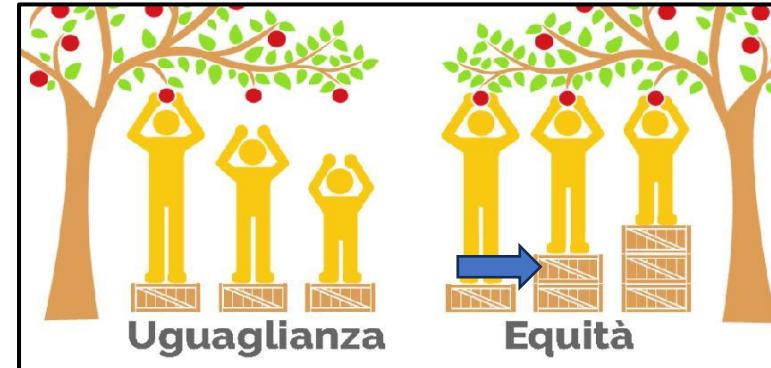
minore capacità di autodeterminazione con

- a) rinuncia prestazioni sanitarie
- b) stili di vita insalubri (a/f/a/o/s/s)
- c) minore ricorso alla prevenzione

In Italia

➤ I più poveri e più incolti vivono 3 anni in meno dei più ricchi e più colti

➤ 4,5 milioni di italiani rinunciano a curarsi per ragioni economiche e liste d'attesa



Uguaglianza
Equità



TABELLA

**Intensità assistenziale per gli anziani over 65 aa
espressa in percentuale (%)**

TABELLA: Anziani over 65 aa.		2021		2023	
INTENSITÀ ASSISTENZIALE (espressa in percentuale)		Assistiti over 65 663.729		Assistiti over 65 1.175.351	
C.D. Prestazionali	Interventi "occasionali" oppure "a ciclo programmato"	14,7%	14,7%	38,8%	38,8%
Cure domiciliari Integrate (ADI)	CIA base/liv. 0 (fino a 4 accessi mese)	26,5%	85,3 %	20,1%	61,2%
	CIA 1° liv.	22,1%		15,5%	
	CIA 2° liv.	22,8%		15,9%	
	CIA 3° liv.	3,2%		2,1%	
	Cure Palliative (CIA 4° liv.)	10,7%		7,6%	
		100%		100%	

CURE DOMICILIARI PRESTAZIONALI (accessi "occasionali" o "a ciclo programmato") di dubbio riconoscimento (non essendo previste da Commissione I.E.A.)	AUMENTANO sia in % che in valore assoluto
CURE DOMICILIARI con CIA livello zero / base	DIMINUISCONO sia in % che in valore assoluto
CURE DOMICILIARI INTEGRATE (ADI) 1° - 2° - 3° liv, e Cure Palliative	DIMINUISCONO tutte in % AUMENTANO in valore assoluto (ma di poco)



CIA = GEA/GdC (0-0,13)

ADI livello 0 / base



ADI 1° liv.



ADI 2° liv.



ADI 3° liv.



Cure Palliative

TABELLA

**Intensità assistenziale per gli anziani over 65 aa
espressa in valori assoluti**

INTENSITÀ ASSISTENZIALE	2021	2023	Differenza 2021/2023	Quante volte in più o in meno
C.D. prestazionali Interventi "occasionali" oppure "a ciclo programmato"	97.569	456.036	+ 358.467	4,7 volte in più
Cure domiciliari Integrate (ADI)	CIA livello 0/ base	175.888	133.409	- 42.479 1,3 volte in meno
	CIA 1° liv.	146.684	182.179	+ 35.495 1,2 volte in più
	CIA 2° liv.	151.330	186.880	+ 35.550 1,2 volte in più
	CIA 3° liv.	21.239	24.682	+ 3.443 1,2 volte in più
	Cure Palliative (CIA 4° liv.)	71.019	89.326	+ 18.307 1,2 volte in più

TABELLA
Intensità assistenziale per gli anziani over 65 aa
espressa in valori assoluti

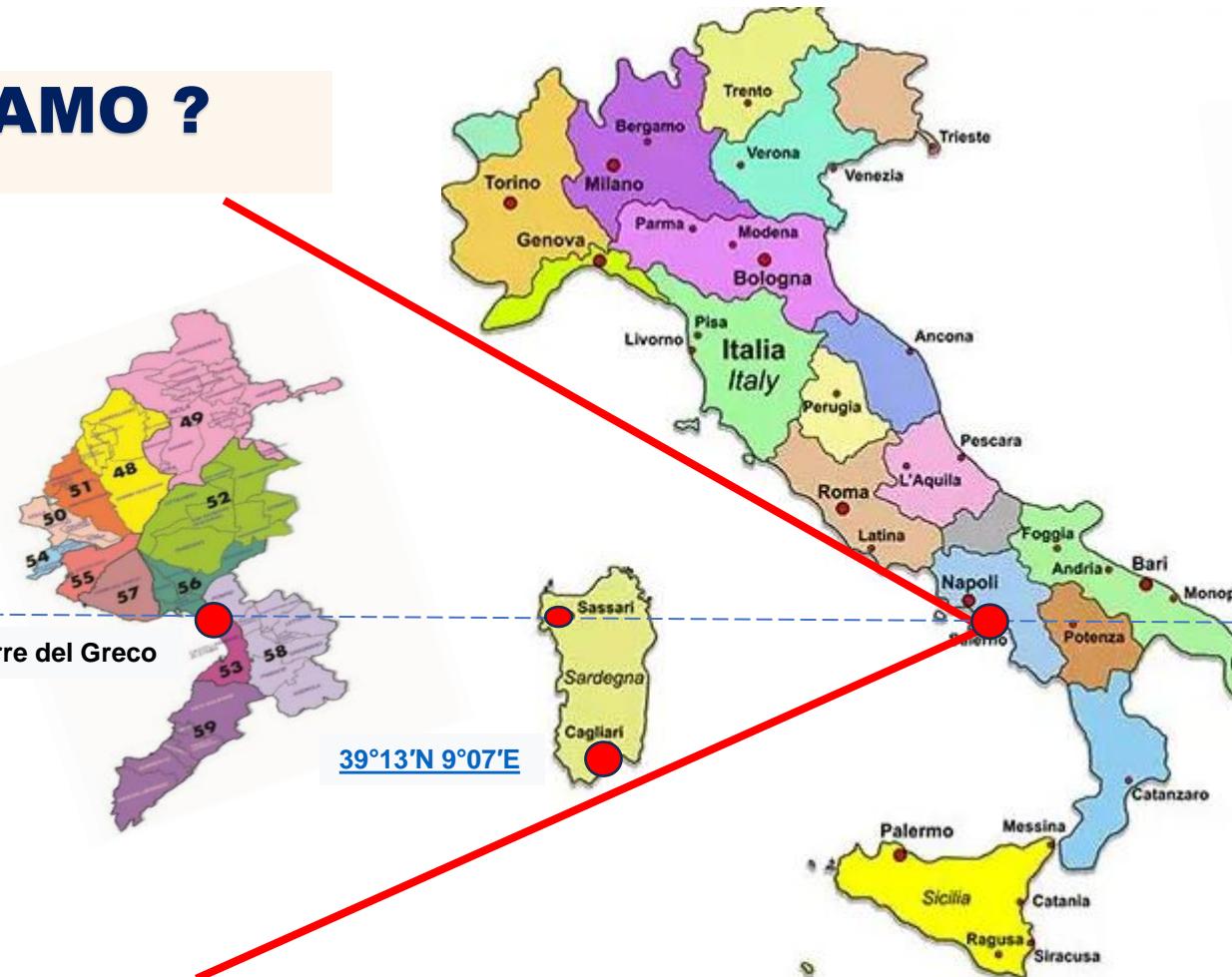
INTENSITÀ ASSISTENZIALE		2021	2023	Differenza 2021/2023	Quante volte in più o in meno
C.D. prestazionali Interventi "occasionali" oppure "a ciclo programmato"		97.569	456.036	+ 358.467	4,7 volte in più
Cure domiciliari Integrate (ADI)	CIA livello 0/ base	175.888	133.409	- 42.479	1,3 volte in meno
	CIA 1° liv.	146.684	182.179	+ 35.495	1,2 volte in più
	CIA 2° liv.	151.330	186.880	+ 35.550	1,2 volte in più
	CIA 3° liv.	21.239	24.682	+ 3.443	1,2 volte in più
	Cure Palliative (CIA 4° liv.)	71.019	89.326	+ 18.307	1,2 volte in più

DOVE SIAMO ?



SEDE LEGALE Torre del Greco

39°13'N 9°07'E



40°47'07"N 14°23'43"E





**Tutta intorno
al VESUVIO ... !**

