



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° IX / 3851

Seduta del 25/07/2012

Presidente

ROBERTO FORMIGONI

Assessori regionali

ANDREA GIBELLI *Vice Presidente*
VALENTINA APREA
DANIELE BELOTTI
GIULIO BOSCAGLI
LUCIANO BRESCIANI
RAFFAELE CATTANEO
ROMANO COLOZZI
ALESSANDRO COLUCCI

GIULIO DE CAPITANI
ROMANO LA RUSSA
CARLO MACCARI
MARGHERITA PERONI
MARCELLO RAIMONDI
GIOVANNI ROSSONI
LUCIANA MARIA RUFFINELLI
DOMENICO ZAMBETTI

Con l'assistenza del Segretario Marco Pilloni

Su proposta dell'Assessore Giulio Boscagli

Oggetto

DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLE TARIFFE SPERIMENTALI DEI NUOVI PROFILI DELL'ASSISTENZA
DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

Il Dirigente

Paola Negrone

Il Direttore Generale

Roberto Albonetti

L'atto si compone di 12 pagine

di cui 6 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTI:

- il D.P.C.M. 29 novembre 2001 che, nell'ambito dell'assistenza distrettuale, individua l'assistenza domiciliare tra i livelli essenziali e uniformi da garantire sul territorio;
- la legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore";
- la l.r. 5 gennaio 2000, n. 1 "Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia. Attuazione del d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112";
- la l.r. 2 aprile 2007, n. 8 "Disposizioni in materia di attività sanitarie e socio-sanitarie. Collegato";
- la l.r. 12 marzo 2008, n. 3 "Governare della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio sanitario";
- la l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità";
- la d.c.r. 28 settembre 2010, n. 56 "Programma Regionale di Sviluppo della IX Legislatura" (PRS);
- la d.c.r. 17 novembre 2010, n. 88 di approvazione del "Piano Socio Sanitario Regionale 2010 – 2014" (PSSR);
- la d.g.r. 1 dicembre 2010, n. 937 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario regionale per l'esercizio 2011";

RICHIAMATE in particolare:

- la d.g.r. 9 maggio 2003, n. 12902 "Modello Lombardo del Welfare: attivazione del voucher socio sanitario per l'acquisto di prestazioni domiciliare socio sanitarie integrate";
- la d.g.r. 18 maggio 2011, n. 1746 "Determinazioni in ordine alla qualificazione della rete dell'assistenza domiciliare in attuazione del PSSR 2010-2014" che ha dato l'avvio al processo di riforma complessiva degli interventi a sostegno della domiciliarità;
- il d.d.g. 2 agosto 2011, n. 7211 relativo all'assegnazione della prima tranche di € 20.000.000,00 dei finanziamenti previsti dalla citata d.g.r. 1746/2011 e all'approvazione delle indicazioni per l'utilizzo delle risorse destinate agli



Regione Lombardia

LA GIUNTA

interventi resi a favore delle persone non autosufficienti con bisogni complessi;

- la d.g.r. 6 dicembre 2011 n. 2633 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’esercizio 2012” nella parte in cui, all’allegato 15), prevede che nel corso del 2012 venga sperimentata, su tutte le ASL, il nuovo modello di ADI, che si basa sulla valutazione multidimensionale del bisogno effettuata dalle ASL quale condizione di accesso al servizio ADI;

CONSIDERATO il Decreto del Direttore Generale della DG Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale n. 6032 del 6 luglio 2012 “Determinazioni in ordine alla sperimentazione del nuovo modello di valutazione del bisogno per l’assistenza domiciliare integrata” che in particolare:

- stabilisce il proseguimento del processo di riforma complessiva degli interventi a sostegno della domiciliarità con la sperimentazione, della durata di sei mesi, in tutte le ASL del nuovo modello di erogazione dell’Assistenza Domiciliare Integrata;
- approva gli “Indirizzi sperimentali per l’organizzazione e il funzionamento dell’ADI”, gli “Strumenti per la valutazione multidimensionale del bisogno” e il “Format Voucher per l’ADI”;
- precisa che fino all’approvazione di specifico provvedimento regionale di approvazione delle tariffe remunerative correlate ai nuovi profili di assistenza, i profili verranno remunerati con le tariffe vigenti previsti per i Voucher sociosanitari e per i Credit;
- rinvia a successivi provvedimenti della Giunta Regionale, a compimento della sperimentazione, la definizione delle linee di indirizzo, del modello e degli strumenti per la valutazione multidimensionale del bisogno, dei profili assistenziali e delle relative tariffe, la tipologia dei controlli e lo schema tipo di contratto;

DATO ATTO che la Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale ha condotto un’analisi ed una valutazione dei costi riferiti alle prestazioni previste nei Piani di Assistenza Individuali definiti per le persone che sono state oggetto della sperimentazione regionale condotta nell’ultimo semestre del 2011 nelle ASL di Brescia, Lodi, Milano, Milano 1, Monza Brianza e Varese e che ha interessato un campione di 1500 persone; in particolare per la definizione delle



Regione Lombardia

LA GIUNTA

tariffe sono stati considerati i costi del personale di assistenza, dei materiali sanitari, dei costi indiretti di struttura e dei costi accessori, cioè di accoglienza e di trasferimento;

RITENUTO pertanto di:

- dare indicazione alle ASL di applicare dal 1° settembre 2012 le tariffe sperimentali dettagliatamente descritte nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- prevedere la conclusione della sperimentazione entro il mese di gennaio 2013;
- monitorare adeguatamente la sperimentazione, avvalendosi della Cabina di Regia prevista dal succitato DDG n. 6032/2012;
- demandare a successiva deliberazione della Giunta regionale, a conclusione della fase sperimentale, l'approvazione delle tariffe definitive correlate ai profili assistenziali;

CONSIDERATO che con Decreto del Direttore Generale della DG Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale n. 5786 del 29 giugno 2012:

- sono stati rideterminati i budget per le ASL per l'Assistenza domiciliare integrata per l'anno 2012;
- è stato stabilito che le ASL dovranno integrare i contratti di budget già sottoscritti con i singoli erogatori fissando la scadenza massima al 31 agosto 2012;
- sono state demandate a successivi provvedimenti della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale eventuali rideterminazioni delle assegnazioni alle ASL e le indicazioni sull'utilizzo dei residui;
- è stata assegnata la seconda tranche di € 20.000.000,00 delle risorse previste dalla d.g.r. n. 1746/2011 e destinate agli interventi resi a favore delle persone non autosufficienti con bisogni complessi come definiti nell'allegato A del decreto 7211/2011 che potrà essere utilizzata solo a seguito di specifica comunicazione da parte della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta impegni di spesa;

STABILITO di comunicare la presente deliberazione alle Aziende Sanitarie Locali;

STABILITO infine di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia, nonché la pubblicazione sul sito internet della Direzione Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale ai fini della più ampia diffusione;

VISTA la l.r. 7 luglio 2008, n. 20 ed i provvedimenti organizzativi della Giunta Regionale;

VAGLIATE e fatte proprie le predette valutazioni;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di approvare le “Tariffe sperimentali per la remunerazione dei nuovi profili dell’Assistenza domiciliare integrata (ADI)” di cui all’allegato A) costituente parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di dare indicazione alle ASL di applicare dal 1° settembre 2012 le tariffe sperimentali dettagliatamente descritte nell’Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di prevedere la conclusione della sperimentazione entro il mese di gennaio 2013;
4. di monitorare adeguatamente la sperimentazione, avvalendosi della Cabina di Regia prevista dal succitato DDG n. 6032/2012;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

-
5. di demandare a successiva deliberazione della Giunta Regionale, a conclusione della fase sperimentale, l'approvazione delle tariffe definitive correlate ai profili assistenziali;
 6. di dare atto che il presente provvedimento non comporta impegni di spesa;
 7. di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia, nonché la pubblicazione sul sito internet della Direzione Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale ai fini della più ampia diffusione e di darne comunicazione alle Aziende Sanitarie Locali.

IL SEGRETARIO
MARCO PILLONI

Tariffe sperimentali dei nuovi profili dell'Assistenza Domiciliare integrata (ADI)

1. Remunerazione dei profili

I nuovi profili di assistenza, contenuti nel DDG n. 6230/2012 “Determinazioni in ordine alla sperimentazione del nuovo modello di valutazione del bisogno per l’assistenza domiciliare integrata” contemplano **due profili prestazionali** e **quattro profili assistenziali**, che saranno oggetto della sperimentazione regionale avviata il 6 luglio 2012.

I **profili prestazionali** si distinguono in “prestazionale” e “prelievi”.

Tali profili intendono dare una risposta per l’appunto di tipo prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo sociosanitario, che può essere continuativa o occasionale e che presuppone la valutazione multidimensionale della persona fragile, la sua presa in carico e la definizione di un piano di assistenza individuale semplificato.

I **profili assistenziali** si distinguono in quattro tipologie in funzione della diversa intensità assistenziale.

Nella tabella, di seguito riportata, sono indicate le tariffe sperimentali correlate ai nuovi profili sopra descritti:

Profilo	Definizione livello LEA (Assistenza Domiciliare)	Natura del bisogno (valutazione)	Durata della presa in carico (periodo di riferimento standard)	Intensità assistenziale	Tariffa
Prestazionale	Prestazionale	Sociosanitario	Occasionale	nulla	24 € ad accesso
			Continuativa	Bassa (< 0,25)	
	Prelievi	Sociosanitario	Occasionale - Continuativa	Nulla	12 € ad accesso
Assistenziali					
1	Assistenza Domiciliare integrata di primo livello	Sociosanitario funzionale sociale	30 giorni	0,25- 0,50	360 €
2	Assistenza Domiciliare Integrata di secondo livello	Sociosanitario funzionale sociale	30 giorni	0,51 - 0,65	610 €
3	Assistenza Domiciliare integrata di terzo livello	Sociosanitario funzionale sociale	30 giorni	0,66 - 0,85	770 €
4			30 giorni	0,86 - 1	1.120 €

Da un punto di vista metodologico, la definizione della remunerazione tariffaria dei differenti profili è stata realizzata a partire dall'analisi e dalla valutazione dei costi riferiti alle prestazioni previste nei Piani di Assistenza Individuali definiti per le 1500 persone che sono state oggetto della sperimentazione regionale condotta nell'ultimo semestre del 2011 nelle ASL di Brescia, Lodi, Milano, Milano 1, Monza Brianza e Varese.

In particolare, sono stati considerati i costi del personale di assistenza, dei materiali sanitari, dei costi indiretti di struttura e dei costi accessori, cioè di accoglienza e di trasferimento.

La **tariffa associata a ciascuno dei quattro profili assistenziali**, ad eccezione di quelli prestazionali, ha come periodo di riferimento standard quello **mensile**. Pertanto il **valore del voucher, non prestazionale**, è pari al prodotto della durata prevista per il PAI (che può essere massimo pari a 3 mesi, coerentemente con la data massima indicata dalla normativa vigente per la rivalutazione della persona) moltiplicato per la tariffa mensile relativa al profilo emerso a seguito della valutazione multidimensionale.

Nel caso di durata pari a frazione di mese, il valore del voucher corrisponde al valore mensile del profilo moltiplicato per la durata del PAI, rapportata su base mensile (es. per PAI di durata pari a 20 giorni, la durata su base mensile è pari a $20/30=0,67$, quindi nel caso di un voucher di profilo 1, di € 360, il valore del voucher da riconoscere è di $€ 360 \times 0,67 = € 241,20$).

Il **valore del voucher prestazionale** è determinato dal prodotto del numero di accessi per la tariffa correlata al relativo profilo; analogamente si calcola il **voucher prelievi**, che è il risultato del prodotto del numero di accessi per prelievi per la tariffa prestazionale corrispondente.

Con riferimento all'**ADI Cure Palliative**, si intende procedere sperimentalmente alla definizione di un profilo assistenziale dedicato.

Il profilo per le cure palliative supera la logica dell'indice di Intensità Assistenziale e prevede l'introduzione della continuità assistenziale attraverso lo strumento della **reperibilità sanitaria** (medica e/o infermieristica) sulle 24 ore e su 7 giorni alla settimana, così come previsto dal "Documento sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati terminali in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore" (Ministero della Salute), approvato in Conferenza Stato – Regioni in sede tecnica il 27 giugno 2012.

Così come previsto nel DDG n.6032/2012, per le persone per le quali sono richieste cure palliative dal Medico di medicina generale/Pediatra di libera scelta o medico specialista, si dà immediato avvio all'assistenza emettendo il voucher e attivando il soggetto erogatore scelto dalla persona tra quelli con accreditamento specifico per le cure palliative.

La valutazione multidimensionale del bisogno, secondo le modalità e gli strumenti definiti nel citato DDG n. 6032/2012, verrà effettuata successivamente alla presa in carico della persona, al fine di testare gli strumenti stessi anche su questa particolare tipologia di bisogno.

Per il profilo "**cure palliative**" è prevista un voucher pari a **€ 1.500,00 mensili**.

Per la prima presa in carico, in considerazione del particolare impegno assistenziale richiesto nella fase iniziale dell'assistenza per l'inquadramento terapeutico e per l'accompagnamento e tenendo anche conto dell'impegno previsto per l'elaborazione del lutto, si definisce che:

- nei casi di presa in carico fino a sette giorni, in presenza di decesso a domicilio della persona, viene corrisposto un valore economico pari al 50% della tariffa mensile prevista;
- in presenza di decesso a domicilio della persona tra l'ottavo ed il trentesimo giorno di presa in carico, viene comunque corrisposta l'intera tariffa mensile prevista.

In tutti gli altri casi, in presenza di dimissione per trasferimento ad altro servizio/unità d'offerta, la remunerazione viene determinata in funzione dell'effettiva assistenza erogata.

Dopo 90 giorni dalla presa in carico, la tariffa si abbassa automaticamente del 25%.

2. Utilizzo delle risorse previste dalla d.g.r. n. 1746/2011

La d.g.r. 1746/2011 ha dato l'avvio al processo di riforma complessiva degli interventi a sostegno della domiciliarità ponendosi come obiettivo il potenziamento e la riqualificazione delle attività di assistenza domiciliare integrata, in sinergia con la semiresidenzialità e la residenzialità leggera di tipo sociosanitario e i servizi sociali, destinando a ciò la somma di € 40 milioni.

Il decreto 7211/2011, in attuazione della richiamata d.g.r., ha stabilito l'utilizzo di tali risorse esclusivamente per interventi a sostegno della domiciliarità resi a favore di persone non autosufficienti con bisogni complessi, così come identificati nell'allegato A al decreto medesimo, e ha assegnato alle A.S.L. la prima tranche di risorse pari a € 20 milioni.

A fronte delle determinazioni assunte sia con il decreto 6032/2012, in ordine al nuovo modello regionale di valutazione del bisogno per l'assistenza domiciliare integrata e all'organizzazione e al funzionamento dell'A.D.I., sia con il presente provvedimento, relativamente alla remunerazione dei profili di assistenza, si rende necessario dare indicazioni sull'utilizzo delle risorse destinate all'A.D.I. e in particolare di quelle messe a disposizione dalla d.g.r. 1746/2011.

Pertanto la seconda tranche di € 20 milioni, assegnata con decreto 5786/2012, e i residui della prima assegnazione, effettuata con decreto 7211/2011, possono essere ancora utilizzati per progetti integrati a favore di persone non autosufficienti con bisogni complessi assistiti in unità d'offerta semiresidenziali sociosanitarie (C.D.I. e C.D.D.) e di residenzialità leggera sociosanitaria (C.S.S.).

Invece, l'assistenza domiciliare integrata a favore delle persone non autosufficienti con bisogni complessi, così come identificati nel decreto 7211/2011, dovrà essere erogata secondo i profili assistenziali e relativa remunerazione stabiliti nel presente provvedimento.

Conseguentemente tali interventi saranno remunerati dalle A.S.L. utilizzando i budget di risorse assegnati con decreto 5786/2012 e le risorse derivanti dalla seconda tranche di € 20 milioni, assegnata sempre con lo stesso decreto, unitamente ai residui della prima tranche ancora a disposizione delle A.S.L.

3. Rendicontazione e modalità di pagamento

La rendicontazione dei voucher per assistito andrà effettuata mensilmente dagli Enti erogatori alle ASL che hanno assegnato il voucher. Queste saranno responsabili dei controlli ai fini della liquidazione. **La liquidazione dei voucher è in capo alle ASL.**

In sede di emissione del primo titolo in assoluto per un assistito, si rapporterà il titolo al mese seguendo questa regola: *i titoli attivati successivamente al primo giorno del mese devono essere emessi e rendicontati, proporzionalmente ai giorni di presa in carico fino alla fine del mese stesso.*

I **voucher con profilo 1, 2, 3, 4 e cure palliative** sono liquidati "**a stato di avanzamento temporale**" ogni fine mese e/o "**a saldo**".

I **controlli** per la liquidazione del voucher sono specifici in funzione dello stato in cui si trovano:

1. "**a stato di avanzamento temporale**" viene verificato alla fine di ogni mese che il PAI sia effettivamente avviato e pertanto da Diario assistenziale deve risultare almeno un accesso e almeno una prestazione effettuati per il mese per il quale si richiede la liquidazione;
2. al momento del "**saldo**" viene verificato che siano rispettate le seguenti tre condizioni:
 - i GEA totali, risultanti da Diario assistenziale, devono essere coerenti con i GEA totali previsti dal PAI;
 - tutte le prestazioni previste nel PAI devono essere state eseguite (ovvero è stato effettuato il totale delle prestazioni per tipo di prestazione);
 - i profili professionali che hanno erogato le prestazioni devono essere coerenti con quanto previsto nel PAI.

I **voucher prestazionali** sono **liquidati "a conclusione PAI"**. I controlli ai fini della liquidazione sono i seguenti:

- devono essere stati effettuati tutti gli accessi previsti dal PAI;
- devono essere state eseguite tutte le prestazioni previste dal PAI;
- i profili professionali che hanno erogato le prestazioni devono essere coerenti con quanto previsto nel PAI.

In caso di incoerenze tra quanto previsto dal PAI e quanto effettuato dall'Ente Erogatore occorre segnalare sul Diario delle prestazioni per singolo caso la motivazione della variazione della prestazione effettuata.

In caso di sospensione dell'assistenza, ad esempio, nell'evenienza più comune, per ricovero ospedaliero, viene riconosciuto, al termine del mese, un valore economico corrispondente all'effettivo periodo di erogazione delle prestazioni.

Parimenti, in caso di chiusura anticipata dell'assistenza o in caso di decesso viene riconosciuto un valore economico corrispondente all'effettivo periodo di erogazione delle prestazioni.

Per l'**A.D.I. cure palliative** vale quanto stabilito nel paragrafo 1.

4. Programmazione delle risorse

Ai fini della programmazione delle risorse destinate a livello regionale all'A.D.I. è stato già assegnato un budget alle ASL.

A tendere, il budget per ciascuna ASL sarà determinato in funzione del bisogno di ADI rilevato sul territorio attraverso il processo di valutazione multidimensionale.

Ciascuna ASL, attraverso il monitoraggio dei voucher assegnati e pagati, dovrà gestire il proprio budget.

La Regione manterrà la governance complessiva delle risorse a livello regionale anche attraverso la rideterminazione dei budget assegnati alle ASL in funzione del bisogno rilevato.