

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 8 maggio 2008, n. 326.

Ottimizzazione del modello regionale di assistenza sanitaria domiciliare e relative tariffe.

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'Assessore alla Sanità e del Presidente della Regione Lazio;

- VISTA** la legge statutaria 11 novembre 2004, n.1 "*Nuovo Statuto della Regione Lazio*";
- VISTA** la legge regionale 18 febbraio 2002, n.6 "*Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale*" e successive modificazioni;
- VISTO** il regolamento regionale 6 settembre 2002, n.1 concernente "*l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale*" e successive modificazioni ed integrazioni;
- VISTO** il D.Lgs. 30.12.1992, n° 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- VISTO** il DPR 14.1.1997 con il quale viene approvato l'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie;
- VISTA** la legge n. 328/2000 "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*";
- VISTO** il DPCM 14 Febbraio 2001 "*Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie*";
- VISTO** il DPCM 29 Novembre 2001 "*Definizione dei livelli essenziali di assistenza*";
- VISTO** il documento approvato dalla Commissione individuata dal D.M. 12 aprile 2002 "*Ospedalizzazione domiciliare*";
- VISTA** l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 "*Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*" che all'art. 4 "*Razionalizzazione della rete ospedaliera e realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione e del Piano nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario*" comma c) prevede che le

Regioni si impegnino a “..assicurare adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, di assistenza residenziale e semiresidenziale ospedaliera..”;

- VISTO** l’Accordo Stato-Regioni del 29 luglio 2004 “Accordo fra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sugli indirizzi progettuali per le Regioni per l’anno 2004 per l’elaborazione degli specifici progetti ai sensi dell’articolo 1 comma 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, nell’ambito delle cinque linee prioritarie individuate dall’accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003 (rep. atti n. 1812), ai fini dell’assegnazione delle risorse vincolate ai sensi dell’articolo 1 comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662” che alla Priorità 3 – Rete integrata dei servizi sanitari e sociali dichiara: “...La progettualità regionale deve: ... adottare un modello organizzativo di base per l’ADI, indirizzato alle diverse tipologie di beneficiari, dotato della flessibilità necessaria per l’adeguamento della risposta assistenziale ai bisogni specifici dei pazienti, secondo piani di assistenza multiprofessionale...”;
- VISTA** la Legge Regionale n. 80 del 02.12.1988 “Norme per l’assistenza domiciliare” istitutiva del servizio di assistenza sanitaria domiciliare;
- VISTA** la Deliberazione del Consiglio Regionale del 29 novembre 1989, n.1020 “Indirizzi e direttive alle unità sanitarie locali per l’organizzazione e l’attuazione dell’assistenza domiciliare di cui alla legge regionale 2 dicembre 1988, n.80, contenente gli strumenti tecnici e metodologici da adottare, nonché lo schema tipo di convenzione;
- VISTA** la DGR del 16 dicembre 1997, n.7878 “Linee guida per l’organizzazione ed il potenziamento dei servizi distrettuali di Assistenza Domiciliare”;
- VISTA** la DGR del 17 luglio 2001, n.1042 “Integrazione socio-sanitaria. Approvazione direttiva e istituzione gruppo di lavoro permanente”;
- VISTA** la DGR. del 21 dicembre 2001 n. 2031 “Piano di trattamento a domicilio delle persone con AIDS nella Regione Lazio. Sperimentazione di un modello organizzativo e relative tariffe”;
- VISTA** la DGR 12 luglio 2002 n. 920 “Regolamentazione della Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) nel Lazio”;
- VISTE** la DGR n. 66 del 12 Febbraio 2007 “Approvazione del “Piano di Rientro” per la sottoscrizione dell’Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell’art.1, comma 180, della Legge 311/2004.” e la DGR n. 149 del

6 Marzo 2007 relativa alla presa d'atto dell'Accordo Stato-Regione Lazio ai sensi della Legge 311/2004;

- VISTA** la L.R. n. 4 del 30 marzo 2003, "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali", e successive modificazioni ed integrazioni;
- VISTA** la DGR n. 424 del 14/07/2006, "Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 - Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni ed all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie";
- VISTO** il Regolamento Regionale n. 2 del 26/01/2007 "Disposizioni relativa alla verifica di compatibilità e al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, in attuazione dell'art. 5, comma 1, lettera b), della legge regionale 3 Marzo 2003, n. 4 (norma in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali) e successive modificazioni";
- VISTA** la DGR n. 636 del 03.08.2007 Attuazione Piano di rientro ex DGR n. 149/07 "Approvazione dei principi per la stesura del regolamento di accreditamento istituzionale nella Regione Lazio" e "Requisiti ulteriori - parte generale per l'accreditamento istituzionale nella Regione Lazio";
- VISTO** il Regolamento regionale del 13 novembre 2007, n. 13 "Disposizioni relative alle procedure per la richiesta ed il rilascio dell'accreditamento istituzionale, in attuazione dell'articolo 12, comma 3, della legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali)";
- VISTA** la DGR. del 19.6.2007 n. 433 "Indicazioni e interventi per la realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e sociosanitarie. Incentivazione dei processi di de-ospedalizzazione nella Regione Lazio.";
- VISTA** la DGR n. 40 del 25.01.2008 "Adozione dello strumento di Valutazione Multidimensionale regionale per l'ammissione e presa in carico di persone portatrici di problematiche assistenziali complesse negli ambiti domiciliare, semiresidenziale e residenziale";
- TENUTO CONTO** che l'adozione dello strumento unico di Valutazione Multidimensionale regionale per l'ammissione e presa in carico di persone portatrici di problematiche assistenziali complesse negli ambiti

domiciliare, semiresidenziale e residenziale, necessiterà di adeguata sperimentazione e attento monitoraggio da parte di questa Regione, al fine di assicurare un graduale passaggio dalle attuali modalità valutative alla nuova metodologia deliberata attraverso una implementazione graduale e progressiva degli strumenti della Suite InterRai in tutti i suddetti ambiti assistenziali;

CONSIDERATO che con il documento approvato dalla Commissione individuata dal D.M. 12 aprile 2002 “Ospedalizzazione domiciliare” il Ministero della Salute ha fissato le linee di indirizzo per le attività domiciliari ad elevato impegno assistenziale;

CONSIDERATO che il Ministero della Salute ha istituito all’interno della Commissione nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, un apposito sottogruppo con il mandato specifico di approfondire l’analisi delle attività assistenziali svolte in regime domiciliare, residenziale, semiresidenziale e di ospedalizzazione domiciliare;

TENUTO CONTO del documento del Ministero della Salute – Dipartimento della Qualità – Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema - “Nuova caratterizzazione dell’assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio” elaborato dalla suddetta Commissione;

VALUTATA la progressiva complessità assistenziale, che deriva dalla introduzione a domicilio di nuove tecniche, metodologie ed opzioni terapeutiche (ventilazione assistita, monitoraggio telemetrico dei parametri vitali, nutrizione artificiale, cure palliative, ecc.), cui si ritiene debba conseguire una precisa regolamentazione, anche nell’ottica della integrazione degli interventi sociali e sanitari con individuazione di criteri e protocolli comuni;

TENUTO CONTO che la normativa regionale, nel suo complesso, promuove la realizzazione di un sistema integrato di interventi domiciliari a carattere sanitario, onde consentire al paziente non autosufficiente di rimanere nel proprio ambiente abituale il più possibile e contrastare, al tempo stesso, il fenomeno del ricorso improprio all’ospedalizzazione;

RITENUTO che una corretta applicazione del predetto principio di sussidiarietà orizzontale deve condurre alla conservazione ed al rafforzamento del ruolo delle istituzioni pubbliche prevedendo, al contempo, il necessario coinvolgimento della rete dei soggetti privati che, a livello locale,

risultino in grado di rispondere, in termini di qualità dei servizi erogati, ai bisogni sociali emergenti;

CONSIDERATO che la legge n. 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali, ed in particolare il disposto contenuto nell’art. 1, comma 5, afferma, in applicazione del principio di sussidiarietà orizzontale di cui al D. Lgs. N. 59/97, meglio noto come legge Bassanini, che “alla gestione ed all’offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici nonché, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, gli organismi non lucrativi di utilità sociale (*omissis*), ed altri soggetti privati”;

CONSIDERATO che la Regione Lazio, con Circolare del Direttore Dipartimento Sociale n. 3 del 01.04.2003, concernente “Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)”, ha espressamente previsto che “ai fini dell’espletamento del servizio nel caso di impossibilità dell’Azienda sanitaria di provvedere totalmente con proprio personale, è possibile ricorrere all’affidamento dell’erogazione di una parte delle prestazioni a ditte, cooperative, associazioni, fondazioni, etc. mediante gare d’appalto” definendo contestualmente criteri e procedure di attribuzione del servizio a soggetti privati;

RILEVATO che presso le varie Aziende insistenti nel territorio regionale sono attualmente esecutivi contratti aventi ad oggetto l’attività di assistenza domiciliare, mediante affidamento a ditte private, società cooperative, etc. selezionate attraverso l’espletamento di gare di evidenza pubblica;

RILEVATO che, rispetto alle previsioni contenute nella Legge Regionale n. 80/88 in merito alla possibilità di collaborazione da parte delle cooperative sociali nell’erogazione dei servizi di assistenza domiciliare nella Regione Lazio, vi è stato uno sviluppo quantitativo e qualitativo e di complessità dei servizi realizzati dai soggetti appartenenti al terzo settore;

CONSIDERATO che l’Assessore alla Sanità, in data 30.09.05, a seguito di accordo intercorso con le organizzazioni di categoria e le centrali cooperative, ha proceduto all’istituzione di un tavolo di confronto regionale sul ruolo del terzo settore nella sanità pubblica, cui hanno partecipato, oltre ai rappresentanti delle istituzioni sanitarie regionali ed aziendali, gli organismi di rappresentanza della cooperazione sociale e le organizzazioni sindacali, con la primaria finalità di contribuire a delineare in tempi brevi le modalità di potenziamento e regolamentazione del settore dell’assistenza domiciliare;

VERIFICATO che la Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 “Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale di accordi contrattuali” al Capo II art. 4 – “Strutture ed attività soggette ad autorizzazione” dichiara “...2. Sono soggette all’autorizzazione dell’esercizio, altresì, le attività di assistenza domiciliare.”;

TENUTO CONTO che, con Determinazione n. D1087 del 12 aprile 2006 del Dipartimento Sociale – Direzione Regionale Tutela della Salute e Sistema Sanitario Regionale – Area Soggetti Deboli ed Integrazione socio-sanitaria è stata approvata la “Istituzione Commissione tecnica per la definizione dei criteri e delle modalità di autorizzazione ed accreditamento per l’erogazione di servizi di assistenza domiciliare da parte di soggetti privati per conto delle Aziende USL del Lazio” avente fra gli altri il compito della “..individuazione degli ambiti, dei processi, dei livelli di responsabilità e degli interventi di competenza per le attività di assistenza domiciliare, nonché le modalità di rapporto ed integrazione tra committenza e soggetti erogatori..” nonché la produzione di documenti tecnici in tema di assistenza domiciliare, che definiscano in particolare “...le diverse competenze, responsabilità ed attività costituenti i processi assistenziali relativi all’assistenza domiciliare..” ed infine “..l’esame e l’analisi dei costi ai fini della determinazione delle tariffe..”;

PRESO ATTO che la succitata Commissione Tecnica ha prodotto il documento “Ottimizzazione del modello regionale di assistenza sanitaria domiciliare” (Allegato 1), in linea con quanto espressamente previsto dalla L.R. n. 4 del 30 marzo 2003 e tenuto conto dei principi dettati dalla DGR n. 424 del 14/07/2006, con il quale vengono individuati esigenze ed obiettivi, la metodologia degli interventi assistenziali, la classificazione dei pazienti e degli interventi nonché la formazione degli operatori;

RITENUTO altresì, sulla base del succitato documento, di dover individuare quali Aree di Intervento:

A. Area della Fragilità (ADI Generica);

B. Area Specialistica (ADI specialistica) costituita nel rispetto della normativa regionale da cinque percorsi specialistici per :

1. persone disabili che necessitano di riabilitazione nella forma estensiva e di mantenimento;
2. persone affette da HIV e AIDS;
3. pazienti terminali oncologici e non;
4. persone affette da disagio mentale;
5. persone in stati di dipendenza (tossicodipendenti, alcolisti).

C. Area della Complessità:

1. Area della Nutrizione Artificiale (Parenterale) per le insufficienze intestinali croniche benigne;
2. Area delle VeMD invasive mandatarie (= indispensabili quoad vitam) conseguenti ad insufficienze respiratorie gravi secondarie a patologie polmonari (restrittive e/o ostruttive ed ectasianti) e/o extrapolmonari (Malattie neurologiche) ;

RITENUTO di dover distinguere, in relazione ai bisogni ed in funzione delle prestazioni erogate, della intensità e della frequenza degli accessi effettuati, della continuità assistenziale garantita, i seguenti profili:

- Prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato;
- Livello assistenziale Basso (due accessi settimanali anche di diversi operatori su 5/6 giorni lavorativi);
- Livello assistenziale Medio (3-6 accessi settimanali anche di diversi operatori su 5/6 giorni lavorativi);
- Livello assistenziale Alto (7-10 accessi settimanali anche di diversi operatori su 7 giorni lavorativi con l'assicurazione della reperibilità);

CONSIDERATO inoltre che la succitata Commissione Tecnica ha prodotto, fra gli altri, il documento "Tariffe Assistenza Domiciliare Integrata", con il

quale sono state individuate le tariffe inerenti alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata regionale, Allegato 2 della presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante;

RITENUTO di dover definire quale tariffa per la remunerazione delle prestazioni occasionali o a ciclo programmato:

- € 5,73;

RITENUTO altresì di dover definire quali tariffe per la remunerazione in assistenza domiciliare per giornata di presa in carico per i tre livelli assistenziali sopra definiti in funzione delle prestazioni erogate, della intensità e della frequenza degli accessi effettuati, della continuità assistenziale garantita:

- € 12,87 per il Basso livello assistenziale;
- € 34,74 per il Medio livello assistenziale;
- € 80,42 per l'alto livello assistenziale;

RITENUTO che il soggetto che voglia proporsi come idoneo ad erogare servizi di Assistenza Domiciliare per conto di un'Azienda Sanitaria Locale regionale dovrà aderire al percorso assistenziale di cui al documento "Ottimizzazione del modello regionale di assistenza sanitaria domiciliare" - Allegato 1 della presente deliberazione, in linea con quanto espressamente previsto dalla L.R. n. 4 del 30 marzo 2003, nonché alle tariffe per la remunerazione delle prestazioni erogate come indicate dal documento "Tariffe Assistenza Domiciliare Integrata" - Allegato 2 della presente deliberazione;

PRESO ATTO che la presente deliberazione corrisponde nelle forme e nei contenuti alle indicazioni prescritte dai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze nella giusta apposita nota del 23 aprile 2008 prot n. 206 All. 3 della presente deliberazione, della quale costituisce parte integrante;

RITENUTO che il presente atto non è soggetto a concertazione con le parti sociali;

all'unanimità,

DELIBERA

Per le motivazioni richiamate in premessa, che si intendono integralmente accolte;

1. di approvare il documento “Ottimizzazione del modello regionale di assistenza sanitaria domiciliare” (Allegato 1 della presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante), con il quale vengono individuati esigenze ed obiettivi, la metodologia degli interventi assistenziali, la classificazione dei pazienti e degli interventi nonché la formazione degli operatori;
2. di approvare il documento “Tariffe Assistenza Domiciliare Integrata”, con il quale sono state individuate le tariffe inerenti alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata, quale Allegato 2 della presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante.

nel testo concordato con i Ministeri della Salute e dell’Economia e delle Finanze, giusta apposita nota del 23 aprile 2008 prot 206, parte integrante del presente provvedimento (All. n. 3)

La presente deliberazione verrà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito www.regione.lazio.it

OTTIMIZZAZIONE DEL MODELLO REGIONALE DI ASSISTENZA SANITARIA DOMICILIARE

PREMESSA

L'Assistenza Domiciliare è una realtà ben radicata nella nostra Regione, e rappresenta una delle maglie più importanti della rete dei servizi assistenziali erogati dai distretti sanitari; infatti è bene integrata con le unità operative distrettuali che si occupano di fornire secondo le vigenti disposizioni legislative:

- ✓ Assistenza alle categorie Protette;
- ✓ Assistenza Protesica;
- ✓ Assistenza ai pazienti con difficoltà in età evolutiva;
- ✓ Assistenza ai pazienti con deterioramento cognitivo;
- ✓ Assistenza ai soggetti affetti da malattia di Alzheimer e sostegno ai loro familiari.

Va inoltre evidenziato che il Direttore del Distretto Sanitario, in stretta collaborazione con il Dirigente Responsabile del CAD, promuove secondo le direttive della Direzione Aziendale:

- ✓ nell'ambito del Piano di Zona, la migliore integrazione Socio – Sanitaria possibile con i servizi sociali dei comuni e/o dei Municipi ;
- ✓ la collaborazione con i responsabili delle " Strutture Potette" per anziani e per disabili al fine di consentire la migliore qualità di vita per i loro ospiti, attraverso anche la predisposizione con il Dipartimento di Prevenzione della Azienda di appositi protocolli operativi.

ESIGENZE ED OBIETTIVI

Gli indici demografici ed epidemiologici nazionali e regionali (invecchiamento della popolazione, aumento delle situazioni di cronicità e di disabilità) e la crescente domanda sanitaria conseguente, confermata dalla recente indagine realizzata con il contributo della Commissione tecnica individuata con Determinazione n. D1597 del 7/6/06, richiedono interventi concreti tesi a:

- ✓ un riequilibrio del rapporto fra domanda (appropriata) ed offerta,
- ✓ una ottimizzazione delle procedure di erogazione dei servizi domiciliari (per facilitare l'accesso e migliorarne la fruibilità da parte del cittadino)
- ✓ una assicurazione di determinati livelli di garanzia per i fruitori dei servizi, proporzionati a loro bisogni verificati da un team di esperti
- ✓ una omogeneizzazione dei vari servizi sociali e sanitari, da inquadrare in percorsi comuni, al fine di eliminare le disparità tra i Comuni e le Province interessate (equità distributiva).

E' inevitabile che tutto ciò si realizzi in un sistema di presa in carico realmente integrata, attraverso la collaborazione fattiva ed obbligata di tutte le figure professionali coinvolte, qualificando al massimo le strutture erogatrici ed adottando precisi criteri e standard di riferimento per l'accreditamento e, in attesa della conclusione di tale intero percorso, anche per il solo affidamento ad esse dei servizi con procedure di evidenza pubblica.

METODOLOGIA DEGLI INTERVENTI ASSISTENZIALI

Si riconferma quindi la necessità di realizzare un percorso integrato territoriale per la gestione del paziente con problematiche di tipo sanitario e necessità di tipo socio-assistenziale, attraverso la stretta collaborazione tra MMG, ASL, ospedali (in fase di dimissione protetta), Enti Locali e sistema delle Imprese Sociali¹, finalizzato alla presa in carico ed al management dell'intero percorso assistenziale della persona (che resta centro ed oggetto di tutti gli interventi assistenziali). All'interno di questo percorso strutturato sarà possibile offrire una gamma di servizi con gradualità e proporzionalità adeguata alle reali necessità assistenziali ed in modo sostenibile.

A tale scopo è necessario enfatizzare l'importanza di quel percorso già da tempo delineato, che si esplica attraverso i seguenti punti nodali:

- livello unico per l'ingresso nel sistema, costituito invariabilmente dal Medico di Medicina Generale (MMG), che effettua la valutazione preliminare di tutti i casi potenzialmente bisognosi di un intervento in ADI ed attiva il sistema
- valutazione sistematica delle necessità, attraverso la Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM²)

La valutazione delle necessità, per realizzare gli obiettivi di cui si diceva, dovrà avere come riferimento un **sistema di classificazione dei pazienti**, concepito sulla base dei bisogni di assistenza e, conseguentemente, la realizzazione di un **sistema di classificazione degli interventi** sulla base della intensità e specificità degli stessi

Nella costruzione del presente modello sono stati individuati alcuni elementi portanti l'intero sistema:

- definizione dei **processi** e delle **attività** del sistema di cure domiciliari;
- individuazione di **requisiti "ulteriori"** rispetto a **quelli autorizzativi** di cui alla DGR n. 424/2006, per tutte le strutture che erogano Assistenza Domiciliare;
- individuazione di **requisiti "specifici"** per le strutture che intendono svolgere attività di assistenza domiciliare all'interno delle **fasce della complessità (o ADI SPECIALISTICA)**;

Destinatari e criteri di ammissibilità all'ADI

L'assistenza domiciliare (AD) è diretta a tutti gli assistiti iscritti al S.S.R., che temporaneamente o stabilmente per motivi sanitari e/o sociali si trovano nella condizione di non potere lasciare la propria abitazione. Ordinariamente l'assistenza viene erogata a livello della ASL / distretto di residenza dell'assistito; possono tuttavia usufruire del servizio anche i soggetti domiciliati nel distretto in cui l'AD viene attivata – ferme restando le forme di compensazione interaziendali e interregionali.

Possono usufruire dell'Assistenza Domiciliare anche gli stranieri residenti nei paesi dell'U.E. provvisoriamente domiciliati nella Regione per motivi di studio e/o di lavoro e gli stranieri

¹ Le risorse attuali della information technology, potranno favorire il processo di integrazione sanitaria e sociale attraverso la quale dare risposta alla domanda di salute intercettata sul territorio.

² Costituiscono l'U.V.M. le seguenti figure professionali, all'occorrenza, integrate da medici specialisti : 1) Il Medico Curante del paziente (in caso di impedimento questi può formalmente delegare un proprio sostituto o in caso di partecipazione a forma Associata o a U.C.P. o U.C.P.P. altro medico), 2) Il Dirigente Medico Responsabile del CAD o suo delegato; 3) Il Capo Sala del CAD o altro Infermiere Professionale; 4) Un Assistente Sociale. -

temporaneamente presenti (S.T.P.) che si trovano in situazioni e condizioni di salute che richiedano interventi sanitari domiciliari

Le tipologie di assistiti individuate, coerentemente con la DGR n. 424/2006, sono pertanto le seguenti:

- ✓ persone non autosufficienti totalmente o parzialmente;
- ✓ persone disabili che necessitano di riabilitazione nella forma estensiva e di mantenimento;
- ✓ persone affette da HIV e AIDS;
- ✓ pazienti terminali oncologici e non;
- ✓ persone affette da disagio mentale;
- ✓ persone in stati di dipendenza (tossicodipendenti, alcolisti).

In ogni caso i requisiti di accesso devono prevedere:

- **RIDOTTA AUTOSUFFICIENZA** evidenziata dall'applicazione di apposite scale di valutazione, validate sul piano scientifico internazionale.
- **NECESSITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA**, cioè evidenza di un bisogno di natura assistenziale a fini diagnostici, terapeutici o preventivi, esclusi quelli eseguibili solo in ambito ospedaliero;
- **IDONEITA' DELLE CONDIZIONI SOCIO-AMBIENTALI DELL'ASSISTITO** evidenziata dall'applicazione di apposite scale di valutazione. Significa sostanzialmente assistibilità a domicilio per presenza di: a) supporto familiare o, in caso di sua assenza o insufficienza, supporto da parte di una rete adeguata di aiuto sociale che possa vicariarlo; b) alloggio idoneo o comunque reso il più possibile tale con interventi di assistenza abitativa.

Per tutti i pazienti il tipo di assistenza dovrà essere multidisciplinare e prevedere l'azione congiunta dei servizi sanitari territoriali competenti per la patologia specifica sofferta dal paziente (Centri per la terapia del dolore, SERT, CIM, Nutrizione, ecc). Per rendere uniforme la realizzazione dei programmi assistenziali che prevedano risposte multidisciplinari, si definiranno schemi di protocolli operativi per le strutture ed i servizi interessati. E' necessario agevolare poi l'accesso ai dati sia di tipo clinico che organizzativo gestionale, anche attraverso metodologie informatiche e dispositivi di telemedicina, garantendo così la piena conoscenza della situazione a tutti i livelli coinvolti nel Piano Individuale di Assistenza (di seguito denominato PIA).

Processi ed attività del servizio di Assistenza Domiciliare

Il processo è lo svolgimento di una serie di attività che si succedono in maniera logica destinate a trasformare un qualsiasi momento di input in una prestazione fruibile (output) da un utente. In particolare, il processo assistenziale può essere definito come un insieme ordinato di attività sanitarie e/o sociali, articolate per fasi, erogate con lo scopo di raggiungere un determinato esito.

Di seguito è indicato il processo e le relative attività dell'ADI, con gli attori che via via intervengono con ruoli ben definiti.

- a.) **La segnalazione:** il segnalante può essere chiunque desideri favorire l'assistenza domiciliare per la persona malata non autosufficiente. Anche in caso di segnalazione da parte di un reparto ospedaliero in occasione di un ricovero, la stessa deve essere in ogni caso ricondotta al curante. Alla segnalazione segue una valutazione preliminare del bisogno.
- b.) **La attivazione dell'ADI:** è compito esclusivo del MMG cui viene ricondotta ogni segnalazione.
- c.) **La valutazione e la definizione del Piano Individualizzato di Assistenza (PIA).** La valutazione consiste nella analisi dei bisogni e definizione dei problemi. E' effettuata dopo il colloquio con la famiglia, e si avvale di appositi strumenti di valutazione multidimensionale dello stato funzionale del paziente. Essa coinvolge in prima istanza la Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM) della ASL, di cui il MMG dell'assistito è parte integrante. Si tratta quindi di una valutazione collegiale della persona non autosufficiente e del suo nucleo sociale, ed ha il fine di stabilire se e quali interventi sono necessari, e definire un piano assistenziale individualizzato. Il nucleo valutativo può essere integrato con le altre figure (fkt, medici specialisti, ...) del servizio di assistenza domiciliare dell'organismo ritenuto idoneo sul territorio, e con il quale l'Azienda ha stipulato appositi accordi contrattuali. Per i pazienti ricoverati la valutazione è effettuata in collaborazione con il reparto interessato (dimissione protetta). La definizione del **Piano Individualizzato di Assistenza (PIA)** si concretizza con la formulazione collegiale del progetto assistenziale da parte della UVM sopra definita, con l'individuazione:
- dei problemi dell'utente e della sua famiglia,
 - dell'esistenza del consenso informato³ e partecipato dell'assistito e della sua famiglia
 - degli obiettivi assistenziali,
 - della possibilità di poter formare i caregivers indicati dalla famiglia
 - della fattibilità degli interventi necessari alla loro realizzazione
 - delle modalità di realizzazione (tipologia dell'intervento),
 - del cronoprogramma
 - degli ausili e presidi necessari,
 - del referente formale (case manager);
 - del referente informale (care giver, familiare o chi ne fa le veci) a cui fornire il supporto per qualificare l'assistenza,
 - delle modalità di verifica e controllo sugli esiti per il necessario follow-up periodico.

Il piano assistenziale individualizzato deve prevedere una durata complessiva definita, con momenti di verifica a cadenza periodica tra il MMG, il CAD ed il servizio di assistenza domiciliare dell'ente erogatore. Il PIA costituisce anche la formalizzazione dell'impegno di tutti i livelli coinvolti nell'assistenza. Al momento della "scadenza" del piano assistenziale, o in caso di oggettive variazioni delle condizioni dell'assistito, e comunque, periodicamente, andranno effettuate di nuovo le procedure di

³ L'attivazione dell'assistenza a domicilio è subordinata all'accettazione da parte della persona assistita del servizio proposto e del piano assistenziale concordato. A tal fine il paziente dovrà firmare un modulo di consenso informato nel quale si farà riferimento alle caratteristiche del servizio che viene offerto, alla durata del piano assistenziale individualizzato ed ai momenti di verifica previsti lungo tale percorso assistenziale. In caso di impossibilità da parte del paziente (per es. handicap fisico), il consenso sarà fornito da un familiare dello stesso. Comunque l'assistenza a domicilio non può essere in alcun modo attivata in caso di parere contrario da parte dell'assistito.

valutazione/verifica così da poter ridefinire eventualmente i piani assistenziali individuali.

- d) La **presa in carico** viene effettuata da parte di tutti gli attori coinvolti nel PIA, con responsabilità attinenti al ruolo che ciascuno di essi ha nella rete. In questa fase avviene il passaggio formale attraverso il quale il servizio di assistenza domiciliare (pubblico o privato) garantisce al paziente l'attuazione, il coordinamento e la verifica degli interventi previsti dal PIA e la sorveglianza sulle condizioni dell'assistito.
- e) L'**erogazione dell'assistenza sanitaria** è assicurata dal medico di medicina generale secondo gli specifici strumenti previsti dal contratto di categoria e da tutto il personale operante nel sistema a rete (infermieri, terapisti della riabilitazione, dietista, operatori socio-sanitari, medici specialisti), con le modalità previste nel piano personalizzato di assistenza.

L'organizzazione degli interventi assistenziali è affidata ad una Centrale Operativa del servizio di assistenza domiciliare (pubblico o privato). Gli orari di apertura della centrale operativa dipenderanno dalla mission e dalla classificazione del servizio di assistenza domiciliare, nel rispetto dei requisiti minimi previsti per l'autorizzazione all'esercizio.

Il servizio di assistenza domiciliare dell'ente erogatore eventualmente coinvolto avrà quindi il compito di:

- Raccordarsi e collaborare con i diversi livelli della rete fin dalla fase di predisposizione del piano assistenziale, in primis con il MMG e con il CAD;
- predisporre tutte le misure organizzative per il ritiro e l'eventuale utilizzo dei presidi necessari presso il domicilio del paziente, compresa l'acquisizione dei materiali inventariabili, dei materiali di consumo e dei farmaci, prescritti da quanti ne hanno titolo su apposito ricettario regionale (MMG, specialisti);
- garantire l'attuazione dei protocolli assistenziali attraverso le rispettive competenze delle varie figure professionali
- concordare periodicamente con i diversi livelli della rete le variazioni del PIA;
- assicurare il debito informativo in ordine agli interventi effettuati ed alla situazione socio-sanitaria dell'assistito a tutti i livelli coinvolti nella gestione del caso, anche mediante l'ausilio di tecnologie telematiche.

Se il caso richiede risposte residenziali transitorie vengono attivate le procedure per garantire canali preferenziali per i ricoveri temporanei o di pronto intervento.

- f) le **verifiche** avvengono tramite le riunioni formali ed informali (delle quali deve, comunque, essere prevista la rintracciabilità) fra il MMG il personale di coordinamento del CAD e quello del servizio di assistenza domiciliare dell'erogatore esterno all'Azienda (se attivato). Questa modalità costituisce uno strumento di lavoro non solo nella programmazione ma anche nella fase operativa, per assumere decisioni di natura assistenziale, rivedere periodicamente le procedure assistenziali, la congruenza tra prestazioni erogate e bisogni alla luce dei risultati ottenuti.
- g) la **conclusione dell'intervento** si compie con il raggiungimento degli obiettivi assistenziali, la conseguente dimissione o il passaggio ad altro livello assistenziale o con la morte del malato. – La **dimissione** è disposta dal MMG, di concerto con il CAD distrettuale e con il soggetto erogatore esterno se questo era stato coinvolto nel PIA. Se è l'erogatore esterno a proporla, questa deve essere autorizzata dalla UVM

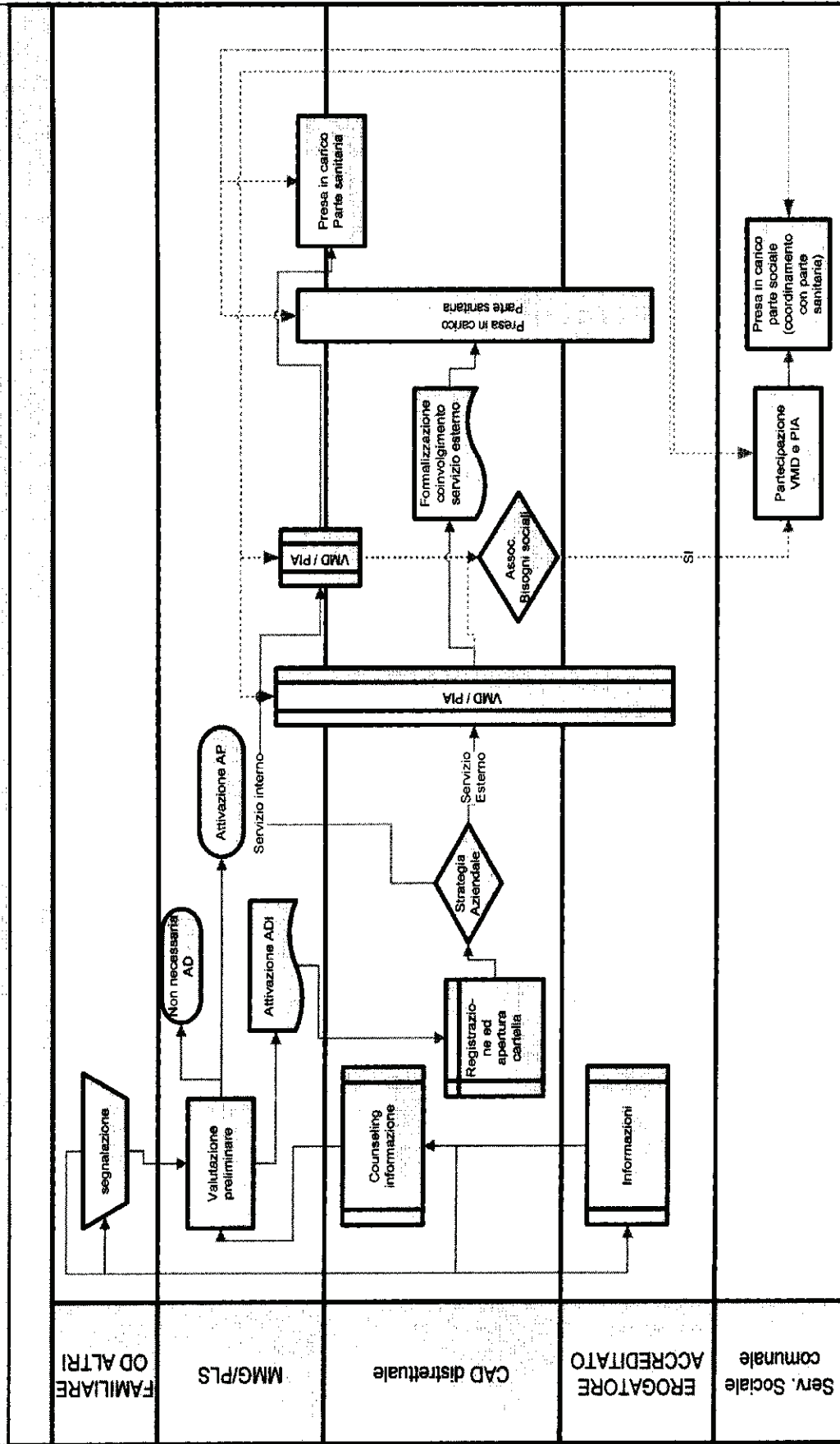
distrettuale, rappresentata da MMG e personale del CAD. Nel caso di malati inguaribili, la morte può essere preparata nella fase di assistenza tramite l'accompagnamento della famiglia al lutto.

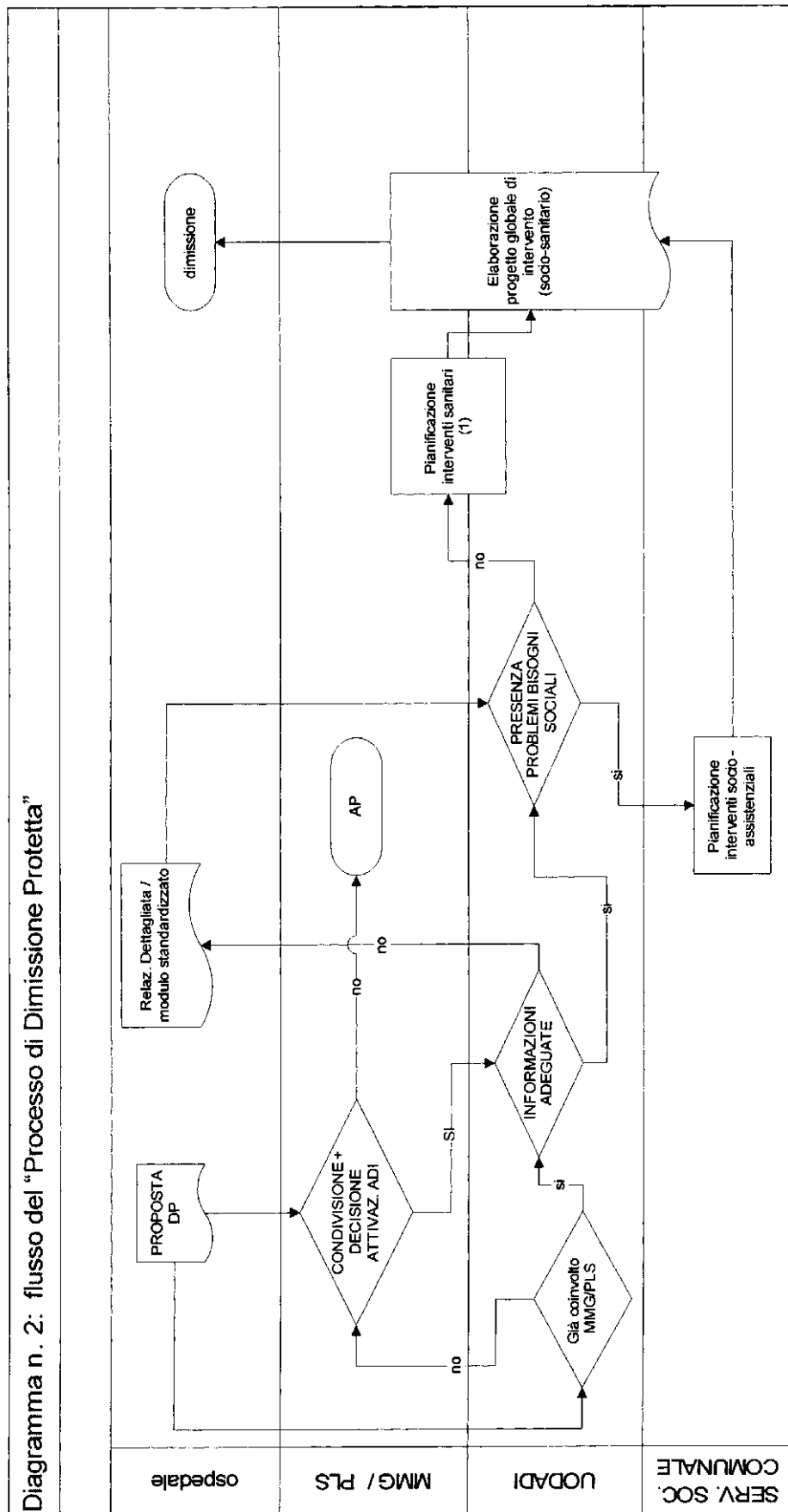
SCHEMATIZZAZIONE TABELLARE DEL PROCESSO DI PRESA IN CARICO IN ADI

FASE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	COMPETENZA	Azione diretta verso
Segnalazione	Comunicazione formale / informale	Medico ospedaliero Servizi Sociali Comunali Familiare Conoscente Volontario Altri non specificati	MMG Se diretta verso CAD ovvero verso il servizio di assistenza domiciliare del territorio, questo fornisce informazioni sul servizio ma la riconduce al MMG per l'attivazione.
Valutazione preliminare	Anamnesi, esame obiettivo, esame di relazioni cliniche, di dimissione etc.	MMG	Assistito e sua famiglia
Attivazione ADI	Invio della richiesta formale di attivazione	MMG	CAD distrettuale secondo la residenza / domicilio dell'assistito
Valutazione Multidisciplinare (VMD) e predisposizione del Piano Individualizzato di Assistenza (PIA)	Obiettivazione e registrazione della situazione del paziente sotto il profilo clinico e socio ambientale. Formalizzazione in un documento (PIA) in cui sono definite le azioni, gli attori e le specifiche responsabilità nell'ambito della rete ⁴	Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM = MMG + personale di coordinamento del CAD)	Assistito e sua famiglia
Presenza in carico ed erogazione dell'assistenza	È l'inizio e la continuazione dell'assistenza fino alla dimissione del caso. Formalizzazione dell'affidamento al servizio esterno, se previsto	Di tutti gli attori coinvolti nel PIA (CAD, Servizio, MMG), ciascuno per le proprie competenze così come definite nello stesso documento	Assistito
Monitoraggio e verifiche	Comunicazione per le vie brevi, reciproco aggiornamento della situazione paziente attraverso strumenti telematici dove esistenti, riunioni di gruppo, aggiornamento del PIA. Garantendo in ogni caso la tracciabilità delle comunicazioni e decisioni relative all'assistito.	Di tutti gli attori coinvolti nel PIA (CAD, Servizio, MMG), ciascuno per le proprie competenze così come definite nello stesso documento	Assistito
Dimissioni	Verifica estinzione necessità assistenziale da qualunque circostanza (exitus, rifiuto da parte dell'assistito, miglioramento, etc).	MMG + CAD	Assistito

⁴ Nel caso si ritenga di dover ricorrere, per la successiva fase di presa in carico, al servizio di assistenza domiciliare di un organismo ritenuto idoneo dall'Azienda, esso viene coinvolto in questa fase. Nel caso sia necessaria la integrazione con un intervento socio assistenziale viene coinvolto in tale fase anche il servizio sociale dell'Ente Locale.

Diagramma n. 1: PROCESSO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DI UN ASSISTITO IN ADI





(*) nel caso di ricorso a servizio privato il medesimo viene coinvolto nella pianificazione degli interventi

CLASSIFICAZIONE DEI PAZIENTI E DEGLI INTERVENTI

In accordo con le evidenze scientifiche nazionali ed internazionali, i destinatari dell'assistenza domiciliare sono prevalentemente soggetti anziani, caratterizzati da condizioni di fragilità, non autosufficienza e polipatologia.

Accanto a questa tipologia di pazienti si considera anche la possibilità di qualificare ulteriormente alcuni settori dell'assistenza, rivolti a pazienti con bisogni assistenziali specifici, determinati dalla presenza di precise patologie o di procedure assistenziali particolarmente complesse che richiedono il possesso di requisiti specifici di tipo organizzativo, strutturale e tecnologico.

Sulla base di quanto premesso, è razionale individuare la seguente suddivisione:

□ Area della “fragilità” (ADI generica)

Target: pazienti in condizioni di “fragilità” con polipatologia e necessità di valutazione multidimensionale per l'individuazione di un piano assistenziale caratterizzato dalla multidisciplinarietà dell'intervento. L'assistenza è volta ad assicurare la miglior qualità della vita possibile, a prevenire il peggioramento delle condizioni cliniche, a supportare il nucleo familiare, ad evitare i ricoveri impropri. Essa si basa su un **dimensionamento dell'offerta proporzionato al bisogno verificato**, da cui gli assistiti e, conseguentemente l'intensità degli interventi (livello assistenziale), sono classificabili secondo la seguente tabella:

Categoria assistiti	Livello assistenziale
Basso bisogno assistenziale	Bassa intensità interventi
Medio bisogno assistenziale	Media intensità interventi
Elevato bisogno assistenziale	Elevata intensità interventi

AREA DELLA FRAGILITA': ELEMENTI CARATTERIZZANTI I 3 LIVELLI ASSISTENZIALI

CARATTERISTICA	LIVELLI ASSISTENZIALI		
	BASSO (O 1°)	MEDIO (O 2°)	ALTO (O 3°)
Tipologia del lavoro e caratteristica generale delle prestazioni <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> lavoro per obiettivi da raggiungere e non per prestazioni; <input type="checkbox"/> comunicazione reciproca puntuale e continua fra i diversi livelli coinvolti nell'assistenza <input type="checkbox"/> utilizzo routinario di strumenti organizzativi integranti: riunioni di valutazione, programmazione e coordinamento, verifica; cartella assistenziale (meglio se informatizzata) <input type="checkbox"/> prestazioni effettuabili in forma invariabilmente coordinata fra tutti gli operatori che ruotano sul paziente 			
Individuazione del referente familiare (care giver)	Sempre necessaria		
Individuazione del case manager	Non indispensabile		
Rapporto infermiere/assistiti	1:18	1:10	1:5
Rapporto fisioterapista/assistiti	1:34	1:17	1:10
accessi settimanali infermieri	1 - 2	3 - 4	5 - 7
accessi settimanali tdr	0,75	1,5	3

Lo specialista consulente, e le altre figure professionali, se inseriti nel PIA, opereranno secondo gli standard previsti dal Documento LEA "Nuova caratterizzazione degli interventi dell'assistenza domiciliare territoriale e degli interventi ospedalieri a domicilio"

Area della complessità

Target: Pazienti con piano assistenziale richiedente in primis elevata competenza professionale del personale (acquisita attraverso percorsi formativi e professionali specifici e ad applicazione di procedure complesse; spesso, secondariamente, dalla presenza a domicilio di apparecchiature e presidi ad elevata tecnologia, e dal monitoraggio a distanza (telefonico) continuo, subcontinuo o periodico con il centro organizzatore della domiciliazione.

Detto percorso richiede quindi il possesso di requisiti organizzativi ulteriori, caratteristici per la patologia e per i problemi / bisogni connessi, anche in progress secondo l'evoluzione prevedibile della stessa.

Sono individuabili le seguenti Aree di possibile intervento, ammettendosi che le due necessità possano essere contestuali nello stesso assistito e che in tal caso il servizio deve essere in grado di rispondere a tutte le medesime:

1. Area della Nutrizione Artificiale (Parenterale) per le insufficienze intestinali croniche benigne
2. Area delle VeMD invasive mandatarie (= indispensabili quoad vitam) conseguenti ad insufficienze respiratorie gravi secondarie a patologie polmonari (restrittive e/o ostruttive ed ectasianti) e/o extrapolmonari (Malattie neurologiche)

Area specialistica (ADI specialistica)

Sono caratterizzati da interventi legati alla specificità della patologia prevalente, indipendentemente dal livello di complessità del paziente.

Nel rispetto della normativa regionale, i percorsi specialistici sono rivolti a:

1. persone disabili che necessitano di riabilitazione nella forma estensiva e di mantenimento;
2. persone affette da HIV e AIDS;
3. pazienti terminali oncologici e non;
4. persone affette da disagio mentale;
5. persone in stati di dipendenza (tossicodipendenti, alcolisti).

Prestazioni infermieristiche da garantire in coerenza con i volumi di tempo definiti a seconda del PIA e del livello assistenziale

(le prestazioni indicate in neretto presuppongono per il **risk management** che l'infermiere invariabilmente sia in possesso di un **curriculum formativo professionale documentabile** che garantisca la correttezza delle manipolazioni secondo le regole della EBM e che l'organizzazione abbia formulato nel merito precise procedure; gli stessi interventi sono proscritti nel caso di mancanza di adeguata formazione)

- Collaborazione nella elaborazione del PIA
- Misurazione di parametri vitali (temperatura, polso arterioso, pressione arteriosa, atti respiratori, diuresi, peso corporeo, misure antropometriche)
- Misurazione e registrazione dello stato di coscienza

- Sorveglianza e gestione di cateteri venosi centrali**
- Gestione cateteri spinali e sistemi di infusione cronodosabili**
- Registrazione di Ecg
- Registrazione di altro esame
- Collaborazione alla preparazione di materiale e strumentario per curettage di lesioni da decubito e ferite Preparazione del paziente per una pratica assistenziale e/o un esame e successiva sorveglianza
- Somministrazione dei medicinali prescritti per via enterale
- Somministrazione dei medicinali prescritti per via parenterale
- Perfusione – incannulazione di vena superficiale delle membra con ago o catetere corto
- Perfusione – gestione di una perfusione a termine o a permanenza
- Somministrazione dei medicinali prescritti per via topica o per via inalatoria
- Bendaggio semplice e complesso
- Manipolazione e controllo di drenaggi
- Assicurazione di comfort e benessere
- Medicazione semplice e complessa
- Prelievo capillare e venoso del sangue o raccolta di liquidi biologici mediante esami estemporanei (es. stick licemici)
- Raccolta sterile e non sterile di escreti o secreti (ad eccezione di quelli descritti specificatamente di seguito)
- Instillazioni e irrigazioni di cavità, fistole e stomie
- Collaborazione col medico in attività generica o specialistica
- Stimolazione della respirazione generica, cioè non nell'ambito di un programma di riabilitazione respiratoria
- Controllo dell'espettorato
- Mantenimento della pervietà delle vie aeree superiori, aspirazione delle secrezioni di un paziente anche se intubato o tracheotomizzato**
- Manutenzione della cannula di un tracheotomizzato**
- Ventilazione manuale strumentale o mediante maschera e controllo dell'adattamento di un paziente ad un ventilatore**
- Predisposizione di un ventilatore e del materiale per l'intubazione oro/naso tracheale**
- Pulizia e ripristino di un ventilatore e del relativo materiale d'uso**
- Manipolazione di un drenaggio toracico**
- Cura del naso e della bocca ed addestramento del caregiver allo scopo
- Addestramento all'uso di presidi che possono facilitare l'alimentazione
- Controllo e registrazione della dieta del paziente, del suo bilancio alimentare, del suo peso e del suo stato di idratazione
- Preparazione e somministrazione di alimenti speciali da far assumere a mezzo sonda gastrica o pompa enterale (anche nel bambino)**
- Sostituzione di sonda gastrica estraibile dall'esterno (senza esame endoscopico)**
- Sondaggio gastrico o duodenale a scopo nutrizionale,**
- Preparazione e somministrazione di Nutrizione parenterale**
- Assistenza, gestione ed addestramento del caregiver all'uso di pompe infusionali per uso enterale e parenterale**
- Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale enterale**
- Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale**
- Sondaggio gastrico decompressivo
- Controllo dell'igiene dentale
- Aiuto ad assumere cibo e bevande anche con sistemi appropriati ad un handicap
- Controllo ed assistenza delle stomie delle vie urinarie
- Posizionamento di un catetere vescicale a permanenza
- Assistenza ordinaria ad un paziente portatore di catetere vescicale
- Instillazioni o irrigazioni vescicali o intrauretrali
- Assistenza corrente a un paziente sottoposto a dialisi peritoneale**
- Assistenza corrente a un paziente sottoposto a dialisi renale**
- Installazione di drenaggio urinario esterno
- Messa in sito di assorbenti/pannolini ed addestramento del caregiver allo scopo
- Gestione dei presidi utilizzati per facilitare la funzione di eliminazione (es. controllo, sostituzione e rimozione delle sacche di raccolta della diuresi) ed addestramento del caregiver allo scopo
- Igiene della zona genitale nella donna e nell'uomo ed addestramento del caregiver all'operazione

- Controllo e cure ordinarie della pelle e/o delle mucose attorno a drenaggi, cateteri e sonde
- Partecipazione al piano di rieducazione vescicale ed addestramento del caregiver allo scopo
- Raccolta di un campione di urine
- Raccolta sterile di un campione di urine nell'uomo e nella donna mediante cateterismo estemporaneo
- Controllo ed assistenza corrente a stomie delle vie intestinali
- Clistere (per ogni scopo)
- Lavaggio rettale goccia a goccia
- Estrazione di fecalomi
- Disinfezione ambientale in caso di pericolo di diffusione di malattie a trasmissione oro-fecale ed addestramento del caregiver allo scopo
- Messa in opera e cambio dei mezzi di protezione del letto, degli indumenti della pelle e delle mucose in caso di incontinenza o di diarrea ed addestramento del caregiver allo scopo
- Assistenza al paziente nell'eliminazione ed addestramento del caregiver allo scopo
- Cure igieniche appropriate ad un'eccessiva traspirazione ed addestramento del caregiver allo scopo
- Aiuto al trasporto assistito di un paziente all'interno di una struttura sanitaria per prestazione non erogabile a domicilio
- Prevenzione non medicinale delle trombosi
- Pianificazione ed esecuzione di esercizi fisici semplici ed addestramento del caregiver allo scopo
- Far alzare il paziente e porlo in una posizione corretta, tale da evitare posizioni viziate, senza fare ricorso alle tecniche di rieducazione: trasferimento e posizionamento del paziente dal letto alla poltrona e viceversa; aiuto nella deambulazione senza fare ricorso alle tecniche di rieducazione (ed addestramento del caregiver allo scopo)
- Valutazione della durata e della qualità del riposo e del sonno diurno e notturno ed addestramento del caregiver allo scopo
- Organizzazione di un programma di attività che tenga conto dei ritmi sonno/veglia del paziente e delle condizioni dell'ambiente
- Preparazione del paziente e dell'ambiente al sonno e al riposo ed addestramento del caregiver allo scopo Controllo della assunzione di liquidi in rapporto ad una eventuale nicturia
- Aiuto a vestire e spogliare il paziente tenendo conto della sua personalità, della sua età, del suo pudore, della morfologia, del suo handicap fisico e psicologico, dell'ambiente e delle attività svolte ed addestramento del caregiver allo scopo
- Controllo ed evoluzione dei segni collegati all'aumento o alla diminuzione della temperatura
- Controllo ed intervento sull'ambiente, su altri presidi e sul paziente per regolame la temperatura ed addestramento del caregiver allo scopo
- Altre tecniche fisiche di correzione dell'ipotermia o dell'ipertermia ed addestramento del caregiver allo scopo
- Bagni terapeutici e medicati ed addestramento del caregiver allo scopo
- Frizioni, impacchi, massaggi ed addestramento del caregiver allo scopo
- Bagno a letto completo ed addestramento del caregiver allo scopo
- Bagno nella vasca completo (compresa la preparazione) ed addestramento del caregiver allo scopo
- Doccia completa (compresa la preparazione) ed addestramento del caregiver allo scopo
- Toilette di una parte del corpo ed addestramento del caregiver allo scopo
- Cure igieniche di apparecchi correttivi e protesi ed addestramento del caregiver allo scopo
- Individuazione delle parassitosi esterne e assistenza alle persone colpite
- Prevenzione e cura delle lesioni da pressione (per la prevenzione: addestramento del caregiver allo scopo)
- Assistenza e sorveglianza di ulcere cutanee croniche
- Mappatura dei pericoli presenti in un ambiente e relative proposte di modifiche
- Predisposizione di presidi atti a ridurre i pericoli ed addestramento del caregiver allo scopo
- Controllo della sensibilità del malato al caldo, al freddo e al dolore
- Assistenza e sorveglianza di pazienti posti in una condizione di isolamento protettivo domiciliare
- Controlli di igiene ambientale
- Attività di disinfestazione e/o disinfezione di ambienti
- Attuazione e controllo dei metodi di immobilizzazione di sicurezza ed addestramento del caregiver allo scopo
- Raccolta dati ed elaborazione insieme alla famiglia
- Informazione a proposito degli interventi di assistenza e/o eventuali esami, allo scopo fra l'altro di indurre il paziente e/o la sua famiglia alla partecipazione attiva.
- Educazione del paziente perché si faccia carico della propria salute.
- Contatti e pratiche con Uffici/Enti, istituzioni varie nell'ambito del PIA

- Raccolta, schedatura e compilazione di dati a fini clinico assistenziali e statistici,
- Tenuta e compilazione della cartella per la parte di competenza

Prestazioni riabilitative da garantire in coerenza con i volumi di tempo definiti a seconda del PIA e del livello assistenziale (idem cs)

- Trattamento di rieducazione motoria (paziente neurologico, ortopedico, amputato ecc.)
- Rieducazione respiratori
- Riabilitazione respiratoria nelle disventilazioni e drenaggio posturale**
- Rieducazione alla tosse assistita
- Rieducazione del linguaggio
- Rieducazione disturbi neuropsicologici (memoria ed attenzione)
- Recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane
- Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente
- Educazione del care giver alla corretta mobilizzazione / corretta postura del paziente
- Educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee
- Cooperazione nella prescrizione di ausili e protesi
- Istruzione del paziente o del care giver all'utilizzo di ausili per la deambulazione e valutazione ambientale

La Valorizzazione degli interventi è stata effettuata sulla scorta dei documenti allegati definendo per ogni singolo livello assistenziale la relativa tariffa.

Possibili indicatori dell'assistenza domiciliare

La identificazione di un sistema di indicatori delle varie dimensioni da esplorare e dei flussi sarà identificato dall'Agenzia di Sanità pubblica con l'aiuto degli esperti del settore di parte pubblica e privata. Qui di seguito vengono presentati solo alcuni. Nel presente documento, ne vengono proposti alcuni, di semplice rilevazione, per la discussione, classificati secondo le diverse aree di performance che concorrono a misurare la qualità dell'assistenza erogata.

Indicatori di SICUREZZA

- cadute accidentali con e senza lesioni fratturative
- insorgenza e aggravamento di lesioni di da decubito
- insorgenza di reazioni allergiche da farmaci, a fronte di apposita segnalazione anamnestica da prevedere nella cartella Domiciliare.

Indicatori di EFFICACIA

- tasso di ricovero ospedaliero ripetuto
- numero di pazienti con particolari condizioni patologiche (allettati, dementi, altro) che evitano il ricorso alla RSA (istituzionalizzazione)
- numero di pazienti per i quali è stato necessario un intervento d'urgenza (chiamata 118).

Indicatori di APPROPRIATEZZA

- rapporto tra casi non ritenuti idonei all'inserimento in assistenza e numero casi segnalati alla UVM.

Indicatori di ACCESSO

- tempi di attesa, da parte del paziente, tra la segnalazione del bisogno e la compilazione della VMD
- tempi di attesa tra la convalida della VMD e l'attivazione del piano assistenziale
- tempi di attesa tra la produzione del piano assistenziale ed inizio della effettiva erogazione della assistenza domiciliare.

Indicatori di EFFICIENZA

- numero di pazienti assistiti
- numero di giornate di assistenza per alcune patologie croniche (permane la difficoltà di una tale valutazione trattandosi di pazienti con polipatologie la cui gravità incide diversamente sul singolo caso clinico)
- numero di interventi suddivisi per tipologia
- numero delle giornate effettive di assistenza.

FORMAZIONE

La qualificazione dell'assistenza domiciliare è un presupposto indispensabile per assicurare al paziente fragile, anziano, multiproblematico o terminale, cure efficaci ed appropriate al proprio domicilio.

Lo sviluppo di un sistema territoriale di assistenza che vede nell'ADI uno dei suoi maggiori punti di forza, non può prescindere da un momento "culturale" sulle modalità di organizzazione delle cure domiciliari, quale tipologia di assistenza garantiscono, con quali livelli di professionalità, quali strumenti di integrazione istituzionale, professionale e gestionale e con quali risultati in termini di salute.

Da questo punto di vista, la Regione Lazio ritiene essenziale garantire, all'interno del percorso intrapreso con il presente documento, il coinvolgimento e la partecipazione di tutti gli attori che entrano in gioco nei processi dell'Assistenza a domicilio, nell'ambito di due aspetti essenziali:

1. la formazione di tutti i professionisti coinvolti nell'ADI, sui temi dell'efficacia/appropriatezza degli interventi sanitari
2. la definizione di standard assistenziali (linee guida, percorsi) e processi organizzativi, finalizzati a garantire la governance clinica dell'ADI.

Note:

Specifica dei termini utilizzati e la loro rispondenza con quelli utilizzati nel documento LEA Ministero della Salute "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio":

presa in carico: Formalizzazione dell'impegno ad assistere una persona, da parte di un professionista, un servizio o una struttura, previa verifica della coerenza tra i bisogni del primo soggetto e il mandato istituzionale del secondo. (ASPLazio - 2004)

accesso: corrisponde alla visita domiciliare

giornata di presa in carico(corrisponde alla definizione di GdC): periodo, espresso in giorni, intercorrente tra l'inizio e la fine delle cure

giornata di assistenza(corrisponde alla GEA): giornata nella quale una o più figure professionali hanno effettuato visite domiciliari.

Allegato 2

Gruppo di Lavoro – Tariffe ADI

Metodologia del lavoro effettuato e risultati

In conformità a quanto riportato nel documento approvato in sede di Commissione Tecnica in data 18/12/2006, il gruppo di lavoro per la definizione delle tariffe dell'ADI ha operato secondo le seguenti modalità:

A) Il Gruppo di Lavoro ha lavorato per arrivare alla definizione di una tariffa per giornata di cura (GdC) differenziata sulla base dei livelli di intensità assistenziale previste nel documento della Commissione (bassa, media ed alta intensità);

B) E' stata effettuata una ricerca in letteratura di precedenti esperienze ed evidenze. In particolare sono state oggetto di particolare analisi le seguenti pubblicazioni:

1. *Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi a domicilio* – Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza – Ministero della Salute
2. *Lungodegenza, RSA ed ADI. Tre modalità assistenziali, nella Regione Marche, a confronto* (di M. Lucchetti et al.) in G GERONTOL 2004; 52:140-152.
3. *Documento conclusivo del Comitato Ospedalizzazione Domiciliare* (D.M. 12/4/2002) – Ministero della Salute
4. *Bilanciamento costi e qualità nei servizi di cure domiciliari sanitarie e di alta intensità* (di G Scaccabarozzi et al.) in "La remunerazione delle attività di assistenza domiciliare" Società editrice Il Mulino pagg. 89-118. Ottobre 2006.

C) Per l'individuazione dei volumi di attività, è stata effettuata un'analisi dei dati comunicati dalle ASL, relativamente alle aree esplorate (DIMENSIONE DOMANDA, GOVERNO CLINICO, GOVERNO DEI PROCESSI, GOVERNO ECONOMICO) riferiti al mese di rilevazione (marzo 2006);

D) per arrivare alla definizione del costo di accesso, è stata effettuata un'analisi delle voci di costo di un servizio di assistenza domiciliare dimensionato sulla base dei requisiti ulteriori elaborati dalla commissione (allegato 1);

E) Sulla base del costo medio dell'accesso, e attraverso l'introduzione di coefficienti di impegno assistenziale diversi per le tipologie previste nel documento della Commissione (bassa, media ed alta intensità), è stato possibile definire il costo per giornata di presa in carico (allegato 2).

Risultati

Le tariffe, per giornata di presa in carico, sono risultate essere le seguenti:

	LIVELLO DI INTENSITA' ASSISTENZIALE		
	Basso	Medio	Alto
Costo medio dell'accesso per Giornata di Presa in carico	€ 12,87	€ 28,95	€ 64,34
Coefficiente complessità	1,00	1,20	1,25
Tariffa per giornata di presa in carico	€ 12,87	€ 34,74	€ 80,42

Nell'allegato 3, è riportato il confronto con le tariffe secondo quanto contenuto nel Documento **MINISTERO - COMMISSIONE LEA**.

ALLEGATO 1

Elementi di analisi dei costi del servizio

Premessa

Per arrivare ad un'ipotesi di costo per accesso è stata usata la seguente metodologia:

- ☞ E' stata effettuata un'analisi dei processi organizzativi di un servizio di assistenza domiciliare (SAD) così come previsto nel modello di ADI elaborato dalla Commissione Tecnica regionale.
- ☞ Per ogni processo è stata effettuata un'analisi delle attività attraverso la scomposizione dei processi per differenziarle in attività di assistenza diretta e di assistenza indiretta.
- ☞ L'identificazione delle voci di costo, sia dirette che indirette, è stata effettuata tenendo conto dei requisiti minimi autorizzativi e di quelli ulteriori elaborati dalla Commissione Tecnica regionale. Per ogni voce di costo è stato riportato (ove possibile) il codice di riferimento del requisito richiesto (es. rif. SD 1.1.1.).

PRINCIPALI VOCI DI COSTO CONSIDERATE

COSTI DEL PERSONALE

Il costo del personale è stato calcolato utilizzando come riferimento il CCNL delle cooperative sociali.

Diretti (RIF. Sd 2.1)

- ☞ E' stata effettuata, per ognuna delle figure professionali che intervengono a domicilio del paziente, una stima della percentuale di tempo necessario per l'espletamento della prestazione (tempo medio per il paziente);

Indiretti

- ☞ E' stata calcolata la quota (in minuti) delle attività delle stesse figure professionali per l'assistenza indiretta (tempo medio per adempimenti amministrativi, trasporto ecc.).
- ☞ E' stato calcolato il costo delle figure di coordinamento (rif. SD 3.1) e del personale di centrale operativa, secondo quanto previsto dagli standard regionali (rif. SD 2.1.2, SD 2.1.3)
- ☞ E' stato calcolato il costo della reperibilità medico-infermieristica (rif. SD 2.1.4)

COSTI DI GESTIONE

Diretti

Materiale sanitario di consumo (rif. SD 1.3)

Nella descrizione delle modalità di gestione del servizio è prevista la fornitura dei presidi sanitari ed i farmaci utili al personale che opera a domicilio previsti nel manuale elaborato dalla Commissione Tecnica.

La valutazione del materiale di consumo è stata stimata in proporzione al volume di trattamenti da erogare, individuando un valore unitario per accesso.

Trasporto (rif. SD 1.2.1)

Lo spostamento delle unità e il disposto delle caratteristiche organizzative generano un costo di spostamento relativo all'utilizzo di automezzi dedicati.

Centrale operativa (SD2)

Il modello organizzativo prevede l'attivazione di una sede operativa sul territorio dove vengono erogate le prestazioni, che possa fare da centro di raccordo alle attività.

Il costo di tale struttura è stato considerato comprensivo anche delle utenze.

Sistema informatico (SD 4.1)

E' stato previsto il costo per la gestione informatizzata del servizio di assistenza domiciliare. Tale costo comprende sia lo sviluppo che la gestione ordinaria del software e l'ammortamento dell'hardware.

Indiretti

I Costi indiretti rappresentano tutte quelle attività esistenti e da attivare nella struttura non direttamente collegati allo specifico , ma comunque essenziali per la sua esistenza o proseguimento. La valorizzazione dei costi indiretti può significativamente variare sulla base dei criteri di attribuzione delle singole voci alle prestazioni erogate ed alla incidenza specifica prevista per le particolari attività operative.

I **costi di struttura** (ovvero i costi essenziali di funzionamento della struttura comprensivi di imposte e tasse) ed i costi residuali cui si accennava in precedenza sono stati stimati secondo gli standard rilevati nell'attività fin qui svolta. A titolo esemplificativo possiamo citare:

Direzione Sanitaria (rif. SD 5.6 e norme per autorizzazione)

- Formazione Permanente
- Servizio Prevenzione e Protezione (rif. SD5.6.6)
- Servizio Informativo Epidemiologia Valutativa

Direzione Amministrativa:

- Contabilità

- Finanza (Rapporti con gli istituti di credito)
- EDP ed amministrazione della rete informatica
- Ufficio Legale e di adempimenti societari

Direzione Commerciale

- Ufficio Gare e Contratti
- Assicurazione RC (rif. SD 5.6).

Amministrazione del personale

- Ufficio Ricerca e Selezione Personale
- Ufficio Assunzioni
- Ufficio Paghe

Servizi

- Ufficio Logistica
- Ufficio Acquisti

- Qualità (rif. SD 5.5)
- Ufficio Budget e Controllo

Gli oneri finanziari sono infine determinati dallo scoperto finanziario necessario determinato dai pagamenti a 180 gg e dalle necessità di assicurare mensilmente il salario agli operatori in base ai tassi di interesse vigenti.

ALLEGATO 2

			minuti	costo/accesso	
COSTI DEL PERSONALE	DIRETTI	Prestazione	specifica	42	€ 14,53
	INDIRETTI	altri costi	spostamento	21	€ 7,27
			tempi comuni	10	€ 3,46
		Coordinamento	Medico Responsabile	1,15	€ 0,59
			Assistente Sociale	1,15	€ 0,36
			Psicologo	0,00	
			Infermiere coord	1,15	€ 0,50
			Terapista coord	0,58	€ 0,25
			Coordinatore amm.vo	1,15	€ 0,36
	Pianificatori		4,62	€ 1,36	
	Reperibilità			€ 0,27	

SUBTOTALE PERSONALE

€ 28,95

COSTI DI GESTIONE	DIRETTI	materiale sanitario di consumo		€ 2,29
		Trasporto		€ 2,00
		centrale operativa		€ 0,62
		sistema informatico		€ 0,19
	INDIRETTI	costi di struttura		€ 6,81
		oneri finanziari		€ 2,86

SUBTOTALE GESTIONE

€ 14,78

Totale

€ 43,72

Margine d'impresa

3%

€ 1,31

TOTALE

€ 45,03

ALLEGATO 3

VALORIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI			
	LIVELLO DI INTENSITA' ASSISTENZIALE		
	basso	medio	alto
Accessi medi/sett/inf	1	3	7
Accessi medi/sett/tdr	1	1,5	3
Totale accessi medi settimanali	2	Fino a 4,5	Fino a 10
Costo medio dell'accesso per Giornata di Presa in carico	€ 12,87	€ 28,95	€ 64,34

Coefficiente complessità	1,00	1,20	1,25
	€ 12,87	€ 34,74	€ 80,42

TARIFE DEL DOCUMENTO MINISTERO - COMMISSIONE LEA			
Range GdC LEA	5,73 - 14,43	21,03- 44,10	53,23 - 79,53

CARATTERIZZAZIONE LIVELLI DI INTENSITA' ASSISTENZIALE				
	LIVELLO DI INTENSITA' ASSISTENZIALE			
	prestazionale	basso	medio	alto
Numero di accessi settimanali	1	2	3-6 (valore medio 4,5)	7-10 (valore medio 8,5)
Costo medio per accesso per Giornata di Presa in carico		€ 12,87	€ 28,95	€ 64,34
Coefficiente complessità		1	1,2	1,25
Tariffa per Giornata di Presa in carico		€ 12,87	€ 34,74	€ 80,42
Prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato	€ 5,73			



MINISTERO DELLA SALUTE
MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione LAZIO per l'approvazione del Piano di rientro dai disavanzi e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311

**Rif. Regione LAZIO-120-02/04/2008-0000166-A
LAZIO-120-02/04/2008-0000165-A**

Provvedimenti relativi alla verifica comitato LEA 2005-4.1 Programmi di assistenza domiciliare integrata, di assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera - Tariffe e percorso assistenziale - schema dgr di approvazione dei requisiti ulteriori per il serv Ass. Domiciliare. In sostituzione protocolli 131-133 del 2008.

I provvedimenti inviati hanno tenuto conto dei chiarimenti richiesti in ordine ai parametri di personale, pertanto apportate le seguenti modifiche:

Bozza DGR *“Approvazione dei requisiti ulteriori per il Servizio di Assistenza Domiciliare”*,
Allegato *Requisiti ulteriori SAD*

- **“Pag.6 ultima riga 3 colonna inserire dopo 3-6 le seguenti parole (valore medio 4,5)”**
- **Inserire alla quarta riga specialisti ed altre figure professionali**
- **Nella frase sotto la tabella dopo “Lo specialista consulente” e prima delle parole “se inserito nel PIA” inserire le parole “e le altre figure professionali”**

Bozza DGR *“Ottimizzazione del modello regionale di assistenza sanitaria domiciliare e relative tariffe”*

Allegato *Ottimizzazione del modello regionale di assistenza sanitaria domiciliare*

- **A pag. 10 cancellare l'ultima riga della tabella ed inserire la frase posta sotto la tabella di pag. 6 dell'allegato Requisiti ulteriori SAD con le modifiche di cui sopra**
- **Rimettere in neretto o connotare con altro segno distintivo le prestazioni per le quali è necessaria documentata formazione specifica**

Allegato *Gruppo lavoro - tariffe ADI*

- **Togliere la frase al secondo capoverso dopo la parola tempistica *“Il gruppo di Lavoro conferma la propria disponibilità etc ... fino ad ADI complessa e specialistica”*.**

Allegato 3

- **Prima tabella alla casella Totali accessi medi settimanali – livello basso togliere la parola FINO**

- **Seconda tabella inserire dopo 3-6 le seguenti parole (valore medio 4,5) e dopo 7-10 le seguenti parole (valore medio 8,5);**

si ritiene di esprimere parere favorevole all'approvazione.

Si comunica, di concerto con il Ministero dell'economia e finanze, tenuto conto che, si tratta di provvedimento necessario ai fini del rispetto delle scadenze previste in materia quanto segue :

LE PROPOSTE DI DGR SONO APPROVATE CON LE PRESCRIZIONI SOPRAELENATE

Il Direttore Generale della
programmazione sanitaria
dei livelli di assistenza e dei
principi etici di sistema
Dott. Filippo Palumbo