



## GIUNTA REGIONALE

Seduta in data 18 SET, 2018 Deliberazione N. 693

Negli uffici della Regione Abruzzo, si è riunita la Giunta Regionale presieduta dal Sig. Presidente

Giovanni LOLLI

con l'intervento dei componenti:

	P	A
1. LOLLI Giovanni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. BERARDINETTI Lorenzo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. D'IGNAZIO Giorgio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. PAOLUCCI Silvio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. PEPE Dino	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. SCLOCCO Marinella	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Svolge le funzioni di Segretario Daniela Valenza

### OGGETTO

**D.P.C.M. 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".**

**Preso d'atto e approvazione del Documento Tecnico "AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO DELLE CURE DOMICILIARI".**

### LA GIUNTA REGIONALE

**VISTO** il D.Lgs n. 502 del 30 dicembre 1992 e ss.mm.ii. "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421", artt. 3-quater e 3-quinques;

**DATO ATTO** che l'art. 3-quater del D.Lgs n. 502 del 30 dicembre 1992, per gli obiettivi da conseguire, le azioni da intraprendere e le risorse dedicate alla erogazione dell'assistenza domiciliare, prevede il Programma delle attività territoriali, basato sul principio della intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture organizzative;

**DATO ATTO**, altresì, che l'art. 3-quinques stabilisce che le Regioni disciplinino l'organizzazione del distretto in modo da garantire, tra l'altro, attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;

**VISTA** la DGR n. 224 del 13 marzo 2007 "Approvazione dell'accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e la Regione Abruzzo per l'approvazione del

Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell' Art. 1, comma 180 della Legge 30 dicembre 2004, n. 311”;

**VISTA** la **L.R. 31.07.2007 n. 32** e ss.mm.ii. recante “*Norme generali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private*”;

**VISTA** la **L.R. n. 5/2008, Piano Sanitario Regionale 2008-2010**;

**VISTA** la **deliberazione di Giunta Regionale n. 591/P del 01 luglio 2008** e ss.mm.ii., pubblicata sul BURA n. 75 del 22.10.2008, di approvazione dei Manuali regionali di Autorizzazione e Accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie;

**VISTO** il **Decreto Ministeriale 17 dicembre 2008** “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare”;

**RICHIAMATO** l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento concernente “Piano d'indirizzo per la riabilitazione” Rep. Atti n. 30/CSR del 10 febbraio 2011;

**VISTO** il **DCA n. 5 del 28 febbraio 2011** “Programma Operativo 2010 ex L.191/2009 e ss.mm. Asse 2: Interventi di prodotto, Intervento6, razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera, Azione 3: razionalizzazione delle unità operative semplici e complesse. Approvazione delle linee guida per la redazione degli atti aziendali ed ulteriori disposizioni”;

**VISTO** il **Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 6 agosto 2012** “Recepimento della Direttiva 2009/161/UE della Commissione del 17 dicembre 2009 che definisce il Terzo elenco di valori indicativi di esposizione professionale in attuazione della direttiva 98/24/CE del Consiglio e che modifica la direttiva 2009/39/CE della Commissione”, con cui, tra l'altro, sono state apportate modifiche al D.M. 17 dicembre 2008;

**VISTA** la **D.G.R. n. 23 del 16 gennaio 2012** “Approvazione della Cartella Domiciliare Integrata Regionale” con cui la Regione Abruzzo ha approvato una specifica modulistica per l'Assistenza Domiciliare Integrata;

**VISTO** il **Decreto-Legge 13 settembre 2012, n. 158**, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, convertito con modificazioni dalla **Legge 8 novembre 2012, n. 189**;

**VISTO** il **Decreto-Legge 18 ottobre 2012, n. 179**, “Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese”, convertito, con modificazioni, dalla **Legge 17 dicembre 2012, n. 221**;

**VISTO** il **DCA n. 53 del 11 ottobre 2012** “Approvazione modello di cartella domiciliare integrata regionale di cui alla DGR n.23 del 16/01/2012 e relativo processo formativo”;

**VISTO** il **DCA n. 107 del 20 dicembre 2013** “Attività e procedure di competenza del punto unico di accesso e della unità di valutazione multidimensionale - Linee guida regionali”, il quale all'art. 15 richiama integralmente le disposizioni di cui alla D.G.R. n. 224 del 13 marzo 2007, Appendice “E” recante “Sistema Cure Domiciliari” – Linee Guida, alla L.R. n. 5/2008 (Piano Sanitario Regionale) paragrafo 5.2.7.1 e al DCA n. 53 del 11 ottobre 2012;



**RICHIAMATA l'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (REP n. 82/CSR) concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, in particolare l'art. 6 "Assistenza socio sanitaria";**

**VISTO** il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

**VISTI:**

- il **DCA n. 55 del 10 giugno 2016** "Piano di Riqualficazione del Servizio Sanitario Regionale 2016-2018";
- la **D.G.R. n. 505 del 26 luglio 2016** "Piano di riqualficazione del Sistema Sanitario Abruzzese 2016-2018 - (Decreto del commissario ad acta 55/2016 del 10.06.2016). Attivazione della procedura per l'uscita dal commissariamento (art. 2, comma 88, L. 191/32009)" con cui la Giunta Regionale ha preso atto ed approvato il Piano di riqualficazione del Servizio Sanitario regionale 2016-2018 definito con D.C.A. n.55/2016;

**RILEVATO** che il Piano di riqualficazione 2016-2018 di cui al richiamato DCA n. 55/2016 prevede la promozione di un nuovo sistema di assistenza domiciliare, la ridefinizione di servizi territoriali residenziali e semiresidenziali, da rendere coerenti con gli effettivi bisogni socio-assistenziali e il potenziamento della funzione di indirizzo del percorso di cura del Medico di Medicina Generale;

**RICHIAMATO** il Piano Nazionale della Cronicità (P.N.C.) di cui all'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016, il quale prevede che *"le cure domiciliari devono coinvolgere, in ruoli diversi, operatori con diverse professionalità e provenienze, primi fra tutti i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, che assumono la responsabilità della gestione clinica della presa in carico, garantendo il coordinamento degli apporti professionali forniti degli operatori del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e dagli specialisti, e la continuità assistenziale nell'erogazione del trattamento"*, la programmazione regionale pertanto prevede che *"l'assistenza domiciliare è effettivamente "integrata" quando le professionalità sanitarie e sociali collaborano per realizzare progetti unitari, mirati alla soddisfazione di bisogni di diversa natura. Essa richiede la valorizzazione del nursing e la collaborazione delle famiglie, tenendo conto che una stretta collaborazione tra ospedale e distretto può consentire la permanenza a casa anche di persone con patologie complesse. La condizione necessaria per l'attivazione dell'ADI è la valutazione multidimensionale che permette la pianificazione organica delle attività in funzione della globalità e dell'intensità del piano di cura e la valutazione evolutiva degli esiti"*;

**PRESO ATTO** che gli obiettivi declinati dal richiamato Piano di riqualficazione 2016-2018 sono conformi con il sistema delineato dal Piano Nazionale della Cronicità (P.N.C.), articolato in diversi processi interconnessi che sviluppano metodi di stratificazione e targeting della popolazione, già affetta ovvero a rischio di esordio di patologie cronico-degenerative, e di integrazione tra i servizi socio-assistenziali e tra gli operatori coinvolti a vario titolo e nelle diverse fasi del percorso di presa in carico e di gestione del paziente cronico;

**VISTA** la **DGR n. 421 del 18 giugno 2018** "Presa d'atto e recepimento dell'Accordo, ai sensi dell'art. 9, comma 1, del D.Lgs 28 agosto 1997, n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento Piano Nazionale della cronicità, di cui all'art. 5, comma 21, dell'Intesa 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 - Rep. atti 160/CSR del 15 settembre 2014. Prime disposizioni attuative. Intervento 1.1 del Piano di riqualficazione del sistema sanitario abruzzese 2016-2018"



**VISTO** il **D.P.C.M. 12 gennaio 2017** "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

**DATO ATTO** che con il citato **D.P.C.M. 12 gennaio 2017** sono stati approvati i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.), ovvero il complesso delle prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale assicura attraverso le risorse finanziarie pubbliche e l'eventuale compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito;

**RICHIAMATO** il Capo IV, art. 21 e seguenti del **D.P.C.M. 12 gennaio 2017**, dando atto, in particolare, che l'art. 21 recita come segue:

1. I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali di cui al presente Capo prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali. Con apposito accordo sancito in sede di Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definite linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali, nonché modalità di utilizzo delle risorse coerenti con l'obiettivo dell'integrazione, anche con riferimento al Fondo per le non autosufficienze di cui all'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni;
2. Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Le regioni e le province autonome organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza;
3. Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia. Il coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato;
4. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali; i trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali, semiresidenziali e residenziali, sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale, quando necessari, in base alla valutazione multidimensionale;

**RICHIAMATO**, altresì, l'**art. 22 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017**, il quale prevede che il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia per tutti i livelli di intensità assistenziale domiciliare integrata,

**DATO ATTO** che, a norma del sopra riportato art. 22 del **D.P.C.M. 12 gennaio 2017**, in relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli:

coefficiente di intensità assistenziale (CIA)	cure domiciliari
CIA < 0,14	livello base
CIA tra 0,14 e 0,30	1° livello
CIA tra 0,31 e 0,50	2° livello
CIA > 0,50	3° livello

**VISTA la L.R. n. 19 del 23 luglio 2018**, art. 2, comma 1, il quale, nell'apportare modifiche e integrazioni alla L.R. n. 32/2007 ha aggiunto all'art.2, comma 1 la lett. e)bis, che recita quanto segue: *“Strutture per l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie cui afferiscono le funzioni di coordinamento e di gestione dei percorsi assistenziali a domicilio per le persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità”*;

**RAVVISATA** l'esigenza, a seguito di analisi del contesto e preso atto dell'assetto normativo vigente in materia di percorsi domiciliari a domicilio, di adottare adeguate misure al fine di:

- migliorare la capacità di presa in carico di alcune AUSL, con l'obiettivo di garantire l'assistenza domiciliare secondo criteri di omogeneità su tutto il territorio regionale;
- migliorare la competenza e la qualità dei flussi informativi disponibili, in particolare il flusso Sistema Informativo per il Monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), teso a costruire una base dati integrata a livello nazionale, incentrata sul paziente, dalla quale rilevare informazioni in merito agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati in maniera programmata da operatori del Sistema Sanitario Nazionale, nell'ambito dell'assistenza domiciliare;
- verificare l'attività delle Unità di Valutazione Multidimensionali distrettuali di tutte le AUSL;
- analizzare e valutare il livello di appropriatezza delle cure domiciliari;

**CONSIDERATO** che le cure domiciliari consistono in un insieme di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico organizzati, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o in esito delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana;

**DATO ATTO** che le cure domiciliari perseguono i seguenti obiettivi prioritari:

- l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di migliorare la qualità dell'assistenza ed evitare il ricorso inappropriato ad altri setting assistenziali (ricovero in strutture sanitarie);
- la continuità assistenziale per i pazienti dimessi dalle strutture sanitarie che necessitano della prosecuzione delle cure;
- miglioramento del coordinamento dell'assistenza domiciliare con gli altri setting assistenziali territoriali, soprattutto semiresidenziali, al fine di garantire prestazioni di supporto alle famiglie;
- recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale, in considerazione anche delle disposizioni in materia di cure palliative adottate con DCA n. 51 del 11 ottobre 2012, modificato con DGR n. 311 del 18 maggio 2018, in attuazione dell'art. 23 del D.P.C.M. del 12 gennaio 2017;

**RICHIAMATA** la nota RA/0111498/17SAN del 26/04/2017 con la quale l'Assessore regionale con delega alla Programmazione Sanitaria ha espresso formale richiesta alla Agenzia Sanitaria Regionale di procedere alla stesura di un Documento Tecnico concernente l'autorizzazione e l'accreditamento delle Cure Domiciliari;



**PRESO ATTO** del Documento Tecnico “Autorizzazione e Accreditamento delle Cure Domiciliari”, trasmesso nella sua stesura definitiva dall’Agenzia Sanitaria Regionale (A.S.R. Abruzzo) con nota prot. 1232 del 02/08/2018, acquisita al prot. n. RA 220841/18 del 02/08/2018;

**PRESO ATTO**, inoltre, che l’elaborazione del suddetto Documento è stata condivisa da un Gruppo tecnico di Lavoro costituito da referenti ASL, da rappresentanti dell’Agenzia Sanitaria Regionale in collaborazione con il competente Servizio Programmazione Socio-Sanitaria del Dipartimento per la Salute e il Welfare;

**ATTESO** che il Documento Tecnico “Autorizzazione e Accreditamento delle Cure Domiciliari” prevede disposizioni operative in ordine alla Governance, alla stima del fabbisogno teorico delle prestazioni domiciliari, alle tariffe, nonché al costo medio mensile standardizzato per Profili Assistenziali, come definito alla Tabella 11;

**ATTESO**, altresì, che il citato Documento Tecnico “Autorizzazione e Accreditamento delle Cure Domiciliari” ha formulato nel dettaglio i requisiti di autorizzazione e di accreditamento delle cure domiciliari, Allegato 1 “Requisiti di autorizzazione” e Allegato 2 “Requisiti di Accreditamento” apportando modifiche e integrazioni ai vigenti Manuali di autorizzazione e di accreditamento istituzionale di cui alla D.G.R. 1 luglio 2008 n. 591/P e ss.mm.ii.;

**RITENUTO** di dover prendere atto ed approvare il Documento Tecnico “Autorizzazione e Accreditamento delle Cure Domiciliari” che si allega al presente provvedimento quale parte costitutiva ed integrante (Allegato A);

**PRECISATO** che il fabbisogno teorico stimato delle prestazioni domiciliari, come rappresentato nel Documento Tecnico “Autorizzazione e Accreditamento delle Cure Domiciliari”, sarà oggetto di rivalutazione, sia a seguito di una verifica di congruità da parte delle AUSL, sia a seguito:

- dell’analisi delle prestazioni erogate in coerenza con le indicazioni contenute nel predetto Documento Tecnico;
- della verifica e potenziamento dell’attività delle UVM;
- della previsione di azioni formative specifiche per le UVM;
- della verifica della qualità e completezza del flusso SIAD;

**RITENUTO**, pertanto, di prevedere, in tempi celeri e, comunque, entro un biennio dall’approvazione del presente atto, la rivalutazione del fabbisogno delle prestazioni domiciliari, che, allo stato, risulta teorico stimato;

**RITENUTO** di dover demandare alla ASR Abruzzo l’elaborazione e la definizione di dettaglio e analitica delle procedure per il rilascio dell’Autorizzazione e dell’Accreditamento in materia di cure domiciliari, in collaborazione con il competente Servizio regionale “Programmazione Socio-Sanitaria” DPF009;

**DATO ATTO** che con la sottoscrizione del presente provvedimento il Dirigente del Servizio Programmazione socio-sanitaria del Dipartimento per la Salute e il Welfare attesta che la presente deliberazione non comporta oneri a carico del bilancio regionale;

**DATO ATTO CHE:**

- il Dirigente del Servizio Programmazione Socio Sanitaria del Dipartimento per la Salute e il Welfare, competente nelle materie trattate nel presente provvedimento, ha espresso il proprio parere favorevole in ordine alla regolarità tecnico amministrativa dello stesso, apponendovi la propria firma in calce;
- il Direttore del Dipartimento per la Salute e il Welfare, apponendo la sua firma sul presente provvedimento, sulla base del parere favorevole di cui al precedente punto, attesta che lo stesso è conforme agli indirizzi, funzioni ed obiettivi assegnati al Dipartimento medesimo;

A VOTI UNANIMI ESPRESSI NELLE FORME DI LEGGE

**DELIBERA**

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

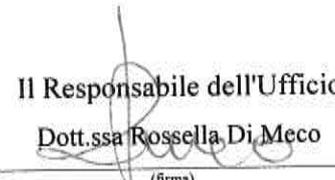
1. **DI PRENDERE ATTO E DI APPROVARE** il Documento Tecnico “Autorizzazione e Accreditamento delle Cure Domiciliari” che si allega al presente provvedimento quale parte costitutiva ed integrante (Allegato A);
2. **DI PRECISARE** che il Documento Tecnico “Autorizzazione e Accreditamento delle Cure Domiciliari”, ha formulato nel dettaglio i requisiti di autorizzazione e di accreditamento delle cure domiciliari, Allegato 1 “Requisiti di autorizzazione” e Allegato 2 “Requisiti di Accreditamento” apportando modifiche e integrazioni ai vigenti Manuali di autorizzazione e di accreditamento istituzionale di cui alla D.G.R. 1 luglio 2008 n. 591/P e ss.mm.ii.;
3. **DI MODIFICARE E INTEGRARE** i Manuali di autorizzazione e di accreditamento istituzionale di cui alla D.G.R. 1 luglio 2008 n. 591/P e ss.mm.ii, per effetto dell’approvazione dell’Allegato 1 “Requisiti di autorizzazione” e dell’Allegato 2 “Requisiti di Accreditamento”, in allegato al Documento Tecnico “Autorizzazione e Accreditamento delle Cure Domiciliari”;
4. **DI PRECISARE** che il fabbisogno teorico stimato delle prestazioni domiciliari, come rappresentato nel Documento Tecnico “Autorizzazione e Accreditamento delle Cure Domiciliari”, sarà oggetto di rivalutazione, sia a seguito di una verifica di congruità da parte delle AUSL, sia a seguito:
  - dell’analisi delle prestazioni erogate in coerenza con le indicazioni contenute nel predetto Documento Tecnico;
  - della verifica e potenziamento dell’attività delle UVM;
  - della previsione di azioni formative specifiche per le UVM;
  - della verifica della qualità e completezza del flusso SIAD;
5. **DI PREVEDERE**, in tempi celeri e, comunque, entro un biennio dall’approvazione del presente atto, la rivalutazione del fabbisogno delle prestazioni domiciliari, che, allo stato, risulta teorico stimato;
6. **DI DEMANDARE** alla ASR Abruzzo l’elaborazione e la definizione di dettaglio e analitica delle procedure per il rilascio dell’Autorizzazione e dell’Accreditamento in materia di cure domiciliari, in collaborazione con il competente Servizio regionale “Programmazione Socio-Sanitaria” DPF009;
7. **DI PRECISARE** che con la sottoscrizione del presente provvedimento il Dirigente del Servizio Programmazione socio-sanitaria del Dipartimento per la Salute e il Welfare attesta che la presente deliberazione non comporta oneri a carico del bilancio regionale;
8. **DI TRASMETTERE** il presente provvedimento al Ministero della Salute ed al Ministero dell’Economia e Finanze, ai fini del monitoraggio del Piano di Rientro e dei Livelli Essenziali di Assistenza;
9. **DI COMUNICARE** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell’Economia e Finanze, secondo le modalità dagli stessi prescritte;
10. **DI TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, all’Agenzia Sanitaria Regionale, ai competenti Servizi del Dipartimento per la Salute e il Welfare, disponendone la pubblicazione sul BURAT per finalità notiziali.

DIREZIONE GENERALE/DIPARTIMENTO: PER LA SALUTE E IL WELFARE

SERVIZIO: Programmazione Socio Sanitaria

UFFICIO: Autorizzazione e Accredimento Istituzionale

L'Estensore  
Dott.ssa Rossella Di Meco  
  
(firma)

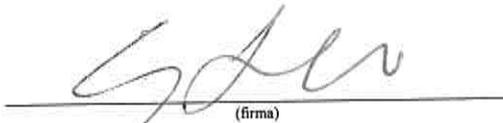
Il Responsabile dell'Ufficio  
Dott.ssa Rossella Di Meco  
  
(firma)

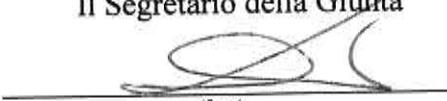
Il Dirigente del Servizio  
Dott. Germano De Sanctis  
  
(firma)

Il Direttore Regionale  
Dott. Angelo Muraglia  
  
(firma)

Il Componente la Giunta  
Dott. Silvio Paolucci  
  
(firma)

Approvato e sottoscritto:

Il Presidente della Giunta  
  
(firma)

Il Segretario della Giunta  
  
(firma)

APP A



# Autorizzazione e Accreditamento delle Cure Domiciliari





## Gruppo Regionale

Dott.ssa Annabella Antonucci  
Dott. Silvio Basile  
Dott.ssa Rosa Borgia  
Dott. Massimo Calisi  
Dott. Raffaele Di Nardo  
Dott. Maurizio Rivera Di Renzo  
Dott. Piero Di Saverio  
Dott.ssa Manuela Di Virgilio  
Dott.ssa Anna Elina Gambino

Dott.ssa Tiziana Lombardi  
Dott. Giovanni Mutillo  
Dott. Walter Palumbo  
Dott. Valerio Profeta  
Dott.ssa Irene Rosini  
Dott.ssa Mirella Scimia  
Dott. Donato Tacconella  
Dott.ssa Luana Antonella Trafficante

### **ASR Abruzzo**

Dott.ssa Tiziana Di Corcia  
Dott.ssa Anita Saponari  
Dott.ssa Sara Fimiani  
Dott.ssa Chiara Tuccella  
Dott.ssa Giorgia Fragassi  
Dott.ssa Daria Angelozzi  
Avv. Simona Andreoli  
Dott.ssa Stefania Di Zio  
Dott. Vito Di Candia

### **Dipartimento per la Salute e il Welfare**

Dott. Germano De Sanctis  
Dott.ssa Rossella Di Meco  
Dott.ssa Virginia Vitullo

### **Direttore ASR Abruzzo**

Dott. Alfonso Mascitelli

*Si ringraziano, inoltre, i rappresentanti di Confindustria Sanità, ARIS, AIOP, A.R.Ce.R., ANFFAS Abruzzo, Nursind, per il proficuo contributo tecnico offerto ai lavori.*

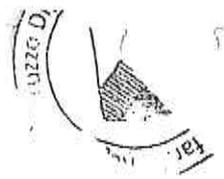




## Indice

Premessa .....	3
Analisi delle cure domiciliari nella Regione Abruzzo .....	4
La Governance in ambito di Cure Domiciliari.....	8
La programmazione delle Cure Domiciliari .....	8
Accesso in ambito di Cure Domiciliari.....	9
Dimissioni Protette da reparti ospedalieri che necessitano di ulteriore assistenza al domicilio .....	11
Modalità di coinvolgimento dei servizi territoriali per facilitare una precoce dimissione dalle unità di degenza ospedaliere al domicilio, garantendo la continuità assistenziale.....	13
L'intervento riabilitativo nelle Cure Domiciliari .....	14
Classificazione delle Cure Domiciliari .....	16
Cure Domiciliari di Livello Base (CIA < 0.14) .....	17
Cure Domiciliari Integrate di I livello (0.14 < CIA > 0.30).....	18
Cure Domiciliari Integrate di II livello (0.31 < CIA > 0.50) .....	18
Cure Domiciliari Integrate di III livello (CIA > 0.50) .....	19
Analisi del Fabbisogno teorico di prestazioni domiciliari per la Regione Abruzzo .....	21
Percorso di autorizzazione e accreditamento individuato per ricondurre il sistema delle cure domiciliari a quanto previsto dall'art. 8 bis del D.Lgs. n.502/1992 e smi .....	23
Proposta per una prima definizione degli standard minimi di figure professionali .....	23
Tariffe delle Cure Domiciliari .....	24
Ulteriori sviluppi delle Cure Domiciliari.....	30
ALLEGATO 1 Requisiti di Autorizzazione .....	1
ALLEGATO 2 Requisiti di Accreditamento .....	1
ALLEGATO 3 indicazioni sugli accessi di Cure Domiciliari .....	1
Cure Domiciliari di Livello Base.....	1
Cure Domiciliari Integrate di I livello .....	1
Cure Domiciliari Integrate di II livello .....	3
Cure Domiciliari Integrate di III livello.....	5
Schema riassuntivo organizzazione sistema delle cure domiciliari .....	8
ALLEGATO 4 Indicatori.....	1
Indicatori di attività/risultato.....	1
Altri Indicatori .....	1





## Premessa

Al fine di migliorare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, in coerenza con gli obiettivi di salute individuati dalla vigente normativa nazionale<sup>1</sup>, la Regione Abruzzo ha previsto tra gli obiettivi strategici del Piano di Riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale, anche, un rafforzamento dell'assistenza domiciliare<sup>2</sup>.

Il rafforzamento di tale setting assistenziale, infatti, risulta indispensabile, sia per migliorare l'efficienza e l'efficacia del SSR, sia per migliorare la qualità dell'assistenza. Il domicilio, infatti, rappresenta il luogo privilegiato di cura dei cittadini, anche, al fine di preservarne il contatto con il proprio ambiente di vita, soprattutto per i soggetti più fragili.

E' opportuno segnalare, inoltre, che, con l'approvazione del DPCM del 12/01/2017 di aggiornamento dei LEA, si è reso necessario aggiornare quanto previsto nell'allegato E del "*Piano di risanamento Sistema Sanitario Regionale 2007-2009*"<sup>3</sup> dedicato al sistema delle cure domiciliari.

Il presente Documento, pertanto, ha lo scopo di:

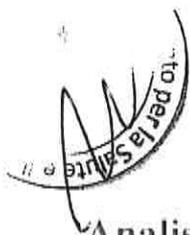
- illustrare i principali strumenti di governance individuati per l'accesso e la gestione dei soggetti che necessitano di interventi di cure domiciliari integrate;
- caratterizzare i livelli di intensità assistenziale delle cure domiciliari, in coerenza con quanto disposto dall'art.22 del citato DPCM LEA del 12/01/2017, tenendo conto anche delle indicazioni contenute nel Documento "*Nuova Caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*" della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza del 2008;
- definire i criteri di eleggibilità dei soggetti nei differenti livelli di intensità assistenziale;
- individuare il fabbisogno assistenziale di cure domiciliari per la Regione Abruzzo;
- definire le procedure e i requisiti per ricondurre il sistema delle cure domiciliari a quanto previsto dall'art. 8 bis del D.Lgs. n.502/1992 e s.m.i.;
- valorizzare le risorse necessarie per il trattamento dei soggetti assistiti in cure domiciliari secondo i diversi profili di cura.

<sup>1</sup> Patto per la salute approvato con Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR);

<sup>2</sup> Obiettivo 1 "*Promuovere un nuovo modello di Assistenza Domiciliare*" del Piano di Riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale, approvato con il DCA n. 55 del 10 Giugno 2016;

<sup>3</sup> DGR del 13/03/2007, n.224 del "*Piano di risanamento Sistema Sanitario Regionale 2007-2009*"





## Analisi delle cure domiciliari nella Regione Abruzzo

Nella Tabella 1 è illustrato il rapporto tra il numero di persone prese in carico e presenti nel flusso SIAD ed il numero di casi trattati rilevati dal modello FLS21 - Anno 2016. Si rileva che il valore regionale è pari al 106%.

**Tabella 1 - Rapporto tra il numero di prese in carico attivate presenti in SIAD ed il numero di casi trattati rilevati dal modello FLS21 - Anno 2016**

Asl		SIAD	FLS quadro H 21	Rapporto SIAD attivate FLS quadro H 21	SIAD	Rapporto SIAD erogate FLS quadro H 21
Codice	Descrizione	Pic attivate	Casi trattati		Pic erogate	
201	AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	6227	5785	108%	3537	61%
202	LANCIANO-VASTO-CHIETI	5905	5630	105%	4603	82%
203	PESCARA	5817	5747	101%	3628	63%
204	TERAMO	5117	4543	113%	3183	70%
<b>TOTALE</b>		<b>23066</b>	<b>21705</b>	<b>106%</b>	<b>14951</b>	<b>69%</b>

Dati elaborati dal "Servizio Governo dei Dati, Flussi Informativi e Mobilità Sanitaria" del Dipartimento per la Salute e per il Welfare attraverso il Flusso SIAD- Anno 2016

Nella Tabella 2 sono stati analizzati i numeri e i tassi delle Prese in carico (PIC) effettuate dalle Cure Domiciliari della Regione Abruzzo per Intensità di Cura.

Sono considerate le "prese in carico" già aperte al 1 gennaio dell'anno di riferimento o aperte nel corso dello stesso anno.

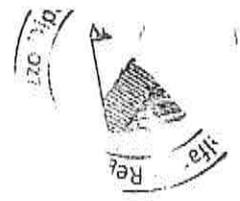
Per "prese in carico erogate" si intendono quelle per le quali la regione ha inviato i dati relativi al tracciato 1 e tracciato 2 del flusso SIAD (relativo ad accessi).

**Tabella 2: Distribuzione dell'assistenza domiciliare per intensità di cura. - Anno 2016- Dettaglio Asl -**

Codice ASL	Descrizione ASL	GdC 0		CIA Base		CIA 1		CIA 2		CIA 3		CIA 4		Totale Pic erogate	Popolazione 2016
		Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico		
201	AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	67	0,52	208	0,69	673	2,22	252	4,28796525	399	1,32	848	2,796474068	1537	333.239
202	LANCIANO-VASTO-CHIETI	398	1,02	56	1,43	1053	2,72	60	3,862267944	381	0,37	690	1,764877405	4.603	390.962
203	PESCARA	63	0,51	20	0,52	704	2,6	153	5,0397036	307	0,35	600	1,86350294	3.628	321.973
204	TERAMO	333	1,07	70	2,25	1049	3,38	860	2,77183147	77	0,25	63	0,525232085	3.813	310.359
<b>TOTALE 00 - ABRUZZO</b>		<b>1.061</b>	<b>0,78</b>	<b>1.471</b>	<b>1,26</b>	<b>3.489</b>	<b>1,63</b>	<b>5.275</b>	<b>3,9765913</b>	<b>1.164</b>	<b>0,88</b>	<b>2.301</b>	<b>1,734623</b>	<b>4.951</b>	<b>1.326.613</b>

Dati elaborati dal "Servizio Governo dei Dati, Flussi Informativi e Mobilità Sanitaria" del Dipartimento per la Salute e per il Welfare attraverso il Flusso SIAD- Anno 2016





Nell' anno 2016 il Sistema delle Cure Domiciliari Regionali ha erogato 14.951 PIC, di cui circa il 31% dalla ASL Lanciano- Vasto- Chieti. Il numero maggiore di PIC è stato erogato per intensità di cura di CIA 2 (5275 PIC) cioè in quelli ricompresi nelle cure domiciliari di secondo livello.

**Tabella 3: Assistiti over 65 trattati in SIAD in rapporto alla popolazione anziana (per 100) - Anno 2016 - Dettaglio Asl -**

Codice Asl	Descrizione Asl	Assistiti over 65	Popolazione over 65	Assistiti over 65 con Pic erogato *100 ab. over 65
201	AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	2.756	69.736	3,95
202	LANCIANO-VASTO-CHIETI	3.246	93.023	3,49
203	PESCARA	2.988	72.471	4,12
204	TERAMO	1.930	69.173	2,79
<b>TOTALE</b>		<b>10.920</b>	<b>304.403</b>	<b>3,59</b>

Dati elaborati dal "Servizio Governo dei Dati, Flussi Informativi e Mobilità Sanitaria" del Dipartimento per la Salute e per il Welfare attraverso il Flusso SIAD- Anno 2016

Nell'anno 2016 sono stati assistiti 10.920 pazienti in cure domiciliari over 65 anni, Tabella 3. Il tasso di assistiti over 65 anni più alto è rappresentato dalla Asl di Pescara con il 4.12% anche se la popolazione più anziana risiede nella ASL di Lanciano-Vasto-Chieti.

Nella Tabella 4 si riportano i tassi standardizzati per età per 1000 abitanti riferiti all'anno 2016. Questo tasso regionale ha un valore del 9,22 ‰. Nell'anno 2014 il Sistema delle Cure Domiciliari regionale aveva un tasso di presa in carico standardizzato per età di 7,10‰.

**Tabella 4: Tasso di accessi standardizzato per età (\*1000 abitanti) - Anno 2016 -**

Classe d'età	Pic erogate	Tasso di presa in carico standardizzato
Da 10 anni a 14 anni	8	0,14
Da 15 anni a 19 anni	21	0,35
Da 1 anno a 4 anni	20	0,46
Da 20 anni a 24 anni	28	0,42
Da 25 anni a 29 anni	31	0,42
Da 30 anni a 34 anni	32	0,40
Da 35 anni a 39 anni	40	0,45
Da 40 anni a 44 anni	98	0,97
Da 45 anni a 49 anni	112	1,06
Da 50 anni a 54 anni	219	2,13
Da 55 anni a 59 anni	300	3,28
Da 5 anni a 9 anni	13	0,22
Da 60 anni a 64 anni	381	4,60
Da 65 anni a 69 anni	708	8,58
Da 70 anni a 74 anni	916	15,19
Da 75 anni a 79 anni	1.593	25,57
Da 80 anni a 84 anni	2.347	47,72
Da 85 anni a 89 anni	2.793	85,65
Da 90 anni a 94 anni	1.867	132,22
Da 95 anni a 99 anni	588	207,26
Età superiore a 99 anni	108	216,43
Meno di 1 anno	6	0,60
<b>TOTALE</b>	<b>12.229</b>	<b>9,22</b>

Dati elaborati dal "Servizio Governo dei Dati, Flussi Informativi e Mobilità Sanitaria" del Dipartimento per la Salute e per il Welfare attraverso il Flusso SIAD- Anno 2016

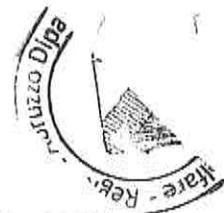


Tabella 5: Distribuzione delle Diagnosi per intensità di Cura – ANNO 2016

Capitolo diagnosi	CIA 0 Base	CIA 1	CIA 2	CIA 3	CIA 4	Totale Regionale
Capitolo 1 Malattie infettive e parassitarie (001-139)	0,15%	0,23%	0,27%	0,05%	0,09%	0,80%
Capitolo 2 Tumori (140-239)	2,93%	2,82%	2,80%	0,80%	3,26%	12,60%
Capitolo 3 Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo, e disturbi immunitari (240-279)	0,80%	0,88%	1,14%	0,22%	1,10%	4,13%
Capitolo 4 Malattie del sangue e organi emopoietici (280-289)	0,22%	0,13%	0,08%	0,01%	0,05%	0,49%
Capitolo 5 Disturbi mentali (290-319)	1,41%	1,15%	1,01%	0,11%	0,29%	3,97%
Capitolo 6 Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)	1,99%	2,68%	2,91%	0,49%	0,86%	8,93%
Capitolo 7 Malattie del sistema circolatorio (390-459)	2,66%	2,98%	4,16%	0,78%	1,13%	11,70%
Capitolo 8 Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	0,60%	0,71%	0,86%	0,15%	0,50%	2,82%
Capitolo 9 Malattie dell'apparato digerente (520-579)	0,29%	0,39%	0,40%	0,11%	0,38%	1,58%
Capitolo 10 Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)	0,38%	0,21%	0,34%	0,07%	0,22%	1,22%
Capitolo 11 Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677)	0,10%	0,07%	0,09%	0,01%	0,05%	0,33%
Capitolo 12 Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (680-709)	1,64%	3,12%	4,80%	0,90%	1,32%	11,77%
Capitolo 13 Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)	0,88%	2,06%	2,74%	0,52%	0,86%	7,06%
Capitolo 14 Malformazioni congenite (740-759)	0,11%	0,08%	0,11%	0,03%	0,05%	0,38%
Capitolo 15 Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-779)	0,01%	0,01%	0,03%	0,01%	0,02%	0,08%
Capitolo 16 Sintomi, segni, e stati morbosi maldefiniti (780-799)	1,49%	2,15%	4,09%	0,80%	1,47%	10,00%
Capitolo 17 Traumatismi e avvelenamenti (800-998)	1,77%	2,65%	7,41%	2,02%	2,90%	16,74%
999 - Complicazioni di cure mediche non classificate altrove	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Capitolo V	0,78%	1,04%	2,03%	0,69%	0,86%	5,39%
(vuoto)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
<b>Totale Regionale</b>	<b>18,21%</b>	<b>23,34%</b>	<b>35,28%</b>	<b>7,79%</b>	<b>15,39%</b>	<b>100,00%</b>

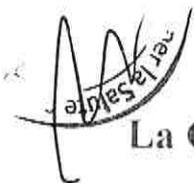
In conclusione, dalle analisi condotte si evidenzia la necessità di:

- migliorare la capacità di presa in carico di alcune AUSL, al fine di garantire l'assistenza domiciliare in modo omogeneo su tutto il territorio regionale;
- migliorare la completezza e la qualità dei flussi informativi disponibili, in particolare il flusso SIAD (Tabella 1);



- verificare l'attività delle Unità di Valutazione Multidimensionali distrettuali di tutte AUSL, al fine di garantire un omogeneo utilizzo della Scale di Valutazione per l'inserimento degli assistiti nel livello di intensità assistenziale corretto su tutto il territorio regionale;
- analizzare e valutare il livello di appropriatezza delle cure domiciliari.





## La Governance in ambito di Cure Domiciliari

La programmazione delle Cure Domiciliari

L'art. 3-quinques del D.Lgs. 502/1992 e smi prevede che le Regioni organizzino il distretto in modo da garantire "l'attività o servizi di assistenza domiciliare integrata". L'erogazione dell'assistenza domiciliare, pertanto, rientra tra le attività assistenziali di responsabilità del Distretto socio-sanitario, sia sotto l'aspetto gestionale, sia sotto l'aspetto dei servizi resi dalle sue articolazioni organizzative, così come previsto anche dalla normativa regionale vigente<sup>4</sup>.

Lo strumento operativo in cui si dovranno individuare gli obiettivi da raggiungere, le azioni da intraprendere e le risorse da destinare per l'erogazione dell'assistenza domiciliare è il Programma delle Attività Territoriali, così come previsto dall'art. 3-quater del D.Lgs. n.502/92 e smi. E' necessario, inoltre, che, all'interno della programmazione distrettuale, le cure domiciliari godano di un budget dedicato.

Si evidenzia, inoltre, che il Piano Nazionale delle Cronicità prevede che *"le cure domiciliari devono coinvolgere, in ruoli diversi, operatori con diverse professionalità e provenienze, primi fra tutti i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, che assumono la responsabilità della gestione clinica della presa in carico, garantendo il coordinamento degli apporti professionali forniti dagli operatori del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e dagli specialisti, e la continuità assistenziale nell'erogazione del trattamento."* La programmazione regionale, pertanto, prevede che *"l'assistenza domiciliare è effettivamente "integrata" quando le professionalità sanitarie e sociali collaborano per realizzare progetti unitari, mirati alla soddisfazione di bisogni di diversa natura. Essa richiede la valorizzazione del nursing e la collaborazione delle famiglie, tenendo conto che una stretta collaborazione tra ospedale e distretto può consentire la permanenza a casa anche di persone con patologie complesse. La condizione necessaria per l'attivazione dell'ADI è la valutazione multidimensionale che permette la pianificazione organica delle attività in funzione della globalità e dell'intensità del piano di cura e la valutazione evolutiva degli esiti."*

Tale concetto è ribadito nell'art. 22 del DPCM del 12/01/2017, il quale prevede che *"Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia"* per tutti e tre i livelli di intensità assistenziale domiciliare integrata.

I Programmi delle Attività Territoriali, pertanto, dovranno tenere conto anche di tali aspetti nella definizione dell'assistenza domiciliare, soprattutto in fase di programmazione delle forme

---

<sup>4</sup> DCA 5/2011



organizzative dell'assistenza primaria previste dalla Legge 189/2012, anche al fine di migliorare la capacità di garantire la continuità assistenziale (AFT e UCCP).

E' necessario, inoltre, attivare e implementare la Cartella assistenziale/clinica informatizzata<sup>5</sup> per garantire la comunicazione tra i diversi setting assistenziali ed una visualizzazione immediata delle informazioni soprattutto relative al Piano assistenziale individuale.

Si evidenzia, infine, l'importante ruolo che ricoprono gli interventi di carattere sociale a carico dei Comuni e del volontariato nell'ambito dell'erogazione delle cure domiciliari.

E' importante che vengano correttamente alimentati i flussi informativi inerenti l'assistenza domiciliare e che venga migliorata la qualità dei dati inseriti nel flusso SIAD<sup>6</sup>, rientrante nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Tali elementi sono oggetto di monitoraggio da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, in capo al Ministero della Salute e costituiscono uno specifico adempimento in ambito di verifica.

La garanzia di avere un patrimonio informativo affidabile nelle Aziende Sanitarie regionali è un elemento indispensabile per una corretta programmazione e funzionamento del SSR e pertanto deve costituire un obiettivo specifico per i Direttori Distretto o per i Direttori Generali delle AUSL nell'ambito di conferimento degli incarichi.

#### Accesso in ambito di Cure Domiciliari

Le cure domiciliari costituiscono uno dei setting assistenziali a governo distrettuale e rappresentano il luogo privilegiato di assistenza dei cittadini. Le modalità di presa in carico degli assistiti non differiscono dalla ordinarie modalità di presa in carico distrettuale per l'erogazione delle prestazioni socio sanitarie previste dal DPCM del 12/01/2017<sup>7</sup>.

In particolare l'art.21 del citato DPCM LEA prevede che:

- I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali di cui al presente Capo prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali. Con apposito accordo sancito in sede di Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definite linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali, nonché modalità di utilizzo delle risorse coerenti con l'obiettivo dell'integrazione, anche con

<sup>5</sup> A tal fine sono importanti anche gli interventi diretti all'implementazione e la messa a regime del Fascicolo Sanitario Elettronico previsto dal D.L. 18 ottobre 2012, n. 179;

<sup>6</sup> Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali D.M. 17-12-2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare". Pubblicato nella Gazz. Uff. 9 gennaio 2009, n. 6. DM 6 agosto 2012 "modifiche al DM 17 dicembre 2008 recante "istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare".

<sup>7</sup> Capo IV art. 21 e seguenti.

riferimento al Fondo per le non autosufficienze di cui all'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni (comma 1);

- Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Le regioni e le province autonome organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza (comma 2);
- Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia. Il coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato (comma 3);
- Nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali; i trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali, semiresidenziali e residenziali, sono garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale, quando necessari, in base alla valutazione multidimensionale (comma 4).

La Regione Abruzzo, nel tempo, ha già previsto che l'erogazione dell'assistenza avvenga tramite percorsi assistenziali secondo il seguente modello:

Fase	
<p>Accesso Raccolta della domanda<sup>8</sup> Art. 21 comma 2 DPCM LEA</p>	<p>L'accesso all'assistenza avviene attraverso il Punto Unico Accesso definito come una modalità organizzativa concordata tra Distretto ed Ambito Sociale. Le funzioni principali che il PUA deve assolvere sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- accesso alla rete integrata dei servizi socio-sanitari territoriali;</li> <li>- informazione, educazione, orientamento e gestione della domanda;</li> <li>- presa in carico ed attivazione della rete dei servizi integrati.</li> </ul> <p>In particolare il PUA deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ricevere la segnalazione che può giungere sia da una struttura ospedaliera, sia dal MMG/PLS dell'assistito o dall'assistito o un suo delegato;</li> <li>- decodificare la domanda ed eseguire una prima valutazione del bisogno;</li> <li>- registrare l'accesso con la creazione di un data-set minimo di informazioni</li> <li>- individuare i percorsi, proponendo al cittadino le prestazioni e i servizi a lui accessibili in base alla tipologia di bisogno e sostenendo l'attività del Case manager.</li> </ul>

<sup>8</sup> DGR n. 224 del 13/03/2007; Legge Regionale n.5 del 21/03/2008.



<p>Definizione del problema Individuazione del bisogno Art. 21 comma 4 DPCM LEA</p>	<p>La valutazione multidimensionale è la metodica che consente di definire il complesso integrato dei bisogni dell'utente, con riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche. Pertanto, attraverso competenze professionali specifiche ed apposite scale di valutazione, individua il bisogno soggettivo del singolo paziente e definisce le attività di cura e di risposta per utilizzare al meglio il ventaglio dell'offerta sanitaria, definendo gli obiettivi, consente la presa in carico, valuta gli esiti intermedi e finali del percorso di cura e di assistenza.</p>
<p>Produzione del Piano di Assistenza Individuale Art. 21 comma 3 DPCM LEA</p>	<p>Il P.A.I. è lo strumento operativo con cui l'UVM individua, per ciascun assistito, gli interventi necessari a raggiungere specifici obiettivi e bisogni di salute. Per ogni assistito deve essere redatto il P.A.I., tramite il quale viene identificata l'intensità assistenziale in funzione della natura e complessità del bisogno, con l'individuazione dei:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bisogni sanitari e gli interventi previsti, con l'individuazione delle figure professionali coinvolte, dei loro compiti e della periodicità dei trattamenti;</li> <li>- i bisogni sociali e le azioni previste, con l'individuazione delle parti coinvolte e degli strumenti necessari</li> <li>- Il coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato (<i>case-manager</i>);</li> <li>- il "caregiver";</li> <li>- gli obiettivi e la durata del trattamento;</li> <li>- la periodicità della verifica intermedia dell'applicazione del P.A.I. con l'individuazione degli indicatori specifici;</li> <li>- le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi;</li> <li>- il P.A.I. deve essere sottoscritto dal Paziente e/o da un familiare</li> </ul>

In Regione Abruzzo la valutazione multidimensionale viene effettuata con l'ausilio delle seguenti schede, scale e sistemi di classificazione previsti nel DCA 107/2013:

- Area Anziani e demenze: S.V.A.M.A., integrata dalle scale ADL, IADL, DMI necessarie per la attuale classificazione delle fasce di non autosufficienza;
- Area disabili: S.V.aM.Di;
- Area salute mentale Ho- NOS/VADO, BPRS.

Dimissioni Protette da reparti ospedalieri che necessitano di ulteriore assistenza al domicilio  
Come già espresso in precedenza, le modalità di presa in carico da parte dei servizi territoriali anche a seguito di un evento acuto che ha richiesto un ricovero ospedaliero non possono differire sulla base del setting assistenziale di destinazione (Residenziale, Semiresidenziale o domiciliare), anche al fine migliorare la continuità assistenziale dell'assistito e la capacità di presa in carico distrettuale. Tuttavia, tenendo conto della fase di trasformazione dei Servizi sanitari regionali ai fini dell'adeguamento alle modifiche legislative nazionali intervenute (da ultimo il DM 70/2015), si ritiene utile fornire alcune indicazioni specifiche per facilitare la dimissione dei pazienti trattati in reparti ospedalieri per acuti al loro domicilio.

In particolare possono essere candidati alla dimissione protetta soggetti ospedalizzati, indipendentemente dall'età, affetti da patologie che, superata la fase acuta, necessitano ancora di particolari prestazioni sanitarie, socio-assistenziali e riabilitative, effettuabili a domicilio ma in maniera coordinata e continuativa. La dimissione a domicilio in questi casi deve avvenire previo accertamento dell'attivazione dell'assistenza domiciliare. La richiesta va effettuata dal Medico Ospedaliero che ha in cura il paziente al P.U.A. del distretto di riferimento dell'assistito almeno 2 giorni lavorativi prima della data prevista per la dimissione, tramite l'apposita scheda.

Il P.U.A. attiva l'UVM per la valutazione del caso e per la stesura del P.A.I. in collaborazione con lo Specialista ospedaliero del reparto di dimissione dell'assistito, di norma entro le 48 ore dalla richiesta.

In caso di ricovero ospedaliero di persone anziane, è opportuno che si attivi precocemente, intorno alla terza giornata dall'ammissione, l'interfaccia con le figure professionali e le strutture del distretto, sempre attraverso il P.U.A., per definire e organizzare i passi successivi (attivare l'UVM, allertare il MMG dell'assistito, etc.)

Il distretto di riferimento dell'assistito si farà carico di organizzare il rientro dello stesso al domicilio, tramite ambulanza dedicata, messa a disposizione dalla propria AUSL di afferenza.

Al fine di garantire la massima integrazione tra il medico ospedaliero del reparto di provenienza e l'equipe di assistenza domiciliare, tramite il Case Manager individuato dal P.A.I., si possono richiedere consulenze telefoniche. Si ritiene utile, inoltre, che, tramite specifici accordi tra il distretto e il presidio ospedaliero di riferimento, siano concordate ulteriori modalità per l'integrazione tra ospedale e territorio<sup>9</sup> per migliorare la continuità assistenziale e agevolare l'erogazione di prestazioni, anche ospedaliere, che comunque dovranno essere ricomprese nel P.A.I..

Nel caso in cui le condizioni cliniche lo impongano, deve essere previsto un percorso preferenziale per il rientro presso il reparto di provenienza, concordato con lo stesso reparto.

Si specifica, infine, che le prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona sono interamente carico del Servizio Sanitario Nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi, in ottemperanza all'art. 22 comma 4 del DPCM del 12/01/2017.

Per velocizzare le procedure di valutazione dei pazienti ricoverati in Ospedale e candidati alla dimissione protetta in ADI, la ASL deve prevedere una UVM ospedaliera coordinata dalla Direzione Sanitaria di Presidio attraverso la funzione di integrazione ospedale-territorio.

<sup>9</sup> Ad es. prevedere la possibilità di avere consulenze al domicilio da parte del medico ospedaliero del reparto di dimissione;

Modalità di coinvolgimento dei servizi territoriali per facilitare una precoce dimissione dalle unità di degenza ospedaliera al domicilio, garantendo la continuità assistenziale

In premessa si evidenzia che la procedura descritta di seguito è da riferirsi unicamente ai soggetti per i quali, pur essendo appropriata la dimissione ospedaliera, necessitano di ulteriori interventi a carattere sanitario e socio-sanitario territoriale.

I soggetti, invece, che non richiedono una valutazione multidimensionale, in quanto necessitano unicamente di prestazioni singole già programmabili inerenti la patologia acuta (ad es. rimozione dei punti di sutura, visite di controllo, etc.), seguiranno le procedure delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

La procedura sotto riportata ha la finalità di assicurare:

- la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, consentendo il miglior inserimento possibile in ambito domestico e familiare;
- l'integrazione fra i servizi territoriali e i servizi ospedalieri nel passaggio della presa in carico del paziente;
- la promozione di un sistema di relazioni tra tutti gli attori che intervengono nella presa in carico del paziente (MMG, Medico ospedaliero, PUA, UVM, etc.).

In ogni unità operativa di degenza deve essere individuata la figura di un infermiere case manager che compila l'apposito modello da trasmettere al Punto Unico di Accesso del distretto di residenza/domiciliazione del paziente e ne dà prontamente comunicazione alla famiglia, indicando anche di quali ausili necessiterà il paziente una volta rientrato al domicilio. La citata richiesta deve essere effettuata allo stabilizzarsi del quadro clinico del paziente ricoverato e in coerenza con le tempistiche descritte nel paragrafo precedente.

Il PUA valuta la richiesta pervenuta, raccoglie la documentazione sociosanitaria e attiva l'Unità di Valutazione Multidimensionale competente. L'UVM valuta il caso attraverso le apposite scale di valutazione e redige il P.A.I.. Tale attività può avvenire anche in modalità telematica e massimo entro 3 giorni dalla richiesta della domanda.

All'esito della valutazione e della redazione del P.A.I. sarà responsabilità del PUA contattare il paziente o un suo delegato e informarlo dell'esito della valutazione multidimensionale e delle modalità con cui saranno garantiti i bisogni assistenziali individuati.

Sarà, inoltre, responsabilità del PUA contattare la struttura/servizio individuato e metterla in contatto con la struttura ospedaliera di dimissione.

La valutazione e il P.A.I. vengono rimandate all'Unità ospedaliera del paziente ed inserite nella cartella clinica del paziente, con l'indicazione della struttura o del servizio distrettuale di ricezione.

*MA*  
*11/2/2017*

### L'intervento riabilitativo nelle Cure Domiciliari

Come indicato nel Piano di Indirizzo per la Riabilitazione del 2011<sup>10</sup>, il trattamento riabilitativo può essere appropriatamente erogato in regime di:

- assistenza ospedaliera in ricovero ordinario o diurno (Day Hospital);
- Day Service;
- assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale;
- assistenza ambulatoriale;
- assistenza domiciliare.

Lo stesso Piano, inoltre, specifica che *“il percorso assistenziale integrato è il riferimento complessivo che rende sinergiche le componenti sanitarie e non sanitarie dell'intervento riabilitativo. In tale ambito il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) rappresenta lo strumento specifico, sintetico ed organico per tutto ciò, unico per ciascuna persona, definito dal medico specialista in riabilitazione, in condivisione con gli altri professionisti coinvolti. Il PRI, applicando i parametri di menomazione, attività e partecipazione sociale elencati nella International Classification of Function (ICF), definisce la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari; viene condiviso con il paziente, quando possibile, con la famiglia ed i caregiver; definisce le caratteristiche di congruità ed appropriatezza dei diversi interventi, nonché la conclusione della presa in cura sanitaria in relazione agli esiti raggiunti”*.

L'intervento riabilitativo, pertanto, deve essere effettuato in coerenza con quanto previsto nel PRI, il quale costituisce parte del P.A.I.. E' necessario, pertanto, che in fase di valutazione multidimensionale si tenga conto delle necessità del soggetto da riabilitare, secondo quanto indicato dal Medico specialista in riabilitazione, al fine di garantire una serie integrata e coordinata di interventi, anche riabilitativi.

Le modalità di erogazione sopra riportate sono ribadite anche dall'art.22 del DPCM LEA del 12/01/2017 per l'Assistenza Domiciliare Integrata. Il citato articolo, infatti, afferma che *“le cure domiciliari di primo/secondo e terzo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (P.A.I.) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI) che definisce i bisogni riabilitativi della persona”*.

Si evidenzia che, di norma, gli interventi riabilitativi erogati in ADI sono diretti prevalentemente a prevenire il danno terziario per soggetti che hanno limitate capacità di recupero funzionale.

In merito ai soggetti che, a seguito di un evento acuto, hanno ampi margini di recupero funzionale, per i quali risulta appropriata l'erogazione di prestazioni riabilitative in regime domiciliare e non

<sup>10</sup> approvato con l'Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, Rep. Atti n. 30/CSR;





necessitano di interventi multiprofessionali, in coerenza con quanto previsto dal PRI, possono essere erogate prestazioni domiciliari riabilitative che andranno ad alimentare lo specifico flusso informativo che rileva i dati di attività di assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare degli istituti o centri di riabilitazione disciplinati dall'art. 26 della legge 833/78<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> DM 23/12/1996 e s.m.i.;





## Classificazione delle Cure Domiciliari

Le cure domiciliari consistono in un insieme di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico organizzati, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esito delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Nell'ambito delle cure domiciliari integrate risulta fondamentale l'integrazione con i servizi sociali dei comuni.

Gli obiettivi principali delle cure domiciliari sono di garantire:

- a. l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di migliorare la qualità dell'assistenza ed evitare il ricorso inappropriato ad altri setting assistenziali (ricovero in ospedale o ad altra struttura territoriale);
- b. la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- c. il supporto alla famiglia<sup>12</sup>;
- d. il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- e. il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale.

Si specifica che il presente documento conferma le indicazioni in merito alle Cure Palliative Domiciliari previste dall'art. 23 del DPCM del 12/01/2017, in considerazione che le stesse sono trattate da specifico provvedimento regionale (DCA n. 51 dell' 11/10/2012, così come modificato dalla DGR 311 del 18/05/2018). Si evidenzia, conseguentemente, che l'assistenza palliativa, anche in regime domiciliare, sarà erogata all'interno della Rete regionale delle Cure Palliative, in coerenza con quanto previsto nell'Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 25 Luglio 2012<sup>13</sup>, nonché in coerenza con l'attuale normativa vigente in materia e in coordinamento con quanto previsto nel presente documento.

I requisiti indispensabili per l'attivazione delle Cure Domiciliari sono:

- la condizione di non autosufficienza e/o di fragilità dell'assistito, derivante da una patologia in atto o per gli esiti di una patologia che necessitano di assistenza erogabile al domicilio;
- il supporto di un'adeguata rete familiare o informale per l'assistito;

<sup>12</sup> in tale ambito è necessario implementare e migliorare il coordinamento dell'assistenza domiciliare con gli altri setting assistenziali territoriali, soprattutto semiresidenziali, per garantire prestazioni di sollievo alla famiglia;

<sup>13</sup> (Rep. Atti 151/CSR)

- l' idoneità del domicilio alle specifiche condizioni dell'assistito (ad es. assenza di barriere architettoniche tali da limitarne l'autonomia raggiunta; adeguatezza dell'impianto elettrico per i soggetti sottoposti a ventilazione assistita, etc.);
- il consenso informato fornito dall'assistito e dalla sua famiglia;
- la presa in carico, la garanzia degli accessi concordati e la disponibilità telefonica a favore dell'assistito da parte del MMG (dalle ore 8 alle 20).

#### Cure Domiciliari di Livello Base (CIA < 0,14)

Le Cure Domiciliari di livello Base sono costituite da prestazioni professionali in risposta ai bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo<sup>14</sup>.

Le Cure Domiciliari di livello Base sono caratterizzate da un "Coefficiente di Intensità Assistenziale"<sup>15</sup> inferiore a 0,14.

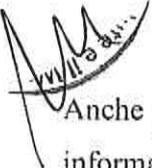
Tali cure sono indirizzate a soggetti, di norma anziani o disabili, che per le loro limitazioni motorie ed in generale per il loro livello di autosufficienza, anche temporanea, non possono recarsi presso le opportune strutture ambulatoriali. Le Cure Domiciliari di base sono costituite da singole prestazioni infermieristiche, mediche e riabilitative, purché abbiano carattere occasionale o ciclico programmato.

Le attività, prevalenti sono di tipo infermieristico e sono rappresentate da prelievi ematici, sostituzioni di catetere vescicale, clisteri evacuativi, controlli glicemici, terapie parenterali brevi, misurazione dei parametri vitali. L'art.22 del DPCM LEA del 12/01/2017, delega alle singole regioni la possibilità di individuare le modalità organizzative più idonee per garantire l'accesso alle Cure Domiciliari di livello Base.

In particolare le Cure domiciliari di livello Base non hanno come presupposto necessario l'attivazione del nucleo di valutazione multidimensionale, con la stesura del relativo Piano di assistenza individuale multidisciplinare. L'accesso all'assistenza domiciliare di livello base, pertanto, è, di norma, richiesta dal MMG/PLS dell'assistito al Servizio di Cure Domiciliari del Distretto di riferimento, il quale ne dà comunicazione al PUA per conoscenza. La richiesta per l'attivazione delle Cure Domiciliari di base, inoltre, può essere fatta da un medico specialista pubblico o convenzionato con il SSR al PUA, il quale contatta il MMG/PLS dell'assistito e il Servizio di Cure Domiciliari del Distretto, per gli adempimenti di competenza.

<sup>14</sup> Art. 22, comma 3, lett. a) del DPCM 12/01/2017;

<sup>15</sup> Il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) è dato dal rapporto tra il numero di giornate di effettiva assistenza nelle quali è stato effettuato almeno un accesso domiciliare (GEA) e in numero di giornate di cura dalla data di presa in carico alla cessazione del piano (GDC). CIA=GEA/GDC

  
Anche per le Cure domiciliari di Livello Base deve essere redatta la Cartella assistenziale/clinica informatizzata.

#### Cure Domiciliari Integrate di I livello ( $0.14 < CIA > 0.30$ )

Le Cure Domiciliari Integrate di I livello sono costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso. Se necessario sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci<sup>16</sup> e dei dispositivi medici<sup>17</sup>, nonché dei preparati per nutrizione artificiale<sup>18</sup>.

Le modalità di accesso sono quelle descritte nel paragrafo “*Accesso alle Cure Domiciliari*” e necessitano di valutazione multidimensionale e della stesura del Piano d’Assistenza Individuale.

L’operatività del Servizio è di 5 giorni su 7 con una fascia oraria di 8 ore al giorno. Al fine di garantire la continuità assistenziale l’assistito e la sua famiglia devono essere informati sulle modalità di attivazione del servizio di guardia medica distrettuale, nonché il PUA, attraverso idonei strumenti informatici, in coerenza con la normativa sulla privacy e con il consenso dell’assistito, deve mettere a disposizione del medico di continuità assistenziale del distretto le principali informazioni sullo stato di salute dell’assistito<sup>19</sup>.

#### Cure Domiciliari Integrate di II livello ( $0.31 < CIA > 0.50$ )

Le Cure Domiciliari Integrate di II livello sono costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50 in relazione alla criticità e complessità del caso. Se necessario sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci<sup>20</sup> e dei dispositivi medici<sup>21</sup>, nonché dei preparati per nutrizione artificiale<sup>22</sup>.

<sup>16</sup> In coerenza con quanto previsto dall’art. 9 del DPCM del 12/01/2017;

<sup>17</sup> in coerenza con quanto disposto dall’art. 11 e art.17 del DPCM del 12/01/2017.

<sup>18</sup> Art. 22, comma 3, lett. b) del DPCM 12/01/2017;

<sup>19</sup> si potranno valutare, in seguito le modalità di coinvolgimento Case Manager in caso di attivazione del servizio di continuità assistenziale (ad es. reperibilità telefonica), nonché la gestione di tale fase potrà essere semplificata con la progressiva messa a regime del numero unico 116117 in attuazione dall’Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016, (Rep. Atti n.221/CSR);

<sup>20</sup> In coerenza con quanto previsto dall’art. 9 del DPCM del 12/01/2017;

<sup>21</sup> in coerenza con quanto disposto dall’art. 11 e 17 del DPCM del 12/01/2017;

<sup>22</sup> Art. 22, comma 3, lett. c) del DPCM 12/01/2017;



Le modalità di accesso sono quelle descritte nel paragrafo “Accesso alle Cure Domiciliari” e necessitano di valutazione multidimensionale e della stesura del Piano d’Assistenza Individuale.

L’operatività del Servizio è di 6 giorni su 7 con una fascia oraria di 10 ore al giorno dal lunedì al venerdì e 6 ore il sabato. Al fine di garantire la continuità assistenziale l’assistito e la sua famiglia devono essere informati sulle modalità di attivazione del servizio di guardia medica distrettuale, nonché il PUA, attraverso idonei strumenti informatici, in coerenza con la normativa sulla privacy e con il consenso dell’assistito, devono mettere a disposizione del medico di continuità assistenziale del distretto le informazioni sullo stato di salute dell’assistito<sup>23</sup>.

#### Cure Domiciliari Integrate di III livello (CIA>0.50)

Le Cure Domiciliari Integrate di III livello sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci<sup>24</sup> e dei dispositivi medici<sup>25</sup>, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver<sup>26</sup>.

Questo livello assistenziale è composto da interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche (ad es. sono diretti a soggetti con necessità di nutrizione artificiale parenterale, con necessità di supporto ventilatorio invasivo, soggetti in stato vegetativo e stato di minima coscienza, soggetti con patologie croniche complicate e neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata).

L’operatività del Servizio è di 7 giorni su 7 con una fascia oraria di 10 ore al giorno dal lunedì al venerdì e 6 ore il sabato e festivi. Per le Cure Domiciliari di III livello è prevista la pronta disponibilità medica dalle 8 alle 20:00.

Al fine di garantire la continuità assistenziale, l’assistito e la sua famiglia devono essere informati sulle modalità di attivazione del servizio di guardia medica distrettuale, nonché del PUA, attraverso idonei strumenti informatici, in coerenza con la normativa sulla privacy e con il consenso

<sup>23</sup> si potranno valutare, in seguito le modalità di coinvolgimento Case Manager in caso di attivazione del servizio di continuità assistenziale (ad es. reperibilità telefonica), nonché la gestione di tale fase potrà essere semplificata con la progressiva messa a regime del numero unico 116117 in attuazione dall’Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016 (Rep. Atti n.221/CSR);

<sup>24</sup> art. 9 del DPCM del 12/01/2017;

<sup>25</sup> art. 11 e art.17 del DPCM del 12/01/2017.

<sup>26</sup> Art. 22, comma 3, lett. d) del DPCM 12/01/2017;

AMM  
e  
a

dell'assistito, devono mettere a disposizione del medico di continuità assistenziale del distretto le informazioni sullo stato di salute dell'assistito<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> si potranno valutare, in seguito le modalità di coinvolgimento Case Manager in caso di attivazione del servizio di continuità assistenziale (ad es. reperibilità telefonica), nonché la gestione di tale fase potrà essere semplificata con la progressiva messa a regime del numero unico 116117 in attuazione dall'Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016 (Rep. Atti n.221/CSR).



## Analisi del Fabbisogno teorico di prestazioni domiciliari per la Regione Abruzzo

Il D.Lgs. 502/1992 smi, subordina il rilascio dei provvedimenti di autorizzazione<sup>28</sup> e accreditamento<sup>29</sup> ad una verifica di funzionalità del fabbisogno regionale programmato.

A livello nazionale, ad oggi, non sono stati condivisi degli standard per l'assistenza domiciliare differenziati sulla base dei livelli di intensità assistenziale.

La Verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza<sup>30</sup>, ad oggi, prende in considerazione unicamente il numero dei soggetti ultrasessantacinquenni trattati complessivamente in Assistenza Domiciliare Integrata<sup>31</sup>.

Come si evince dalla tabella sottostante, la Regione Abruzzo, tramite le quattro AUSL provinciali, soddisfa tale standard.

Codice Asl	Descrizione Asl	Assistiti over 65	Popolazione over 65	Assistiti over 65 con Pic erogate *100 ab. over 65
201	AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	2.756	70.381	3,92
202	LANCIANO-VASTO-CHIETI	3.246	94.086	3,45
203	PESCARA	2.988	73.378	4,07
204	TERAMO	1.930	69.878	2,76
<b>TOTALE</b>		<b>10.920</b>	<b>307.723</b>	<b>3,55</b>

Tale analisi, tuttavia, non è sufficiente a dare evidenza che il fabbisogno di Cure Domiciliari è appropriatamente soddisfatto in Regione, poiché, oltre al numero di Prese in carico dei soggetti ultrasessantacinquenni, è necessario valutare il numero di accessi effettuati, la tipologia di professionisti impegnati<sup>32</sup> e la durata del singolo accesso. Si ritiene necessario, pertanto, individuare il fabbisogno di prestazioni domiciliari sulla base dei seguenti parametri:

- numero di residenti ultrasessantacinquenni, corretto con il tasso di progressivo invecchiamento della popolazione<sup>33</sup>;

<sup>28</sup> art. 8-ter del D.Lgs. 502/1992 e smi;

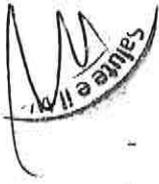
<sup>29</sup> art. 8-quater del D.Lgs. 502/1992 e smi;

<sup>30</sup> da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, in capo al Ministero della Salute,

<sup>31</sup> in particolare, per la Verifica Adempimenti LEA anno 2015, è ritenuta adempiente la Regione che assiste una quota di anziani a domicilio pari o maggiore all' 1.88% [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2650\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2650_allegato.pdf)

<sup>32</sup> Medico, Infermiere, OSS, etc.

<sup>33</sup> Fonte ISTAT;



- numero di cittadini con disabilità presenti in Regione<sup>34</sup>;
- differenziazione del livello di intensità assistenziale costante, così come rilevato, ad oggi, dalle UVM distrettuali.

Anno 2020	ASL 1	ASL 2	ASL PE	ASL TE	REGIONE
Popolazione totale stimata*	301.477	388.691	320.102	308.536	1.318.806
Popolazione over 65 (in percentuale) e disabili*	31,90%				
Livello CIA 0	1.726	2.820	230	3.112	7.888
Livello CIA 1	1.879	1.009	1.167	969	5.024
Livello CIA 2	2.115	903	2.782	524	6.324
Livello CIA 3	1.497	601	621	123	2.841
TOTALI	7.217	5.333	4.801	4.727	22.078

\* elaborazioni su dati ISTAT e CENSIS al 31/12/2016

Si evidenzia che il fabbisogno stimato dovrà essere oggetto di rivalutazione, sia a seguito di una verifica di congruità da parte delle AUSL, sia a seguito:

- dell'analisi delle prestazioni erogate in coerenza con le indicazioni contenute nel presente documento<sup>35</sup>;
- della verifica e potenziamento dell'attività delle UVM;
- della previsione di azioni formative specifiche per le UVM;
- della verifica della qualità e completezza del flusso SIAD.

E' opportuno, pertanto, entro un biennio, prevedere di rivalutare il fabbisogno stimato, valutando la possibilità di incrementare fino al 4% il numero di soggetti ultrasessantacinquenni presi in carico.

<sup>34</sup> Fonte dati Censis;

<sup>35</sup> Una delle criticità emerse nell'erogazione delle cure domiciliari in Regione Abruzzo nell'anno 2016, riguarda un utilizzo disomogeneo delle figure professionali all'interno dei diversi livelli di assistenza, nonché lo scarso utilizzo degli Operatori Socio-Sanitari all'interno dei tre livelli assistenziali.

## Percorso di autorizzazione e accreditamento individuato per ricondurre il sistema delle cure domiciliari a quanto previsto dall'art. 8 bis del D.Lgs. n.502/1992 e smi

Al fine di dare attuazione a quanto previsto dall'art. 8 bis, art. 8 ter e art. 8 quater del D.Lgs. n.502/1992 e smi, la Regione Abruzzo con la Legge Regionale n. 19 del 23 luglio 2018, di modifica della Legge Regionale n. 32/2007 e s.m.i., individua un percorso normativo che porta alla definizione di criteri di autorizzazione e accreditamento degli operatori di Assistenza Domiciliare. Con il presente documento vengono indicate le procedure previste per il rilascio dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento, armonizzandole, il più possibile, con quanto stabilito dalla DGR 591/P del 1 Luglio 2008 e s.m.i.

Proposta per una prima definizione degli standard minimi di figure professionali

A seguito di una prima applicazione delle presenti Linee Guida, nonché attraverso una rivalutazione degli attuali flussi informativi si individuano gli standard minimi di figure professionali, calcolati sulla base delle attuali prestazioni erogate in cure domiciliari<sup>36</sup>, suddivise per tipologia di figura professionale.

Gli standard riportati si riferiscono a 1000 Prese in Carico tenuto conto dei diversi livelli di intensità assistenziale rilevati.

Le seguenti figure professionali sono calcolate sulla base delle effettive ore lavorate, sulla base di un rapporto di lavoro a tempo pieno<sup>37</sup>:

- 14,5 infermieri e OSS;
- 0,5 medici<sup>38</sup>;
- 11 professionisti sanitari;

A tale requisito si deve aggiungere la possibilità, anche in consulenza, di disporre di tutte le figure professionali previste del singolo P.A.I. che si prende in carico, purché non sia diversamente concordato con l'UVM di riferimento. In tale fattispecie rientra anche la figura dello psicologo.

Si evidenzia, infine, che dall'analisi contenuta nel presente documento la figura dell'OSS risulta sottoutilizzata. Si prevede, pertanto, che, in prima applicazione, lo standard di infermieri e OSS dovrà essere ripartito con un rapporto di 1 OSS ogni 3 infermieri.

<sup>36</sup> Si è tenuto conto delle tipologie professionali attualmente impegnate e del relativo numero di accessi;

<sup>37</sup> al netto di ferie, medie effettivi di assenza per malattia registrate dalle diverse organizzazioni, ulteriori assenze previste dai CCCCNNLL, etc.

<sup>38</sup> Oltre alle prestazioni rese dai MMG o PLS;



## Tariffe delle Cure Domiciliari

Numerosi studi in letteratura hanno evidenziato che per la valorizzazione di percorsi assistenziali standardizzati è necessario definire parametri il più possibile stabili, in grado di controllare la complessità e la variabilità dei fattori che intervengono nell'assistenza domiciliare, fornendo informazioni sintetiche ma in ogni caso valide e ripetibili in grado di descrivere in modo adeguato l'assorbimento di risorse necessarie per la risposta più appropriata ai bisogni del paziente.

Da quanto sopra esposto si comprende come la Giornata Effettiva di Assistenza (GEA), definita come giorno in cui una o più figure professionali hanno effettuato almeno una visita domiciliare, costituisce un parametro fondamentale per la misura delle risorse assorbite nell'attuazione dei piani di cura nei diversi moduli assistenziali. E' anche vero che l'entità delle risorse assorbite nella realizzazione dei piani di cura, tuttavia, è determinata almeno da altri due fattori che devono essere considerati per caratterizzare il fabbisogno del paziente: l'intensità assistenziale e la durata del periodo di cura. L'analisi di questi fattori è essenziale per poter caratterizzare il piano individuale di assistenza non solo in termini di assorbimento complessivo di risorse, ma anche di modalità ottimali di impiego delle stesse in funzione della gravità e del decorso del quadro clinico-funzionale. In Letteratura, pur esistendo differenti criteri di sintesi delle diverse modalità di classificazione, molti studi hanno scelto il criterio di identificare un indicatore sintetico capace di riassumere in una sola dimensione il Coefficiente di Intensità, il valore GEA e la durata di presa in carico. L'indicatore globale assunto è costituito dalla valorizzazione del percorso di cura su base mensile, considerando il numero di Giornate Effettive d'Assistenza (GEA) mensili come parametro per misurare l'intensità assistenziale. Nella fattispecie moltiplicando il Coefficiente d'Intensità Assistenziale per il valore GEA si ottiene, per ciascun paziente, la valorizzazione giornaliera del piano di cura (costo totale del paziente per giornata di copertura) che moltiplicata per 30 fornisce la valorizzazione mensile del piano di cura.

$$\text{Costo mensile} = \text{CIA} \times \text{Valore GEA} \times 30$$

- **CIA:** "Coefficiente di Intensità Assistenziale" misura l'intensità assistenziale ovvero il rapporto tra numero di G.E.A. e numero di G.d.C. Il parametro assume valori notevolmente differenziati in relazione alla complessità del caso clinico, alla condizione funzionale del soggetto ed alla situazione socio-familiare che condizionano principalmente la frequenza degli accessi domiciliari necessari;

- **GdC:** “Giornate di Copertura” misura il periodo intercorrente tra la data di ammissione e la data di dimissione ed è misurato attraverso il numero di G.d.C.;
- **Valore GEA:** “Giornata Effettiva d’Assistenza” è il rapporto tra i costi totali del percorso di cura ed il numero di Giornate Effettive d’Assistenza erogate. Presenta valori costanti nei tre moduli assistenziali citati e caratterizza efficacemente il mix delle risorse professionali coinvolte nel piano di cura.

La Regione Abruzzo al fine di poter applicare la formula sopra descritta ha elaborato una specifica metodologia per poter calcolare il Valore GEA. Il primo obiettivo è stato quello di determinare i costi totali del Percorso di cura. Si è assunto il concetto che gli accessi domiciliari rappresentano ed esprimono efficacemente tutte le prestazioni elementari erogate dal servizio delle cure domiciliari e costituiscono pertanto una valida unità di misura per la valutazione e il monitoraggio dell’attività svolta delle risorse impiegate nei moduli assistenziali domiciliari.

La valorizzazione degli accessi domiciliari costituisce dunque la fase preliminare ed essenziale per la misurazione delle risorse impiegate nella realizzazione dei profili di assistenza dei pazienti in carico. Il Flusso SIAD 2016, a tal proposito, seppur fornendo un primo chiaro elemento per comprendere la complessità del sistema, non risulta essere esaustivo per le finalità metodologiche in quanto, le differenti modalità gestionali di ogni ASL, non hanno reso possibile una concreta e sufficiente implementazione del sistema stesso.

Per tale ragione, prima di procedere con l’analisi dettagliata della ricostruzione dei costo totale dei Percorsi di Cura, e quindi del costo delle singole professionalità interessate dall’accesso domiciliare, si è ritenuto opportuno se non necessario, procedere ad una rielaborazione del modello informativo sanitario FLS.21 per l’anno 2016 da parte delle stesse Aziende Sanitarie Locali.

Il Gruppo di Lavoro istituito con i responsabili delle varie ASL abruzzesi ha permesso di ottenere dati più dettagliati, consentendo una elaborazione e valorizzazione del costo standard del personale coinvolto nelle cure domiciliari integrate.

La metodologia di ricostruzione del costo orario del personale coinvolto è partita da una elaborazione dei Contratti Collettivi Nazionali del Lavoro e gli Accordi Collettivi Nazionali delle differenti tipologie, al fine di ricostruire una ponderazione del costo orario che potesse essere il più rappresentativa possibile.

Al fine di fornire un esempio sulla ricostruzione effettuata, al di fuori delle figure per le quali è previsto un importo forfettario onnicomprensivo per ogni accesso domiciliare, la procedura si è basata sulla ricostruzione dell’importo lordo annuo comprensivo di tredicesima mensilità, quale somma della retribuzione prestabilita e le differenti indennità che interessano ogni singola figura a

cui si sono aggiunti gli oneri, previsti per legge. Tale importo è stato poi diviso per le ore mediamente lavorate, considerando il monte ore di lavoro e le assenze previste dai CCCCNNL per singola categoria, oltre alle medie effettive di assenza per malattia registrate nelle organizzazioni.

Il calcolo orario così ottenuto, può essere considerato quale base di partenza per la quantificazione economica delle professionalità coinvolte. Il calcolo orario è stato poi frazionato per meglio adattarsi alle disposizioni della Commissione nazionale per la definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, ovvero in 30 minuti, 45 minuti, 60 minuti e 90 minuti.

Al fine di valutare correttamente le risorse assorbite, e quindi per una corretta quantificazione economica non solo di una specifica professionalità, ma anche dell'attività erogata, in base ad un'analisi svolta all'interno del gruppo di lavoro, sono stati stimati altri due costi aggiuntivi:

- Il primo quantificabile in 5€ per accesso, quale rimborso carburante per le figure che prevedono tale indennizzo, stimato, in accordo con alcune organizzazioni sindacali, sulla media dei percorsi realmente eseguiti;
- Il secondo, quantificabile in una percentuale variabile tra il 10% ed il 15% quale costo per materiale monouso o pluriuso o ammortamento di attrezzatura. Tale percentuale è stata adattata alla complessità di intensità assistenziale delle attività erogate dai diversi professionisti.

Tale procedura ha consentito di ottenere una quantificazione dei costi assorbiti dalle diverse professionalità. A titolo esemplificativo, si riporta nella tabella seguente (Tabella 7), una media dei costi per ogni singola figura professionale.

**Tabella 7 – Costo stimato medio per figura professionale<sup>39</sup>**

Figura Professionale	Costo/ora	30 minuti	45 minuti	90 minuti
Medici specialisti	74,518	54,180	63,869	108,902
Psicologo	71,814	51,593	61,236	104,846
Infermieri	35,801	19,872	27,551	50,827
Fisioterapisti	32,938	18,503	25,459	46,532
Dietisti	32,938	18,503	25,459	46,532
Logopedisti	32,938	18,503	25,459	46,532
OSS	29,557	16,886	22,990	41,461

Come specificato, tale metodologia di calcolo, ha consentito di valorizzare l'accesso dell'operatore non più solo nell'ottica di retribuzione oraria media a lui spettante, in quanto professionista che

<sup>39</sup> Elaborazioni basate su tariffe aggiornate al 31/12/2016, compatibili con i dati a cui riferiscono. Alla luce dei recenti aggiornamenti contrattuali, ed in linea con il presente documento, le stesse saranno aggiornate conseguentemente

eroga un servizio. La metodologia adottata ha cercato di valorizzare, in termini economici, le risorse medie direttamente assorbibili dalla prestazione eseguita. Si specifica che, in questo importo non sono stati considerati i costi relativi alla farmaceutica, alla protesica, alla diagnostica di laboratorio, i costi aggiuntivi per l'assistenza domiciliare dei medici di medicina generale ed il ribaltamento dei costi aziendali, così come descritto nel documento "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza 2008.

I costi così ottenuti, sono stati ponderati e moltiplicati per gli accessi e sommati, al fine di ottenere il costo del percorso di cura.

Il gruppo tecnico di lavoro ha permesso di ottenere anche dati inerenti i GEA (Tabella 8) ed i CIA medi di ogni ASL coinvolta, permettendo di elaborare un Valore GEA realistico, applicando la formula descritta nel Valore GEA e calcolando la media dei due casi analizzati (Tabella 9).

**Tabella 8: GEA medi per profili Assistenziali**

GEA medi	CIA 0 base	CIA 1	CIA 2	CIA 3
	8,51	29,04	42,55	40,65

**Tabella 9: Valori GEA per profili Assistenziali**

Valore GEA	CIA 0 base	CIA 1	CIA 2	CIA 3
	23,60	43,82	31,78	57,18

Si evidenzia che, la moderata difformità di andamento del Valore GEA inerente al CIA 1, rispetto al trend generale, è da imputare al fatto che, l'uso di infermieri per questo livello nella realtà esaminata è nettamente superiore a qualsiasi altro riferimento portando, di conseguenza, all'innalzamento del relativo valore GEA.

Applicando la formula del calcolo del costo mensile si ricava la seguente tabella, calcolata su livelli di CIA medi dei casi analizzati (Tabella 10):

**Tabella 10: Costo medio mensile reale per Profili Assistenziali**

Costo medio mensile	CIA 0 base	CIA 1	CIA 2	CIA 3
	37,09	296,84	371,58	1.191,95

Tale ricostruzione di costo considera i livelli di CIA medi reali riportati nelle realtà aziendali esaminate.

I costi mensili standardizzati riportati nella Tabella seguente (Tabella 11) sono stati calcolati prevedendo che i profili di cura includono tutte le figure professionali riportate nell'allegato 1 del documento nazionale "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio", approvato dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA, del Ministero della Salute, il 18 ottobre 2006. Qualora ci fossero Profili di Cure Domiciliare Integrate di Terzo livello e di Cure Palliative malati terminali con un numero inferiore di figure professionali rispetto a quelle previste (escluso il MMG/PLS), il Costo Mensile Standardizzato viene proporzionato rispetto al numero delle figure presenti nel P.A.I.. Ad esempio se in un profilo di cure palliative malati terminali è presente solo la figura dell'infermiere il costo mensile standardizzato è 1/6 di quello previsto nella Tabella 11.

**Tabella 11: Costo medio mensile Standardizzato per Profili Assistenziali**

<b>Costo medio mensile</b>	CIA 0 base	CIA 1	CIA 2	CIA 3
	99,10	394,39	476,76	1.715,45

In conclusione, gli studi e le analisi empiriche eseguite nella Regione Abruzzo, hanno permesso di evidenziare l'esistenza di una forbice di valori, imputabile a ciascun livello di complessità assistenziale. Nel dettaglio, per le cure domiciliari di livello base, i valori di riferimento variano da un minimo di € 37,09 ad un massimo di € 99,10. Per le cure domiciliari integrate di I^ livello, tali valori sono, rispettivamente € 296,84 e € 394,93. Le cure domiciliari integrate di II^ livello, variano da un valore minimo di € 371,58, ad un valore massimo di € 476,76. La complessità assistenziale racchiusa nelle cure domiciliari integrate di III^ livello, è stata valorizzata da un importo minimo di € 1.191,95 ad un importo massimo di € 1.715,45.

#### Costruzione del Budget

In coerenza con l'art. 8 quinquies del D.Lgs. 502/1992, i servizi domiciliari, per erogare prestazioni a carico del SSR, dovranno essere contrattualizzati, con l'individuazione di un tetto di spesa per singola struttura.

Le indicazioni contenute nel presente paragrafo sono da considerarsi temporanee<sup>40</sup>, in quanto, con l'attuazione del presente documento e attraverso un miglioramento dei flussi informativi potranno essere individuate modalità più raffinate per il calcolo del budget da assegnare alle singole strutture.

<sup>40</sup> tale rivalutazione potrebbe essere effettuata congiuntamente con la rivalutazione del fabbisogno prevista nel capitolo dedicato e pertanto dopo 12 mesi dalla prima attuazione;

Nel caso in cui le AUSL intendano utilizzare una metodologia differente per il calcolo del budget da assegnare alle singole strutture, non potranno comunque prevedere tariffe superiori a quelle indicate nel precedente paragrafo.

La definizione del Budget da assegnare potrà avvenire sia a livello aziendale, sia a livello distrettuale, secondo le modalità previste dalla singola AUSL. Si evidenzia, tuttavia, che tale elemento dovrà essere coerente con la programmazione definita nel PAT.

Per l'elaborazione del budget è necessario che l'azienda, sulla base dei P.A.I. effettivamente erogati, individui una tariffa media per singolo livello di intensità assistenziale, comunque ricompresa nei valori minimi e massimi sopra riportati.

In prima applicazione, in assenza di ulteriori elementi sull'effettivo fabbisogno, si provvederà ad applicare la citata tariffa media mantenendo la proporzione dei livelli di intensità assistenziale come definita nel paragrafo sul fabbisogno.

Livello CIA 0	Livello CIA 1	Livello CIA 2	Livello CIA 3
35,73%	22,76%	28,65%	12,87%
100%			

Fermo restando l'invalidità del tetto di spesa complessivo assegnato, sarà possibile per le strutture accreditate prendere in carico ulteriori assistiti, anche in deroga al tetto di spesa per singolo livello di intensità assistenziale. In tale ambito costituisce privilegio, a parità di condizioni assistenziali, la presa in carico di un livello assistenziale differente di un utente già assistito dalla struttura.

Tenendo conto che il passaggio di un utente da un livello di intensità all'altro è sempre di responsabilità dell'UVM, le strutture dovranno, richiedere una rivalutazione del P.A.I. preventiva al passaggio di livello, nonché comunicare al PUA e all'UVM il raggiungimento del tetto per il singolo livello di intensità assistenziale, fornendo una proposta di rimodulazione delle possibilità di presa in carico per gli altri livelli, fermo restando il tetto complessivo.



## Ulteriori sviluppi delle Cure Domiciliari

Il Piano di riqualificazione del servizio sanitario regionale 2016-2018, approvato con il DCA 55/2016, sottolinea l'importanza di *“riqualificare l'assistenza domiciliare creando le condizioni per soddisfare al meglio i bisogni del paziente in funzione del relativo fabbisogno assistenziale ed investendo in tecnologia e personale specializzato per prestare assistenza presso il domicilio del paziente”*.

Le Cure Domiciliari, infatti, per proporsi effettivamente quale “setting privilegiato di assistenza”, richiedono un ulteriore sforzo per l'individuazione di modelli organizzativi innovativi che garantiscano un elevato grado di coordinamento degli interventi, nonché l'utilizzo di nuove tecnologie, soprattutto mobili, per un veloce, sicuro e completo scambio di informazioni<sup>41</sup> tra l'assistito, l'equipe domiciliare e gli altri servizi sanitari.

Le Linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina<sup>42</sup>, inoltre, affermano che la *“la Telemedicina può apportare indubbi vantaggi all'assistenza, ma deve essere inserita organicamente nel sistema. Attraverso il Documento del PDTA integrato, la prestazione di Telemedicina viene inserita nel complesso dei servizi erogati dal sistema sanitario, definendo quella riorganizzazione generale dei percorsi assistenziali in grado di assicurare i migliori risultati sul piano di efficacia ed appropriatezza dell'azione”*.

Le citate Linee di indirizzo, infatti, nel classificare i servizi di telemedicina, individuano anche le modalità con cui questi devono essere valutati e valorizzati.

In ambito di Cure Domiciliari, inoltre, possono essere particolarmente valorizzati gli interventi di Teleassistenza<sup>43</sup> per la presa in carico della persona anziana o fragile a domicilio, tramite la gestione di allarmi, di attivazione dei servizi di emergenza, di chiamate di “supporto” da parte di un centro servizi.

I servizi di Telemedicina si classificano in:

<sup>41</sup> in coerenza con quanto previsto dalla normativa sulla Privacy vigente;

<sup>42</sup> approvate con l'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2014 (Rep. atti 16/CSR);

<sup>43</sup> la Teleassistenza non rientra tra le attività di supporto di prestazioni a carico del Fondo Sanitario Nazionale;



CLASSIFICAZIONE	AMBITO	PAZIENTI	RELAZIONE	
TELEMEDICINA SPECIALISTICA	TELE VISITA	Sanitario Può essere rivolta a patologie acute, croniche, a situazioni di post-acute	Presenza attiva del Paziente	B2C B2B2C
	TELE CONSULTO		Assenza del Paziente	B2B
	TELE COOPERAZIONE SANITARIA		Presenza del Paziente, in tempo reale	B2B2C
TELE SALUTE	Sanitario	È prevalentemente rivolta a patologie croniche	Presenza attiva del Paziente	B2C B2B2C
TELE ASSISTENZA	Socio-assistenziale	Può essere rivolta ad anziani e fragili e diversamente abili		

\* B2B: individuali relazioni tra medici

B2B2C: individuali relazioni tra operatori e un paziente mediate attraverso operatori sanitari

B2I: individuali relazioni fra medico e paziente

Relativamente alla condivisione di informazioni tra gli operatori, risulta particolarmente importante la possibilità che tale patrimonio informativo sia a disposizione del servizio di continuità assistenziale distrettuale<sup>44</sup>.

Lo strumento individuato a livello nazionale per garantire tale necessità è il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)<sup>45</sup>.

Nelle more della messa a regime del FSE, rimane in utilizzo la Cartella Domiciliare Integrata Regionale prevista dal Piano Sanitario Regionale 2008-2010, la quale, tuttavia deve essere condivisa e informatizzata.

La Cartella Domiciliare Integrata Regionale deve contenere tutte le informazioni acquisite in tutto il percorso del paziente assistito in Cure Domiciliari Integrate:

- fornire una base informativa per decisioni clinico-assistenziali appropriate garantendo una continuità assistenziale;
- documentare lo stato dell'assistito, i trattamenti effettuati e i risultati conseguiti;
- tracciare le attività svolte permettendo così la individuazione delle modalità di esecuzione, delle responsabilità e della cronologia;
- facilitare l'integrazione operativa dei diversi professionisti che intervengono sul singolo paziente;
- costituire una fonte dati per la valutazione dell'attività assistenziale, per indirizzare in maniera appropriata la formazione e aggiornamento degli operatori sanitari e socio-sanitari e per base di studi scientifici e ricerche cliniche.

La Cartella, per le funzioni sopra descritte:

- diventa essenziale per l'alimentazione e la completezza del flusso dell'Assistenza domiciliare (SIAD);

<sup>44</sup> servizio di Guardi Medica distrettuale;

<sup>45</sup> istituito con decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, recante: "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese"

- deve rimanere a domicilio del Paziente fino a chiusura del caso;
- la tenuta della cartella è a carico del Caregiver;
- l'archiviazione della Cartella è a carico del Responsabile del Servizio Cure Domiciliare Distrettuale.

Tenuto conto delle possibilità derivanti dallo sviluppo della tecnologia mobile è opportuno valutare la possibilità che l'equipe di assistenza domiciliare possa aggiornare e visualizzare in tempo reale tale cartella, anche con dispositivi mobili, al fine di consentire la maggior diffusione possibile delle condizioni del paziente a tutti soggetti interessati<sup>46</sup> (operatori di Pronto Soccorso, medici di continuità assistenziale, MMG, etc.).

Per migliorare l'attività domiciliare risulta necessario supportare gli operatori attraverso interventi formativi specifici, di tipo integrato e multidisciplinare, per favorire la costruzione di gruppi di lavoro che garantiscano omogeneità nelle risposte assistenziali, appropriatezza, personalizzazione e prossimità negli interventi sugli utenti.

E' opportuno, infine, che i Piani di Formazione Aziendali individuino interventi formativi diretti alle UVM e ai PUA, sia per il corretto utilizzo degli strumenti regionali individuati<sup>47</sup>, sia per gli operatori impegnati direttamente nell'erogazione del servizio<sup>48</sup>, anche nell'ambito degli interventi di Educazione Continua in Medicina (ECM).

---

<sup>46</sup> è importante valutare la possibilità da parte dei soggetti accreditati di visualizzare e contribuire a alimentare tale sistema informativo;

<sup>47</sup> gli interventi formativi, in particolare, devono essere diretti ad omogeneizzare l'utilizzo delle schede di valutazione multidimensionale da parte delle UVM, omogeneizzare le capacità di presa in carico dei PUA, etc.;

<sup>48</sup> ad es. possono essere previsti interventi formativi diretti alla gestione e al corretto utilizzo di apparecchiature elettromedicali, etc.;

## ALLEGATO 1 Requisiti di Autorizzazione

<b>Cure Domiciliari</b>			
	Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi ecc., prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Le Cure Domiciliari si classificano in : "Cure Domiciliari di Base" caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato; "Cure Domiciliari Integrate di primo-secondo e terzo livello".		
	<b>codice paragrafo</b>		
	<b>CD</b>		
	<b>REQUISITI GENERALI CD</b>		
	<b>REQUISITI MINIMI STRUTTURALI</b>		
1	<b>La sede è collocata in zona facilmente accessibile, dotata di adeguata segnaletica e rispondente alle normative vigenti in materia di abbattimento delle barriere architettoniche, tale da favorire un agevole afflusso di utenti anche con disabilità</b>	Si	No
2	<b>In tutti i locali sono assicurate efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione (vedi riferimento normativo vigente)</b>	Si	No
3	<b>E' presente uno spazio per attesa</b>	Si	No
4	<b>E' presente un locale per colloqui, accoglienza e per attività amministrative</b>	Si	No
5	<b>E' presente un locale adibito alla direzione del servizio, utilizzabile anche per riunioni d'equipe</b>	Si	No
6	<b>E' presente un locale spogliatoio per il personale</b>		
7	<b>Sono presenti servizi igienici distinti per: sesso, utenti esterni, utenti interni e per la non autosufficienza</b>	Si	No
8	<b>E' presente un locale/spazio/armadio per deposito di materiale pulito, con armadi con chiusura di sicurezza per deposito di materiali d'uso, strumentazione, farmaci e dispositivi medici</b>	Si	No
9	<b>E' presente un frigorifero per la conservazione di farmaci dotato di requisiti idonei alla loro conservazione (segnalatore esterno di temperatura, ecc.)</b>	Si	No
10	<b>E' presente un locale dedicato al deposito del materiale sporco e raccolta e stoccaggio di rifiuti sanitari</b>	Si	No

*Man*  
*11/01/2015*

11	<b>Esiste un contratto con una ditta per lo smaltimento dei rifiuti speciali</b>	Si	No
12	<b>E' presente uno spazio adibito a deposito di materiale per pulizie</b>	Si	No
13	<b>Esiste uno spazio per la detersione e la sterilizzazione dello strumentario ed attrezzature (quando praticate in loco) nel rispetto di quanto previsto dalle norme vigenti in materia, qualora non si preveda un utilizzo esclusivo di materiali e presidi monouso.</b>	Si	No
14	<b>Se NO, esiste una procedura che regola l'affidamento di tale attività all'esterno con relativa procedura</b>	Si	No
<b>REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI</b>			
15	<b>Il servizio dispone, in relazione ai volumi di attività, di APPARECCHIATURE, ATTREZZI ed ACCESSORI, quali:</b>		
	a) Borsa termica per il trasporto dei campioni biologici e di altro materiale a temperatura controllata	Si	No
	b) Bilancia pesapersone	Si	No
	c) Apparecchio per aerosolterapia	Si	No
	d) Elettrocardiografo portatile	Si	No
	e) Apparecchio emogasanalizzatore portatile	Si	No
	f) Aspiratore elettrico con batteria portatile	Si	No
	g) Tavole propriocettive, pesi e attrezzi vari per rendere efficace una riabilitazione domiciliare (Attrezzature trasportabili)	Si	No
	h) Pompe nutrizionali	Si	No
	i) Pulsossimetro	Si	No
	j) Apparecchiatura per la determinazione estemporanea di glicemia, colesterolemia, trigliceridemia	Si	No
	k) Fonendoscopi e sfigmomanometri	Si	No
	l) Sostegno per fleboclisi	Si	No
16	<b>Il servizio dispone di tutte le attrezzature elettromedicali necessarie a garantire l'erogazione delle rispettive specifiche prestazioni di natura domiciliare</b>	Si	No
17	<b>Gli apparecchi elettromedicali collegati alla rete sono dotati di nodo equipotenziale ed interruttore differenziale con "IN" inferiore o uguale a 30mA</b>	Si	No
18	<b>Ogni Operatore Infermieristico è dotato di:</b>		
	a) borsa Infermieristica, contenente:- la strumentazione infermieristica di base (presidi utili per la somministrazione dei farmaci)- fonendoscopio e sfigmomanometro, - glucometro, - pulsossimetro,- laccio emostatico, - materiale di consumo, e i DPI (es. guanti monouso e non, siringhe monouso; cuffie, arcelle monouso, mascherine, camici monouso in TNT da utilizzare per ogni attività infermieristica);- contenitori sterili per la raccolta di materiale biologico,- soluzioni per la detersione delle mani, - cotone idrofilo, set sterili per medicazioni, etc.) e quant'altro necessario secondo necessità.	Si	No



	b) contenitori per rifiuti sanitari, etc. (in particolare contenitori di piccole dimensioni per rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo taglienti e pungenti)	Si	No
19	<b>Il servizio dispone di mezzi di trasporto idonei a garantire le attività organizzative di supporto, nonché la relativa copertura assicurativa</b>	Si	No
20	<b>Il servizio dispone degli adeguati supporti tecnologici in termini di apparecchiature telefoniche e dotazioni informatiche (hardware, software, e collegamenti in rete) in modo tale da poter garantire le necessarie comunicazioni con l'utenza e gli altri servizi e reparti assistenziali</b>	Si	No
21	<b>E' presente uno strumentario minimo di primo soccorso, ai sensi del D.L. 388/2003</b>	Si	No
	<b>REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI</b>		
22	<b>Il servizio di assistenza domiciliare è dotato di una direzione che assume la responsabilità dell'attività svolta</b>	Si	No
23	<b>Il direttore del servizio deve essere un medico, iscritto al relativo albo professionale</b>	Si	No
24	<b>Deve essere individuato tra le figure sanitarie previste un coordinatore con almeno tre anni di esperienza nel settore delle cure territoriali</b>	Si	No
25	<b>Esistono procedure scritte che definiscono:</b>		
	a) criteri e modalità di accesso dell'utente (programmazione liste di attesa, accoglimento e registrazione)	Si	No
	b) recepimento di modalità e strumenti per la valutazione multidisciplinare, ad esclusione delle cure domiciliari del base	Si	No
	c) criteri e modalità di formulazione dei programmi e dei piani individuali di assistenza	Si	No
	d) criteri e modalità di erogazione delle prestazioni e di comunicazione interna	Si	No
	e) criteri di "dimissione" e di "follow up"	Si	No
	f) modalità di acquisizione del consenso informato	Si	No
	g) modalità di gestione/compilazione della cartella clinica		
26	<b>Il Progetto di assistenza individuale P.A.I. è formulato dall'equipe dell'UVM territorialmente competente</b>	Si	No
	<i>Nota:</i>		
	<i>Requisito valido per chi eroga prestazioni per il SSN</i>		
	<b>REQUISITI SPECIFICI CD</b>		
	<b>CURE DOMICILIARI DI BASE E INTEGRATE DI PRIMO-SECONDO-TERZO LIVELLO</b>		
27	<b>L'operatività del Servizio di 7 giorni su 7 con una fascia oraria di 10 ore al giorno dal lunedì al venerdì e 6 ore il sabato e festivi con una pronta disponibilità medica dalle 8.00 alle 20.00</b>	Si	No

AM  
"Calle"

28	<b>E' presente la seguente tipologia di personale:</b>		
	a) Infermieri	Sì	No
	b) Professionisti della Riabilitazione, ai sensi dell'art. 3 del DM 29/03/2001	Sì	No
	c) Medici Specialisti	Sì	No
	d) Operatore socio-sanitario	Sì	No
	e) Dietista	Sì	No
	f) Psicologo	Sì	No



## ALLEGATO 2 Requisiti di Accreditemento

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Direzione struttura	(P)	A	Esiste un Progetto del Servizio/Carta dei Servizi depositato presso il PUA e le UVM distrettuali che descrive: 1. le caratteristiche del prestazioni offerte (vocazione assistenziale), 2. la dotazione organica con l'indicazione delle figure professionali presenti, 3. le specifiche competenze degli operatori, evidenziando l'esperienza maturata in ambito di cure domiciliari, 4. le procedure di ammissione/trattamento/dimissione degli assistiti, esplicitando le modalità di relazione con il Case Manager, con il PUA e l'UVM distrettuale, 5. il piano di formazione e di aggiornamento del personale.
	2		(E)	A	E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori
	3		(V)	B	C'è evidenza che il documento è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito dei risultati ottenuti
2	1		(P)	A	Esiste un documento disciplinante l'organizzazione e il coordinamento delle attività sanitarie con altre strutture e istituzioni pubbliche e private, comprese le associazioni di volontariato
	2		(E)	B	Sono presenti verbali di riunioni tra i soggetti interessati
	3		(V)	C	Sono verificati e valutati i risultati derivanti dalle collaborazioni con altre strutture ed organizzazioni
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento messe in atto a seguito dei rapporti di collaborazione
3	1	Gestione risorse umane	(P)	A	E' stato definito l'atto di programmazione relativo alla gestione ed organizzazione delle risorse umane, aggiornato annualmente
	2		(E)	A	Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/turnover, organizzazione e gestione del personale
	3		(V)	B	E' verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato



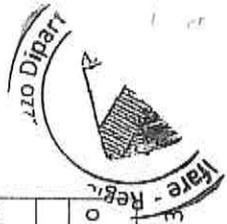
20/03/2011

4							Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
	1	(P)	A				Esiste un atto/ regolamento contenente i criteri di attribuzione di compiti e responsabilità
4	2	(E)	A				E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori dell'atto relativo alla graduazione delle funzioni
	3	(V)	B				E' verificato che quanto è stato pianificato è stato realizzato
	4	(PM)	C				Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
	1	(P)	A				E' pianificato l' inserimento del neo assunto/trasferito
5	2	(E)	A				E' applicata la procedura di affiancamento del personale neo assunto/trasferito
	3	(V)	B				Sono presenti report di valutazione del raggiungimento degli obiettivi pianificati
	4	(PM)	C				Sono attuate azioni di miglioramento in base ai risultati ottenuti
	1	(P)	A				Esiste il piano di formazione strategico annuale in riferimento ai bisogni formativi e agli obiettivi strategici, innovativi e specifici regionali e nazionali
6	2	(E)	B				Vi è evidenza della messa in atto del piano di formazione
	3	(V)	B				Sono presenti report di verifica annuale tra quanto programmato e realizzato
	4	(PM)	C				Sono attuate azioni di miglioramento da predisporre nel piano formativo
	1	(P)	A				E' stata pianificata la creazione di dossier formativi individuali e di gruppo
7	2	(E)	B				I dossier formativi individuali e di gruppo vengono aggiornati periodicamente
	3	(V)	B				I dossier formativi individuali e di gruppo vengono valutati annualmente per verificarne la coerenza con la programmazione aziendale e lo sviluppo professionale
	4	(PM)	C				Sono attuate azioni mirate a migliorare la coerenza con gli obiettivi aziendali e di sviluppo professionale

Formazione e aggiornamento personale



8	1		(P)	A	E' presente il documento di pianificazione dei flussi informativi in riferimento a compiti, funzioni e responsabilità
	2		(E)	B	I flussi informativi sono gestiti in base alla pianificazione effettuata
	3		(V)	B	È attuata la verifica annuale sulle attività pianificate e attuate
	4		(PM)	C	È predisposto il miglioramento e l'adeguamento delle attività in ordine a variare e nuove esigenze aziendali
9	1	Sistema informativo	(P)	A	Sono previste procedure di raccolta e gestione dati e documenti
	2		(E)	B	Sono attuate le procedure di raccolta e gestione dei dati e della documentazione anche attraverso scheda/sistema informatizzato
	3		(V)	B	È monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report
	4		(PM)	C	Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica
10	1		(P)	A	Sono presenti protocolli che garantiscono la tutela della privacy e la qualità dell'informazione
	2		(E)	A	Sono attuate procedure di accesso, di gestione di informazioni e di conservazione dei dati informatici
	3		(V)	B	Sono valutati i report di verifica periodica dell'attuazione dei protocolli e di valutazione del rischio sulla perdita dei dati informatici
	4		(PM)	C	Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate
11	1		(P)	A	E' stato identificato per ogni utente un case-manager responsabile del P.A.I.
12	1	Presa in carico	(V)	A	E' documentata l'effettuazione di una valutazione periodica del grado di disabilità dell'ospite
13	1	Qualità (assistenza al paziente)	(P)	A	La Direzione del Servizio ha individuato Linee Guida assistenziali (nazionali o internazionali) di riferimento relative alla tipologia degli ospiti



2	Esiste evidenza dell'applicazione delle Linee Guida	
	A	
	B	La Direzione del Servizio effettua il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione delle Linee Guida
3		
4	C	La Direzione del Servizio mette in atto azioni di miglioramento sulla base delle verifiche effettuate e degli eventuali aggiornamenti delle Linee Guida
14		
	A	E' garantito un programma di sostegno psicologico ai familiari, l'attività di formazione degli stessi e di consulenza organizzativa per sostenere programmi di dimissione a domicilio
15		
	B	Esiste evidenza dell'applicazione di un programma di sostegno psicologico ai familiari, di un'attività di formazione degli stessi e di consulenza organizzativa per sostenere programmi di dimissione a domicilio
16		
	A	Sono state pianificate indagini per valutare aspettative e qualità percepita dai familiari. Nella pianificazione sono state coinvolte le associazioni di tutela dei pazienti
	B	Vengono effettuate, almeno annualmente, indagini sulle aspettative e qualità percepita dai familiari
	B	I risultati delle indagini di soddisfazione dei familiari sono valutate congiuntamente con le associazioni di tutela dei pazienti
4	C	Vengono predisposte azioni di miglioramento sulla base dei risultati delle indagini di soddisfazione dei familiari
17		
	A	Il personale operante nel centro deve possedere requisiti formativi specifici di accreditamento previsti per le figure professionali che compongono il team delle cure domiciliari
2	A	Vengono effettuate, almeno annualmente, valutazioni sui requisiti formativi specifici di accreditamento previsti per le figure professionali che compongono il team delle cure domiciliari

**Legenda fasi MCQ:**

P: Pianificazione

E: Esecuzione

V: Verifica

PM: Processi di Miglioramento



## ALLEGATO 3 indicazioni sugli accessi di Cure Domiciliari

### Cure Domiciliari di Livello Base

Le figure<sup>49</sup> che intervengono nelle Cure Domiciliari di base sono:

- Infermieri con 15-30 min di assistenza
- Professionisti della Riabilitazione con 30 min di assistenza
- Medico con un'assistenza di 30 min

La gamma di prestazioni di questa tipologia di intervento professionale comprende :

1. Prelievo ematico
2. Esecuzione altre indagini biumorali routinarie ( es. urine, esame colturale ecc.)
3. Terapia iniettiva intramuscolare sottocutanea
4. Terapia iniettiva sottocutanea
5. Cateterismo vescicale (sostituzione periodica)
6. Istruzione all'utilizzo di ausili per la deambulazione
7. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente
8. Educazione del care giver alla attività di nursing (cure igieniche, somministrazione di terapie, ecc.)
9. Educazione del care giver alla gestione di derivazioni urinarie
10. Educazione del care giver alla gestione di enterostomia
11. Educazione del care giver alla corretta mobilizzazione / corretta postura del paziente
12. Educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee
13. Prescrizione di ausili o protesi
14. Consulenza medico specialistica
15. Visita Programmata del Medico di Medicina Generale

### Cure Domiciliari Integrate di I livello

Le figure<sup>50</sup> che intervengono nelle Cure Domiciliari di I livello sono:

- Infermieri con 30 min di assistenza
- Professionisti della Riabilitazione con 45 min di assistenza
- Medico con un'assistenza di 30 min
- Operatore socio-sanitario con 60 min di assistenza.

La durata temporale del programma è quella prevista dal P.A.I. e mediamente ha una durata di 180 giorni. Il P.A.I., pertanto, deve essere oggetto di rivalutazione dal parte dell'UVM distrettuale e può essere prorogato se le condizioni dell'assistito lo richiedono.

La gamma di prestazioni di questa tipologia di intervento professionale comprende :

<sup>49</sup> Tempo medio in minuti per accesso domiciliare

<sup>50</sup> Tempo medio in minuti per accesso domiciliare

**PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' CLINICA DI TIPO VALUTATIVO DIAGNOSTICO**

1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica +anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmata di Controllo (esame obiettivo + rilevazione parametri vitali + monitoraggio segni e sintomi)
3. Visita in urgenza
4. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
5. Compilazione diario clinico (monitoraggio segni e sintomi)
6. Prelievo ematico
7. Prelievo ematico da sangue capillare
8. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie ( es. urine, esame colturale ecc.)
9. ECG
10. Consulenze specialistiche
11. Visite Programmate del Medico di Medicina Generale

**PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' EDUCATIVO/RELAZIONALE/AMBIENTALE**

12. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
13. Educazione del care giver alla attività di nursing (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari ecc.)
14. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente
15. Educazione del care giver alla gestione di derivazioni urinarie
16. Educazione del care giver alla gestione di enterostomie
17. Educazione del care giver alla corretta mobilizzazione / corretta postura del paziente
18. Educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee
19. Applicazione di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance
20. Igiene a persone allettate o con lesioni cutanee, bagno assistito
21. Istruzione del paziente o del care giver all'utilizzo di ausili per la deambulazione e valutazione ambientale
22. Colloquio con familiare / care giver
23. Colloquio con il medico di medicina generale
24. Colloquio con medico specialista
25. Prescrizione protesica

**PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' CLINICA DI TIPO TERAPEUTICO**

**PRESTAZIONI RELATIVE AI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI E AL MANTENIMENTO DELL'OMEOSTASI**

26. Prescrizione terapeutica
27. Terapia iniettiva intramuscolare
28. Terapia iniettiva sottocutanea
29. Terapia iniettiva endovenosa
30. Gestione cateterismo venoso periferico
31. Gestione cateterismo venoso centrale/ sist. Port-a-cath

**PRESTAZIONI RELATIVE ALLE FUNZIONI ESCRETORIE**

32. Posizionamento/sostituzione/ gestione Cateterismo Vescicale
33. Valutazione del ristagno vescicale
34. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
35. Gestione alvo (intervento educativo igienico-alimentare)
36. Clistere evacuativo/evacuazione manuale)
37. Gestione enterostomie

**PRESTAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE E ALLE ALTERAZIONI DEI TESSUTI MOLLI**

38. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
39. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
40. Anestesia locale
41. Sutura ferite
42. Rimozione dei punti/graff di sutura
43. Curettage chirurgico
44. Bendaggio elastocompressivo
<b>PRESTAZIONI RELATIVE AI TRATTAMENTI DI TIPO RIABILITATIVO</b>
45. Trattamento di rieducazione motoria
46. Rieducazione respiratoria
47. Rieducazione del linguaggio
48. Recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane
<b>PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE</b>
49. Stesura di un piano assistenziale
50. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche- passaggio di informazioni - consegne)
51. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile
52. Rendicontazione dell'attività svolta

#### Cure Domiciliari Integrate di II livello

Le figure<sup>51</sup> che intervengono nelle Cure Domiciliari di II livello sono:

- Infermieri con assistenza tra 30-45 min
- Professionisti della Riabilitazione con 45 min di assistenza
- Dietista con 30 min di assistenza
- Medico con un'assistenza di 45 min
- Operatore socio-sanitario con assistenza tra 60-90 min.

La durata temporale del programma è quella prevista dal P.A.I. e mediamente ha una durata di 180 giorni. Il P.A.I., pertanto, deve essere oggetto di rivalutazione dal parte dell'UVM distrettuale e può essere prorogato se le condizioni dell'assistito lo richiedono.

La gamma di prestazioni di questa tipologia di intervento professionale comprende :

<b>PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' CLINICA DI TIPO VALUTATIVO DIAGNOSTICO</b>
1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica +anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmata di Controllo (esame obiettivo + rilevazione parametri vitali + monitoraggio segni e sintomi)
3. Visita in urgenza
4. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
5. Compilazione diario clinico (monitoraggio segni e sintomi)
6. Prelievo ematico
7. Prelievo ematico da sangue capillare

<sup>51</sup> Tempo medio in minuti per accesso domiciliare;

*ASR*

8. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie ( es. urine, esame colturale ecc.)
9. ECG
10. Consulenze specialistiche
11. Visite Programmate del Medico di Medicina Generale
<b>PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' EDUCATIVO/RELAZIONALE/AMBIENTALE</b>
12. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
13. Educazione del care giver alla attività di nursing (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari ecc.)
14. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente
15. Educazione del care giver alla gestione di derivazioni urinarie
16. Educazione del care giver alla gestione di enterostomie
17. Educazione del care giver alla corretta mobilizzazione / corretta postura del paziente
18. Educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee
19. Applicazione di misure profilattiche a a pazienti con ridotta compliance
20. Igiene a persone allettate o con lesioni cutanee, bagno assistito
21. Istruzione del paziente o del care giver all'utilizzo di ausili per la deambulazione e valutazione ambientale
22. Colloquio con familiare / care giver
23. Colloquio con il medico di medicina generale
24. Colloquio con medico specialista
25. Prescrizione protesica
<b>PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' CLINICA DI TIPO TERAPEUTICO</b>
<b>PRESTAZIONI RELATIVE AI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI E AL MANTENIMENTO DELL'OMEOSTASI</b>
26. Prescrizione terapeutica
27. Terapia iniettiva intramuscolare
28. Terapia iniettiva sottocutanea
29. Terapia iniettiva endovenosa
30. Gestione cateterismo venoso periferico
31. Gestione catererismo venoso centrale/ sist. Port-a-cath
<b>PRESTAZIONI RELATIVE ALLE FUNZIONI ESCRETORIE</b>
32. Posizionamento/sostituzione/ gestione Cateterismo Vescicale.
33. Valutazione del ristagno vescicale
34. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
35. Gestione alvo (intervento educativo igienico-alimentare)
36. Clistere evacuativo/evacuazione manuale)
37. Gestione enterostomie
<b>PRESTAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE E ALLE ALTERAZIONI DEI TESSUTI MOLLI</b>
38. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
39. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
40. Anestesia locale
41. Sutura ferite
42. Rimozione dei punti/graff di sutura
43. Courrettage chirurgico
44. Bendaggio elastocompressivo
<b>PRESTAZIONI RELATIVE AI TRATTAMENTI DI TIPO RIABILITATIVO</b>
45. Trattamento di rieducazione motoria



46. Rieducazione respiratoria
47. Rieducazione del linguaggio
48. Recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane
<b>PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE</b>
49. Stesura di un piano assistenziale
50. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche- passaggio di informazioni - consegne)
51. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile
52. Rendicontazione dell'attività svolta

#### Cure Domiciliari Integrate di III livello

Le figure<sup>52</sup> che intervengono nelle Cure Domiciliari di II livello sono:

- Infermieri con assistenza 60 min
- Professionisti della Riabilitazione con 60 min di assistenza
- Dietista con 60 min di assistenza
- Psicologo con 60 min di assistenza
- Medico e/o Medico Specialista con un'assistenza di 60 min
- Operatore socio-sanitario con assistenza tra 60-90 min.

La durata temporale del programma è quella prevista dal P.A.I. e mediamente ha una durata di 90 giorni. Il P.A.I., pertanto, deve essere oggetto di rivalutazione dal parte dell'UVM distrettuale e può essere prorogato se le condizioni dell'assistito lo richiedono.

La gamma di prestazioni di questa tipologia di intervento professionale comprende :

<b>PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' CLINICA DI TIPO VALUTATIVO DIAGNOSTICO</b>
1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica +anamnesi + esame obiettivo+ rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmata di controllo (esame obiettivo+ rilevazione parametri vitali+monitoraggio segni e sintomi)
3. Visita in urgenza
4. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
5. Compilazione diario clinico (monitoraggio segni e sintomi)
6. Prelievo ematico
7. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie ( es. urine, esame colturale ecc.)
8. Prelievo ematico da sangue capillare
9. ECG
10. Valutazione delle alterazione del linguaggio di tipo afasico
11. Valutazione delle alterazione del linguaggio di tipo disartrico
12. Consulenze specialistiche
13. Visite Programmate del Medico di Medicina Generale
<b>PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' EDUCATIVO/RELAZIONALE/AMBIENTALE</b>
14. Educazione del care giver alla attività di nursing (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari)

<sup>52</sup> Tempo medio in minuti per accesso domiciliare;

*M*  
11/03/11

ecc.)
15. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilitazione del paziente
16. Educazione del care giver alla corretta mobilitazione / corretta postura del paziente
17. Educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee
18. Educazione del care giver alla gestione di derivazioni urinarie
19. Educazione del care giver alla gestione di enterostomie
20. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
21. Educazione del care giver alla gestione di dispositivi per la somministrazione di farmaci (pompe, elastomeri, altro)
22. Applicazione di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance
23. Igiene a persone allettate o con lesioni cutanee, bagno assistito
24. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
25. Prescrizione ausili e protesi
26. Istruzione del paziente o del care giver all'utilizzo di ausili per la deambulazione e valutazione ambientale
27. Educazione del care giver alla broncoaspirazione
28. Colloquio con familiare / care giver
29. Colloquio con il medico di medicina generale
30. Colloquio con medico specialista
31. Supporto psicologico e supervisione delle équipes
32. Supporto psicologico per il paziente
33. Supporto psicologico per la famiglia
34. Visita di cordoglio - Supporto al lutto
<b>PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' CLINICA DI TIPO TERAPEUTICO</b>
<b>PRESTAZIONI RELATIVE AI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI E AL MANTENIMENTO DELL'OMEOSTASI</b>
35. Prescrizione terapeutica
36. Terapia iniettiva intramuscolare
37. Terapia iniettiva sottocutanea
38. Terapia iniettiva sottocutanea in infusione
39. Terapia iniettiva endovenosa
40. Terapia infusione con necessità di sorveglianza medica
41. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
42. Terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed in infusione continua.
43. Posizionamento catetere venoso periferico
44. Posizionamento cateterino sottocutaneo
45. Gestione cateterismo sottocutaneo/ venoso periferico
46. Gestione cateterismo venoso centrale/ sist. Port-a-cath
47. Assistenza/gestione pompa infusione
48. Gestione cateteri spinali
49. Istillazione genitorurinaria
50. Irrigazione dell'occhio
51. Irrigazione dell'orecchio
52. Emotrasfusione
53. Gestione drenaggi
54. Impostazione dialisi peritoneale
55. Paracentesi
56. Toracentesi
57. Artrocentesi
<b>PRESTAZIONI RELATIVE ALLA FUNZIONE RESPIRATORIA</b>
58. Gestione tracheostomia
59. Sostituzione cannula tracheale
60. Broncoaspirazione



61. Impostazione ventilazione meccanica domiciliare
62. Controllo parametri ventilatori
<b>PRESTAZIONI RELATIVE ALLA FUNZIONE ALIMENTARE</b>
63. Verifica parametri nutrizionali
64. Anamnesi dietologica
65. Formulazione dieta personalizzata
66. Valutazione della disfagia
67. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale enterale
68. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale
69. Istruzione alla preparazione di diete a consistenza modificata
70. Istruzione alla somministrazione di pasti con posture facilitanti
71. Posizionamento/sostituzione SNG
72. Sostituzione di PEG con sistema di ancoraggio a bottone
73. Gestione SNG
74. Gestione PEG
75. Somministrazione di terapia tramite SNG-PEG
76. Controllo periodico del sistema di ancoraggio della PEG
77. Valutazione del ristagno gastrico
<b>PRESTAZIONI RELATIVE ALLE FUNZIONI ESCRETORIE</b>
78. Posizionamento/sostituzione/ gestione Cateterismo Vescicale
79. Valutazione del ristagno vescicale
80. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
81. Gestione alvo (intervento educativo igienico-alimentare)
82. Gestione alvo (Clistere evacuativo/evacuazione manuale)
83. Esplorazione rettale
84. Gestione enterostomie
85. Irrigazione intestinale
<b>PRESTAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE E ALLE ALTERAZIONI DEI TESSUTI MOLLI</b>
86. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
87. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, ecc.)
88. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
89. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
90. Toilette lesione/ferita superficiale
91. Toilette lesione/ferita profonda
92. Courettage e o rimozione unghia/matrice ungueale
93. Svuotamento di ematomi
94. Incisione con drenaggio sottocutaneo
95. Drenaggio raccolta ascessuale
96. Anestesia locale
97. Anestesia periferica tronculare
98. Infiltrazione punti trigger
99. Sutura ferite
100. Rimozione dei punti/graff di sutura
<b>PRESTAZIONI RELATIVE AI TRATTAMENTI DI TIPO RIABILITATIVO</b>
101. Trattamento di rieducazione motoria (paziente neurologico, ortopedico, amputato, ecc)
102. Rieducazione respiratoria
103. Rieducazione alla tosse assistita
104. Rieducazione del linguaggio
105. Rieducazione disturbi neuropsicologici (memoria ed attenzione)

106. Recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane
<b>PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE</b>
107. Stesura di un piano assistenziale
108. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche- passaggio di informazioni - consegne)
109. Rendicontazione dell'attività svolta
110. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalità civile

Schema riassuntivo organizzazione sistema delle cure domiciliari

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità	Durata Media	Complessità	
		(CIA= GEA/GDC)		Mix delle figure professionali / impegno assistenziale Figure professionali previste in funzione del P.A.I. e tempo medio in minuti per accesso domiciliare	Operatività del servizio (fascia oraria 8-20)
CD di base	Clinico Funzionale	CIA inferiore a 0,14	180 giorni	Infermiere (15-30') Professionisti della Riabilitazione(30') Medico (30')	5 giorni su 7 con una fascia oraria di 8 ore die
CD Integrate di Primo Livello	Clinico Funzionale Sociale	CIA minore di 0,30	180 giorni	Infermiere (30') Professionisti della Riabilitazione (45') Medico (30') Operatore socio-sanitario (60)'	5 giorni su 7 con una fascia oraria di 8 ore die
CD Integrate di Secondo Livello	Clinico Funzionale Sociale	CIA compreso tra 0,31 e 0,50,	90 giorni	Infermiere (30-45') Professionisti della Riabilitazione(45') Dietista (30') Medico (45') Operatore socio-sanitario (60-90')	6 giorni su 7 con una fascia oraria di 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
CD Integrate di Terzo Livello	Clinico Funzionale Sociale	CIA maggiore di 0,50	60 giorni	Infermiere (60') Professionisti della Riabilitazione(60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o Medico Specialista (60') Operatore socio-sanitario (60-'90)	7 giorni su 7 con una fascia oraria di 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Pronta disponibilità medica ore 8/20



## ALLEGATO 4 Indicatori

Gli indicatori sotto elencati sono da considerarsi su base annuale.

### Indicatori di attività/risultato

- Numero dei distretti che erogano tutte le tipologie di Cure Domiciliari/totale distretti della ASL
- Numero di attivazione di CD di I e II livello Assistiti >65aa/totale popolazione >65aa
- Numero di attivazione di CD di I e II livello Assistiti >65aa/totale Assistiti >65aa in carico ad ogni Medico di MG
- Numero di attivazione di CD di I e II livello Assistiti >75aa/totale popolazione >65aa
- Numero di attivazione di CD di I e II livello Assistiti >65aa/totale Assistiti >75aa in carico ad ogni Medico di MG
- N. di Assistiti nei quali il tempo massimo di attesa tra segnalazione e presa in carico domiciliare è  $< o = a$  3gg/N. Assistiti curati a domicilio con assistenza conclusa
- Tasso Dimissioni Protette Assistiti >65aa : numero di attivazione Dimissioni Protette Assistiti >65aa/totale dimissioni da ospedali per acuti di Pazienti >65aa
- Tasso di dimissioni per decesso nelle CD di I e II livello : numero di Assistiti dimessi per decesso/numero totale Assistiti nelle tipologie di CD di I e II livello
- Tasso dimissioni per raggiungimento degli obiettivi terapeutici nelle CD di I e II livello : numero di Assistiti dimessi per raggiungimento degli obiettivi terapeutici/numero totale Assistiti nelle tipologie di CD di I e II livello
- Tasso dimissioni per trasferimento in residenza nelle CD di I e II livello : numero di Assistiti dimessi per trasferimento in residenza /numero totale Assistiti nelle tipologie di CD di I e II livello
- Tasso dimissioni per ricovero in ospedale nelle CD di I e II livello : numero di Assistiti dimessi per ricovero in ospedale/numero totale Assistiti nelle tipologie di CD di I e II livello
- Rapporto totale ore assistenza infermieristica in appalto/totale ore erogate da personale dipendente
- Rapporto totale ore fisioterapia in appalto/totale ore erogate da personale dipendente

### Altri Indicatori

- N. Ambiti Sociali che hanno stipulato accordi per l'integrazione sociosanitaria con la ASL / totale Ambiti Sociali del territorio della ASL

4 8 0 0  
1



- Esistenza accordi con le associazioni di volontariato
- Numero di ore di formazione del personale organizzata dall'Azienda
- Numero di unità di personale che hanno partecipato ad attività di formazione
- Esistenza di un sistema di rilevazione del grado di soddisfazione dell'Utenza

