

Delib.G.R. 30 maggio 2007, n. 556 ⁽¹⁾.

Piano Regionale e Linee-guida per il Sistema delle Cure Domiciliari.

(1) Pubblicata nel B.U. Molise 1° ottobre 2007, n. 22, suppl. *ord. n. 3*

La Giunta regionale

(omissis)

Considerata l'attività svolta a partire dal 2005 dall'Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari che, in accordo con il Comitato Permanente Regionale per i Medici di Medicina Generale ha ritenuto utile avviare un'iniziativa con la costituzione di una Commissione Tecnica finalizzata all'individuazione di percorsi condivisi ed omogenei di Assistenza Domiciliare per tutto l'ambito regionale;

Valutata la relazione conclusiva formulata dalla suddetta Commissione in cui si evidenzia che nella realtà sanitaria regionale vi è una certa disomogeneità di applicazione e di funzionamento tra le varie Zone Sanitarie del Sistema delle Cure Domiciliari attualmente in atto, un'incompleta corrispondenza tra le modalità di erogazione del servizio attuale e le Linee-guida Nazionali, la necessità di includere, nel percorso dell'Assistenza Domiciliare, tutte le attuali forme assistenziali, per creare una rete integrata di interventi di natura socio-sanitaria che riguardi tutte le forme di assistenza attualmente erogate;

Considerato che l'introduzione di nuove tecniche diagnostiche e terapeutiche ha determinato da un lato l'invecchiamento della popolazione, legato all'allungamento della vita, dall'altro la cronicizzazione di molte patologie per le quali si è reso necessario individuare adeguate forme di risposte assistenziali che richiedono una notevole flessibilità organizzativa e una nuova organizzazione del territorio attraverso una rete di assistenza che favorisca l'integrazione e il coordinamento delle risorse;

Considerato che la Regione Molise è impegnata in una complessiva riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale per il passaggio da una articolazione in quattro ASL alla ASL Unica (Azienda Sanitaria Regionale del Molise - ASREM), che ha determinato un'esigenza maggiore di unificare e rendere omogenei i servizi su tutto l'ambito regionale, attraverso un'organizzazione zonale, distrettuale o interdistrettuale, attraverso convenzioni uniche per servizi dello stesso tipo, attraverso la mobilità delle professionalità coinvolte nel percorso terapeutico-assistenziale.

Considerato che pertanto è obiettivo strategico della Regione Molise promuovere, un adeguato e moderno "Sistema delle Cure Domiciliari" volto a creare una rete integrata di servizi domiciliari in forme alternative all'ospedalizzazione;

Valutato che tale Sistema ha la finalità di garantire a domicilio un adeguato livello di assistenza a tutti quei soggetti per i quali è possibile evitare l'ospedalizzazione, umanizzando quanto più possibile l'assistenza fornita, nel contempo rispettando i principi di appropriatezza ed efficacia delle cure e riducendo l'attuale elevato tasso di ospedalizzazione e la spesa sanitaria;

Richiamato il Piano Sociale Regionale 2004-2006 approvato con Delib.C.R. 12 novembre 2004, n. 251 che tende a promuovere e a sviluppare l'integrazione sociosanitaria nella Regione Molise come momento qualificante del rapporto tra istituzioni e cittadini;

Considerato che la riorganizzazione del Sistema delle Cure Domiciliari, attraverso la redazione ed approvazione delle Linee-guida regionali sul Sistema delle Cure Domiciliari e l'aumento progressivo dell'assistenza domiciliare nelle varie forme previste dalle Linee-guida, costituiscono obiettivi specifici previsti nel Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2005, n. 311 sancito con accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e il Presidente della Regione Molise e approvato con Delib.G.R. 30 marzo 2007, n. 362;

Visto il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 e il Patto per la Salute sanato con l'Accordo Stato-Regioni del 28 settembre 2006, che riconoscono tra gli obiettivi prioritari il potenziamento e la qualificazione delle varie forme di assistenza domiciliare richiamando la necessità dello sviluppo di un modello integrato socio-sanitario;

Vista la *Delib.C.R. 14 settembre 1999 n. 329* "Linee-guida per l'assistenza della popolazione anziana in Molise";

Vista la *legge regionale 7 gennaio 2000, n. 1* "Riordino delle attività socio-assistenziali e istituzione di un sistema di protezione e diritti sociali di cittadinanza";

Vista la *Delib.G.R. 30 ottobre 2001, n. 1062* "Ospedalizzazione domiciliare oncologica";

Vista la *Delib.G.R. 17 ottobre 2005, n. 1423* "Linee-guida per l'erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare in favore dei pazienti affetti da malattia di Alzheimer - Provvedimenti";

Vista la *Delib.G.R. 7 maggio 2007, n. 447* "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. - Obiettivo specifico 2 "Ridefinizione assetto dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise attraverso l'approvazione dell'Atto Aziendale redatto dall'ASREM" - Obiettivo operativo 2.1. "Atto Aziendale ASREM". ASREM - Azienda Sanitaria Regionale Molise - Approvazione Atto Aziendale.

Visto il *D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270* (Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale);

Vista la *legge 23 dicembre 2000, n. 388, art 86*;

Visto il *D.P.C.M. 29 novembre 2001*;

Visto il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005;

Visto l'Accordo Stato-Regioni 23 luglio 2003 sugli obiettivi prioritari per l'attuazione del PSN 2003-2005;

Visto l'Accordo Stato-Regioni del 29 luglio 2004 sugli indirizzi progettuali alle Regioni sugli obiettivi prioritari per l'attuazione del PSN 2003-2005;

Visto l'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005 "Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale", Allegato sull'Assistenza Domiciliare;

Tutto ciò premesso, su proposta dell'Assessore Regionale alla Sanità,

Delibera

- Di adottare il Piano Regionale e le Linee-guida per il Sistema delle Cure Domiciliari di cui all'allegato documento, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;
 - Di disporre che la Direzione Generale della ASREM adotti, entro il 30 giugno 2007, con proprio atto deliberativo, un Piano Attuativo Aziendale per le Cure Domiciliari che recepisca e renda operative, nelle sue diverse articolazioni organizzative, tutte le indicazioni contenute nel Piano Regionale, al fine di assicurare il concreto potenziamento delle Cure Domiciliari e la loro omogeneità in tutti gli ambiti zionali e distrettuali. Il Piano Aziendale dovrà contenere un cronoprogramma che preveda entro e non oltre 180 giorni la completa attuazione del provvedimento;
 - Di disporre che il Piano Attuativo Aziendale, prima della adozione definitiva, venga inviato alla Direzione Generale V per la valutazione di congruità tecnica con le indicazioni del Piano Regionale da parte dell'Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari;
 - Di ritenere revocato qualsiasi atto deliberativo e/o provvedimento aziendale già adottato che sia in contrasto con gli indirizzi, le disposizioni e le indicazioni previste nel presente atto;
 - Di pubblicare il presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise.
-
-

Allegato

Piano regionale e linee-guida per il sistema delle cure domiciliari

1. Premessa

I progressi scientifici, talora clamorosi, di questi ultimi anni, hanno determinato importanti cambiamenti nei "bisogni di salute" della popolazione.

L'introduzione di nuove tecniche diagnostiche e terapeutiche ha di fatto portato a due importanti conseguenze: da un lato all'invecchiamento della popolazione, legato all'allungamento della vita, dall'altro alla cronicizzazione di molte patologie che in passato portavano a morte e che, attualmente, sono diventate suscettibili di terapia e comunque compatibili con la vita.

Si è reso pertanto necessario individuare forme di risposte assistenziali che richiedono un notevole incremento della flessibilità-organizzativa, la quale costituisce una scelta strategica obbligata nella ricerca dell'appropriatezza degli interventi, della sostenibilità economica dei modelli proposti e del gradimento dei cittadini. Risulta pertanto necessario proporre una nuova organizzazione del territorio progettando una rete di assistenza che favorisca l'integrazione e il coordinamento delle risorse.

Un Sistema di Cure Domiciliari rivolto a persone affette da patologie invalidanti può essere messo in opera per periodi più o meno brevi o in modo continuativo e può essere rivolto solo ad aspetti di carattere sociale o presentare contenuti esclusivamente sanitari. L'assistenza sanitaria potrà essere generica o specialistica, settoriale o globale. Il Sistema delle Cure Domiciliari è volto a creare una rete integrata di servizi domiciliari, da quelli più semplici a quelli più complessi (dal servizio infermieristico semplice, all'assistenza sanitaria a domicilio con apparecchiature e strumenti complessi) in forme alternative all'ospedalizzazione.

Tale modalità ha quindi la finalità di garantire a domicilio un adeguato livello di assistenza a tutti quei soggetti per i quali è possibile evitare l'ospedalizzazione, umanizzando quanto più possibile l'assistenza fornita, nel contempo rispettando i principi di appropriatezza ed efficacia delle cure e riducendo la spesa sanitaria.

Si ottiene in questo modo una riduzione delle giornate di degenza che non solo porta ad una notevole riduzione della spesa, ma comporta anche l'eliminazione o la riduzione dei disagi derivanti dall'ospedalizzazione del paziente, divenendo cogente l'esigenza di rendere il più possibile compatibili l'aspetto economico e quello qualitativo.

In tal modo viene così restituita all'Ospedale la sua funzione di diagnosi e cura di secondo livello, che garantisce una migliore qualità delle cure al paziente acuto, nonché la maggiore disponibilità di posti letto per questa tipologia di pazienti. Ne deriva una riduzione dell'attuale elevato tasso di ospedalizzazione e quindi della spesa sanitaria.

2.1 Normativa nazionale

- Legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Legge istitutiva del SSN), art. 10

- D.L. 30 dicembre 1992, n. 502

- Legge 30 novembre 1998, n. 419 (integrazione servizi sanitari e servizi sociali)
- D.L. 19 giugno 1999, n. 229 Norme per la razionalizzazione del SSN, in attuazione dell'*art. 1 della legge n. 419/1998*
- Legge 8 novembre 2000, n. 328
- D.P.C.M. 29 novembre 2001 (LEA)
- D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270 (Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale)
- Legge 23 dicembre 2000, n. 388, art. 86
- Piano Sanitario Nazionale 2003-2005
- Accordo Stato-Regioni 23 luglio 2003 sugli obiettivi prioritari per l'attuazione del PSN 2003-2005
- Accordo Stato-Regioni del 29 luglio 2004 sugli indirizzi progettuali alle Regioni sugli obiettivi prioritari per l'attuazione del PSN 2003-2005
- Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005 "Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale", Allegato sull'Assistenza Domiciliare
- Patto per la Salute sancito con Accordo Stato-Regioni del 28 settembre 2006
- Piano sanitario nazionale 2006-2008

2.2 Normativa regione Molise

- L.R. n. 21/1990, "Interventi a favore delle persone anziane"
 - Delib.C.R. 14 settembre 1999, n. 321 "Linee-guida per l'assistenza alla popolazione anziana in Molise"
 - L.R. 7 gennaio 2000, n. 1 "Riordino delle attività Socio-Assistenziali e Istituzione di un sistema di protezione e diritti sociali di cittadinanza"
 - Delib.G.R. 30 ottobre 2001, n. 1062 "Ospedalizzazione domiciliare oncologica";
 - Delib.G.R. 17 ottobre 2005, n. 1423 "Linee-guida per l'erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare in favore dei pazienti affetti da malattia di Alzheimer - Provvedimenti";
 - Delib.C.R. 12 novembre 2004, n. 251 "Piano Sociale 2004-2006"
-

3. *Realtà regionale attuale*

L'Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari, in accordo con il Comitato Permanente Regionale per i Medici di Medicina Generale, a partire dal 2005, ha ritenuto utile avviare un'iniziativa per la costituzione di un "tavolo tecnico" finalizzato all'individuazione di percorsi condivisi ed omogenei di Assistenza Domiciliare, per tutto l'ambito regionale. Nel febbraio del 2005 è stata costituita una Commissione Tecnica, formata da varie figure professionali interessate al percorso del paziente domiciliare e coordinata dall'Osservatorio. Nella relazione conclusiva del luglio 2005 formulata dalla suddetta Commissione si evidenzia nella realtà sanitaria regionale quanto segue:

- Disomogeneità di applicazione e di funzionamento nel Sistema attualmente in atto, che peraltro risulta in contrasto con l'attuale piattaforma regionale per lo sviluppo dei Servizi Socio-Sanitari (*Delib.C.R. 14 settembre 1999, n. 329 e Delib.C.R. 12 novembre 2004, n. 251*).

- Incompleta rispondenza tra le modalità di erogazione del servizio attuale e le Linee-guida Nazionali

- Necessità di includere, nel percorso dell'assistenza Domiciliare, tutte le attuali forme assistenziali, per creare una rete integrata di interventi di natura socio-sanitaria che riguardi tutte le forme di assistenza attualmente erogate.

Si è partiti dalla ricognizione della normativa vigente, sia di quella nazionale che di quella regionale.

Da tale ricognizione è scaturita la necessità di revisionare l'attuale normativa regionale ed eliminare le discrepanze con la normativa nazionale, al fine di omogeneizzare i percorsi del Sistema attraverso una nuova piattaforma regionale finalizzata allo sviluppo, al coordinamento e alla gestione dei Servizi per le Cure Domiciliari che comprenda tutte le forme di assistenza erogate, anche attraverso protocolli di integrazione con i Comuni, gli Ospedali, le altre figure professionali e i servizi coinvolti (MMG, Medici Specialisti, ecc.) definiti mediante Linee-guida condivise. Tale linea viene rafforzata dal recente passaggio dell'organizzazione della sanità regionale dalle quattro ASL alla ASL Unica (Azienda Sanitaria Regionale del Molise - ASREM), creando un'esigenza maggiore di unificare e rendere omogenei i servizi su tutto l'ambito regionale, attraverso un'organizzazione zonale, distrettuale o interdistrettuale, attraverso convenzioni uniche per servizi dello stesso tipo, attraverso la mobilità delle professionalità coinvolte nel percorso terapeutico-assistenziale.

4. *Il sistema integrato per le cure domiciliari: definizione*

Risulta indispensabile, in un Sistema Sanitario Regionale moderno progettare, programmare, organizzare e verificare servizi alternativi al ricovero ospedaliero per la cura del paziente in condizioni di "fragilità".

Fragilità può essere definita in senso clinico-biologico come rischio di contrarre malattie acute e croniche, alterazioni dell'omeostasi biologica o difficoltà di ritorno allo stato di salute dopo malattie acute, ma anche come possibilità di essere soggetti ad esiti avversi quali la morte, la perdita di autonomia nelle attività quotidiane o il ricorso all'istituzionalizzazione.

La fragilità rappresenta una condizione molto frequente nelle persone di età avanzata e/o in soggetti anche giovani affetti da malattie invalidanti.

Il Sistema Integrato per le Cure Domiciliari rappresenta un modello di erogazione delle prestazioni sanitarie a domicilio caratterizzato da una forte valenza integrativa delle prestazioni in relazione alla natura ed alla complessità dei bisogni rilevati. Per domicilio viene inteso il normale ambiente di vita della persona che necessita di intervento socio-sanitario e che può essere sia l'abitazione, sia una struttura comunitaria, una casa di riposo, ecc. Il Sistema suddetto può essere definito come "regime per rispondere ai bisogni sanitari e/o socio-assistenziali di utenti non autosufficienti, attraverso la collaborazione tra professionalità diverse, sanitarie e di protezione sociale e con la partecipazione fondamentale delle famiglie".

5. Le cure domiciliari: definizioni, obiettivi, destinatari

5.1 Definizioni

La Cura Domiciliare è un insieme coordinato di attività sanitarie mediche, infermieristiche, riabilitative, integrate fra loro e con gli interventi socio-assistenziali, per la cura della persona al proprio domicilio. Lo scopo prioritario è la promozione della buona qualità della vita del paziente e dei suoi familiari e riguarda: il benessere psico-fisico, l'autonomia personale, la soddisfazione relazionale, affettiva e sociale, la condizione abitativa e la qualità dei servizi.

Per quanto concerne l'intensità assistenziale, l'Atto di Indirizzo e Coordinamento sull'Integrazione Socio-Sanitaria (*D.P.C.M. 14 febbraio 2001*) specifica che l'assistenza socio-sanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali.

Sulla base della natura del bisogno, della sua complessità, dell'intensità dell'intervento e la sua articolazione temporale, sono individuabili tre livelli di intervento per le Cure Domiciliari:

- Cure Domiciliari ad alta intensità assistenziale, caratterizzate da un impegno specialistico di tipo diagnostico-terapeutico-riabilitativo di elevata complessità e di durata definita. Essa sono riconducibili a forme dedicate di Cure Domiciliari o di Ospedalizzazione Domiciliare caratterizzate dalla gestione di un'equipe specialistica. Rientrano in questo tipo di intervento l'Assistenza Domiciliare Integrata ad Alta Specializzazione (A.D.I.A.S.), l'Assistenza Domiciliare Oncologica (A.D.O), l'Assistenza Domiciliare per le Cure Palliative (A.Do.Cu.P.).

- Cure Domiciliari a medio-alta intensità assistenziale, caratterizzate da una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale di medio e prolungato periodo definito. Rientrano in questo gruppo l'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I), l'Assistenza Domiciliare Programmata (A.D.P), l'Assistenza Domiciliare Alzheimer (A.D.A), l'Assistenza Domiciliare Riabilitativa (A.D.R.).

- Cure Domiciliari a bassa intensità assistenziale, che riguardano l'assistenza Domiciliare Estemporanea (A.D.E.).

5.2 Obiettivi dei livelli di intervento

A) Interventi ad alta intensità assistenziale:

- l'Assistenza Domiciliare ad Elevata Intensità (A.D.I.A.S./A.D.O./A.Do.Cu.P.) è rivolta a pazienti portatori di patologie complesse e gravi che si trovano in una condizione di rilevante dipendenza sanitaria e che necessitano, per la gestione domiciliare, di tecnologie e/o professionalità tipicamente formate, addestrate ed organizzate in un modello para-ospedaliero di elevata valenza sanitaria (es. Ventilazione Polmonare, Nutrizione Parenterale, Nutrizione Enterale, Cure Palliative, Terapia del Dolore, Assistenza Domiciliare Oncologica) di frequente in stretta collaborazione con le UU.OO. di riferimento ospedaliero.

B) Interventi a medio-alta intensità assistenziale.

- l'Assistenza Domiciliare Programmata (A.D.P.) è rivolta a utenti affetti da patologie croniche, con necessità di controllo periodico domiciliare del Medico di Medicina Generale (M.M.G.), con visite specialistiche, interventi di carattere infermieristico e trattamenti riabilitativi occasionali;

- l'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) è rivolto ad assistiti con patologie o pluripatologie che determinano una limitazione importante dell'autonomia e/o per i quali l'intervento si caratterizza per la forte integrazione con il sociale;

- l'Assistenza Domiciliare Alzheimer (A.D.A.) è rivolta ad assistiti affetti da malattia di Alzheimer e a sostegno del nucleo familiare, nel percorso assistenziale e di cura, anche per sollevare i familiari stessi dall'impegno continuativo di presa in carico. Per gli aspetti sanitari, il servizio A.D.A. è ricompreso nei Servizi A.D.I. e A.D.P.

C) Interventi a bassa intensità assistenziale:

- L'Assistenza Domiciliare Estemporanea (A.D.E.) comprende prestazioni infermieristiche (prelievi, piccole medicazioni, cambio cateteri, etc.), richieste dal M.M.G. per temporanee situazioni non a carattere cronico, né gravi, ma comunque necessitanti dell'intervento a domicilio di figure professionali non mediche per trattamenti e/o terapie specifiche.

5.3 Destinatari delle cure domiciliari

I destinatari cui sono rivolte le cure domiciliari sono le persone non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza quali:

1. pazienti con patologie in fase terminale in malati inguaribili che non rispondono più a trattamenti specifici;
2. pazienti con fasi di riacutizzazione di patologie croniche in pazienti critici/multiproblematici e/o non autosufficienti;
3. pazienti con fasi acute e subacute di malattie gestibili a domicilio;
4. pazienti anche in età evolutiva con patologie croniche e/o in particolari condizioni di disagio sociale;
5. portatori di gravi disabilità.

Rappresentano requisiti essenziali per l'attivazione di un percorso di cure domiciliari i seguenti criteri:

1. la presenza di condizioni cliniche con necessità di interventi assistenziali compatibili con la permanenza del paziente al proprio domicilio;
2. la disponibilità di una condizione abitativa idonea, di un supporto familiare valido e/o di una rete di aiuto informale per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana.

Sulla base del *D.P.R. n. 270/2000, art. 2, allegati G e H*, l'attivazione dell'intervento domiciliare sarà previsto nelle seguenti situazioni:

- malati terminali
 - malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi
 - incidenti vascolari acuti
 - gravi fratture in anziani
 - forme psicotiche acute gravi
 - riabilitazione di vasculopatici
 - riabilitazione in neurolesi
 - malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie ed altro)
 - dimissioni protette da strutture ospedaliere.
-

6. *Il sistema integrato per le cure domiciliari: obiettivi generali.*

Per garantire la gestione unitaria ed integrata nell'erogazione delle cure domiciliari risulta indispensabile una riprogettazione organizzativa che possa superare i modelli centrati sui servizi e le attività e mirare piuttosto ai bisogni delle persone assistite e delle loro famiglie perseguendo i seguenti obiettivi:

- migliorare il rapporto Territorio-Ospedale
 - attribuire maggior ruolo di coordinamento e integrazione al M.M.G.
 - costruire un valido e gestibile flusso informativo
 - rendere duttile e flessibile il sistema organizzativo
 - valutare sempre il bisogno con approccio multidisciplinare
 - attivare piani di cura e non semplici e separate prestazioni
 - sviluppare la gestione per percorsi assistenziali unitari soprattutto per patologie e problemi complessi
 - potenziare formazione e spinte motivazionali con selezione accurata del personale dedicato
 - monitorare costantemente i processi utilizzando indicatori di qualità
 - valutare i risultati ottenuti.
-
-

7. *Il sistema integrato per le cure domiciliari: organizzazione, percorsi, funzione*

Lo schema organizzativo del Sistema Integrato per le Cure Domiciliari si articolerà nei seguenti livelli:

1. Distrettuale
2. Interdistrettuale
3. Zonale
4. Aziendale Regionale

7.1 Livello distrettuale e/o interdistrettuale

Il Distretto Sanitario costituisce il fulcro operativo del Sistema delle Cure Domiciliari. Presso il distretto è localizzata la Porta Unitaria di Accesso (P.U.A.) e opera l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (U.V.M.) territoriale, che potrà essere distrettuale o interdistrettuale.

7.1.a La Porta Unitaria di Accesso (P.U.A.)

Con l'attivazione della P.U.A. si realizza l'obiettivo strategico di un sistema di accoglienza della domanda in grado di proporre al Cittadino tutte la gamma di opportunità offerte dalla rete delle Cure Domiciliari, creando un punto di accesso unitario al sistema integrato dei servizi sociosanitari. La definizione "Porta di Accesso" esprime infatti il concetto figurato di ingresso nella rete dei servizi, a cui si aggiunge l'"unitarietà", in opposizione alla settorialità, dell'accoglienza. Si rende pertanto necessaria una integrazione organizzativa tra Azienda Sanitaria e Comuni, per la realizzazione del sistema integrato socio-sanitario. Nell'organizzazione definitiva degli ambiti socio-sanitari, le P.U.A. potranno essere attivate anche presso i Comuni. Nell'ambito dell'attuale configurazione del sistema sanitario regionale, il percorso di superamento e unificazione dei preesistenti punti di accesso alla rete dei servizi sanitari distrettuali (uffici di accoglienza e accettazione distrettuali, Poliambulatori, ecc.) all'interno di un complessivo sistema unitario di accesso alla rete dei servizi sociali e sanitari di zona, richiederà un complesso processo di adeguamento organizzativo del Distretto Sanitario da perseguire con convinzione. Inizialmente la P.U.A. avvierà la propria attività come sportello presso il Distretto Sanitario e funzionerà da punto di accoglienza delle richieste relative ai bisogni dei pazienti che necessitano di Cure Domiciliari raccordandosi, in caso di intervento prevalentemente sociale, agli uffici sociali dei Comuni.

La P.U.A. sarà dotata di una segreteria organizzativa con i seguenti compiti:

- fornire, anche telefonicamente, tutte le informazioni sul Sistema delle Cure Domiciliari e sulle modalità di accesso allo stesso;

- registrare tutte le segnalazioni e/o richieste relative al bisogno di cure e/o interventi domiciliari provenienti da cittadini, famiglie, rete del volontariato, con conseguente avvio, nei casi opportuni, della procedura di accesso effettivo alla rete e al percorso delle cure domiciliari;

- accogliere le richieste di attivazione di Cure Domiciliari effettuate dal Medico di Medicina Generale;

- inviare la richiesta all'Unità di Valutazione Multidisciplinare territoriale.

La P.U.A. costituirà il riferimento unico per i pazienti, i familiari, i medici e gli altri operatori, durante tutto il percorso delle cure domiciliari. La ASREM predisporrà appositi programmi formativi ed informativi per tutti gli operatori addetti a tali attività.

7.1.b L'Unità di Valutazione Multidisciplinare (U.V.M.)

La valutazione multidisciplinare consiste nell'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni che presenta il caso. Essa rappresenta l'adempimento prioritario per stabilire la necessità e la tipologia del percorso socio-sanitario personalizzato e per la presa in carico integrata del cittadino.

La valutazione viene effettuata da un team multiprofessionale, con competenze multidisciplinari, in grado di individuare le esigenze socio-sanitarie e la necessità/possibilità di domiciliarizzazione dell'assistenza.

L'U.V.M. va istituita a livello distrettuale o interdistrettuale (nel rispetto del rapporto di una U.V.M. per ogni 50.000 abitanti circa) e va coordinata dal Direttore di Distretto o Dirigente Medico da lui delegato, che assicuri una continuità ed univocità di valutazione ed un uso ponderato delle risorse, grazie ad una visuale trasversale dell'organizzazione del Servizio. Nel caso di U.V.M. interdistrettuale essa sarà coordinata da uno dei Direttori di Distretto indicato dal Direttore Generale della ASREM, anche a rotazione tra i Direttori dei Distretti interessati.

Altre figure professionali da ritenere indispensabili nella formazione dell'U.V.M. sono:

- un MMG o PLS
- un infermiere professionale
- un assistente sociale
- un terapeuta della riabilitazione.

A seconda della tipologia del caso da valutare e della gravità del caso stesso, queste figure essenziali saranno affiancate da altre professionalità, come il dietista, lo psicologo, uno specialista della disciplina di competenza (psichiatra, geriatra, ecc.).

La funzione primaria dell'U.V.M. sarà quella di valutazione, di coordinamento e di verifica sulla corretta erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare. Essa infatti:

1. effettua la valutazione multidimensionale dell'autosufficienza del paziente, dei suoi bisogni assistenziali e della situazione familiare;
2. verifica l'ammissibilità al percorso clinico-assistenziale previsto per quel determinato caso;
3. elabora il Piano di Assistenza Individuale (P.A.I.), che deve essere condiviso e sottoscritto dal paziente e dai suoi familiari/tutore;
4. verifica ed aggiorna l'andamento del percorso;
5. procede alla dimissione concordata.

L'elaborazione del P.A.I. dovrà essere concordato con il M.M.G. che ha in carico il paziente, il quale conserva la responsabilità unica e complessiva nella gestione clinica e assistenziale prevista nel Piano individuale del paziente, richiede eventuali consulenze specialistiche, interventi infermieristici, riabilitativi e sociali, compatibilmente col PAI.

La valutazione multidimensionale dovrà utilizzare strumenti idonei e standardizzati di tipo Nazionale e/o internazionale (es. schede e scale di valutazione) definiti dalla ASREM, omogenei su tutto il territorio regionale, per garantire l'omogeneità e la confrontabilità dei criteri di valutazione e consentirne la definizione qualitativa e quantitativa.

I criteri fondamentali a cui sarà necessario attenersi sono:

- una valutazione, più oggettiva possibile, dei bisogni reali e prioritari, espressi o meno, in termini di bisogno di salute, grado di autonomia, possibilità di supporto familiare;

- gli obiettivi che si possono raggiungere;

- la scelta degli interventi da adottare a tale scopo;

- la quantificazione delle risorse da utilizzare;

- la valutazione della qualità e dell'appropriatezza del percorso scelto.

L'U.V.M. ha l'obbligo di riunirsi con cadenza settimanale o quindicinale al fine di attivare e verificare l'andamento dei percorsi di cure domiciliari.

7.1.c Il percorso assistenziale delle Cure Domiciliari e le sue fasi

Il percorso assistenziale è costituito da un insieme ordinato di prestazioni sanitarie e/o sociali articolate per fasi, che vengono erogate al fine di raggiungere un determinato esito.

Le fasi del processo assistenziale domiciliare sono:

1) la segnalazione o la proposta

2) la valutazione

3) la presa in carico e la definizione del P.A.I.

4) l'erogazione delle cure domiciliari

5) la verifica

6) la conclusione

Per segnalazione si intende la richiesta che proviene dal diretto interessato o dalla rete informale della famiglia, del vicinato, del volontariato. Essa deve essere presentata alla P.U.A. del distretto di competenza, che avvia il percorso di individuazione del bisogno e della risposta più idonea al caso specifico.

Nel caso che la segnalazione venga ritenuta meritevole di accedere al percorso assistenziale, dopo la valutazione iniziale, dovrà essere attivata la rete formale territoriale, attraverso il MMG o il PLS che hanno in carico il paziente e che formuleranno la proposta di accesso mediante la redazione di apposita scheda, che verrà predisposta dalla ASREM e sarà unica per tutto l'ambito regionale.

La proposta di accesso al servizio di cure domiciliari, che costituisce l'atto formale di inizio del percorso assistenziale, può essere presentata dal M.M.G./P.L.S. o dai responsabili delle Unità Operative Ospedaliere (dimissioni protette).

Per il paziente che viene ritenuto idoneo all'accesso al percorso, dopo segnalazione o proposta, viene definito, entro le 48 ore, un Piano Operativo Provvisorio (P.O.P.), elaborato da un dirigente

medico incaricato del distretto, d'intesa con il MMG del paziente, nel quale sono elencate le procedure sanitarie necessarie per l'avvio del percorso assistenziale. Il POP avrà una durata massima di validità di 30 giorni.

La proposta di accesso al servizio dovrà essere inoltrata con immediatezza dalla P.U.A. all'U.V.M., la quale, entro 10 giorni, dovrà procedere alla valutazione del caso ed allo sviluppo successivo del percorso assistenziale.

Nella valutazione della ridotta autosufficienza, quindi della necessità di cura domiciliare, l'U.V.M. ricorrerà all'applicazione di apposite scale di valutazione definite dalla ASREM e validate sul piano scientifico nazionale e/o internazionale.

L'UVM dovrà inoltre considerare l'idoneità delle condizioni socio-ambientali dell'assistito, che garantisca l'assistibilità a domicilio. Per essa saranno indispensabili un supporto familiare o, in caso di sua assenza o insufficienza, un supporto da parte di personale dei servizi sociali o di volontariato dedicati ed un alloggio idoneo.

A tale scopo dovranno essere utilizzate idonee schede di valutazione sociale che considerino la situazione familiare e di integrazione sociale dell'assistito, la sua situazione assistenziale, la sua situazione abitativa e le sue risorse economiche.

Nel caso l'UVM riconosca la necessità di assistenza domiciliare, come risposta appropriata, si procede alla fase della presa in carico ed alla definizione del P.A.I. (Piano di Assistenza Individuale).

Il P.A.I. dovrà individuare i problemi dell'utente e della sua famiglia, gli obiettivi assistenziali, le modalità di realizzazione (prestazioni, operatori, tempi e metodi di lavoro), gli ausili ed i presidi necessari, il responsabile del caso (Case Manager), il referente familiare (Care Giver familiare), le modalità di verifica e controllo degli esiti e della qualità delle prestazioni per il necessario follow up periodico.

Il POP ed il PAI, una volta definiti, vanno notificati all'assistito e al suo M.M.G. curante.

7.1.d Modalità di erogazione delle prestazioni

Dopo la predisposizione dei P.O.P., nelle more dell'approvazione del P.A.I., viene trasmessa richiesta delle prestazioni infermieristiche e/o riabilitative da effettuare alla equipe operativa individuata presso ogni Distretto. Tale equipe dovrà effettuare, tramite i propri operatori e in conformità del piano di assistenza, le prestazioni di assistenza domiciliare di natura infermieristica, di riabilitazione, ecc., e dovrà essere dotata del materiale e dello strumentario necessario. Se l'ammissione al percorso domiciliare viene confermata dall'U.V.M., viene trasmessa all'equipe operativa la richiesta di prestazioni infermieristiche e/o riabilitative da effettuare secondo quanto previsto dal P.A.I.

Presso ogni Distretto, per ciascun paziente, viene redatta una cartella nella quale vanno custoditi la proposta di ingresso al servizio domiciliare, il Piano Operativo Provvisorio, il Piano Assistenziale Individuale, le eventuali richieste di visite specialistiche, gli esiti, le proroghe, le verifiche, le cessazioni, il diario giornaliero. Per ciascuno di questi passaggi sarà predisposta una scheda apposita. Il diario giornaliero deve essere trattenuto, per l'intera durata del trattamento, presso il

domicilio dell'assistito, allo scopo di consentire agli operatori una completa e sistematica conoscenza delle condizioni del paziente e degli interventi effettuati. Sarà utilizzabile anche per eventuali verifiche da parte del Distretto.

Nel diario vanno annotati la data di accesso, l'orario di entrata e di uscita dell'operatore che effettua la prestazione, eventuali osservazioni, gli interventi effettuati dal medico di base, dallo specialista, dai sanitari della continuità assistenziale. Il diario va sottoscritto, per conferma dei trattamenti eseguiti, dall'assistito o suo referente. Al termine del periodo di assistenza il diario va restituito al Distretto e inserito nella cartella del paziente.

Per le visite specialistiche domiciliari va formalizzata richiesta da parte del M.M.G. e va presentata la P.U.A. del Distretto, che provvede all'inoltro alla U.O. competente individuata anche mediante protocolli di intesa nell'ambito del processo di integrazione tra Ospedale e Territorio.

I referti delle visite specialistiche e gli eventuali suggerimenti diagnostico-terapeutici andranno riportati sul diario giornaliero, per permetterne la visione da parte del MMG e del case manager.

7.1.e Funzioni del Direttore di Distretto

Precipue funzioni organizzative e gestionali saranno svolte dal Direttore del Distretto nell'ambito del sistema delle Cure Domiciliari. Egli difatti:

- Svolge direttamente o affida ad un Dirigente Medico Sanitario suo delegato il compito di coordinare e favorire l'organizzazione funzionale dell'U.V.M., garantendo il raccordo con gli altri settori competenti, l'individuazione di canali preferenziali di accesso alle prestazioni per pazienti in cure domiciliari, la stipula di accordi e protocolli d'intesa con altri soggetti aziendali e istituzionali;

- predispone proposta di budget articolata nel dettaglio, indicando la previsione dei fondi e dei progetti da attuare, tenuto conto della spesa storica e mirando a livelli di efficienza, efficacia e qualità dei servizi erogati, attraverso l'identificazione delle unità elementari di imputazione dei costi e dei ricavi e sul loro raggruppamento in unità in cui si definiscono le modalità di utilizzo delle risorse;

- esercita funzioni di supervisione e di controllo sulle cure domiciliari, formulando eventuali proposte modificative o migliorative del servizio.

7.1.f L'Equipe Operativa: ruolo e compiti delle figure professionali coinvolte nell'erogazione del servizio

Nell'ambito di un Sistema di Cure Domiciliari premessa fondamentale per la riuscita dell'intervento è lo sviluppo di alcuni processi di collaborazione in team, con il M.M.G., l'infermiere professionale, il terapeuta della riabilitazione, l'operatore socio-sanitario, l'assistente sociale, il medico della continuità assistenziale e il medico specialista, il quale si fa carico delle prestazioni specialistiche della branca di appartenenza e degli interventi correlati.

Il Medico di Medicina Generale riveste un ruolo specifico e centrale. Nella proposta di accesso alle Cure Domiciliari deve emergere, con chiarezza, oltre alla diagnosi motivata, ogni altra eventuale

indicazione utile per la personalizzazione dell'intervento. Il M.M.G. ha la responsabilità unica e complessiva del paziente, attiva le consulenze specialistiche, gli interventi infermieristici, riabilitativi e sociali, nel rispetto del programma di cura, svolge l'attività di assistenza di medicina generale a domicilio, coordina gli operatori, dialoga costantemente con il case manager, collabora con il Distretto, per rispondere ai bisogni del paziente.

I compiti del M.M.G. possono essere così sintetizzati:

- inoltro della proposta di accesso alla P.U.A. direttamente o attraverso un referente dell'assistito;

- indicazione dei dati utili alla valutazione multidisciplinare;

- partecipazione, se richiesta, alle sedute dell'U.V.M. e alle visite di verifica e valutazione intermedia e finale;

- monitoraggio della validità del piano assistenziale e sanitario concordato e vigilanza sulla gestione dei servizi domiciliari integrativi di tipo socio-assistenziale. Eventuali disservizi dovranno essere comunicati al Direttore di Distretto tramite la P.U.A.;

- compilazione della richiesta del materiale necessario per medicazioni e altri presidi e ausili;

- compilazione del diario clinico dell'utente secondo le modalità fissate dal Piano Assistenziale Individuale.

Il Medico Specialista interviene su richiesta del M.M.G. quando questi o il coordinatore della U.V.M. ne ravvedano la necessità per la patologia da trattare.

L'Infermiere Professionale riveste un ruolo particolarmente importante, non solo per l'erogazione delle prestazioni prestabilite dal P.A.I. ma anche per la sua funzione di coordinamento tra le diverse figure professionali all'interno del servizio, divenendo il principale riferimento per il paziente ed i suoi familiari.

Le principali attività dell'infermiere professionale durante l'accesso domiciliare sono:

- consegna a domicilio dei presidi necessari all'erogazione delle prestazioni sanitarie;

- somministrazione e controllo della corretta assunzione dei farmaci;

- effettuazione e consegna dei prelievi ematici e/o organici per analisi di laboratorio e relativa consegna del referto;

- assistenza per indagini strumentali e visite specialistiche domiciliari da parte dei MMG e Specialisti;

- terapia iniettiva, sottocutanea, intramuscolare ed endovenosa;

- controllo ed assistenza fleboclisi;

- controllo ed assistenza dei cateterizzati;

- controllo ed assistenza dei pazienti stomizzati;
- controllo glicemico;
- controllo parametri vitali;
- controllo e gestione tracheotomia;
- somministrazione di alimenti con sondino naso-gastrico;
- registrazione della temperatura;
- controllo della dieta alimentare;
- applicazione di particolari fasciature;
- gestione di catetere venoso centrale;
- assistenza alla terapia con l'uso di apparecchiature (inalazioni, broncoaspirazioni, ecc.);
- prevenzione e trattamento della piaghe da decubito;
- medicazioni semplici;
- medicazioni complesse;
- medicazioni chirurgiche;
- medicazioni con particolari problemi (ulcere, ustioni, ecc.);
- clisteri evacuanti;
- qualsiasi altro intervento di natura infermieristica, preventivamente richiesto e autorizzato.

Il Terapista della Riabilitazione, il cui protocollo di intervento è stabilito all'interno del P.A.I., esercita le seguenti principali attività:

- riabilitazione fisica;
- riabilitazione del linguaggio (logopedia);
- rieducazione funzionale attiva e/o passiva per segmento corporeo;
- rieducazione neuromotoria;
- riabilitazione respiratoria;
- riabilitazione occupazionale.

Per quanto concerne le competenze delle figure professionali dell'Assistente Sociale, dello Psicologo e del Dietista si rimanda a quanto dettagliatamente stabilito dalla normativa specifica per i profili professionali.

Il terapeuta della riabilitazione insieme all'infermiere professionale, al dietista, allo psicologo e all'assistente sociale oltre ad erogare prestazioni sanitarie vere e proprie nell'ambito dell'assistenza domiciliare, collaborano, all'interno dell'equipe, in rapporto e nei limiti della propria professionalità, per quanto concerne le seguenti attività:

- redazione della cartella infermieristica;
- promozione della responsabilizzazione del paziente in ordine all'attuazione del piano di intervento;
- informazione sull'uso e sulla corretta conservazione dei farmaci;
- informazione ed addestramento sull'uso di ausili e/o presidi;
- informazione sulle norme elementari di tipo alimentare ed igienico a seconda delle necessità individuali (educazione sanitaria);
- sviluppo della relazione interpersonale con l'assistito per favorire la conservazione o il recupero della fiducia in se stesso;
- promozione, quando possibile, dell'autogestione di alcune cure infermieristiche e riabilitative da parte dei pazienti stessi, dei parenti, degli amici, dei vicini di casa disponibili, attraverso il loro coinvolgimento anche per l'attivazione delle potenzialità residue,
- promozione dell'ascolto partecipativo (comprensione del malato e relazione d'aiuto per la collaborazione da parte dello stesso al progetto terapeutico).

7.1.g Il Responsabile del Caso o Case-Manager

Il Responsabile del Caso o Case Manager è un operatore che si assume la responsabilità del controllo dell'attuazione degli interventi previsti nel P.A.I.

Egli è il garante della fase operativa delle cure domiciliari e verifica chi ha fatto che cosa, con quale frequenza, in che modo, in che tempi, ecc. Rappresenta il riferimento essenziale ed organizzativo per l'assistito, la sua famiglia, gli altri operatori dell'equipe assistenziale.

Il Responsabile del caso o Case Manager è quindi una figura di raccordo all'interno dell'equipe assistenziale, e ne garantisce l'integrazione, tenendo le fila della comunicazione tra i suoi membri ed assicurando che tutti gli interventi assistenziali per il singolo caso siano effettuati in modo coordinato, senza sovrapposizioni, intralci reciproci, e/o vuoti di assistenza.

Può essere una figura sanitaria o sociale (infermiere o assistente sociale) e, visto l'impegno necessario richiesto da tale funzione, ogni responsabile potrà seguire un numero limitato di casi. Non tutti gli assistiti necessitano di un Case Manager, ma solo quelli caratterizzati da una maggiore complessità assistenziale. La decisione verrà assunta dalla U.V.M. che elaborerà il P.A.I. e

individuerà il responsabile del caso che risponderà alla stessa UVM direttamente del suo operato. Allo scopo di fornire ogni utile elemento di valutazione per il singolo caso, partecipa alle sedute dell'U.V.M. per la verifica e l'eventuale revisione del P.A.I. Cura inoltre il rapporto con la famiglia dell'utente, in particolare con il referente familiare, fornendo la più ampia informazione sul programma assistenziale che deve essere pienamente condiviso dalla famiglia, al fine di attivare la massima collaborazione e di raccogliere tutte le indicazioni utili e/o le richieste di aiuto e di supporto.

7.1.h Il Referente Familiare o Care Giver familiare

Il Referente Familiare o Care Giver familiare è colui che si prende cura per più tempo dell'assistito, stando più frequentemente in contatto con lui. E' in genere un familiare o comunque un convivente dell'assistito stesso; in qualche caso potrà essere un amico, un vicino di casa, un volontario.

In ogni caso dovrà trattarsi di una persona affidabile e capace di gestire i rapporti con il paziente e con il case manager. Esso svolge una funzione di assistenza diretta della singola persona, provvedendo ad aiutare l'assistito.

E' importante che l'equipe assistenziale e l'U.V.M. individuino precocemente la persona che svolge questo ruolo e ne considerino capacità, competenze ed eventuali esigenze di sostegno, in quanto essa può costituire una risorsa operativa preziosa che contribuisce al buon sviluppo del P.A.I.

7.1.i Verifiche

Le verifiche della gestione del caso avvengono tramite riunioni dell'equipe assistenziale, ma dovranno essere effettuate anche dall'U.V.M. che si relazionerà con il case manager. Tali verifiche costituiscono un utile strumento di lavoro, sia nella fase di programmazione, sia nella fase operativa, al fine di assumere decisioni di natura assistenziale, rivedere periodicamente le procedure assistenziali e la congruenza tra prestazioni erogate e bisogni, alla luce dei risultati ottenuti.

7.1.l Conclusione del percorso

Le prestazioni di assistenza domiciliare hanno di norma una durata non superiore a 180 giorni, con rare eccezioni per quei casi in cui, per comprovata necessità, l'intervento domiciliare debba essere protratto su valutazione dell'UVM, per ragioni di tipo sanitario o per assenza di soluzioni assistenziali alternative confacenti alle esigenze dell'assistito. La dimissione dell'assistito dal Servizio di Cure Domiciliari viene disposta dall'UVM a scadenza del periodo autorizzato o anticipatamente, dopo verifica periodica o se segnalazione del M.M.G., in caso di intervenute modifiche quali:

- guarigione
- raggiungimento degli obiettivi assistenziali
- trasferimento in altra regione

- ricovero ospedaliero
- ricovero in RSA
- rinuncia dell'assistito
- decesso.

La richiesta di sospensione o dimissione anticipata dalle Cure Domiciliari dovrà essere fatta dal M.M.G., con decisione motivata, e inviata alla P.U.A. che la riferirà alla U.V.M.

7.1.m Dimissioni Protette

L'Istituto delle Dimissioni Protette rappresenta uno degli aspetti più qualificanti delle Cure Domiciliari, momento di umanizzazione, strumento di integrazione e comunicazione tra Presidio Ospedaliero e territorio e criterio di valutazione dell'efficienza e dell'efficacia delle UU.OO. del P.O.

Obiettivi della Dimissione Protetta sono:

- riduzione o eliminazione di ingiustificati prolungamenti della degenza ospedaliera
- eliminazione di "dimissioni selvagge"
- riduzione o eliminazione di ricoveri ripetuti
- mantenimento della continuità assistenziale
- integrazione dell'Ospedale con la Rete Assistenziale Territoriale
- mantenimento o miglioramento della qualità della vita dell'assistito.

La Dimissione Protetta si realizza, con la dimissione di pazienti critici non stabilizzati ma che abbiano comunque i requisiti di ammissione alle Cure Domiciliari o con quelli di ammissione in strutture residenziali extraospedaliere. La cartella clinica ospedaliera verrà chiusa al momento della dimissione e il paziente verrà preso totalmente in carico dal sistema delle Cure Domiciliari con il M.M.G. come responsabile clinico del paziente.

Il Responsabile Medico della U.O. Ospedaliera, definita la eleggibilità clinica del paziente alla Dimissione Protetta con il passaggio alle Cure Domiciliari, ne informa il paziente e la famiglia. In seguito contatta il M.M.G. con le seguenti modalità:

- possibilmente cinque giorni prima, ma non meno di tre giorni prima della prevista dimissione;
- la dimissione protetta non dovrà avvenire nei giorni prefestivi e festivi, salvo specifici casi concordati
- il contatto avverrà con il M.M.G. nelle ore di attività ambulatoriale o nelle fasce orarie di rintracciabilità; dopo accordo mediante colloquio telefonico o incontro con il M.M.G., la proposta

di dimissione protetta sarà effettuata su apposito modulo da inviare alla P.U.A. del competente distretto che invierà la richiesta alla U.V.M.

7.1.n Funzioni del Direttore del Presidio Ospedaliero

Nel processo di integrazione sanitaria tra Ospedale e Territorio il Direttore Sanitario del P.O., d'intesa con i Responsabili delle UU.OO., con il Direttore del Distretto e con l'U.V.M.:

- individua i posti letto tecnici per day-hospital e/o ospedalizzazione breve per pazienti cure domiciliari;

- promuove l'istituto dell'ospedalizzazione domiciliare e favorisce il collegamento dello stesso con gli altri punti rete;

- promuove le dimissioni protette come sistema ordinario di dimissione dal P.O. in tutti i casi in cui sussistano le indicazioni, d'intesa con il Distretto e vigila sulla osservanza degli aspetti procedurali;

- favorisce i momenti di comunicazione tra P.O. e territorio che sono indispensabili al ruolo di centralità attribuito al cittadino utente e costituiscono strumento irrinunciabile per il governo del sistema.

7.2 Livello zonale

Nell'ambito della Zona Sanitaria dovrà essere costituito un Comitato Zonale di Coordinamento per le Cure Domiciliari presieduto dal Direttore di Zona a cui partecipano i Direttori dei Distretti Sanitari afferenti alla Zona. Tale organismo:

- effettua la programmazione zonale sulla base degli obiettivi inerenti le cure domiciliari stabiliti dalla Direzione Generale in relazione alle indicazioni e alla programmazione elaborata dal Comitato Aziendale Regionale per le Cure Domiciliari;

- promuove e verifica periodicamente l'andamento e l'integrazione dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali nelle diverse strutture distrettuali della Zona e l'attuazione di forme di coordinamento con gli Ambiti Territoriali afferenti alla stessa Zona;

- dispone valutazione periodica comparativa dei costi e dei risultati delle Cure Domiciliari gestite dai singoli Distretti dell'ambito zonale;

- Elabora un report mensile che raccoglie le ammissioni e le sospensioni del servizio, i controlli effettuati, le risorse economiche impegnate, al fine di permettere l'aggiornamento costante della banca dati e il monitoraggio della gestione e della spesa generata per Distretto e nella Zona Sanitaria.

7.3 Livello aziendale

La ASREM costituirà un Comitato Aziendale Regionale di Coordinamento, per le Cure Domiciliari con compiti di programmazione, promozione di percorsi formativi, controllo, valutazione e monitoraggio sulla corretta ed omogenea erogazione del servizio su tutto il territorio regionale e sulla qualità dello stesso.

Il Comitato sarà così composto da:

- Coordinatore dei Servizi Socio-Sanitari ASREM che presiede e coordina
- Direttori di Zona Sanitaria
- Un rappresentante dei Direttori di Distretto
- Un rappresentante dei M.M.G.
- Un responsabile del Servizio Infermieristico Territoriale
- Un rappresentante degli Assistenti Sociali.

Il suddetto Comitato potrà avvalersi di volta in volta di professionalità relative a specifiche problematiche trattate e dovrà essere riunito ogni sei mesi.

8. *La qualità nelle cure domiciliari*

La qualificazione delle cure domiciliari è un presupposto indispensabile per assicurare ad un paziente fragile, non autosufficiente, anziano, con molti problemi o terminale, cure efficaci al proprio domicilio.

La gestione unitaria nelle cure domiciliari costituisce una caratteristica strutturale del sistema, rappresentando una risposta ai bisogni delle fasce più deboli della popolazione intesi in senso clinico, riabilitativo e/o sociale. Per questo sarà indispensabile realizzare una continuità assistenziale, una gestione complessiva dei bisogni, una promozione delle attività residue attraverso percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziale che implicano una elevata complessità organizzativa. Per evitare interventi inappropriati ed inefficienze è necessario che vengano rispettate alcune caratteristiche essenziali sulla base di bisogni da soddisfare e delle necessità organizzative.

Risulta pertanto indispensabile identificare criteri e standard di qualità nell'organizzazione e negli obiettivi.

Come strumenti di valutazione della qualità si riportano alcuni indicatori di struttura e di processo. Essi descrivono obiettivi essenziali di processo e di esito delle cure domiciliari a cui dovranno tendere tutti i soggetti operanti nel settore, al fine di assicurare risposte efficaci ed appropriate.

8.1 Descrizione degli Indicatori

Nelle tabelle che seguono sono riportati e descritti i fattori, i criteri e gli indicatori di qualità per una adeguata valutazione delle cure domiciliari (riferimento al documento conclusivo del Comitato Ospedalizzazione Domiciliare secondo il *D.M. 12 aprile 2002*).

Fattore	Criterio	Indicatore
Organizzazione dell'accoglienza della richiesta	Attivazione di un accesso unico (PUA facilmente accessibile, anche telefonicamente, per la ricezione delle richieste di attivazione del servizio per favorire i contatti con l'utenza, la rete dei servizi e MMG).	N. giorni e ore/settimana di apertura all'utenza della segreteria organizzativa
Organizzazione della valutazione	Adozione della metodologia della valutazione multidisciplinare per definire i bisogni del paziente, il piano di cura e le successive rivalutazioni	Costituzione e organizzazione dell'UVM
Organizzazione della valutazione	L'UVM deve essere costituita da professionalità che garantiscono, a seconda del caso valutato, la diversificazione delle competenze: (MMG, infermiere, tecnico della riabilitazione, assistente sociale, medico specialista).	Tipologia delle figure professionali che compongono l'UVM

Fattore	Criterio	Indicatore
Organizzazione della valutazione	L'organizzazione destina una quantità adeguata di tempo per la valutazione e la pianificazione degli interventi.	Ore dedicate/mese
Tempestività della valutazione	L'UVM procede tempestivamente alla valutazione ed alla definizione del piano assistenziale individuale.	Tempo entro il quale si procede alla valutazione e alla definizione del PAI (entro 10 gg.).
Tempestività dell'attivazione delle cure	E' assicurata l'attivazione delle cure domiciliari entro tempi definiti ed adeguati alle esigenze dell'assistito concordando il piano con il suo MMG	Valutazione del tempo di attivazione del POP (max 48 h) e del PAI (entro max 30 gg.).
Attuazione della valutazione multidisciplinare	Dopo la valutazione preliminare, ciascun paziente viene valutato secondo una metodologia globale e multidisciplinare	Utilizzo di strumenti di valutazione per la dimensione clinica, funzionale e sociale riconosciuti in ambito nazionale/internazionale.
Consenso del paziente familiare	E' prevista l'acquisizione del consenso informato da parte del paziente o familiare all'effettuazione	Registrazione in cartella del consenso alle cure e formalizzazione del consenso al

cure domiciliari	delle cure e al trattamento dei dati sensibili	trattamento dei dati sensibili.
Pianificazione dell'assistenza	Per ogni paziente preso in carico viene elaborato il PAI concordato con il MMG e con evidenziati: natura dei problemi, obiettivi di cura, modalità di realizzazione (prestazioni, operatori, tempi, metodi di lavoro), indirizzi terapeutici, ausili e presidi necessari, case manager, care giver familiare, follow up.	% di piani assistenziali che rispondono ai criteri definiti nel Piano Regionale.
Pianificazione dell'assistenza	Individuazione del case manager per i casi con maggiore complessità assistenziale da parte dell'UVM	Ciascun paziente con maggiore complessità assistenziale ha il case manager
Verifica e follow up	Ogni paziente, secondo la periodicità indicata dal piano, o in caso di intervento intercorrente, viene rivalutato	Rivalutazione adottando gli strumenti coerenti con la valutazione di ingresso o le necessità intercorrenti
Sistema Informativo	Per ciascun paziente esiste una cartella che raccoglie informazioni relative agli strumenti di valutazione adottati, il piano di cura adottato, il diario clinico-assistenziale, le problematiche psico-sociali, i presidi ed ausili consegnati, l'eventuale telemonitoraggio.	% di pazienti con cartella completa secondo i criteri definiti.
Integrazione con il MMG	Viene promossa l'integrazione con il MMG	Esistenza di un protocollo operativo elaborato secondo le indicazioni del piano regionale con la definizione di ruolo e funzioni del MMG
Integrazione con il MMG	I pazienti vengono presi in carico dopo richiesta o consenso formalizzato dal loro MMG.	% di casi presi in carico con richiesta o consenso formalizzato del MMG.
Integrazione con le strutture ospedaliere	Viene promossa l'integrazione con i presidi ospedalieri di riferimento attraverso: protocollo d'intesa su dimissioni protette e ricoveri programmati; protocolli per il monitoraggio attraverso la telemedicina per pazienti critici; procedure concordate per la diagnostica di laboratorio e strumentale.	Applicazione di protocolli formalizzati su dimissioni protette, telemedicina, diagnostica di laboratorio e strumentale.
Coordinamento del servizio	L'organizzazione dispone di un responsabile sanitario medico	Presenza di un dirigente medico, a cui è attribuita la responsabilità del servizio.
Coordinamento del servizio	L'organizzazione dispone di un coordinamento infermieristico	Presenza di un infermiere con funzioni di coordinamento
Coordinamento del servizio	L'organizzazione dispone di un coordinamento dei terapisti della	Presenza di un fisioterapista con funzioni di coordinamento.

	riabilitazione	
Dotazione organica	L'organizzazione dispone di personale di coordinamento per i servizi socio-assistenziali	Presenza di un assistente sociale con funzioni direttive
Dotazione organica	L'organizzazione dispone di personale numericamente adeguato e di accertata competenza professionale	Presenza delle seguenti figure professionali: Infermiere, Fisioterapista, Logopedista, Dietista, Assist. Sociale, Geriatra, Fisiatra, Palliativista, Psicologo, Amministrativo.
Dotazione organica Cure palliative	L'organizzazione dispone di una equipe dedicata per le cure palliative per i malati inguaribili a breve aspettativa di vita	Presenza di una equipe medico-infermieristica dedicata.

Fattore	Criterio	Indicatore
Collegamento tra paziente in carico e organizzazione	L'organizzazione fornisce all'utente in carico e un facile accesso telefonico e/o reperibilità infermieristica	Orari di accessibilità telefonica e presenza di pronta disponibilità.
Copertura assistenziale	E' prevista una tutela sanitaria da parte del MMG durante tutto il percorso di cura	Effettiva disponibilità del MMG e dei medici di continuità assistenziale.
Copertura assistenziale	E' prevista la presenza in servizio degli infermieri in orari adeguati a soddisfare i bisogni dei pazienti	Valutazione fasce orarie di erogazione delle cure
Copertura assistenziale	E' prevista la presenza in servizio delle altre figure professionali in dotazione organica	Valutazione fasce di erogazione delle cure
Copertura assistenziale	E' prevista la presenza di palliativisti in orari adeguati a soddisfare i bisogni dei pazienti	Valutazione fasce orarie di erogazione delle cure
Risorse strumentali	L'organizzazione dispone di autovetture per gli operatori	Esistenza e disponibilità di un parco auto.
Risorse strumentali	Adeguato equipaggiamento per gli operatori: divise invernali ed estive, calzature, borsoni sanitari, borse per il trasporto di materiale biologico	Disponibilità dei materiali e presidi indicati
Risorse strumentali	Gli operatori hanno un cartellino di riconoscimento e di pass per l'accesso in aree soggette a limitazioni	Esistenza di cartellino e di pass rilasciato dalle autorità competenti.
Risorse strumentali	Dotazione di apparecchiature elettromedicali, strumentazione medica e chirurgica, ausili e presidi medico-chirurgici, farmaceutici e protesici adeguati alla tipologia degli interventi previsti	Disponibilità di strumentazione adeguata alle prestazioni erogate e conformi alle norme di sicurezza
Risorse strumentali	Adozione di procedure di carico e smaltimento dei rifiuti speciali	Esistenza di procedure codificate

Risorse strumentali	Adozione di procedure di carico e scarico dei materiali e presidi e controllo delle scadenze	Esistenza di procedure codificate
Risorse strumentali	Attivazione di un Service per la consegna ed il ritiro di materiale di consumo ripetuto, di presidi farmaceutici, protesici e per la nutrizione artificiale	Esistenza di specifici contratti
Risorse strumentali	Procedure di gestione dei farmaci stupefacenti necessari per le cure	Adozione di protocolli conformi alla normativa vigente
Risorse strumentali	Esistenza di un sistema informativo in grado di monitorare le attività del servizio e di rilevare in modo uniforme gli indicatori di attività e di risultato previsti dal controllo di gestione	Adozione di un listino dei prodotti e di un protocollo per la gestione dei flussi informativi registrati in cartella e sui moduli previsti.
Risorse strumentali	Adozione di indicatori per la verifica periodica della performance del proprio servizio	Esistenza di un sistema di indicatori con definizione esplicita delle modalità di rilevazione.
Risorse strumentali	Disponibilità di un sistema informatizzato che consenta l'elaborazione di reports periodici	S.I. che consenta un rapido accesso ai dati per elaborazioni statistiche a fini gestionali ed epidemiologici.
Qualità delle procedure	Utilizzo di protocolli tecnico-operativi e professionali multidisciplinari o specifici per singole professionalità, con riferimento particolare a quelli basati su evidenze scientifiche di efficacia (ventilazione meccanica, ulcere da decubito, cateterismo a circuito chiuso, rieducazione neuromotoria, nutrizione artificiale, monitoraggio e controllo sintomi nel paziente terminale, ecc.).	Adozione di protocolli tecnico-operativi e professionali
Educazione sanitaria del paziente e della famiglia	Adozione di piani di interventi coordinati di educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari	Esistenza di un piano per l'educazione sanitaria.
Garanzie di sicurezza	Vengono adottate le normative di sicurezza vigenti per la salvaguardia degli addetti del servizio	Gli operatori dispongono di protocolli operativi specifici per la loro protezione e la prevenzione.
Garanzie di sicurezza	Vengono adottate le normative di sicurezza vigenti per la salvaguardia degli utenti del servizio	Esistenza di protocolli operativi specifici per la salvaguardia e la protezione degli assistiti.
Formazione del personale	Esiste una pianificazione annuale della formazione degli operatori	Esistenza di un piano di formazione.
Formazione del personale	Sono previste modalità di inserimento (tutoraggio) di nuovi operatori	Adozione di programmi individuali di inserimento

Fattore	Criterio	Indicatore
Sostegno psicologico del personale addetto	Viene messo a disposizione personale qualificato per il supporto psicologico degli operatori, attraverso riunioni plenarie e colloqui individuali.	Adozione di un programma per il sostegno psicologico degli operatori.
Integrazione operatori della rete dei servizi	L'organizzazione pianifica incontri periodici di tutti gli operatori coinvolti, a qualunque livello, nel percorso delle cure domiciliari, per consentire confronti e proposte da portare in discussione.	Esistenza di un programma di incontri con cadenze diversificate e per l'integrazione delle varie figure di operatori.
Integrazione operatori della rete dei servizi	L'organizzazione assicura l'integrazione con i servizi di continuità assistenziale(guardia medica) e di emergenza-urgenza (118)	Esistenza di un protocollo di integrazione tra cure domiciliari e servizio di continuità assistenziale e 118.
Integrazione operatori della rete dei servizi	Vengono stipulati accordi di collaborazione con le organizzazioni di volontariato operanti nel campo della disabilità, degli anziani e dei pazienti oncologici	Esistenza di accordi formalizzati/convenzione per la collaborazione con le associazioni di volontariato.
Tutela dei diritti del cittadino	Viene garantita la tutela dei diritti del paziente, la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza	Esistenza di una carta dei servizi con una sezione specifica sugli aspetti etici.
Garanzia delle qualità	L'organizzazione promuove una esplicita politica della qualità, mirante al miglioramento continuo di strutture, procedure e risultati del servizio	Esistenza di un piano di controlli per il monitoraggio e la valutazione della qualità, con indicazioni sulla periodicità dei controlli stessi, il campione da analizzare, gli strumenti di rilevazione e gli operatori coinvolti.
Controllo di gestione	L'organizzazione adotta un programma di controllo di gestione relativamente ad ogni tipologia, per profili di cura e per operatori, con elaborazione di dati riferiti almeno a: caratteristiche dell'utenza, durata dei trattamenti, volume di attività, ore di lavoro a domicilio, ore impiegate nei trasferimenti, tempi logistici, durata accessi, periodo di copertura, giornate effettive di trattamento, consumo beni farmaceutici ed economati, costi prestazione, costi accesso, costi per profilo di cura	Esistenza di procedure per il controllo di gestione. Esistenza di procedura informatizzata.
Continuità delle cure domiciliari	Le cure domiciliari hanno un forte impatto sulla riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri impropri e/o il ricorso ai Pronto-Soccorso	N. giorni di ricovero durante l'A.D. N. ricoveri nei sei mesi precedenti l'attivazione delle cure domiciliari e nei sei mesi successivi N. degli accessi al Pronto

		Soccorso durante l'A.D. Tasso di ospedalizzazione popolazione di età >= 75 anni.
Continuità delle cure domiciliari	L'esito delle cure come impatto sulla salute, le condizioni psicologiche, l'autosufficienza e la soddisfazione dell'assistito e del care giver familiare dipendono dalla continuità della presenza e dalla frequenza degli accessi	% di pazienti che ricevono assistenza continuativa coerente con il piano di cura
Continuità delle cure domiciliari	Le dimissioni protette riducono la durata delle degenze	% di pazienti presi in carico attraverso il percorso delle dimissioni protette e dimessi dall'ospedale nei 7 giorni precedenti.
Continuità delle cure domiciliari	Le cure palliative consentono ai malati di essere curati a casa fino alla morte, sempre nel rispetto della scelta del luogo di cura, laddove la copertura assistenziale sia nell'arco delle 24 ore	% di pazienti terminali deceduti a casa
Tempestività	Il servizio deve garantire risposte tempestive per garantire la scelta delle Cure Domiciliari da parte del paziente	% di pazienti che hanno ricevuto la prima visita entro 48 ore (pazienti critici) o 72 ore (paz. non critici) dalla richiesta.
Partecipazione e sostegno della famiglia	Il coinvolgimento della famiglia migliora l'efficacia delle cure	% di pazienti per i quali è stato effettuato un colloquio preliminare con i familiari.
Percezione della qualità di vita	L'attenzione alla qualità della vita e alla salute percepita dai pazienti è un elemento di qualità del servizio, in quanto testimonia l'attenzione posta sui problemi soggettivi, che possono sfuggire alla oggettività della diagnosi. Ogni variazione positiva in questo senso è indice di efficacia dell'assistenza.	% di pazienti in cui si è verificata una variazione positiva valutata attraverso la somministrazione di un questionario che esplori i sintomi, il ritmo sonno-veglia, il benessere psicologico, la soddisfazione delle attese personali, la socializzazione.

Fattore	Criterio	Indicatore
Qualità delle cure	Le cure palliative forniscono una risposta ai bisogni fisici, psicologici, sociali e spirituali dei malati	% di pazienti per i quali si evidenzia un miglioramento della qualità della vita attraverso idoneo strumento di valutazione. % di pazienti per i quali è stato documentato un appropriato livello di qualità delle cure attraverso idoneo strumento di valutazione
Appropriatezza del periodo di presa in	La lunghezza del periodo di presa in carico deve essere coerente con gli	% di pazienti con durata delle cure compresa tra:

carico ed intensità assistenziale	obiettivi del PAI, tenuto conto delle condizioni funzionali del paziente, della cronicità della patologia e dell'aspettativa di vita.	0-5 giorni; 6-20 giorni; 21-90 giorni; 91-180 giorni; > 181 giorni
		Intensità assistenziale per profilo/tipologia assistenziale con determinazione del CIA = giorni di cure effettive/giorni del periodo di cura.
Soddisfazione del paziente e dei familiari	La soddisfazione del paziente e della famiglia per il servizio ricevuto è un fattore di qualità, dal momento che consente di valutare se il servizio è stato adeguato ai bisogni del paziente	% di risposte positive al questionario di valutazione.
Ottimizzazione delle risorse	Il miglior utilizzo possibile delle risorse umane nell'erogazione delle cure è un fattore di qualità in quanto riduce gli sprechi e valorizza gli operatori.	Carichi di lavoro, tempi di accesso
Grado di fidelizzazione	L'organizzazione è valutata anche in base alla capacità di attrazione sull'utenza di riferimento	% di pz. >65 anni, % di pz. >75 anni, % di pz. deceduti per cancro, assistiti nel proprio ambito di riferimento.
Grado di fidelizzazione	La stabilità e il grado di motivazione degli operatori favoriscono la continuità e la qualità delle cure in termini professionali e relazionali	% di turnover degli operatori.

9. Ruolo dell'osservatorio regionale sulla qualità dei servizi sanitari

L'Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari svolge un ruolo di controllo e monitoraggio costante della qualità dell'organizzazione e delle prestazioni erogate dal SSR. Tale organismo rispetto al Comitato Regionale Aziendale avrà un ruolo di riferimento nell'ambito della programmazione e organizzazione del Sistema delle Cure Domiciliari e dovrà verificare la corretta attuazione del presente Piano e la corrispondenza tra il Piano Attuativo Aziendale, l'organizzazione effettiva del Servizio per le Cure Domiciliari, gli obiettivi e gli standard di qualità del servizio erogato e le indicazioni e gli indirizzi contenuti nel presente documento. A tal fine, prima dell'adozione definitiva, gli atti aziendali attuativi saranno inviati all'Osservatorio per il parere tecnico di congruità con il presente Piano Regionale.