

ASSESSORATO DELLA SANITA'

DECRETO 2 luglio 2008.

Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio.**IL DIRIGENTE GENERALE
DELL'ISPETTORATO REGIONALE SANITARIO**

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Visto il decreto legislativo n. 502/92 per come integrato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229;

Visto il D.P.C.M. 14 febbraio 2001, art. 4, comma 3;

Preso atto che in data 31 luglio 2007 è stato sottoscritto tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze ed il Presidente della Regione siciliana l'accordo attuativo del Piano previsto dall'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

Rilevato che il predetto accordo, unitamente al Piano di rientro, di riorganizzazione, di riqualificazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento del riequilibrio economico del servizio sanitario regionale, con le relative misure ed azioni da adottare, sono stati approvati dalla Giunta regionale con delibera n. 312 dell'1 agosto 2007;

Preso atto che, con tale deliberazione n. 312, l'Assessore regionale per la sanità è stato incaricato di dare esecuzione all'accordo ed al Piano relativo e di provvedere all'attuazione delle misure e degli interventi contenuti in tale atto valevole per il triennio 2007/2009;

Considerato quanto disposto al punto B.-3.4 che pone l'obbligo alla Regione di adottare, entro il 30 settembre, con decreto assessoriale l'atto di programmazione regionale sul potenziamento delle attività di assistenza domiciliare;

Tenuto conto che già la Regione con il Piano sanitario regionale 2000/2002 aveva dato istruzioni alle aziende sanitarie per attivare le cure domiciliari;

Tenuto conto che la mancanza di una procedura univoca di coordinamento di detta attività e la mancata assunzione di uno specifico stanziamento ha, di fatto, vanificato quanto previsto ed ha comportato la ridotta erogazione di detta possibilità erogativa, contribuendo in tal modo a fare aumentare l'indice di ospedalizzazione per il ricorso a ricoveri molto spesso non appropriati e quindi evitabili;

Ritenuto opportuno dover adottare come strumento di programmazione in cui vengono sviluppate armonicamente tutte le tematiche relative ad una corretta gestione ed organizzazione delle cure domiciliari il documento esitato dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, istituita presso il Ministero della salute, avente per oggetto "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio";

Considerato che il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e il Ministero dell'economia e delle finanze hanno approvato lo schema del presente decreto con parere favorevole n. 239-P, reso in data 30 giugno 2008;

Decreta:

Art. 1

L'accesso alle cure domiciliari a far data dall'1 ottobre 2007 è disciplinato dall'allegato al presente decreto

"Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio", che costituisce parte integrante dello stesso.

Art. 2

In attuazione della delibera di Giunta n. 312 dell'1 agosto 2007 con cui la Regione ha adottato il Piano di contenimento e di riqualificazione del sistema sanitario regionale 2007/2009 e del relativo decreto 6 agosto 2007, n. 1657, è fatto obbligo ai direttori generali delle aziende unità sanitarie locali della Regione di procedere alla programmazione, erogazione, monitoraggio delle cure domiciliari, utilizzando a tal fine esclusivamente l'organizzazione stabilita nell'allegato di cui all'art. 1 del presente decreto.

E' fatto, altresì, obbligo di trasmettere all'Assessorato regionale della sanità, dipartimento IRS, l'atto deliberativo con il quale vengono recepite ed adottate le modalità operative di cui agli artt. 1 e 2 del presente decreto.

Art. 3

Per l'accesso alle cure domiciliari deve essere utilizzata esclusivamente la modulistica SVAMA di cui al decreto n. 2461 del 12 novembre 2007.

Art. 4

In considerazione delle sanzioni previste a carico della Regione in caso di ritardo e/o inadempimento, è fatto obbligo ai direttori generali delle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliere universitarie e dell'IRCCS pubblico della Regione di osservare, a pena di decadenza, la seguente tempistica per l'esecuzione degli adempimenti di competenza:

1) entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente decreto, produrre all'Assessorato della sanità - dipartimento I.R.S., la delibera di proposta di progetto aziendale di riorganizzazione delle cure domiciliari;

2) entro 30 giorni dalla ricezione del provvedimento di cui sopra, l'Assessorato della sanità procederà alla verifica ed approvazione della delibera aziendale dandone comunicazione al direttore generale;

3) entro 90 giorni dall'approvazione assessoriale, il direttore generale dovrà realizzare il progetto aziendale.

Art. 5

Il mancato rispetto da parte del direttore generale delle disposizioni di cui ai punti 1 e 3 dell'art. 4 del presente decreto comporterà, oltre la decadenza, una valutazione negativa dello stesso ai fini della riconferma dell'incarico e dell'attribuzione dell'indennità di risultato.

Art. 6

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.

Palermo, 2 luglio 2008.

CIRIMINNA

Allegato

LINEE GUIDA PER L'ACCESSO ALLE CURE DOMICILIARI

L'assistenza domiciliare, oggi meglio definita, cure domiciliari, dagli anni novanta in termini di principio, nelle sue diverse con-

notazioni è stata sempre descritta come uno degli assi portanti del sistema di intervento.

Il progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani", stralcio del Piano sanitario nazionale 1991/1995, indicava l'attivazione dei servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) come obiettivo prioritario: si ipotizzava il raggiungimento, entro il termine del quinquennio, di almeno il 2% degli ultrasessantacinquenni non ospitati in residenze sanitarie assistenziali, con un costo annuale per assistito di 12.400.000 lire (9 milioni per la parte sanitaria e 3.400.000 per quella assistenziale). Lo stesso progetto obiettivo ipotizzava lo sviluppo di servizi di ospedalizzazione domiciliare (OD) a più elevato contenuto sanitario: l'obiettivo descritto era quello di trattare a domicilio un numero di pazienti pari al 5% di tutti i ricoveri ospedalieri (circa 460.000 casi/anno) da raggiungere gradualmente a partire dalla iniziale copertura del 10% della casistica potenziale.

I successivi piani sanitari nazionali ribadiscono che l'assistenza territoriale domiciliare, l'ospedalizzazione domiciliare e l'assistenza domiciliare programmata e integrata della rete dei medici di medicina generale rientrano nei livelli essenziali e uniformi di assistenza, da garantire in uguale misura e intensità su tutto il territorio nazionale (D.P.C.M. 29 novembre 2001) e confermano che deve essere il distretto a coordinare tutte le attività extraospedaliere di assistenza sanitaria di base e specialistiche (erogate con modalità sia residenziali sia intermedie, ambulatoriali e domiciliari) oltre alle attività di assistenza sanitaria a rilevanza sociale e a quelle a elevata integrazione socio-sanitaria. Viene anche dichiarato che "l'uso appropriato delle risorse disponibili rende imprescindibile privilegiare forme di cura domiciliari" e che "la casa è il miglior luogo di prevenzione, cura e riabilitazione". A proposito di ADI, viene affermata l'esigenza di definire tipologie differenziate di risposta in ragione della prevalenza dei bisogni sanitari e sociali e della loro intensità: quelle a maggiore impegno sanitario "dovranno contare su percorsi di attivazione rapidi, soprattutto nei casi di post acuzie e di terminalità, riservando a una fase successiva l'attivazione dell'unità multiprofessionale e di predisposizione del progetto personalizzato con i completamenti organizzativi e gestionali che si renderanno necessari". Si dichiara anche che all'interno delle strutture di ricovero accreditate per acuti andranno identificati specifici responsabili per la deospedalizzazione e per l'attivazione dell'ADI, con il compito di definire - di concerto con il medico di famiglia del paziente e con il distretto - le modalità organizzative della dimissione, la tipologia delle cure domiciliari necessarie nella prima fase dopo la dimissione, le modalità di corretta risoluzione delle problematiche burocratiche, prescrittive e certificatorie. In particolare, nel caso di persone anziane, alla fase di ricovero ospedaliero devono sovrapporsi precocemente, intorno alla terza giornata dall'ammissione, l'attivazione e l'interfaccia con e figure professionali e le strutture del distretto per la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione e organizzazione dei percorsi successivi.

Anche il decreto legislativo n. 229/99 ("Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale") e i precedenti 502 e 517, non offrono comunque indicazioni aggiuntive. L'ADI è indicata tra le funzioni e le risorse garantite dai distretti socio-sanitari e le prestazioni domiciliari fra quelle possibile oggetto dei fondi integrativi del servizio sanitario nazionale.

La legge n. 328 dell'8 novembre 2000 ("Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali") prevede che il Fondo nazionale per le politiche sociali determini ogni anno una quota economica esplicitamente destinata al sostegno domiciliare di persone anziane non autosufficienti, con particolare riferimento a "progetti integrati tra assistenza e sanità, realizzati in rete con azioni e programmi coordinati tra soggetti pubblici e privati, volti a sostenere e a favorire, l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nell'ambiente familiare". Viene definita la priorità delle prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare per persone e famiglie con disabili fisici, psichici e sensoriali e dello sviluppo di servizi di sollievo "per affiancare nella responsabilità del lavoro di cura la famiglia e, in particolare, i componenti più impegnati nell'accudimento quotidiano delle persone bisognose di cure particolari, ovvero per sostituirli nelle stesse responsabilità di cura durante l'orario di lavoro". In analogia con la definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, che il servizio sanitario nazionale deve garantire comunque su tutto il territorio nazionale, la legge n. 328 comprende i servizi di assistenza domiciliare tutelari fra i livelli essenziali di prestazioni sociali che le regioni devono obbligatoriamente prevedere, senza tuttavia fornire una definizione di assistenza domiciliare né offrire indicazioni ulteriori in ordine a modelli organizzativi, obiettivi e standard.

Nella scelta degli interventi socio-sanitari, l'assistenza domiciliare, oggi meglio definita cure domiciliari, ricopre un ruolo determinante: l'elemento demografico. La Regione siciliana, con quasi 5 milioni di abitanti (4.972.124 abitanti al 31 dicembre 2001, secondo i dati ISTAT; cui deve aggiungersi un elevato numero di popolazione immigrata), assiste ad un cambiamento della propria popolazione, cui i servizi devono essere capaci di far fronte.

Infatti, gli indicatori demografici quali tasso di natalità, di mortalità e di fecondità, sotto indicati (tabella 1) dimostrano che si è registrato, nel tempo, una riduzione del tasso di natalità e fecondità ed un aumento del tasso di mortalità nella Regione; e se la Sicilia, insieme alla Puglia ed alla Campania, continua ad avere un tasso positivo delle nascite, un ruolo non indifferente è svolto dall'immigrazione regolare e clandestina (un dato che, come è facilmente comprensibile, comporta altri problemi).

Tabella 1 - Indicatori demografici della Regione siciliana

Indicatori demografici	1991 -‰	2000 -‰
Tasso di natalità	13	9,4
Tasso di mortalità	9,1	9,7
Tasso di fecondità	51,8	42,2

Un altro elemento, ben noto, riguarda la riduzione progressiva, nel tempo, del tasso di mortalità infantile e perinatale. Un dato sicuramente positivo, anche se la sopravvivenza di bambini con patologie gravi di tipo cronico richiede la necessità di ridisegnare i servizi e rendere effettivo il sostegno alla famiglia (occupandosi anche di cosa succede quando la famiglia viene meno).

Lo stesso dicasi per i gravi incidenti. Oggi, grazie alle nuove tecniche, molti degli incidentati riescono a sopravvivere all'evento ma spesso sopravvivono in condizioni di grave o totale insufficienza.

E' necessario, pertanto, che ci si ponga il problema della qualità della vita, della dignità, della sofferenza e degli interventi che la società nel suo complesso deve garantire, non essendo possibile in queste situazioni, porre un confine distinto tra sociale e sanitario.

A proposito dell'allungamento della vita, basti pensare che nell'ultimo decennio la speranza di vita si è allungata di ben 2,5 anni nell'uomo e 3 anni nella donna. La vita media è arrivata a 78,5 anni per l'uomo e 83,2 anni per la donna.

I servizi sanitari dovranno, conseguentemente, svolgere una forte azione sulla promozione della salute e sugli stili di vita (per raggiungere il risultato di una maggiore aspettativa di vita "sana", come indicato nel PSN 2003/2005), nonché sulle attività di riabilitazione e di recupero funzionale per mitigare il contestuale aumento delle condizioni invalidanti e/o degenerative.

Né può sottacersi come le condizioni economiche svolgano un ruolo determinante nella qualità della vita e nella possibilità di curarsi. Al riguardo, non può non evidenziarsi come un terzo delle famiglie siciliane siano ricomprese tra le famiglie povere, secondo i dati ISTAT (tabella 2).

Tabella 2 - Dati ISTAT sulla famiglia, anno 2002

Italia	La famiglia	Sicilia
21.770.664		1.839.736
2,6	Composizione individui	2,8
€ 2.088,00	Capacità di spesa	€ 1.582,17
€ 88,85	Per attività sociale	€ 63,26
€ 105,83	Per il tempo libero	€ 68,10
Relativamente 435.000	Sicilia povera	Assolutamente 175.000

Quindi 1/3 delle famiglie siciliane è al di sotto della soglia di povertà, e quindi ben al di sopra dell'11% della media nazionale. L'analisi delle difficoltà delle famiglie dimostra che questi fattori incidono notevolmente sulle spese di affitto, cibo, cure mediche, assistenza.

Per garantire, quindi, la corretta assistenza si è intervenuti nella parte strutturale del sistema e nella fase organizzativa ed erogativa delle cure domiciliari.

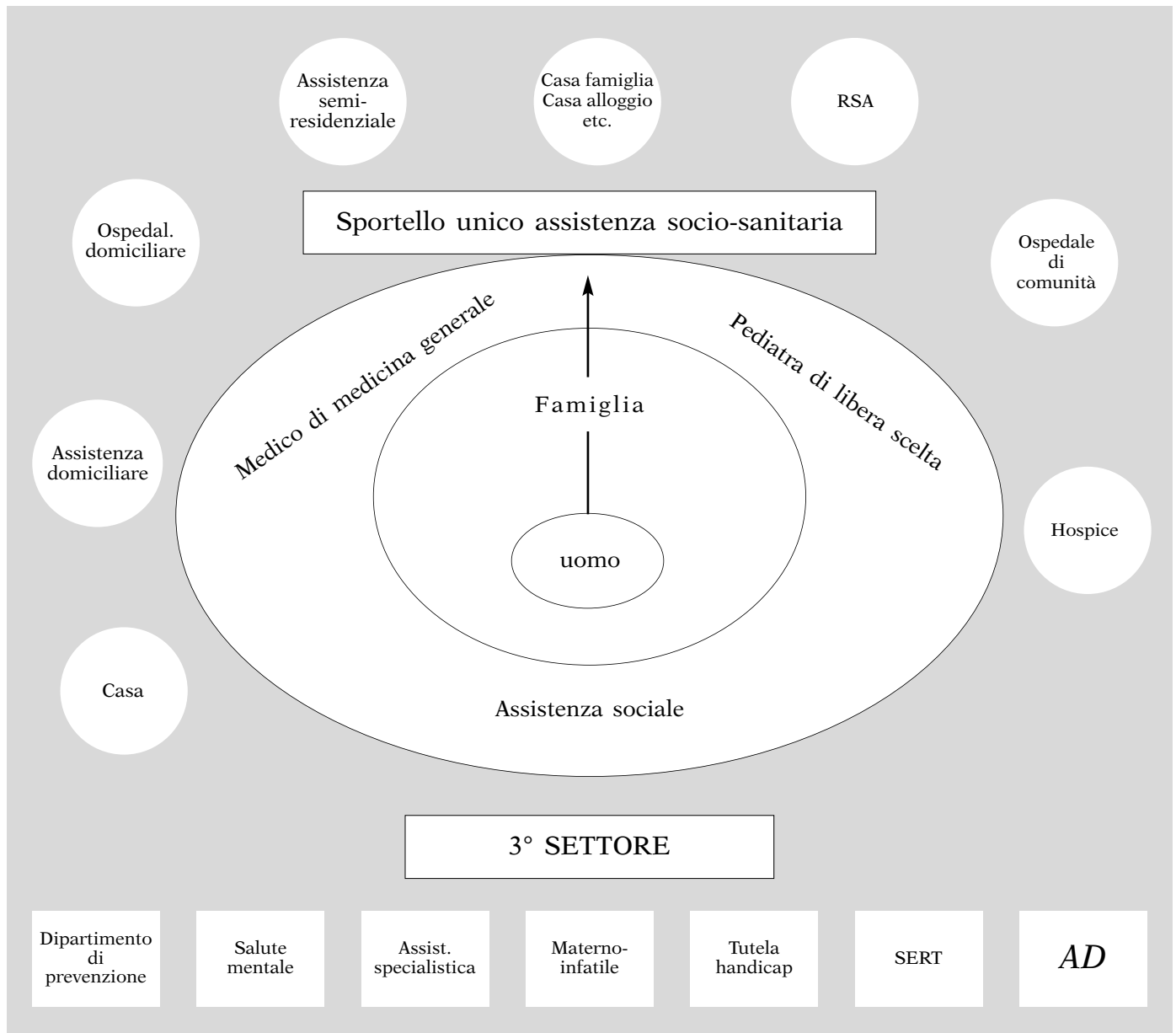
Con decreto n. 6075/2005, come modificato con decreto n. 745/2007, è stato istituito il dipartimento funzionale per l'integrazione socio-sanitaria.

In attuazione del Piano di rientro ed in armonia con il documento esitato dalla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, è stato emanato il decreto n. 2459 del 12 novembre 2007, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 56 del 30 novembre 2007, concernente "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri". In tal modo si è definita in modo certo la tipologia delle prestazioni, l'intensità della stessa, la durata e le modalità erogative in quanto uno degli elementi critici dell'assistenza domiciliare era la notevole variabilità delle prestazioni da garantire

pur utilizzando la stessa denominazione. In pari dati al fine di disciplinare le modalità di accesso a dette prestazioni, a seguito di incontri svoltisi con la Commissione nazionale LEA, è stata adottata la scheda S.V.A.M.A. con decreto n. 2461, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 56 del 30 novembre 2007, concernente Linee guida in materia di valutazione multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare per anziani ed altri tipi di pazienti non autosufficienti.

Detta scheda ha il vantaggio, non soltanto di valutare il grado di autosufficienza ma anche le condizioni sanitarie e sensoriali, psichiche, la condizione sociale del paziente e del nucleo familiare, permettendo di graduare l'intensità delle prestazioni da erogare.

Tabella 5 - La nuova architettura del sistema socio-sanitario siciliano



In questo sistema quattro sono gli elementi determinanti del cambiamento:

1) lo "Sportello unico per l'integrazione socio-sanitaria", che si sta attivando presso tutti i 62 distretti della Regione. Lo Sportello unico sarà gestito dai singoli distretti, con funzionamento 12 ore giornaliere per 6 giorni la settimana. Si intende in tal modo garantire la corretta informazione sulle strutture esistenti nel territorio dell'azienda sanitaria locale, in grado di guidare la persona verso risposte adeguate al bisogno segnalato, semplificando e facilitando

i percorsi di accesso alle prestazioni. E' un processo graduale che, a regime, garantirà che la rete dei servizi sia pronta alle necessità del caso, in relazione alla gravità dello stesso ed alle risorse economiche del soggetto (stati di fragilità sociale);

2) lo sviluppo dell'"assistenza domiciliare", che deve superare i limiti prestazionali ed erogativi che ne hanno caratterizzato l'avvio; ne consegue che l'"assistenza domiciliare" scompare per essere sostituita e integrata nella nuova definizione di "cure domiciliari", come definito nel documento della Commissione nazionale L.E.A.

3) l'istituzione e l'attivazione dell'ufficio distrettuale dell'assistenza distrettuale, affidato alla responsabilità del referente delle cure domiciliari. Una modalità mirata a chiarire le responsabilità e a creare un nodo organizzativo specifico per dare impulso alle attività domiciliari, anche quelle più complesse, integrate con i servizi sociali;

4) la costituzione e l'attivazione dell'équipe multidisciplinare nel distretto, che permetta di superare la dispersione di risorse umane e professionali che si è venuta a creare nel tempo con la costituzione di varie équipes specialistiche. Le équipes si attiveranno per la valutazione multidimensionale del caso, per la predisposizione dei piani di assistenza e per l'attivazione degli interventi, con l'importante coinvolgimento del medico di medicina generale.

Definizione delle cure domiciliari

Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, 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. Nell'ambito delle cure domiciliari integrate risulta fondamentale l'integrazione con i servizi sociali dei comuni. Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale deve essere valutato attraverso idonei strumenti che consentano la definizione del programma assistenziale ed il conseguente impegno di risorse.

Gli obiettivi principali delle cure domiciliari sono:

- l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;
- la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- il supporto alla famiglia;
- il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale.

Cure domiciliari e prestazioni connesse (attività)

Si distinguono, in relazione ai bisogni e tenendo conto dei modelli gestionali-organizzativi attivati da diverse regioni (7), così come evidenziato nel Progetto di ricerca finalizzata ex art. 12 del decreto legislativo n. 502/92 "La condizione dell'anziano non autosufficiente - Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenzialità prospettive e di una nuova più funzionale e articolata classificazione delle cure domiciliari":

- "Cure domiciliari prestazionali" caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato;
- "Cure domiciliari integrate di primo-secondo e terzo livello". Le cure di primo e secondo livello assorbono quelle già definite ADI9 mentre quelle di terzo livello assorbono l'OD10. Questa tipologia di cure domiciliari - in funzione della differente complessità/intensità - è caratterizzata dalla formulazione del Piano assistenziale individuale (PAI) redatto in base alla valutazione globale multidimensionale ed erogate attraverso la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale;
- "Cure domiciliari palliative a malati terminali", assorbono "l'assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale" e l'OD-CP11 e sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità definita dal PAI ed erogata da un'équipe in possesso di specifiche competenze.

Struttura territoriale

La collocazione elettiva delle cure domiciliari, anche dove vengono offerti apporti ospedalieri, è nel LEA assistenza distrettuale.

Quando l'équipe che eroga le cure domiciliari è di provenienza ospedaliera; è in ogni caso superata la denominazione "Ospedalizzazione domiciliare". Tale tipologia assistenziale è infatti erogata attraverso le cure domiciliari integrate di terzo livello e le cure domiciliari palliative a malati terminali.

(7) Provincia A. Trento e Regioni: Lombardia, Veneto, Toscana, Lazio, Umbria, Marche, Molise, Sicilia.

(8) Ministero della salute: Documenti conclusivi dei comitati ospedalizzazione domiciliare e comitato cure palliative.

"Caratterizzazione dei servizi di cure domiciliari" e "Il modello organizzativo per la realizzazione della rete di cure".

4. Lo sviluppo delle cure domiciliari in un modello "a rete"

La necessità di un intervento specifico nelle cure domiciliari nella Regione siciliana è ben evidenziata dall'esiguo numero dei casi precedentemente trattati in assistenza domiciliare (tabella 6) e anche dalla tipologia degli stessi, quasi esclusivamente rivolta a favore delle persone anziane.

Tabella 6 - Casi trattati in assistenza domiciliare in Sicilia

	Casi trattati		Ore di assistenza erogata			
	Totale	di cui anziani (%)	Terapisti riabilitaz.	Infermieri profess.li	Altri operatori	Totale
Italia	324.806	80,8	4	18	4	26
Sicilia	5.582	85,3	13	21	0	34

Il territorio secondo i L.E.A.

	Assist. territoriale ambulatoriale e domiciliare totale	A.D.I. e A.D.P.	A favore di anziani non autosufficienti	A favore di altri utenti
Italia valore medio	58,20	16,52	13,68	3,83
Sicilia	39,40	15,17	9,51	5,66

(Da Il Sole 24 Ore sanità, 24 novembre 2004)

Le cure domiciliari, come già accennato, saranno sviluppate secondo un modello organizzativo unitario che fa capo all'apposito referente nel distretto, e si dovrà articolare in ragione alle esigenze del caso concreto, pertanto dovrà essere "specificata" e "flessibile", in grado di cambiare rapidamente in ragione del mutare della situazione concreta.

La letteratura e l'esperienza hanno ormai evidenziato che le tipologie di assistenza domiciliare sono più facilmente distinguibili in ordine al bisogno assistenziale e all'impegno per rispondervi (ossia se occorre un infermiere, un terapeuta della riabilitazione; il medico ...e con quale periodicità), rispetto ad una rigida distinzione di "forme" di assistenza.

In ogni caso, la Regione ha fornito indicazioni alle aziende unità sanitarie locali per sviluppare le seguenti tipologie di assistenza, ormai "classiche" nella letteratura, ma ancora poco diffuse sul territorio, rapportate in relazione all'intensità assistenziale (bassa, media, alta e di tipo palliativo).

Tipologia delle cure domiciliari

Nel presente capitolo, in accordo con il documento esitato dalla Commissione nazionale L.E.A., si specificano le tipologie di prestazioni erogabili ai pazienti assistiti a domicilio:

- cure domiciliari di tipo prestazionale occasionale o ciclico programmato;
- cure domiciliari integrate di primo e secondo livello;
- cure domiciliari integrate di terzo livello e cure domiciliari palliative a malati terminali.

4.1 Cure domiciliari di tipo prestazionale occasionale o ciclico programmato

Si intende una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, non presupponga la presa in carico del paziente, nè una valutazione multidimensionale e l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare.

Sono richieste dal medico, responsabile del processo di cura del paziente e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali.

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

- prelievo ematico;
- esecuzione altre indagini bioumorali 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 (12) all'utilizzo di ausili per la mobilitazione del paziente;
- 8) educazione del care giver all'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 mobilitazione/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 (ADP) (13).

(12) In questo documento il care giver è colui che all'interno del nucleo familiare partecipa all'esecuzione delle cure.

(13) ADP: Assistenza domiciliare programmata (art. 53 ACN per la medicina generale).

4.2 Cure domiciliari integrate di primo e secondo livello

Sono ricompresi in questa tipologia assistenziale interventi professionali rivolti ai malati e alle loro famiglie previsti dal PAI.

L'attivazione dell'assistenza richiesta dal medico responsabile delle cure del paziente prevede il coinvolgimento del medico di medicina generale nella definizione degli obiettivi e dei processi assistenziali attraverso la valutazione multidimensionale.

Si rivolge a malati che, pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi, hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni (I livello) o 6 giorni (II livello). Le cure integrate di primo e secondo livello prevedono un ruolo di centralità del medico di medicina generale che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura.

La gamma di prestazioni che riguardano questa tipologia di intervento professionale comprende prestazioni medico-infermieristiche, riabilitative mediche e medico-specialistiche:

4.2.1 Prestazioni relative all'attività 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;

4.2.2 Prestazioni relative all'attività educativo/relazionale/ambientale

- 12) istruzione del care giver (14) alla gestione di una terapia;
- 13) educazione del care giver all'attività di nursing (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari ecc.);
- 14) educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilitazione 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 mobilitazione / 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;

(14) In questo documento il care giver è colui che all'interno del nucleo familiare partecipa all'esecuzione del PAI.

4.2.3 Prestazioni relative all'attività clinica di tipo terapeutico.

4.2.3.1 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;

4.2.3.2 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;

4.2.3.3 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) courretage chirurgico;
- 44) bendaggio elastocompressivo;

4.2.3.4 Prestazioni relative ai trattamenti di tipo riabilitativo

- 45) trattamento di rieducazione motoria;
- 46) rieducazione respiratoria;
- 47) rieducazione del linguaggio;
- 48) recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane;

4.2.4 Prestazioni relative all'attività di programmazione

- 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.

4.3 Cure domiciliari integrate di terzo livello e cure domiciliari palliative a malati terminali

Dette cure consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche:

- malati terminali (oncologici e non);
- malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);
- fasi avanzate e complicate di malattie croniche;
- pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale;
- pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza.

Tra questi per i malati terminali è individuato un profilo specifico di cure palliative che richiede l'intervento di una équipe dedicata di cui fa parte il medico di medicina generale.

A determinare la criticità e l'elevata intensità assistenziale concorrono l'instabilità clinica, la presenza di sintomi di difficile con-

trollo, la necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o al care-giver (15).

Presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione di un piano di cura con intervento di tipo multidisciplinare.

Tali cure sono richieste dal medico responsabile delle cure del paziente.

Si tratta di interventi programmati sui 7 giorni settimanali e per le cure palliative è prevista la pronta disponibilità medica sulle 24 ore di norma erogata dall'équipe di cura e comunque da medici specificatamente formati.

La gamma di prestazioni che riguardano questi profili comprende prestazioni mediche, infermieristiche, dietologiche, riabilitative fisioterapiche e logopediche, psicologiche e medico-specialistiche:

4.3.1 Prestazioni relative all'attività 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) esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.);
- 8) prelievo ematico da sangue capillare;
- 9) ECG;
- 10) valutazione delle alterazioni del linguaggio di tipo afasico;
- 11) valutazione delle alterazioni del linguaggio di tipo disartrico;
- 12) consulenze specialistiche;
- 13) visite programmate del medico di medicina generale;

(15) In questo documento il care giver è colui che all'interno del nucleo familiare partecipa all'esecuzione del PAI.

4.3.2 Prestazioni relative all'attività educativo/relazionale/ambientale

- 14) educazione del care giver all'attività di nursing (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari 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;

4.3.3 Prestazioni relative all'attività clinica di tipo terapeutico

4.3.3.1 Prestazioni relative ai trattamenti farmacologici e al mantenimento dell'omeostasi

- 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;

4.3.3.2 Prestazioni relative alla funzione respiratoria

- 58) gestione tracheostomia;
- 59) sostituzione cannula tracheale;
- 60) broncoaspirazione;
- 61) impostazione ventilazione meccanica domiciliare;
- 62) controllo parametri ventilatori;

4.3.3.3 Prestazioni relative alla funzione alimentare

- 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;

4.3.3.4 Prestazioni relative alle funzioni escretorie

- 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;

4.3.3.5 Prestazioni relative al trattamento delle lesioni cutanee e alle alterazioni dei tessuti molli

- 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;

4.3.3.6 Prestazioni relative ai trattamenti di tipo riabilitativo

- 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;

4.3.4 Prestazioni relative all'attività di programmazione

- 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'invalidità civile.

Quindi, la Regione indica, inoltre, alcuni obiettivi generali correlati allo sviluppo dell'assistenza domiciliare, attraverso forme di

responsabilizzazione del medico di assistenza primaria e delle figure professionali proprie delle strutture interessate:

a) fornire una risposta assistenziale migliore e più appropriata rispetto al ricovero in ospedale ai problemi di salute di pazienti affetti da patologie croniche e da malattie temporaneamente invalidanti;

b) ridurre il numero di ricoveri per patologie acute che possono essere trattate a domicilio ed ottenere una conseguente diminuzione dei costi assistenziali;

c) promuovere il recupero e il reinserimento dei soggetti non autosufficienti, favorendo quelle strategie di comportamento tendenti ad evitare un contesto ambientale di tipo cronicizzante e ospedalizzante.

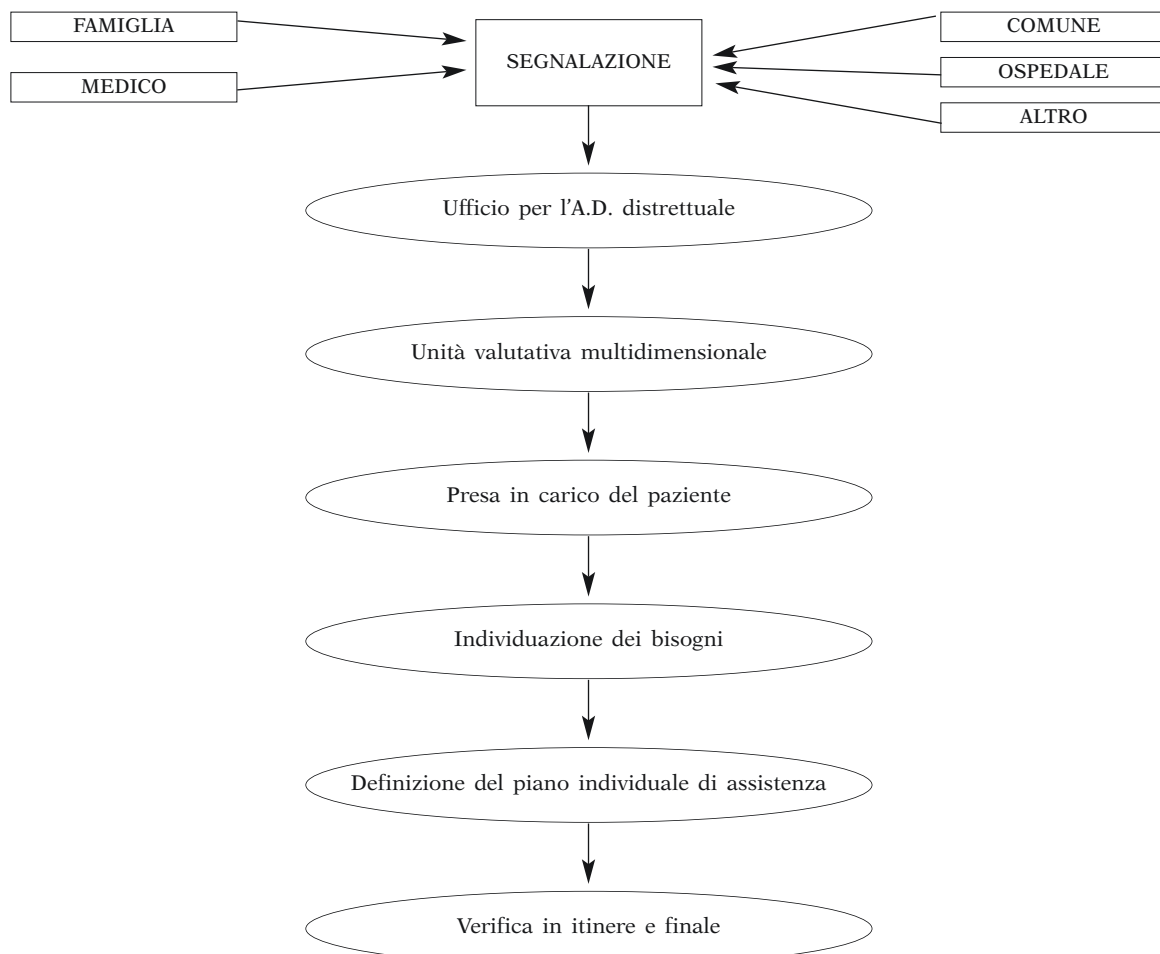
Organizzare in modo specifico l'assistenza domiciliare diviene un compito fondamentale del distretto, con un referente specifico, un punto di accesso ben definito, ed équipes multidisciplinari capaci di decidere e graduare gli interventi necessari, coordinandosi realmente con il medico di medicina generale.

Si intende in tal modo creare un modello "a rete", un sistema coordinato di cure nel quale "si configura un sostegno all'uomo in difficoltà sotto l'aspetto socio-sanitario e nel quale il fine assistenziale deve essere quello di fornire il servizio appropriato rispetto a quello di erogare comunque delle prestazioni" (Barbagallo M. 2004).

L'obiettivo è operare la scelta assistenziale appropriata e pertinente basata sulla gerarchia per i bisogni prioritari delle persone più fragili e più a rischio, garantendo una personalizzazione delle cure, la continuità assistenziale, una riduzione dei ricoveri impropri o ad alto rischio di non appropriatezza negli ospedali, che devono essere riservati per le prestazioni di elevata assistenza e/o ad elevata complessità. Ciò con notevole risparmio i cui ricavi saranno reinvestiti nel sistema.

Si sono così dovute definire le modalità di accesso che sono schematicamente rappresentate nel seguente diagramma di flusso:

MODALITA' DI ACCESSO ALL'A.D.



Pertanto, l'assistenza domiciliare (cure domiciliari) è l'attività che:

- si fa carico del bisogno socio-sanitario del cittadino e della sua famiglia, attraverso un piano di cura realizzato a casa;
- supporta le attività del medico di medicina generale e garantisce la continuità assistenziale;
- si prende cura del paziente fragile, nel quale malattia e scompenso funzionale interagiscono reciprocamente.

Appare opportuno soffermarsi sul concetto di fragilità, che può riguardare:

- suscettibilità verso malattie acute-croniche;
- difficoltà di recupero dopo eventi acuti;
- deterioramento cognitivo;
- inguaribilità con breve aspettativa di vita.).

Si ritiene inoltre dover specificare le prestazioni erogabili dalle figure professionali abitualmente coinvolte nelle cure domiciliari:

Medico di medicina generale/medico specialista (es. geriatria - medicina interna)

- 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;
- 6) stesura di un piano assistenziale;
- 7) valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi;
- 8) prescrizione ausili e protesi;
- 9) prescrizione terapeutica;
- 10) istruzione del care giver alla gestione di una terapia;
- 11) prelievo ematico;
- 12) terapia iniettiva intramuscolare;
- 13) terapia iniettiva sottocutanea;
- 14) terapia iniettiva sottocutanea in infusione;
- 15) terapia iniettiva endovenosa;
- 16) terapia infusione con necessità di sorveglianza medica;
- 17) terapia iniettiva endovenosa in infusione;
- 18) terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed in infusione continua;
- 19) terapia infusione con necessità di sorveglianza medica;
- 20) posizionamento catetere venoso periferico;
- 21) posizionamento cateterino sottocutaneo;
- 22) gestione cateterismo sottocutaneo/venoso periferico;
- 23) gestione cateterismo venoso centrale/sist. port-a-cath;
- 24) assistenza/gestione pompa infusione;
- 25) irrigazione dell'orecchio;
- 26) verifica parametri nutrizionali;
- 27) anamnesi dietologica;
- 28) formulazione dieta personalizzata;
- 29) valutazione della disfagia;
- 30) impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale enterale;
- 31) impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale;
- 32) medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.);
- 33) medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.);
- 34) bendaggio con doccia di immobilizzazione;
- 35) fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo-elastici;
- 36) toilette lesione/ferita superficiale;
- 37) toilette lesione/ferita profonda;
- 38) courettage e/o rimozione unghia/matrice ungueale;
- 39) svuotamento di ematomi;
- 40) incisione con drenaggio sottocutaneo;
- 41) drenaggio raccolta ascessuale;
- 42) bendaggio elastocompressivo;
- 43) anestesia locale;
- 44) anestesia periferica tronculare;
- 45) infiltrazione punti trigger;
- 46) sutura ferite;
- 47) rimozione dei punti/graff di sutura;
- 48) emotrasfusione;

- 49) toracentesi;
- 50) paracentesi;
- 51) artrocentesi;
- 52) sostituzione cannula tracheale;
- 53) broncoaspirazione;
- 54) impostazione ventilazione meccanica domiciliare;
- 55) controllo parametri ventilatori;
- 56) prelievo da sangue capillare;
- 57) esecuzione altre indagini biomorali routinarie (es.) urine, esami colturale ecc.);
- 58) sostituzione PEG con sistema di ancoraggio a bottone;
- 59) posizionamento/sostituzione SNG;
- 60) ECG;
- 61) posizionamento/sostituzione/gestione cateterismo vescicale;
- 62) valutazione del ristagno vescicale;
- 63) esplorazione rettale;
- 64) gestione cateterismo sovrappubico o altre derivazioni urinarie;
- 65) impostazione dialisi peritoneale;
- 66) colloquio con familiare/care giver;
- 67) colloquio con il medico curante;
- 68) colloquio con medico specialista;
- 69) confronto con l'équipe (riunioni periodiche - passaggio di informazioni - consegne);
- 70) consulenze specialistiche;
- 71) certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile;
- 72) rendicontazione dell'attività svolta.

Medico specialista: medicina fisica e riabilitativa

- 1) prima visita domiciliare (esame obiettivo + rilevazione parametri vitali + monitoraggio segni e sintomi);
- 2) visita programmata di controllo;
- 3) esecuzione di test/scale di valutazione (FIM);
- 4) definizione del trattamento riabilitativo;
- 5) stesura di un piano assistenziale;
- 6) valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi;
- 7) prescrizione ausili e protesi;
- 8) monitoraggio periodico dell'andamento del trattamento;
- 9) prescrizione terapeutica;
- 10) bendaggio con doccia di immobilizzazione;
- 11) fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo-elastici;
- 12) istruzione del care giver alla gestione di una terapia;
- 13) colloquio con familiare/care giver;
- 14) colloquio con il medico curante;
- 15) colloquio con medico specialista;
- 16) confronto con l'équipe (riunioni periodiche - passaggio di informazioni - consegne);
- 17) certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità;
- 19) consulenze specialistiche;
- 20) rendicontazione dell'attività svolta.

Medico specialista esperto in cure palliative

- 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;
- 6) stesura di un piano assistenziale;
- 7) prescrizione terapeutica;
- 8) istruzione del care giver alla gestione di una terapia;
- 9) educazione del caregiver alla gestione di dispositivi per la somministrazione di farmaci (pompe, elastomeri, altro);
- 10) valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi;
- 11) prescrizione ausili e protesi;
- 12) monitoraggio dei sintomi;
- 13) terapia iniettiva intramuscolare;
- 14) terapia iniettiva sottocutanea;
- 15) terapia iniettiva sottocutanea in infusione;
- 16) terapia iniettiva endovenosa;

- 17) terapia infusione con necessità di sorveglianza medica;
- 18) terapia iniettiva endovenosa in infusione;
- 19) terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed in infusione continua;
- 20) terapia infusione con necessità di sorveglianza medica;
- 21) posizionamento catetere venoso periferico;
- 22) posizionamento cateterino sottocutaneo;
- 23) gestione cateterismo sottocutaneo/venoso periferico;
- 24) gestione cateterismo venoso centrale/sist Port-a-cath;
- 25) assistenza/gestione pompa infusione;
- 26) gestione cateteri spinali;
- 27) istillazione genitoruinaria;
- 28) irrigazione dell'orecchio;
- 29) valutazione della disfagia;
- 30) impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale enterale;
- 31) impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale;
- 32) prelievo ematico;
- 33) prelievo da sangue capillare;
- 34) esecuzione altre indagini biomorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.);
- 35) medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.);
- 36) medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.);
- 37) toilette lesione/ferita superficiale;
- 38) toilette lesione/ferita profonda;
- 39) courettage e o rimozione unghia/matrice ungueale;
- 40) svuotamento di ematomi;
- 41) incisione con drenaggio sottocutaneo;
- 42) anestesia locale;
- 43) anestesia periferica tronculare;
- 44) infiltrazione punti trigger;
- 45) sutura ferite;
- 46) rimozione dei punti/graff di sutura;
- 47) ECG;
- 48) sostituzione cannula tracheale;
- 49) broncoaspirazione;
- 50) impostazione ventilazione meccanica domiciliare;
- 51) posizionamento/sostituzione SNG;
- 52) sostituzione di PEG con sistema di ancoraggio a bottone;
- 53) posizionamento/sostituzione/gestione cateterismo vescicale;
- 54) valutazione del ristagno vescicale;
- 55) gestione cateterismo sovrappubico o altre derivazioni urinarie;
- 56) impostazione dialisi peritoneale;
- 57) controllo parametri ventilatori;
- 58) esplorazione rettale;
- 59) paracentesi;
- 60) toracentesi;
- 61) artrocentesi;
- 62) emotrasfusione;
- 63) colloquio con familiare/care giver;
- 64) colloquio con il medico curante;
- 65) colloquio con medico specialista;
- 66) confronto con l'equipe (riunioni periodiche - passaggio di informazioni - consegne);
- 67) consulenze specialistica;
- 68) certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile;
- 69) visita di cordoglio - supporto al lutto;
- 70) rendicontazione dell'attività svolta.

Infermiere

- 1) prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica + rilevazione parametri vitali + rilevazione dei bisogni);
- 2) visita programmata di attuazione del piano assistenziale;
- 3) visita in urgenza;
- 4) rilevazione di test/scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.);
- 5) compilazione diario clinico infermieristico;
- 6) stesura di un piano assistenziale;
- 7) educazione del care giver alla attività di nursing (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari ecc.);
- 8) istruzione del care giver alla gestione di una terapia;

- 9) educazione del caregiver alla gestione di dispositivi per la somministrazione di farmaci (pompe, elastomeri, altro);
- 10) valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi;
- 11) educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilitazione del paziente;
- 12) applicazione di misure profilattiche a a pazienti con ridotta compliance;
- 13) educazione del care giver alla corretta mobilitazione/corretta postura del paziente;
- 14) educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee;
- 15) educazione del care giver alla gestione di derivazioni urinarie;
- 16) educazione del care giver alla gestione di enterostomie;
- 17) prelievo ematico da sangue capillare (DTX);
- 18) prelievo ematico;
- 19) esecuzione altre indagini biomorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.);
- 20) gestione tracheostomia;
- 21) educazione del care giver alla broncoaspirazione;
- 22) broncoaspirazione;
- 23) medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.);
- 24) medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.);
- 25) bendaggio con doccia di immobilizzazione;
- 26) fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici;
- 27) toilette lesione/ferita superficiale;
- 28) terapia iniettiva intramuscolare;
- 29) terapia iniettiva sottocutanea;
- 30) terapia iniettiva sottocutanea in infusione;
- 31) terapia iniettiva endovenosa;
- 32) terapia iniettiva endovenosa in infusione;
- 33) terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed in infusione continua;
- 34) posizionamento catetere venoso periferico;
- 35) posizionamento cateterino sottocutaneo;
- 36) gestione cateterismo sottocutaneo/venoso periferico;
- 37) gestione cateterismo venoso centrale/sist Port-a-cath;
- 38) assistenza/gestione pompa infusione;
- 39) gestione cateteri spinali;
- 40) istillazione genitoruinaria;
- 41) irrigazione dell'occhio;
- 42) irrigazione dell'orecchio;
- 43) valutazione della disfagia;
- 44) posizionamento/sostituzione SNG;
- 45) gestione SNG;
- 46) gestione PEG;
- 47) valutazione del ristagno gastrico;
- 48) somministrazione di terapia tramite SNG-PEG;
- 49) controllo periodico del sistema di ancoraggio della PEG;
- 50) posizionamento/sostituzione/gestione cateterismo vescicale;
- 51) valutazione del ristagno vescicale;
- 52) gestione cateterismo sovrappubico o altre derivazioni urinarie;
- 53) impostazione dialisi peritoneale;
- 54) gestione alvo (intervento educativo igienico-alimentare);
- 55) gestione alvo (clistere evacuativo evacuazione manuale);
- 56) esplorazione rettale;
- 57) gestione enterostomie;
- 58) gestione drenaggi;
- 59) irrigazione intestinale;
- 60) gestione derivazioni urinarie;
- 61) ECG;
- 62) colloquio con familiare/care giver;
- 63) colloquio con il medico curante;
- 64) colloquio con medico specialista;
- 65) confronto con l'equipe (riunioni periodiche - passaggio di informazioni - consegne);
- 66) visita di cordoglio - supporto al lutto;
- 67) rendicontazione attività svolta.

Fisioterapista

- 1) esecuzione di test/scale di valutazione (FIM);
- 2) valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi;
- 3) istruzione utilizzo ausili e protesi;
- 4) istruzione del paziente o del care giver all'utilizzo di ausili per la deambulazione e valutazione ambientale;
- 5) educazione del care giver ad interventi adattativi che rendano più sicuri e fruibili gli ambienti domestici;
- 6) educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilitazione del paziente;
- 7) educazione del care giver alla corretta mobilitazione/corretta postura del paziente;
- 8) applicazione di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance;
- 9) compilazione diario clinico;
- 10) trattamento di rieducazione motoria del paziente emiplegico;
- 11) trattamento di rieducazione motoria del paziente ortopedico;
- 12) trattamento di rieducazione motoria del paziente amputato;
- 13) trattamento di rieducazione globale del paziente portatore di patologia neurodegenerativa;
- 14) rieducazione respiratoria;
- 15) rieducazione alla tosse assistita;
- 16) trattamento di rieducazione respiratoria;
- 17) trattamento di rieducazione alla tosse assistita;
- 18) terapia fisica;
- 19) bendaggio con doccia di immobilizzazione;
- 20) fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici;
- 21) confronto con l'equipe (riunioni periodiche - passaggio di informazioni - consegne);
- 22) colloquio con familiare/care giver;
- 23) contatto con lo specialista;
- 24) rendicontazione attività svolta.

Logopedista

- 1) valutazione dell'alterazione del linguaggio di tipo afasico;
- 2) valutazione dell'alterazione del linguaggio di tipo disartrico;
- 3) esecuzione di test/scale di valutazione;
- 4) stesura di un piano assistenziale;
- 5) rieducazione al linguaggio;
- 6) rieducazione disturbi neuropsicologici (memoria ed attenzione);
- 7) monitoraggio del disturbo;
- 8) valutazione della disfagia;
- 9) colloquio con il familiare/caregiver;
- 10) colloquio con lo specialista;
- 11) confronto con l'equipe (riunioni periodiche - passaggio di informazioni - consegne);
- 12) rendicontazione attività svolta;

Terapista occupazionale

- 1) stesura di un piano assistenziale;
- 2) rieducazione disturbi neuropsicologici (memoria ed attenzione);
- 3) recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane;
- 4) colloquio con il familiare/caregiver;
- 5) colloquio con lo specialista;
- 6) confronto con l'equipe (riunioni periodiche - passaggio di informazioni - consegne);
- 7) rendicontazione attività svolta.

Dietista

- 1) anamnesi dietologica;
- 2) verifica parametri nutrizionali;
- 3) formulazione dieta personalizzata;
- 4) valutazione disfagia;
- 5) stesura di un piano assistenziale;
- 6) istruzione alla preparazione di diete a consistenza modificata;
- 7) istruzione alla somministrazione dei pasti con posture facilitanti;
- 8) monitoraggio del disturbo disfagico;

- 9) impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale enterale;
- 10) impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale;
- 11) istruzione alla gestione domiciliare di un programma di nutrizione enterale;
- 12) istruzione alla gestione di una sonda nutrizionale;
- 13) somministrazione di terapia tramite SNG-PEG;
- 14) monitoraggio del programma nutrizionale;
- 15) valutazione del ristagno gastrico;
- 16) contatti con gli specialisti;
- 17) colloquio con il familiare/caregiver;
- 18) contatti con i medici di medicina generale;
- 19) confronto con l'equipe (riunioni periodiche - passaggio di informazioni - consegne);
- 20) rendicontazione dell'attività svolta;
- 21) consulenze.

Operatore socio sanitario

- 1) igiene personale a persone allettate o con lesioni cutanee;
- 2) bagno assitito;
- 3) posizionamenti e mobilitazione;
- 4) supporto alle prestazioni infermieristiche.

Psicologo

- 1) terapia di supporto ai pazienti e ai familiari;
- 2) consulenza individuale agli operatori delle équipe;
- 3) attività di supervisioni di équipe;
- 4) colloqui per sostegno ed elaborazione del lutto.

Contestualmente, si è dovuta ridefinire la modalità di accesso in residenza sanitaria assistenziale.

Modalità di accesso in residenza sanitaria assistenziale**Attivazione**

La richiesta è formulata allo sportello unico:
 — dal responsabile del reparto ospedaliero, almeno 72 ore prima della dimissione;
 — dal M.M.G.;
 — dall'assistente sociale.

Valutazione

Il responsabile dell'A.D. distrettuale effettua la valutazione al domicilio o nel reparto ospedaliero.

Piano individuale di assistenza

- tipologia delle prestazioni da erogare;
- cadenza delle prestazioni e temporizzazione;
- accessi delle eventuali consulenze specialistiche;
- accessi del M.M.G.;
- durata presunta del ricovero in RSA.

Accesso alle cure domiciliari

I requisiti indispensabili per l'attivazione delle cure domiciliari sono:

- a) condizione di non autosufficienza 16 (disabilità), di fragilità 17 e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;
- b) adeguato supporto familiare o informale, culturale, sociale ed economico;
- c) idonee condizioni abitative;
- d) consenso informato da parte della persona e della famiglia;
- e) presa in carico da parte del medico di medicina generale (garanzia degli accessi concordati, disponibilità telefonica dalle ore 8,00 alle ore 20,00).

Valutazione del caso e piano individuale di assistenza

La presa in carico nelle cure domiciliari si accompagna ad un approccio multidimensionale di cui sono aspetti essenziali:

- la valutazione globale dello stato funzionale del paziente attraverso sistemi di valutazione sperimentati e validati su ampia scala, standardizzati e in grado di produrre una sintesi delle condizioni cliniche, funzionali e sociali per l'elaborazione del piano as-

sistenziale individuale (PAI), permettendo, nel contempo, la definizione del case-mix individuale e di popolazione;

- la predisposizione del PAI;
- un approccio assistenziale erogato attraverso un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare che comprende anche operatori sociali;
- il monitoraggio periodico e la valutazione degli esiti.

All'interno dell'équipe erogatrice delle cure viene inoltre individuato un responsabile del caso (case manager) che, in collaborazione con il M.M.G., orienta e coordina gli interventi in base a quanto definito nel piano assistenziale individuale, compresa l'assistenza protesica e farmaceutica.

In tale percorso diventa obbligatorio stabilire una serie di indicatori quali-quantitativi, anche utilizzando le esperienze di altri contesti che già hanno intrapreso similari percorsi.

Gli indicatori quali-quantitativi previsti sono:

- CIA = coefficiente di intensità assistenziale: numero GEA/numero GdC;
- GEA = giornata effettiva di assistenza: giorno nel quale è stato effettuato almeno un accesso domiciliare;
- GdC = giornate di cura: durata del piano di cura dalla presa in carico alla dimissione dal servizio.

L'intensità assistenziale è calcolata come segue:

Indicatore di intensità assistenziale	I.A. = GEA/GTC n. giornate effettive di assistenza / n. giornate di cura
CD bassa intensità	Inferiore a 2 giorni/settimana = 0,25
CD media intensità	2,5 giorni/settimana = 0,35
CD palliative	4 giorni/settimana = 0,57
CD alta intensità	5,5 giorni/settimana = 0,78

Osservazioni conclusive

Attualmente l'assistenza domiciliare in Sicilia è "a macchia di leopardo", con aziende unità sanitarie locali che hanno già operato molto per lo sviluppo della stessa ed altre più in difficoltà.

Il percorso avviato nella Regione siciliana tende a omogeneizzare la situazione, per lo meno sul piano organizzativo e anche della tipologia di assistenza, a creare forme di controllo sulla qualità e sulla quantità dell'assistenza erogata.

Si è consapevoli di essere all'inizio di un percorso complesso, in quanto il raccordo tra una pluralità di figure professionali richiede un cambiamento culturale e formativo, oltre che organizzativo, ma anche perché mancano ancora modalità uniformi per la valutazione multidimensionale del bisogno sanitario e socio-sanitario.

Accanto a questo, la Regione mira a diffondere anche forme di cash and care, come il buono socio-sanitario, privilegiando forme che evitino l'istituzionalizzazione della persona fragile.

C'è la necessità di condividere un progetto comune sull'équipe multidimensionale, che superi le difficoltà di raccordo tra il medico di medicina generale, elemento e riferimento centrale per il citta-

dino, e le altre figure che devono concorrere alla decisione del percorso in assistenza domiciliare.

Accordo regionale medicina generale, decreto 12 gennaio 2004 e decreto 8 agosto 2007

- art. 24 - Scheda multidimensionale dell'anziano per la valutazione socio-sanitaria - S.V.A.M.A.;
- artt. 25, 26, 27 e 28 - Assistenza domiciliare.

Obiettivi prioritari di P.S.N. 2003/2005

- art. 1, comma 34, legge n. 662/96;
- decreto n. 4525 del 16 dicembre 2004;
- risorse assegnate alla Regione Sicilia € 60.189.652,00;
- area 1 - Lo sviluppo della politica dei livelli essenziali di assistenza - 35%;
- area 2 - Le cure primarie - 25%;
- area 3 - La rete integrata dei servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza - 15%;
- area 4 - I centri di eccellenza - 10%;
- area 5 - La comunicazione istituzionale 15%.

Area tematica 2 - Le cure primarie

SANITA'		ENTI LOCALI
2. Definizione e gestione informatica delle schede multidimensionali dell'anziano e del diciottenne	Assessorato della sanità. Aziende sanitarie territoriali e loro distretti	Struttura server centrale Incentivi al personale delle aziende
4. Creazione di un sistema di indicatori che sulla base dei bisogni rilevati dalla scheda multidimensionale possa garantire la corretta applicazione, verifica e controllo delle azioni di cui al successivo punto	Assessorato della sanità Aziende sanitarie territoriali e loro distretti	Progetto da gestire anche in convenzione ed in collaborazione con il MMG
5. Sviluppo dell'assistenza domiciliare in tutte le sue varie forme (ADI-ADP-ADR) in collaborazione con il M.M.G	Assessorato della sanità Aziende sanitarie territoriali e loro distretti utilizzando esperienze anche di altre Regioni	Progetto da gestire anche in convenzione ed in collaborazione con il MMG
6. Potenziamento e sviluppo dell'ospedalizzazione domiciliare	Assessorato della Sanità Aziende sanitarie territoriali e loro distretti	Progetto da gestire anche in convenzione ed in collaborazione con il MMG
Sviluppo del progetto UTAP in collaborazione con il Ministero della salute		

Area tematica 3 - Rete integrata dei servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza

SANITA'			ENTI LOCALI
Sviluppo e messa a regime del dipartimento socio-sanitario come elemento di governo nel sistema dell'integrazione socio-sanitaria delle componenti famiglia, medicina del territorio, ospedale di comunità, no-profit, enti locali, ecc.	Aziende sanitarie territoriali e loro distretti	Incentivi al personale delle aziende	
Definizione e messa a regime della rete servizi territoriali (R.S.A., ospedali di comunità, ambulatoriali e distretti), con l'attivazione dello sportello socio-sanitario (sportello unico)	Aziende sanitarie territoriali e loro distretti	Incentivi al personale delle Aziende Contratti per personale aggiuntivo di gestione degli sportelli	

(2008.28.2222)102*

DECRETO 2 luglio 2008.

Piano regionale di contenimento dei tempi delle liste di attesa per il triennio 2006-2008, ai sensi dell'art. 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 "Legge finanziaria 2006".

IL DIRIGENTE GENERALE
DELL'ISPettorato REGIONALE SANITARIO

Visto lo Statuto della Regione;
Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833;
Visto il decreto legislativo n. 502/92 per come integrato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229;
Visto il D.P.C.M. 14 febbraio 2001, art. 4, comma 3;
Preso atto che in data 31 luglio 2007 è stato sottoscritto tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze ed il Presidente della Regione siciliana l'Accordo attuativo del Piano previsto dall'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

Rilevato che il predetto Accordo, unitamente al Piano di rientro, di riorganizzazione, di riqualificazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento del riequilibrio economico del servizio sanitario regionale, con le relative misure ed azioni da adottare, sono stati approvati dalla Giunta regionale con delibera n. 312 dell'1 agosto 2007;

Preso atto che, con tale deliberazione n. 312, l'Assessore regionale per la sanità è stato incaricato di dare esecuzione all'Accordo ed al Piano relativo e di provvedere all'attuazione delle misure e degli interventi contenuti in tale atto valevole per il triennio 2007/2009;

Considerato quanto disposto al punto B.-1.2 che pone l'obbligo alla Regione di adottare, entro il 30 settembre, con decreto assessoriale il Piano regionale di contenimento dei tempi delle liste d'attesa per il triennio 2006-2008 ai sensi dell'art. 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 "Legge finanziaria 2006";

Tenuto conto che già la Regione, con decreto n. 8268 del 30 giugno 2006, aveva dato istruzioni ai direttori generali delle aziende per dare attuazione alla normativa in materia di liste d'attesa, precedentemente richiamata, e dovendo manutenzione il suddetto programma in modo più articolato per dare completa attuazione all'intesa Stato-Regione del 28 marzo 2006;

Ritenuto opportuno dover adottare uno specifico Piano in cui vengono sviluppate armonicamente tutte le

tematiche relative ad una corretta gestione delle liste d'attesa finalizzata alla conseguenziale riduzione ed abbattimento delle stesse;

Ritenuto opportuno dover emanare specifiche direttive finalizzate alla revisione periodica delle attività prescrittive delle prestazioni oggetto di monitoraggio;

Considerato che il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e il Ministero dell'economia e delle finanze hanno approvato lo schema del presente decreto con parere favorevole n. 0000238-P, reso in data 30 giugno 2008;

Decreta:

Art. 1

L'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriali e di ricovero di cui all'Intesa Stato-Regione del 28 marzo 2006 a far data dall'1 ottobre 2007 è disciplinata dal Piano regionale di contenimento dei tempi delle liste d'attesa per il triennio 2006-2008 ai sensi dell'art. 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 "Legge finanziaria 2006", che costituisce parte integrante del presente decreto, ciò a parziale integrazione e modifica di quanto stabilito dal decreto n. 8268 del 30 giugno 2006.

Art. 2

In attuazione della delibera di Giunta n. 312 dell'1 agosto 2007 con cui la Regione ha adottato il "Piano di contenimento e di riqualificazione del sistema sanitario regionale 2007-2009" e del relativo decreto 6 agosto 2007, n. 1657, ed in considerazione delle sanzioni previste a carico della Regione in caso di ritardo e/o inadempimento, è fatto obbligo ai direttori generali delle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliere universitarie e dell'I.R.C.C.S. pubblico della Regione di osservare, a pena di decadenza, la seguente tempistica per l'esecuzione degli adempimenti di competenza:

1) entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente decreto, produrre all'Assessorato della sanità - dipartimento I.R.S., la delibera di "Piano aziendale di contenimento delle liste di attesa", nel rispetto di quanto stabilito dall'art. 1;