



REGIONE BASILICATA

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° 862  
SEDUTA DEL 10 GIU. 2008

Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale,  
Servizi alla persona e alla comunità

DIPARTIMENTO

OGGETTO D.G.R. N.1655 DEL 30.07.2001 - APPROVAZIONE DELLE NUOVE LINEE GUIDA PER L'EROGAZIONE DEL SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI NELLA REGIONE BASILICATA

Relatore ASSESSORE DIP.TO SALUTE, SICUREZZA E SOLIDARIETÀ  
SOCIALE, SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITÀ

La Giunta, riunitasi il giorno 10 GIU. 2008 alle ore 20,30 nella sede dell'Ente,

		Presente	Assente
1.	Vito DE FILIPPO - Presidente	X	
2.	Vincenzo FOLINO - Vice Presidente	X	
3.	Antonio AUTILIO - Componente	X	
4.	Roberto FALOTICO - Componente	X	
5.	Innocenzo LOGUERCIO - Componente	X	
6.	Antonio POTENZA - Componente	X	
7.	Vincenzo SANTOCHIRICO - Componente	X	

Segretario: Avv. Maria Carmela SANTORO

ha deciso in merito all'argomento in oggetto,  
secondo quanto riportato nelle pagine successive.

L'atto si compone di N° \_\_\_\_\_ pagine compreso il frontespizio  
e di N° \_\_\_\_\_ allegati

UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

Prenotazione di impegno N° \_\_\_\_\_ UPB Cap. \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_  
 Assunto impegno contabile N° \_\_\_\_\_ UPB Cap. \_\_\_\_\_

Esercizio \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE

Atto soggetto a pubblicazione  integrale  per estratto

## VISTE

la L.R. n. 12/96 e successive modifiche ed integrazioni concernente la riforma dell'organizzazione regionale

la D.G.R. n. 11/98 con cui sono stati individuati atti rientranti in via generale nelle competenze della Giunta Regionale

la D.G.R. n.1148/05 e la D.G.R. n. 138/05 relative alla denominazione e configurazione dei dipartimenti regionali

la D.G.R. n. 2017/05 con cui sono state individuate le strutture dirigenziali ed è stata stabilita la declaratoria dei compiti alle medesime assegnate

la L.R. n. 1/07 Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione annuale e pluriennale della regione Basilicata – Legge Finanziaria 30.01.2007

la L.R. n. 2/07 Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2007 e bilancio pluriennale per il triennio 2007-2009

la D.G.R. n.96 del 05/02/2007 di approvazione della ripartizione finanziaria in capitoli delle Unità Previsionali di Base del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2007 e del bilancio pluriennale per il triennio 2007-2009

## VISTI

l'art.3-quinquies del Decreto legislativo del 30.12.92, n. 502, come modificato dal decreto legislativo del 19.6.1999, n. 229, che ha attribuito all'ambito distrettuale e territoriale i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, ivi inclusa l'assistenza domiciliare integrata

il D.P.C.M. del 29/11/2001 – Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, che ha garantito l'erogazione dell'Assistenza programmata a domicilio e l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADP e ADI) e ha stabilito che, nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria, la precisazione delle linee prestazionali a carico del sistema sanitario deve tener conto dei diversi livelli di dipendenza o non autosufficienza il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 che ha rafforzato la tutela dei soggetti fragili, tra cui gli anziani e i soggetti nella fase terminale della vita

la Legge regionale del 31.10.2001, n. 39 relativa al "riordino e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale" che ha ribadito le funzioni del Distretto Sanitario di Base nell'organizzazione delle Aziende sanitarie regionali

la Legge regionale n.4/2007 – "Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza solidale" che ha ridefinito l'ambito distrettuale e ne ha dato la nuova configurazione nel Distretto Socio-sanitario, al fine di affrontare i bisogni sanitari, socio-sanitari e sociali dei cittadini in un'ottica unitaria e omogenea

**CONSIDERATO** che la D.G.R. n.1655 del 30.07.01 ha approvato le linee guida regionali per l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare integrata, definendo il coordinamento delle attività e l'offerta di cura

**CONSIDERATO** altresì che la D.G.R. n.1650 del 01.08.05 di approvazione del "Programma per la realizzazione della rete regionale di assistenza per le cure palliative" ha attuato una ricomposizione di tutte le funzioni assistenziali domiciliari, alla cui organizzazione concorre tra l'altro, l'Assistenza Domiciliare Integrata

**DATO ATTO** che la Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, ha elaborato il documento "*Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*" al fine di fissare standard qualitativi e quantitativi delle attività domiciliari, nonché di determinare la remunerazione degli erogatori

**ATTESO** che il suddetto documento:

- ha introdotto la denominazione di "**cure domiciliari**" anziché "**assistenza domiciliare**" in relazione alla necessità di distinguere, in modo esclusivo, le cure sanitarie e socio-sanitarie integrate, dalle forme di assistenza domiciliare di natura socio-assistenziale e tutelare, attinenti queste ultime, ai servizi materno-infantile, psichiatrico e per le tossicodipendenze
- ha distinto i diversi profili di cure domiciliari per livelli differenziati, in funzione della natura del bisogno, dell'intensità, della complessità e dell'impegno delle figure professionali coinvolte nel piano assistenziale individuale
- ha definito la collocazione elettiva delle cure domiciliari nel LEA-Assistenza Distrettuale

**RITENUTO** opportuno riprendere gli indirizzi del documento ministeriale all'interno del modello gestionale-organizzativo dell'Assistenza Domiciliare Integrata, attivato dalla Regione Basilicata secondo le citate linee-guida di cui alla D.G.R. n.1655/2001 e di procedere pertanto ad un aggiornamento delle stesse

**TENUTO CONTO** che il gruppo di lavoro, di cui alle Determinazioni Dirigenziali n.7202/2008/D/98 del 13.02.2008 e n.7202.2008/D/266 del 10.04.2008, costituito dai referenti delle Aziende Sanitarie UU.SS.LL. per l'Assistenza Domiciliare Integrata, in collaborazione con il competente Ufficio regionale, ha riesaminato le suddette linee-guida in relazione a quanto introdotto dal sopracitato documento ministeriale e dalla normativa nazionale e regionale, nel frattempo emanata in tema di integrazione socio-sanitaria e più precisamente in tema di attività domiciliari

**EVIDENZIATO** che tale rivisitazione ha richiesto un impegnativo percorso di lavoro, programmato in un calendario di incontri, con la conseguente elaborazione del documento "Linee-guida regionali per le cure domiciliari", allegato alla presente deliberazione di cui è parte integrante e sostanziale

**RICHIAMATA** la D.G.R. n.329 dell'11.03.2008 - Obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie della regione Basilicata - anni 2008-2009

*Su proposta dell'Assessore al ramo*

*Ad unanimità di voti*

## **D E L I B E R A**

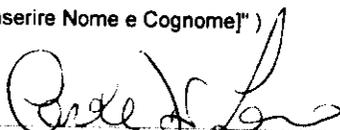
per quanto esposto in narrativa che qui si intende integralmente riportato

- di approvare il documento "Linee-guida regionali per le cure domiciliari", allegato alla presente deliberazione di cui è parte integrante e sostanziale, quale aggiornamento delle linee-guida di cui alla D.G.R. n.1655/2001 e in relazione a quanto introdotto dal documento ministeriale "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio"
- di ricondurre l'applicazione delle suddette linee-guida all'ambito di valutazione dei Direttori Generali delle Aziende UU.SS.LL. in coerenza con gli obiettivi di cui alla D.G.R. n.329/2008

L'ISTRUTTORE

("[Inserire Nome e Cognome]")

IL RESPONSABILE P.O.

  
(Carolina Di Lorenzo)

IL DIRIGENTE

  
(Rocco Rosa)

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.



**REGIONE  
BASILICATA**

*DIPARTIMENTO SALUTE, SICUREZZA E SOLIDARIETA'  
SOCIALE, SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITA'*

*Ufficio Pianificazione Sanitaria e Verifica degli Obiettivi*

# **LINEE GUIDA REGIONALI PER LE CURE DOMICILIARI**

# Sommario

<b>Premessa</b>	<b>2</b>	<b>Accesso alle cure domiciliari</b>	<b>14</b>
<b>Definizione delle cure domiciliari</b>	<b>4</b>	<b>Valutazione del caso e piano individuale di trattamento</b>	<b>14</b>
<b>Cure Domiciliari e Prestazioni Connesse</b>	<b>5</b>	<b>Procedure per l'attivazione delle Cure Domiciliari</b>	<b>15</b>
<b>Cure domiciliari di tipo prestazionale</b>	<b>5</b>	<b>Qualità ed efficienza</b>	<b>16</b>
<b>Cure domiciliari integrate di primo e secondo livello</b>	<b>6</b>	<b>Indicatori specifici di attività</b>	<b>24</b>
<b>Cure domiciliari integrate di terzo livello e cure</b>	<b>8</b>	<b>Formazione</b>	<b>27</b>
<b>Modello organizzativo delle Cure Domiciliari</b>	<b>11</b>		

## **PREMESSA**

Il processo di invecchiamento della popolazione sollecita un deciso ripensamento delle politiche di Welfare, in generale, e delle politiche sanitarie, in particolare, al fine di assicurare ai cittadini la massima tutela e qualità della vita nelle situazioni di non autosufficienza.

La normativa regionale, nel suo complesso, da tempo promuove la realizzazione di un sistema integrato di interventi domiciliari per consentire alla persona parzialmente o totalmente non autosufficiente, in modo temporaneo o permanente, di rimanere il più possibile nell'ambiente abituale di vita e di contrastare il fenomeno del ricorso improprio alla istituzionalizzazione.

Tra gli obiettivi dei Piani Sanitari Nazionali 2003-2005 e 2006-2008, si è identificato come compito fondamentale quello di rafforzare la tutela dei soggetti fragili; tra questi, gli anziani e le persone nella fase terminale della vita costituiscono il target assistenziale prioritario nella domanda di cura. Infatti, all'incremento demografico di queste fasce di popolazione si aggiunge l'aumento della prevalenza di malattie croniche gravi non suscettibili di trattamenti risolutivi, che richiedono assistenza continua e programmata erogabile nell'ambito territoriale.

**Le Cure Domiciliari** rappresentano una base privilegiata di azione che consente di porre al centro dell'assistenza il paziente e la sua famiglia; la flessibilità che le caratterizza rende inoltre possibile la realizzazione di interventi efficaci e rispondenti alle mutevoli necessità dell'assistito.

La Regione Basilicata, con l'adozione delle Linee Guida per l'ADI (DGR n°1655 del 30.07.2001) e con l'approvazione del precedente accordo integrativo regionale per la medicina generale (DGR 1640 del 24.07.2001) aveva già inteso dare un forte impulso al settore elevandolo a componente strategica delle politiche sanitarie regionali.

Tale orientamento è stato ulteriormente rafforzato nell'ambito del "Programma per la realizzazione della rete regionale di assistenza per le cure palliative", (D.G.R. n.1650 dell'1.08.2005), che ha confermato la priorità dell'Assistenza Domiciliare Integrata nel setting assistenziale di cui si compone l'offerta per pazienti in fase critica. L'ADI concorre infatti all'organizzazione della rete, integrandosi con le strutture ospedaliere e residenziali.

## Linee guida regionali per le cure domiciliari

Lo scopo di questo aggiornamento delle Linee Guida è quello di adeguarle al documento del Ministero della Salute riguardante "la nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale e domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" perché sia reso omogeneo su tutto il territorio nazionale il flusso informativo in tema di cure domiciliari.

Le Cure Domiciliari devono essere in grado di fornire, in relazione ai bisogni dell'utente, un insieme di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socio-assistenziali rese al domicilio dell'utente nel rispetto di standard minimi di assistenza, eventualmente in forma integrata e secondo piani programmati definiti con la partecipazione delle figure interessate nel singolo caso e con il totale coinvolgimento del medico curante.

Gli obiettivi sono:

- garantire un intervento qualificato e coerente ai bisogni dell'utente;
- migliorare la qualità di vita dell'utente fornendo risposte globali e continuative basate sull'integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali;
- mantenere, per quanto possibile, l'utente nel proprio nucleo familiare e sociale, evitando e/o ritardando l'istituzionalizzazione;
- favorire e supportare la deospedalizzazione evitando ricoveri non necessari e troppo prolungati con riduzione dei disagi di ordine psicologico, economico e sociale sia per l'utente che per i propri familiari;
- sostenere la famiglia, trasmettendo le eventuali competenze necessarie per l'autonomia di intervento;
- evitare o ridurre i rischi di isolamento e di emarginazione sociale;
- facilitare l'accesso all'erogazione dei presidi e degli ausili;
- assicurare continuità terapeutica nel momento critico della dimissione ospedaliera.

In sintesi, il sistema delle cure domiciliari, dovrà essere in grado di:

- semplificare ed uniformare le procedure di accesso;
- garantire trasparenza nei criteri di inclusione;
- garantire l'erogazione e la continuità delle cure;
- assicurare l'assistenza sette giorni alla settimana;
- snellire le procedure già esistenti per la fornitura di supporti necessari all'assistenza (ausili, presidi, nutrizione artificiale, farmaci ecc.);
- garantire l'integrazione socio-sanitaria anche in supporto delle attività delle U.O.Z..

La denominazione "**cure domiciliari**" che sostituisce quella di "**assistenza domiciliare**" risponde alla necessità di distinguere in modo esclusivo le cure sanitarie e sociosanitarie integrate dalle forme di assistenza domiciliare di natura socio-assistenziale e tutelare.

## 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.

Le **CURE DOMICILIARI** comprendono:

- a. **ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA (ADP)** che prevede l'erogazione di assistenza medica a cura del medico di MG rivolta a cittadini affetti da patologie per le quali si rende necessario un monitoraggio intensivo (allegato G dell'ACN del 23.03.2005).
- b. **ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)** così definita per la compresenza di prestazioni mediche anche specialistiche, infermieristiche e riabilitative e di assistenza sociale, rese al domicilio degli utenti, in forma integrata, vale a dire con la partecipazione del Comune; viene svolta secondo le modalità previste dal già richiamato ACN del 23.03.2005, allegato H e corrisponde, nella nuova definizione, alle Cure Domiciliari Integrate di I e II livello;
- c. **ASSISTENZA DOMICILIARE DI TIPO ESCLUSIVAMENTE SANITARIO:** consiste nell'erogazione domiciliare delle sole prestazioni sanitarie (Cure Domiciliari Prestazionali e Cure Domiciliari Integrate di I e II livello);
- d. **ASSISTENZA DOMICILIARE DI TIPO ESCLUSIVAMENTE SOCIALE (Comuni):** consiste nell'erogazione, a domicilio dell'utente, di prestazioni di tipo socio - assistenziale;
- e. **ASSISTENZA DOMICILIARE RIVOLTA AI MALATI IN FASE CRITICA:** è resa a domicilio del paziente in fase critica, secondo quanto già previsto dalle deliberazioni di GR n. 196 del 7/2/2000 e n.1650 dell'1.08.2005 e corrisponde alle Cure Domiciliari Integrate di III livello.

# CURE DOMICILIARI E PRESTAZIONI CONNESSE

## ( ATTIVITA' )

Le cure domiciliari, in base alle complessità correlate, vengono così suddivise:

- **Cure Domiciliari Prestazionali** – prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato.
- **Cure Domiciliari Integrate di I e II livello** – assenza di criticità specifiche ma bisogno di continuità assistenziale e d'interventi programmati che si articolano su più giorni settimanali (I livello massimo 5 giorni, II livello massimo 6 giorni).
- **Cure Domiciliari Integrate di III livello e Cure domiciliari palliative a malati terminali** – presenza di criticità specifiche e bisogno di continuità assistenziale e d'interventi con un elevato livello di complessità che si articolano anche sui 7 giorni della settimana, (assorbono "l'assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale", "l'Ospedalizzazione Domiciliare", e "l'Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative").

### ➤ **Cure domiciliari di tipo prestazionale occasionale o ciclico programmato**

**Le Cure Domiciliari Prestazionali**, prevedono un ruolo di centralità del Medico di Medicina Generale che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura. Sono previste prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative mediche e medico specialistiche. Si tratta di 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, né una valutazione multidimensionale e l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare.

Sono richieste dal medico di Medicina generale, responsabile del processo di cura a domicilio del paziente e sono autorizzate dal Responsabile del Servizio di Cure Domiciliari. Tali prestazioni sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatori.

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

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

### **➤ Cure domiciliari Integrate di primo e secondo livello**

Sono ricompresi in questa tipologia assistenziale interventi professionali rivolti ai malati e alle loro famiglie che prevedono la stesura del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI), anche detto Piano Individualizzato di Assistenza (PIT).

L'attivazione dell'assistenza, richiesta dal medico responsabile delle cure del paziente o dall'Unità Operativa ospedaliera al momento della dimissione, 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 su più giorni settimanali. 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 :

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

1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica + anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmata di controllo (esame obiettivo + rilevazione parametri vitali + monitoraggio segni e sintomi)
3. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.) ( VAOR A.D.I.)
4. Compilazione diario clinico (monitoraggio segni e sintomi)
5. Prelievo ematico
6. Prelievo ematico da sangue capillare

7. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.)
8. ECG
9. Consulenze specialistiche
10. Visite Programmate del Medico di Medicina Generale

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

11. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
12. Educazione del care giver alla attività di nursing (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari ecc.)
13. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilitazione del paziente
14. Educazione del care giver alla gestione di derivazioni urinarie
15. Educazione del care giver alla gestione di enterostomie
16. Educazione del care giver alla corretta mobilitazione / corretta postura del paziente
17. Educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee
18. Applicazione di misure profilattiche a a pazienti con ridotta compliance
19. Istruzione del paziente o del care giver all'utilizzo di ausili per la deambulazione e valutazione ambientale
20. Prescrizione protesica

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

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

21. Terapia iniettiva
22. Gestione cateterismo venoso periferico
23. Gestione cateterismo venoso centrale / sist. Port-a-cath

**PRESTAZIONI RELATIVE ALLE FUNZIONI ESCRETORIE**

24. Posizionamento/sostituzione/gestione Cateterismo Vescicale.
25. Valutazione del ristagno vescicole
26. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
27. Gestione alvo (intervento educativo igienico-alimentare)
28. Clistere evacuativo

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

29. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
30. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
31. Courettage chirurgico
32. Bendaggio elastocompressivo

**PRESTAZIONI RELATIVE AI TRATTAMENTI DI TIPO RIABILITATIVO**

33. Trattamento di rieducazione motoria e respiratoria
34. Recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane

**PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE**

35. Stesura di un piano assistenziale
36. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche- passaggio di informazioni - consegne)
37. Rendicontazione dell'attività svolta

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

La D.G.R. n.196 del 7.02.2000 e la D.G.R. n.1650 dell'1.08.2005 hanno già disciplinato le modalità assistenziali e i criteri di eleggibilità per l'ammissione ad un programma di cure palliative presso il proprio domicilio. Ritenendo che la modalità assistenziale da garantire prioritariamente sia l'Assistenza Domiciliare Integrata, si precisa che 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 controllo, la necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o al care-giver.

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 di Medicina Generale o dal medico dell'U.O. Ospedaliera al momento della dimissione.

Si tratta di interventi programmati anche sui 7 giorni settimanali e, per le cure palliative, deve essere 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, fisioterapiche, psicologiche e medico specialistiche:

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

1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica + anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmata di controllo (esame obiettivo + rilevazione parametri vitali + monitoraggio segni e sintomi)
3. Visita in urgenza
4. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
5. Compilazione diario clinico (monitoraggio segni e sintomi)
6. Prelievo ematico

7. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.)
8. Prelievo ematico da sangue capillare
9. ECG
10. Consulenze specialistiche
11. Visite Programmate del Medico di Medicina Generale

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

12. Educazione del care giver alla attività di nursing (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari ecc.)
13. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilitazione del paziente
14. Educazione del care giver alla corretta mobilitazione / corretta postura del paziente
15. Educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee
16. Educazione del care giver alla gestione di derivazioni urinarie
17. Educazione del care giver alla gestione di enterostomie
18. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
19. Educazione del caregiver alla gestione di dispositivi per la somministrazione di farmaci (pompe, elastomeri, altro)
20. Applicazione di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance
21. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
22. Prescrizione ausili e protesi
23. Istruzione del paziente o del care giver all'utilizzo di ausili per la deambulazione e valutazione ambientale
24. Educazione del care giver alla broncoaspirazione
25. Supporto psicologico e supervisione delle équipes
26. Supporto psicologico per il paziente
27. Supporto psicologico per la famiglia
28. Visita di cordoglio - Supporto al lutto

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

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

29. Prescrizione terapeutica
30. Terapia iniettiva intramuscolare
31. Terapia iniettiva
32. Terapia infusione con necessità di sorveglianza medica
33. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
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. Emotrasfusione
41. Gestione drenaggi
42. Impostazione dialisi peritoneale
43. Paracentesi

- 44. Toracentesi
- 45. Artrocentesi

**PRESTAZIONI RELATIVE ALLA FUNZIONE RESPIRATORIA**

- 46. Gestione tracheostomia
- 47. Sostituzione cannula tracheale
- 48. Broncoaspirazione
- 49. Impostazione ventilazione meccanica domiciliare
- 50. Controllo parametri ventilatori

**PRESTAZIONI RELATIVE ALLA FUNZIONE ALIMENTARE**

- 51. Verifica parametri nutrizionali
- 52. Anamnesi dietologica
- 53. Formulazione dieta personalizzata
- 54. Valutazione della disfagia
- 55. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale entrale
- 56. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale
- 57. Istruzione alla preparazione di diete a consistenza modificata
- 58. Istruzione alla somministrazione di pasti con posture facilitanti
- 59. Posizionamento/sostituzione SNG
- 60. Sostituzione di PEG con sistema di ancoraggio a bottone
- 61. Gestione SNG
- 62. Gestione PEG
- 63. Somministrazione di terapia tramite SNG-PEG
- 64. Controllo periodico del sistema di ancoraggio della PEG
- 65. Valutazione del ristagno gastrico

**PRESTAZIONI RELATIVE ALLE FUNZIONI ESCRETORIE**

- 66. Posizionamento/sostituzione/ gestione Cateterismo Vescicale
- 67. Valutazione del ristagno vescicale
- 68. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
- 69. Gestione alvo (intervento educativo igienico-alimentare)
- 70. Gestione alvo (Clistere evacuativo)
- 71. Esplorazione rettale
- 72. Gestione enterostomie
- 73. Irrigazione intestinale

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

- 74. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
- 75. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
- 76. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
- 77. Toilette lesione/ferita superficiale
- 78. Toilette lesione/ferita profonda
- 79. Svuotamento di ematomi
- 80. Incisione con drenaggio sottocutaneo
- 81. Drenaggio raccolta ascessuale
- 82. Sutura ferite
- 83. Rimozione dei punti/graff di sutura

**PRESTAZIONI RELATIVE AI TRATTAMENTI DI TIPO RIABILITATIVO**

- 84. Trattamento di rieducazione motoria e respiratoria
- 85. Rieducazione disturbi neuropsicologici (memoria ed attenzione)
- 86. Recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane

**PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE**

- 87. Stesura di un piano assistenziale
- 88. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche - passaggio di informazioni - consegne)

## **MODELLO ORGANIZZATIVO DELLE CURE DOMICILIARI**

Il governo della rete dei servizi sanitari domiciliari è assicurato dal **Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e delle Cure Palliative**, diretto da un dirigente medico dedicato e composto dalle seguenti figure professionali:

- I componenti delle Unità Valutative;
- Medico rappresentante dei MMG individuato su segnalazione delle OO.SS. maggiormente rappresentative;
- Assistente sociale dipendente dell'Azienda con compiti di coordinamento dei servizi sociosanitari;
- Infermiere professionale e Terapista della riabilitazione strutturati, con funzioni di coordinamento delle pari figure professionali;
- Responsabile amministrativo,

ed è integrato da altri operatori (medico specialista, psicologo...) sulla base di specifici compiti di programmazione assegnati.

**Il Centro di Coordinamento** rappresenta il punto di riferimento degli operatori per la rilevazione e la valutazione dei bisogni, la informazione, la comunicazione ed il coordinamento delle attività domiciliari.

Il Centro di Coordinamento è punto di riferimento e di collaborazione con i servizi esistenti, sia sanitari sia sociali ed opera a tre livelli: ospedaliero, territoriale e nelle strutture comunitarie, protette e non, in collaborazione con il medico curante; esso rappresenta la sala di regia di tutte le attività correlate alle cure domiciliari, momento di raccordo tra i Distretti Sanitari di Base e i Comuni associati dell'Azienda con compiti di gestione dei patti territoriali che gli stessi DD.SS.BB. andranno a definire per i propri ambiti di competenza.

Pertanto le competenze del Centro di coordinamento sono:

- attivazione dell'UV distrettuale per la valutazione e la eventuale presa in carico;
- valutazione tecnico-professionale per la qualità del servizio ed organizzazione (elaborazione di protocolli, del prontuario terapeutico, della relazione annuale);

## Linee guida regionali per le cure domiciliari

- valutazione gestionale (coordinamento interdistrettuale per un'omogenea realizzazione del programma di Cure Domiciliari, elaborazione di modulistica unica....), in collaborazione con i direttori di distretto e con il coordinatore tecnico dei servizi sociali dei Comuni associati;
- formazione periodica multidisciplinare (elaborazione di programmi di aggiornamento per équipe Cure Domiciliari): la formazione può essere attivata in forma congiunta con i Comuni, anche per le figure sociali, previo accordo tra le parti.
- attivazione di specifici protocolli d'intesa con le associazioni di volontariato;
- verifica e controllo delle attività domiciliari comprese quelle eventualmente delegate al terzo settore.

Gli obiettivi generali fissati dal PSR 97/99 nell'ambito del progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani" e che di seguito vengono riportati diventano parte integrante delle attività del Centro di Coordinamento:

- 1) migliorare la qualità della vita nel corso dell'invecchiamento, fornendo risposte globali e continuative basate sull'integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali; facilitare l'accesso ai servizi sanitari; mantenere per quanto possibile l'anziano nel proprio ambiente familiare e sociale;
  - 2) prevenire la disabilità e la non autosufficienza coordinando tutti i servizi operanti sul territorio e potenziando l'assistenza sanitaria integrata;
  - 3) gestire i Piani Territoriali di distretto nell'ambito dei Piani intercomunali dei servizi sociali e socio-sanitari di cui all'art.16 della Legge Regionale n.4/2007 - "Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza solidale", per garantire, attraverso gli accordi di programma o protocolli con gli ambiti sociali di zona dei Comuni associati, unitarietà degli interventi programmati nel rispetto delle diverse competenze;
  - 4) attivare misure di controllo sulla qualità della vita degli anziani ospiti di residenze ed elaborare precisi standard di idoneità per le diverse strutture residenziali esistenti in Regione (Case di Riposo) e per quelle in via di attuazione (R.S.A.);
  - 5) adottare, in collaborazione con gli operatori del Comune, strumenti uniformi per la valutazione del grado di autosufficienza degli anziani nonché modelli di analisi dei bisogni e delle risposte più opportune di tipo sanitario e socio-sanitario;
  - 6) favorire il coinvolgimento del volontariato negli interventi a favore degli anziani;
  - 7) attivare o potenziare interventi preventivi e riabilitativi mediante servizi di Assistenza domiciliare integrata e di qualsiasi altra forma organizzativa, soprattutto rivolta alla cura e all'assistenza dell'invecchiamento, che dovranno operare in stretta collaborazione con i medici di medicina generale;
  - 8) attivare corsi di formazione di qualificazione professionale rivolte a tutto il personale sanitario e sociale operante nei servizi per gli anziani, coinvolgendo anche le risorse del privato sociale;
  - 9) rafforzare il ruolo dell'UVG (Unità di Valutazione Geriatrica).
- In relazione alle funzioni assegnate, interdipartimentali-interdistrettuali, transmurarie e di peculiare complessità organizzativa, il Centro di Coordinamento viene quindi a configurarsi come una struttura dell'Azienda alla quale va riconosciuta autonomia tecnico-gestionale e budgetaria; infatti, la programmazione delle Cure Domiciliari deve prevedere la complementarietà tra i diversi moduli assistenziali, la valorizzazione del nursing, la collaborazione delle famiglie, la pianificazione organica delle unità di offerta, la valutazione multidimensionale, la globalità ed intensività dei piani di cura, la continuità terapeutica degli interventi, la collaborazione tra operatori sociali e sanitari, la valutazione dei costi nelle decisioni, la valutazione evolutiva degli esiti e, sulla scorta di questi principi, dovrà presentare ogni anno il **PIANO ANNUALE DELLE ATTIVITÀ** che definisce le modalità con cui saranno raggiunti gli obiettivi assegnati nel rispetto dei principi di qualità sui quali andranno prodotti specifici indicatori per ogni singolo obiettivo. Tale Piano

rientrerà nel *Piano intercomunale dei servizi sociali e socio-sanitari* come stabilito dall'art. 16 della L.R. n. 4/2007 "Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale".

Al Centro di Coordinamento sono indirizzate le segnalazioni di assistenza domiciliare che poi provvederà ad indirizzarle alla UV perché venga promossa la valutazione del caso.

Ogni UV, composta dal medico curante, infermiere professionale, terapeuta della riabilitazione ed assistente sociale aziendale e/o comunale integrata da eventuali altre figure professionali (specialista, psicologo, ecc) sulla base dei bisogni segnalati, individua, al proprio interno, un membro che funge da "Case Manager" o coordinatore del caso che, una volta ricevuta la richiesta o la segnalazione di intervento, effettua la valutazione multidimensionale (VMD) presso il domicilio del paziente o in ospedale prima della dimissione. Il "case manager" è figura professionale addestrata alla somministrazione dei test utili alla VMD, ha il compito specifico di seguire l'assistito in tutte le fasi del **Piano Individualizzato di Trattamento (PIT)** e di facilitare i rapporti e i collegamenti tra i vari servizi che devono interagire con l'assistito.

Effettuata la VMD, il medico curante, l'UV e, ove necessario, operatori dei servizi sociali e socio-assistenziali comunali, concordano il **Piano Individualizzato di Trattamento (PIT)**, nel quale si precisano le prestazioni sanitarie (di medicina generale, specialistica, prestazioni infermieristiche e/o riabilitative necessarie, la fornitura di ausili, presidi sanitari e farmaci) e gli interventi assistenziali (aiuto per il governo della casa, servizio lavanderia, preparazione e fornitura pasti a domicilio, eventuale abbattimento barriere architettoniche, l'intervento del volontariato, ecc.), le verifiche, i controlli e la presumibile durata del trattamento.

Le riunioni del team si svolgono presso la sede del servizio e/o presso i distretti.

I dati della valutazione sono quindi trasmessi:

- al Comune capoparea (dati relativi ai problemi socio-assistenziali);
- al Medico di Medicina Generale (il set completo dei dati relativi ai propri pazienti);
- al Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari.

**Il MMG, nell'ambito del PIT:**

- ha la responsabilità unica e complessiva del paziente;
- ha la responsabilità della cartella clinica domiciliare su cui i vari operatori riportano i propri interventi;
- chiede l'attivazione delle eventuali consulenze specialistiche e degli altri interventi già programmati nel PIT;

## **ACCESSO ALLE CURE DOMICILIARI**

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

- a) Condizione di non autosufficienza (disabilità), di fragilità e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;
- b) Adeguato supporto familiare o informale;
- 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 alle 20)

**I criteri di esclusione sono:**

- soggetti con autonomia e autosufficienza giudicate soddisfacenti;
- gravi condizioni cliniche che richiedono elevato impegno sanitario con stretto monitoraggio clinico;
- soggetti il cui team familiare è scarsamente o per nulla collaborante.

La durata del programma di assistenza è legata soprattutto agli obiettivi stabiliti dalla U.V. e comunque non dovrà essere superiore a tre mesi, rinnovabili dopo valutazione e verifica da parte della stessa Unità di Valutazione.

## **VALUTAZIONE DEL CASO E PIANO INDIVIDUALE DI TRATTAMENTO**

### **(Cure Domiciliari Integrate di I, II e III livello)**

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 assistenziale 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 MMG, orienta e coordina gli interventi in base a quanto definito nel piano assistenziale individuale, compresa l'assistenza protesica e farmaceutica.

## **PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI**

Le procedure per l'attivazione della valutazione multidimensionale per l'ammissione alle Cure Domiciliari possono essere promosse da:

- medico curante dell'assistito;
- medico del reparto ospedaliero all'atto della dimissione;
- medico della residenza (Casa di Riposo/RSA)
- servizi sociali;
- associazioni di volontariato e cooperative sociali;
- familiari dell'assistito.

La segnalazione, redatta su apposita scheda, deve essere compilata in maniera dettagliata e soprattutto circostanziando il più possibile il tipo di intervento richiesto.

La segnalazione deve pervenire al Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e Palliative. Il medico di medicina generale o il medico ospedaliero al momento della dimissione, possono comunicare telefonicamente con il competente servizio aziendale per segnalare situazioni particolarmente urgenti.

Entro 24/48 ore dalla segnalazione, il Responsabile del Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e Palliative dispone la valutazione multidimensionale che sarà effettuata dal "case manager", scelto fra i componenti dell'UV, che si recherà al domicilio del paziente, comunicando preventivamente al medico curante e al paziente il giorno della visita.

L'UV e il medico curante concorderanno, in giorni prestabiliti della settimana, la sede opportuna per decidere il piano di trattamento individualizzato (PIT) che dovrà prevedere:

1. la durata presumibile del periodo di erogazione delle cure domiciliari;
2. gli interventi degli altri operatori sanitari comprese le possibili consulenze specialistiche;
3. le richieste di intervento degli operatori del servizio sociale;
4. la cadenza degli accessi del medico di medicina generale al domicilio del paziente in relazione alla specificità del processo morboso in corso e alla variabilità del caso clinico;
5. i momenti di verifica comune all'interno del periodo di effettuazione del servizio.

Le segnalazioni saranno esaminate seguendo l'ordine cronologico di arrivo con diritto di precedenza per i pazienti terminali e/o in fase critica.

Per paziente in fase critica si intende un paziente affetto da una patologia non più suscettibile di terapia specifica e con un "performance status" secondo la scala di Karnofsky uguale o inferiore a 40.

L'assistenza può essere sospesa in qualsiasi momento sia dal MMG che dal Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e Palliative, con preavviso di almeno 7 giorni, salvaguardando in ogni caso le esigenze sociosanitarie del paziente.

Per quanto attiene ai malati critici si rimanda a quanto specificamente stabilito nelle DGR n. 196/2000, n. 2077/2000, 1650/2005, 1713/2006, n.329/2008.

## **QUALITA' ED EFFICIENZA**

L'organizzazione di un servizio di Cure Domiciliari richiede attenzione non solo ai bisogni sanitari ma anche alle esigenze socio-assistenziali dei malati e delle famiglie, prospettando la necessità di un orientamento delle risorse e delle procedure in termini diversi rispetto ad un'offerta settoriale e non coordinata. L'organizzazione di un tale servizio non può essere che in termini di qualità.

Occorre pertanto delineare un modello che risulti flessibile per le risorse attivate ma il più possibile omogeneo per l'organizzazione, necessariamente ispirata ai principi dell'integrazione e del coordinamento.

L'*integrazione* presuppone l'unificazione attraverso la definizione di protocolli istituzionali di risorse umane e materiali appartenenti a soggetti giuridici autonomi ed il *coordinamento* rappresenta il momento unificante delle procedure sanitarie e socio-assistenziali erogate dai soggetti stessi attraverso un sistema organizzativo predefinito a garanzia della continuità assistenziale al paziente.

Il modello di qualità si ispira alle **Norme ISO 9000**, in particolare alla **Norma ISO UNI EN 9004-1** ( Gestione per la qualità ed elementi del sistema qualità. Guida generale).

Seguendo lo schema proposto dalla suddetta norma, le basi per garantire la qualità nelle Cure Domiciliari sono le seguenti:

1. Strutturare un servizio di Cure Domiciliari nell'ottica dello sviluppo della qualità in termini di organizzazione, risorse e procedure.
2. Evidenziare problemi ed inefficienze al primo insorgere tenendo costantemente sotto controllo l'organizzazione, le risorse e le procedure attraverso la loro regolare documentazione e registrazione.
3. Misurare il livello di qualità raggiunto attraverso periodiche verifiche di qualità di organizzazione, risorse e procedure, nonché di risultati/esiti.

### **PRINCIPI E OBIETTIVI DI QUALITA'**

Lo sviluppo della qualità delle Cure Domiciliari richiede la definizione di **obiettivi di qualità** (che cosa fare) e delle modalità di raggiungimento degli obiettivi operando secondo **principi di qualità**.

Obiettivi di qualità delle Cure Domiciliari ( cosa fare)	Principi di qualità ( a cui ispirarsi)
<b>Obiettivo 1. Rispondere ai bisogni di</b>	<b>1. Equità</b>

**Linee guida regionali per le cure domiciliari**

<p><b>pazienti non autosufficienti</b>, per i quali sia dimostrabile un supporto familiare adeguato, mediante prestazioni sanitarie e socio-assistenziali domiciliari, ricercando la partecipazione attiva della famiglia e del volontariato.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Accessibilità e fruibilità</li> <li>3. Appropriately di livello</li> <li>4. Appropriately di programma</li> <li>5. Integrazione</li> <li>6. Coordinamento</li> <li>7. Partecipazione</li> </ol>
<p><b>Obiettivo 2.</b> Assicurare il <b>livello organizzativo</b> per rispondere in regime domiciliare ai bisogni dei pazienti non autosufficienti.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Integrazione</li> <li>2. Coordinamento</li> <li>3. Comunicazione</li> </ol>
<p><b>Obiettivo 3.</b> Assicurare il <b>livello tecnico-operativo</b> necessario per rispondere ai bisogni legati alla non autosufficienza attraverso interventi in regime domiciliare.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adeguatezza e competenza delle risorse umane</li> <li>2. Adeguatezza delle risorse materiali</li> <li>3. Tempestività</li> <li>4. Appropriately di programma</li> <li>5. Affidabilità delle procedure</li> <li>6. Sicurezza</li> <li>7. Integrazione</li> <li>8. Coordinamento</li> <li>9. Comunicazione</li> </ol>
<p><b>Obiettivo 4.</b> Tutelare i <b>diritti degli utenti</b> e ricercare la <b>partecipazione</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comunicazione</li> <li>2. Adesione e partecipazione</li> </ol>
<p><b>Obiettivo 5.</b> Erogare <b>assistenza efficace</b> in termini di salute, qualità della vita, soddisfazione dei pazienti</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comunicazione</li> <li>2. Accettabilità</li> </ol>
<p><b>Obiettivo 6.</b> Erogare <b>assistenza efficiente</b> attraverso l'ottimizzazione delle risorse umane, materiali e temporali</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Integrazione</li> <li>3. Coordinamento</li> <li>4. Comunicazione</li> <li>5. Partecipazione</li> <li>6. Adeguatezza e competenza delle risorse umane</li> <li>7. Adeguatezza delle risorse materiali</li> </ol>

**SISTEMA QUALITA'**

Lo sviluppo della qualità nelle Cure Domiciliari richiede la definizione del **sistema qualità**, inteso come l'insieme di: a) **organizzazione**, b) **risorse** e c) **procedure** necessarie per garantire una buona assistenza.

Il sistema qualità deve rispondere ai bisogni sanitari e socio-assistenziali di pazienti non autosufficienti secondo i criteri di eleggibilità fissati. Nel caso in cui le risorse umane e materiali a disposizione non possano far fronte alla domanda, devono essere individuati **criteri di priorità** per la presa in carico quali:

- Pazienti in fase terminale
- Dimissioni protette
- Condizioni economiche disagiate

**ORGANIZZAZIONE**

E' la struttura organizzativa globale comprendente le **funzioni**, le **responsabilità**, e i **supporti organizzativi** che garantiscono la gestione delle Cure Domiciliari con orientamento alla qualità.

**Funzioni e responsabilità**

Devono pertanto essere individuate le **funzioni** di gestione delle CD e le relative **responsabilità** gestionali, decisionali e operative che si ritengono rilevanti per la qualità ( **indicatori o criteri di qualità di funzioni e responsabilità**). Devono essere stabilite le caratteristiche di qualità che tali funzioni e responsabilità devono avere ( **standard di qualità di funzioni e responsabilità**).

Funzioni e responsabilità dovranno essere riportate in organigrammi funzionali che rappresentano visivamente le relazioni esistenti fra le funzioni e all'interno delle singole funzioni come di seguito riportato:

*a) Funzioni e responsabilità nell'ambito del Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e Palliative*

Indicatori o criteri di Qualità	Standard di qualità
Funzione di programmazione socio-sanitaria ed economica	Il Responsabile del Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e Palliative ha la funzione di redigere il documento di budget annuale contenente la previsione delle risorse, delle attività e dei costi per l'esercizio delle CD.
Funzione di controllo di gestione e qualità	Il Responsabile del Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e Palliative individua il referente per la qualità a cui demandare le attività connesse.
Funzione di formazione	Il Responsabile del Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e Palliative individua i più adeguati percorsi formativi a garanzia della qualità del Servizio
Funzione di coordinamento del personale dedicato	Al Responsabile del Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e Palliative viene attribuito personale dedicato alla gestione delle attività domiciliari
Funzioni di assistenza Medica specialistica	Il Responsabile del Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e Palliative individua le branche specialistiche ed indica: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consulenze telefoniche</li> <li>2. Visite specialistiche programmate e registrazione degli atti espletati sulla <i>Cartella domiciliare</i></li> <li>3. Integrazione con il MMG</li> </ol>
Funzione di supporto psicologico	Devono essere individuati gli psicologi che si intendono attivare ed essere definite le responsabilità quali: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colloquio di sostegno per il paziente e la famiglia.</li> <li>2. Supporto per gli operatori</li> <li>3. RegISTRAZIONI delle prestazioni effettuate sulla <i>cartella domiciliare</i></li> </ol>

**Supporti organizzativi**

## Linee guida regionali per le cure domiciliari

Devono essere individuati i supporti che si ritengono rilevanti per la qualità (indicatori o criteri di qualità dei supporti organizzativi) e devono essere descritte in modo accurato le caratteristiche di qualità che tali supporti devono avere (standard di qualità dei supporti organizzativi). Supporto indispensabile per la gestione delle CD è il sistema informativo a garanzia del coordinamento e della comunicazione. Devono essere allestiti documenti (cartacei e/o informatizzati) per la raccolta e la diffusione delle informazioni agli utenti e alle famiglie, ai servizi, al volontariato, come di seguito indicato:

Indicatori o criteri di qualità	Standard di qualità
Sistema informativo per utenti e famiglie	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Carta del servizio di CD.</b></li> <li>2. <b>Opuscolo informativo sul servizio CD .</b></li> <li>3. <b>Regolamento dei diritti e delle responsabilità</b></li> <li>4. <b>Modulo per le istruzioni alla famiglia</b></li> <li>5. <b>Modulo di dimissione protetta</b></li> <li>6. <b>Modulo di richiesta di attivazione delle CD</b></li> <li>7. <b>Modulo di autorizzazione alle CD</b></li> <li>8. <b>Modulo di adesione della famiglia alle CD</b></li> <li>9. <b>Modulo di richiesta farmaci presidi, ausili</b></li> <li>10. <b>Modulo di richiesta di integrazioni economiche</b></li> <li>11. <b>Modulo di richiesta di accertamenti diagnostici e consulenze specialistiche a domicilio</b></li> <li>12. <b>Modulo di richiesta di ricovero temporaneo</b></li> <li>13. <b>Modulo di dimissioni dalle CD</b></li> </ol>
Sistema informativo per il volontariato	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Protocolli di integrazione con associazioni di volontariato</b> registrate sul territorio;</li> <li>2. <b>Modulo di istruzioni al volontariato</b> sulle funzioni assistenziali, sulle misure di sicurezza, sui servizi a cui rivolgersi al bisogno.</li> </ol>
Sistema informativo per il servizio	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Istruzioni di lavoro</b></li> <li>2. <b>Calendario di turni, reperibilità, sostituzioni</b></li> <li>3. <b>Cartella domiciliare</b></li> <li>4. <b>Modulo per la valutazione del supporto assistenziale garantito dalla famiglia</b></li> <li>5. <b>Questionari per la valutazione della soddisfazione dei pazienti e delle famiglie</b></li> <li>6. <b>Modulo di segnalazione di disfunzioni, suggerimenti, reclami</b></li> </ol>
Sistema informativo per l'amministrazione	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Protocolli d'integrazione fra Enti</b></li> <li>2. <b>Documento di budget</b></li> <li>3. <b>Sistema informativo per il monitoraggio dei dati di gestione</b></li> <li>4. <b>Sistema informativo per il monitoraggio dei costi</b></li> </ol>

## Linee guida regionali per le cure domiciliari

	<b>5. Sistema informativo di carico e scarico delle forniture ( farmaci, presidi e ausili )</b>
--	---

### RISORSE

E' l'insieme del personale e delle risorse materiali che garantiscono la gestione delle CD con orientamento alla qualità.

#### **Personale**

Devono essere garantite al Centro di Coordinamento tutte le figure professionali, come indicato al paragrafo "Modello organizzativo delle Cure Domiciliari" delle presenti linee guida, quale dotazione minima per un servizio di qualità. L'attribuzione adeguata di risorse umane (tra erogatori di prestazioni e personale dedicato di tipo istituzionale) deve essere correlata al bisogno assistenziale sul territorio e il corretto equilibrio domanda/offerta può assicurare la gestione ottimale del servizio.

#### **Risorse materiali:**

Indicatori o criteri di qualità	Standard di qualità
Forniture sanitarie	Devono essere individuate quantità, qualità e modalità di approvvigionamento delle forniture <ol style="list-style-type: none"><li>1. Farmaci: secondo repertorio farmaceutico e con forniture settimanali/mensili.</li><li>2. Presidi e ausili: secondo nomenclatore tariffario.</li><li>3. Forniture specialistiche: almeno per nutrizione artificiale, dialisi peritoneale, ossigenoterapia a lungo termine, terapia antalgica, con forniture settimanali/mensili.</li></ol>
Mezzi di trasporto	Devono essere individuati tipologia e numero dei mezzi di trasporto per: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Accesso del personale non medico al domicilio dei pazienti: mezzi dell'Azienda USL, mezzi dei singoli operatori con previsione di rimborso oltre i 10 Km</li></ol>
Struttura logistica e strumenti di supporto	Devono essere individuati: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Numero congruo di locali da adibire alle attività del Centro di Coordinamento, riferimento per utenti ed operatori, con definizione di coordinate logistiche ( indirizzo, numero telefonico e del fax) orari di accesso al pubblico, orario di accesso telefonico ( garantito da personale di segreteria negli orari di servizio e da una segreteria telefonica .</li><li>2. Strumenti di supporto: telefono ( con segreteria telefonica), fax, fotocopiatrice, supporti informatizzati.</li></ol>
Finanziamenti	Quelli derivanti dal budget annuale stabilito dall'Azienda

#### **Le procedure operative**

Sono le procedure di **accesso, assistenza, dimissione** che garantiscono la qualità delle (C.D. aspetti o fattori di qualità delle procedure)

**Linee guida regionali per le cure domiciliari**

*Procedure di accesso*

Indicatori o criteri di qualità	Standard di qualità ( contenuti,modalità,operatori e strumenti)
Segnalazione del paziente al servizio	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paziente degente in ospedale o residenza: almeno 3 giorni prima della dimissione, il MO (medico ospedaliero) e/o MR (medico di residenza) contatta il Centro di Coordinamento e il MMG per informarli della prossima dimissione del l' assistito.</li> <li>2. Paziente a domicilio: il MMG contatta il Centro di Coordinamento per attivare le C.D.</li> </ol>
Valutazione del paziente	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paziente degente in ospedale o residenza: entro 3 giorni dalla segnalazione, il Responsabile del Centro di Coordinamento attiva l'U.V. che dovrà accedere nell'istituzione di degenza per la valutazione</li> <li>2. Paziente a domicilio: il Responsabile del Centro di Coordinamento attiva l'U.V. che dovrà recarsi presso l'abitazione del paziente.</li> </ol> <p>L'U.V. è costituita da: MMG, Case-manager e per i pazienti in fase critica, dallo Psicologo. L'U.V. procede alla valutazione con lo strumento VAOR-ADI e alla formulazione del Piano Individuale di Trattamento (PIT).</p>
Richiesta di partecipazione della famiglia	Il Case-manager acquisisce la disponibilità da parte del care giver ai fini della presa in carico del paziente nelle Cure Domiciliari
Attivazione delle C.D.	1. Per accedere alle cure domiciliari occorre la domanda del MMG sul <i>Modulo di segnalazione delle C.D.</i> che va inoltrata al Centro di Coordinamento.
Attivazione delle risorse umane e materiali	<p>Dopo la valutazione e la formulazione del PIT, il Centro di Coordinamento provvede a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reperire le risorse umane e le forniture. La consegna avviene possibilmente a domicilio.</li> <li>2. Coordinare gli accessi programmati degli operatori e garantire che gli interventi assistenziali vengano erogati, per quanto possibile, dagli stessi operatori.</li> </ol> <p>Nel corso dell'assistenza il Responsabile del Centro di Coordinamento rimane il referente per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> autorizzazione a modifiche degli accessi domiciliari degli operatori a seguito di revisioni del PIT</li> <li><input type="checkbox"/> autorizzazioni a forniture e prestazioni diagnostiche e specialistiche</li> </ul>
Dimissione protetta	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La dimissione deve avvenire nel giorno prefissato, evitando prefestivi e festivi.</li> <li>2. Deve essere rilasciato il <i>Modulo di dimissione protette</i></li> </ol>

**Linee guida regionali per le cure domiciliari**

*Procedure di assistenza*

Indicatori o criteri di qualità	Standard di qualità
Formazione della famiglia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il MMG deve informare i familiari delle condizioni di salute del paziente e del PIT formulato</li> <li>2. Ai care giver devono essere fornite istruzioni pratiche sulle modalità di esecuzione delle procedure assistenziali più semplici ed eventuali suggerimenti nella sfera psico-relazionale. Tali istruzioni vengono impartite di volta in volta dai singoli operatori.</li> </ol>
Informazione e formazione del volontariato	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. I singoli operatori informano i volontari sulle funzioni assistenziali da espletare, fornendo istruzioni pratiche sulle modalità di esecuzione delle procedure.</li> <li>2. Al bisogno devono essere consegnate istruzioni scritte sulle procedure assistenziali richieste ai volontari, sulle procedure per la sicurezza del paziente (norme igieniche, sanitarie ed ambientali) e sui servizi a cui rivolgersi al bisogno.</li> </ol>
Cure domiciliari 1° e 2° livello	<p>Le C.D. in regime ordinario sono garantite da una equipe domiciliare identificata a seguito della valutazione dei bisogni del paziente. L'assistenza prevede:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Accessi degli operatori secondo il PIT concordato, con erogazione delle prestazioni professionali della categoria e trascrizione sulla <i>Cartella domiciliare</i>.</li> <li>2. Rispetto della continuità assistenziale. Gli interventi assistenziali per i singoli pazienti vengono erogati per quanto possibile dagli stessi operatori</li> <li>3. Monitoraggio della salute del paziente da parte degli operatori e trascrizione dei dati sulla <i>Cartella domiciliare</i></li> <li>4. Erogazione delle forniture previste dal PIT e trascrizione dei dati sulla <i>Cartella domiciliare</i>.</li> <li>5. Rispetto dei rapporti interumani: rispetto della puntualità, della cortesia, della tutela della privacy del paziente, tempo sufficiente sia ai fini assistenziali che per supporto psicologico e conforto, informazioni chiare usando un linguaggio comprensibile, riservatezza delle informazioni.</li> <li>6. Periodica rivalutazione dei bisogni e aggiornamenti del PIT</li> <li>7. Rispetto delle misure di sicurezza, con riferimento alla prevenzione dei rischi ambientali che possono avere effetti negativi sulla salute del paziente ( rischio di caduta, temperatura ambientale, pulizia ambientale), alla sicurezza delle procedure assistenziali( garanzia della sepsi nelle terapie infusive, corretto smaltimento dei rifiuti nocivi, ecc.) e al corretto utilizzo degli ausili.</li> </ol>
Cure domiciliari 3° livello e Cure Palliative	<p>L'assistenza viene garantita a domicilio, per quanto possibile anche in condizioni di urgenza. Vengono fornite ai familiari istruzioni scritte sui servizi a cui rivolgersi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Per urgenze diurne: contattare telefonicamente il MMG</li> </ol>

## Linee guida regionali per le cure domiciliari

	<p>9. Per urgenze notturne, prefestive e festive: contattare il servizio di continuità assistenziale</p> <p>I casi non gestibili a domicilio vengono avviati a ricoveri ospedalieri temporanei e/o in Hospice . In tal caso viene annotato in cartella domiciliare.</p>
Monitoraggio della salute del paziente	<p>Ad ogni accesso il MMG e l'INF., sulla base delle proprie competenze e delle prestazioni effettuano l'esame obiettivo (rilevazione di sintomi, segni clinici e problemi psico-fisici) e gli esami strumentali compatibili con l'assistenza a domicilio (rilevazione di parametri e delle funzioni vitali) per valutare lo stato di salute del paziente. Periodicamente viene valutata anche l'autonomia funzionale mediante lo strumento VAOR-ADI. I dati vengono riportati nell'apposita <i>Cartella domiciliare</i>.</p>
Registrazione degli atti assistenziali	<p>1. Alla presa in carico del paziente deve esser aperta una <i>Cartella domiciliare</i> che rimane a domicilio del paziente e che deve essere utilizzata come documento di riferimento per tutti gli operatori domiciliari. Ad ogni accesso i singoli operatori sono tenuti a segnalare sulle apposite sezioni della <i>Cartella domiciliare</i> i dati relativi a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> stato di salute del paziente</li> <li><input type="checkbox"/> atti espletati, data e durata dell'accesso e la propria firma;</li> <li><input type="checkbox"/> comunicazioni con altri operatori</li> </ul> <p>2. Alla presa in carico del paziente e per ogni problema emerso successivamente, il MMG prevede <i>le forniture, gli accertamenti diagnostici e le consulenze specialistiche a domicilio</i>.</p> <p>3. ogni ricovero ospedaliero durante la degenza in C.D. deve essere annotato in cartella</p>
Rinnovi dell'autorizzazione alle C.D.	<p>Allo scadere del periodo individuato in partenza, qualora s'individui la necessità di prolungare l'assistenza in regime domiciliare, il MMG provvede alla richiesta di rinnovo.</p>

### *Procedure di dimissione*

Indicatori o criteri di qualità	Standard di qualità
Definizione delle cause	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Guarigione o raggiunta autonomia funzionale</li> <li>2. Mutate condizioni familiari che richiedano il trasferimento definitivo ad altro regime assistenziale</li> <li>3. Decesso</li> </ol>
Assistenza alla famiglia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. In caso di guarigione o raggiunta autonomia funzionale, il MMG programma il follow-up e ne informa i familiari</li> <li>2. In caso di trasferimento definitivo a regime residenziale, il MMG comunica al Centro di Coordinamento le mutate condizioni del paziente per l'avvio alla nuova struttura e il centro procede alla registrazione delle dimissioni in cartella.</li> </ol>
Espletamento delle formalità di dimissione	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il MMG provvede alla compilazione del <i>Modulo di dimissione</i> e all'invio al Centro di Coordinamento annotando la data di dimissione.</li> <li>2. I nominativi di pazienti dimessi vengono registrati su</li> </ol>

	“database” 3. Il Centro di Coordinamento annota sulla cartella la data di dimissione.
Archiviazione di dati	1. A seguito di dimissione, tutti i documenti sanitari relativi ai singoli pazienti assistiti vengono archiviati e vengono conservati per almeno 5 anni.

### **LA DOCUMENTAZIONE DEL SISTEMA QUALITÀ**

La documentazione del sistema qualità è strumento di gestione del sistema qualità nel servizio di CD ed ha i seguenti scopi:

- far conoscere il sistema qualità a tutti gli operatori delle CD per una erogazione dell'assistenza orientata alla qualità;
- consentire la revisione del sistema qualità in caso di inefficienze e la standardizzazione del sistema qualità.
- se il servizio di CD intende perseguire obiettivi di **certificazione/accreditamento**, la documentazione del sistema qualità diventa strumento per allestire i documenti richiesti dagli enti specifici ( organismi regionali, organismi di certificazione, ecc.). A tal fine si farà riferimento alle azioni contenute nelle procedure sopra menzionate.

## **INDICATORI SPECIFICI DI ATTIVITÀ**

Annualmente, ai fini di un monitoraggio attivo delle Cure Domiciliari (CD), il Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e Palliative di ciascuna Azienda Sanitaria dovrà trasmettere al competente Ufficio regionale un report sull'attività svolta, in base ai seguenti indicatori:

- Numero annuo di richieste di assistenza in CD
- Numero annuo di soggetti trattati in CD divisi per patologia (allegato H, DPR 270 del 28/07/00) e classi d'età 0-14; 15-24; 25-34; 35-44; 45-54; 55-64; 65-74; >75
- Numero di nuovi trattamenti in CD per trimestre
- Tempo di attesa tra segnalazione e presa in carico
- Tempo di attesa tra la predisposizione del PIT ed inizio effettivo delle prestazioni
- N° di personale addetto al servizio distinto per figure professionali

## Linee guida regionali per le cure domiciliari

- N° protocolli d'intesa sottoscritti con gli ospedali
- N° di protocolli d'intesa sottoscritti con Hospice, RSA, Case di riposo
- N° di operatori comunali coinvolti nelle attività
- N° di associazioni di volontariato coinvolte
- N° di soggetti del terzo settore impegnati nelle CD e forme contrattuali attivate
- N° di prestazioni infermieristiche erogate
- N° di prestazioni riabilitative erogate
- N° di accessi dei medici di medicina generale
- N° di accessi specialistici suddivisi per branca
- N° di presidi e protesi erogati
- Costo medio annuo per paziente trattato in CD
- N° di giornate di effettiva assistenza erogata in CD per paziente (la giornata effettiva di assistenza è intesa come il giorno in cui è stato effettuato almeno 1 accesso domiciliare)
- N° di giornate di cura per paziente, dalla presa in carico alla dimissione dal servizio, coincidente con la durata del Piano di Assistenza Individuale (PAI)
- N.° di gg/settimana di attività in CD
- N° di ricoveri per paziente assistito in CD
- N° complessivo annuo di giorni di ricovero per paziente assistito in CD
- Livello di gradimento da parte dei familiari dei servizi erogati (rilevazione semestrale su modello allegato)
- N° di decessi a domicilio di pazienti in fase critica e/o terminali
- N° di ore lavorative/anno per terapeuta
- N° di ore lavorative/anno per infermiere
- N° di ore lavorative/anno per OSS
- N° di prestazioni/ora dei Terapisti
- N° di prestazioni/ora degli Infermieri
- N° di prestazioni/ora degli OSS
- N° medio anno prestazioni di fkt per assistito
- N° medio anno prestazioni infermieristiche per assistito.
- N° medio delle prestazioni di fkt per terapeuta.
- N° medio prestazioni infermieristiche per infermiere.

I Centri di Coordinamento aziendali, nella raccolta dei dati per la quantificazione dei suddetti indicatori, utilizzano un apposito ed unico software, già reso disponibile dalla regione, per la necessaria omogeneità e confrontabilità delle informazioni.

In particolare, dalla lettura di alcuni degli indicatori sopraelencati, si può apprezzare la diversità spesso registrata e difficilmente documentata, nei LEA domiciliari, in relazione al tipo di pazienti e agli interventi di cui essi necessitano. Piani di trattamento centrati sull'educazione/informazione o trasferimento alla famiglia di conoscenze e competenze per atti di cura semplici, esauribili con pochi accessi di personale, sono diversi da Piani che prevedono un intervento terapeutico o palliativo ad alta o media intensità sanitaria e assistenziale e che coinvolgono multiprofessionalità.

Il precedente paragrafo "Cure Domiciliari e prestazioni connesse" ha già differenziato i livelli di intensità delle CD in base alle prestazioni erogate. L'associazione di indicatori appropriati a detti livelli consente la caratterizzazione dei profili di cura domiciliari secondo parametri misurabili e quantitativi. In tal senso si recepisce il documento ministeriale citato nella Premessa "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio", che individua un coefficiente legato alla "complessità" del caso e alla durata media del Piano Assistenziale Individuale (PAI). Tale coefficiente, definito coefficiente di intensità assistenziale (CIA), è proporzionale alla

## Linee guida regionali per le cure domiciliari

natura del bisogno e si calcola in base alle giornate effettive di assistenza e alle giornate di cura.

Assunte le seguenti definizioni:

CIA = Coefficiente di intensità assistenziale: GEA/ numero di 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

il coefficiente CIA è il risultato del rapporto GEA/ GDC.

Facendo propria la classificazione del documento ministeriale sopracitato, si definiscono gli standard qualificanti i LEA – Cure Domiciliari come di seguito riportato:

<b>Profilo di cura</b>	<b>Natura del bisogno</b>	<b>Intensità CIA=GEA/GDC</b>	<b>Durata media</b>	<b>Operatività del servizio</b>
Cure Domiciliari Prestazionali (occasionali o cicliche programmate)	clinico/funzionale			
Cure Domiciliari Integrate di Primo Livello (già ADI)	clinico/funzionale/ sociale	fino a 0,30	180 giorni	5 giorni su 7
Cure Domiciliari Integrate di Secondo Livello (già ADI)	clinico/funzionale/ sociale	fino a 0,50	180 giorni	6 giorni su 7
Cure Domiciliari Integrate di Terzo Livello (già OD)	clinico/funzionale/ sociale	superiore a 0,50	90 giorni	7 giorni su 7
Cure palliative malati terminali (già OD CP)	clinico/funzionale/ sociale	superiore a 0,60	60 giorni	7 giorni su 7

## FORMAZIONE

Il nuovo Piano Sanitario Nazionale 2006- 2008 si inserisce in un quadro epidemiologico e demografico caratterizzato da un aumento notevole della popolazione anziana con previsioni attendibili di ulteriore aumento degli ultra 65anni ed ultra 85anni.

Appare evidente che tali modifiche demografiche incidono nell'identificare come compito fondamentale quello di rafforzare la tutela dei soggetti che richiedono un alto grado di protezione socio – sanitaria.

Pertanto, la definizione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali rappresenta per il nostro S.S.N. un obiettivo prioritario da raggiungere in tempi brevi.

Ciò richiede una riprogettazione organizzativa che, tra gli altri obiettivi, deve selezionare personale assistenziale adeguatamente formato e motivato

L'introduzione di specifici percorsi formativi attraverso l'Educazione Continua in Medicina per la formazione del personale sanitario rappresenta una scelta finalizzata soprattutto al miglioramento dell'assistenza sanitaria e della qualità delle prestazioni erogate ai cittadini.

Sulla base di tali elementi ed in coerenza con le indicazioni dell'intesa Stato – Regioni del 23 Marzo 2005 e del P.S.N. 2006 – 2008, il sistema della formazione dovrà contemplare la ridefinizione degli obiettivi formativi garantendo, in ogni caso, che siano presenti:

- a. i temi comuni a tutte le professioni impegnate nelle cure domiciliari;
- b. i temi specifici delle singole professioni , discipline e specialità mediche e sanitarie;
- c. i temi di natura organizzativo – gestionale;
- d. le tipologie delle attività formative.

Gli obiettivi che la formazione dovrà proporre sono :

- mantenimento della motivazione alla professione di tutti gli operatori sociali e sanitari;
- adeguamento della capacità professionale dei singoli al loro livello di maturazione;
- adeguamento al rapido progresso delle conoscenze e delle tecnologie sanitarie;
- miglioramento continuo dell'organizzazione del rendimento e dell'economia dell'intero sistema.

Si dovrà, inoltre, assicurare livelli di formazione corrispondenti ai fabbisogni di personale qualificato, garantendo così le necessarie risorse professionali per la funzionalità dei servizi, l'efficacia degli interventi, la soddisfazione dei cittadini e valorizzare le competenze e le disponibilità professionali ed umane attraverso adeguati interventi formativi, nonché tramite l'aggiornamento e la sperimentazione di ordinamenti didattici ed organizzativi innovativi.

In questo quadro di riferimento, la realizzazione del nuovo modello di **Cure Domiciliari** progettato dalla Regione Basilicata in queste Linee Guida, rende necessaria la formazione e l'aggiornamento degli operatori addetti alle cure domiciliari.

La formazione del personale dedicato alle Cure Domiciliari non può e non deve essere una formazione esclusivamente "tecnica", risposta ad un bisogno " tecnico ", in quanto essa ha alcune caratteristiche peculiari rispetto ad altri tipi di attività formativa.

Si tratta cioè di spostare il fulcro degli interventi formativi dagli interessi settoriali degli operatori ai bisogni delle persone assistite a domicilio e alle condizioni per affrontarli in modo efficace. Chiavi di lettura unitarie per analizzare i bisogni di formazione e progettare gli interventi sono i requisiti fondamentali dell'assistenza domiciliare quali la valutazione globale dei bisogni, l'approccio multidisciplinare, l'integrazione socio-sanitaria, la continuità assistenziale, la valutazione di efficacia.

Questi aspetti sono parte qualificante dei contenuti disciplinari e metodologici della formazione, intesa come approccio trasversale che non si interessa di un singolo organo o apparato, come è proprio delle discipline specialistiche, ma che prende in considerazione l'assistito nella sua unitarietà fisica, affettiva e relazionale attivando processi di comunicazione.

Inoltre, la preparazione dell'operatore dei servizi di assistenza domiciliare deve essere interpretata, in quanto processo di apprendimento guidato ed in quanto esso stesso momento di cambiamento (individuale o di gruppo o organizzativo), come strumento di "empowerment" ossia di ampliamento o rafforzamento del potere del singolo, delle possibilità di un soggetto di aumentare la capacità di agire nel proprio contesto e di operare più consapevolmente delle scelte.

## **PERCORSO FORMATIVO**

La formazione nelle Cure Domiciliari deve derivare da un'elaborazione di un processo di apprendimento in vario modo "guidato" che deve saper interpretare gli obiettivi dell'assistenza domiciliare e i suoi risultati attesi, facendone motivo di investimento culturale e metodologico, così da qualificare con riferimenti teorici, criteri per operare e strumenti tecnico - professionali quanti operano in quest'area.

Per queste ragioni si parla di "Processo formativo" per indicare un percorso di apprendimento guidato, consapevole e condiviso.

Tale processo formativo potrebbe suddividersi in 5 diverse fasi:

1. analisi dei bisogni di formazione;
2. pianificazione degli interventi formativi, definendo le finalità, gli obiettivi e individuando i risultati che s'intendono ottenere nelle varie fasi;
3. progettazione in relazione alle specificità delle situazioni e contesti in cui si avvia l'attività formativa;
4. attuazione degli specifici interventi "di aula";
5. valutazione dei risultati confrontando questi con i bisogni e gli obiettivi prefissati e ridefinendo, eventualmente, anche il percorso formativo successivo.

Si ritiene opportuno sia a livello Regionale che delle singole A.S.L., dare ampio spazio all'attività formativa del personale dedicato alle cure domiciliari ritenendola una necessità imprescindibile perché esso possa svolgere più efficacemente il proprio "lavoro" con un corretto approccio ai bisogni dei soggetti in Assistenza Domiciliare.

Tale attività formativa potrebbe essere strutturata in tre fasi:

1. lezioni in aula;

2. formazione "on the job" basata sulla trasmissione diretta del sapere, sulla condivisione dei compiti, sulla operatività e soprattutto sulla conoscenza di altre realtà
3. organizzazione di seminari con la partecipazione anche da esperti esterni

In particolare i programmi formativi potranno anche riguardare:

- le funzioni dell'assistenza domiciliare nella rete dei servizi distrettuali;
- le funzioni dei medici di medicina generale e degli altri operatori sanitari sociali nella modalità di erogazione dei servizi integrati;
- il coinvolgimento e la formazione delle famiglie con pazienti affetti da patologia cronica invalidante;
- il sostegno nella difficile relazione con il paziente non autosufficiente o a rischio di perdita della autonomia;
- le modalità di comunicazione e di documentazione necessarie a un sistema informativo capace di integrare linguaggi, metodi e culture dei professionisti, degli operatori degli enti locali e del terzo settore.

Più in specifico l'attività formativa andrà ad implementare quei percorsi già attivati (**VAOR A.D.I.; SOFTWARE VAOR ADI; CURE PALLIATIVE ecc.**) e ad avviare una nuova offerta formativa e di aggiornamento riguardante:

- l'assistenza a domicilio, gli strumenti dell'evidenza (linee guida, protocollo, procedure), l'identificazione dei problemi e delle priorità e costruzione del piano individuale di assistenza;
- la capacità di comprensione e di approccio relazionale nei riguardi dell'assistito e della sua famiglia, delle possibili implicazioni psicologiche e sociali legate allo stato di malattia, al dolore, all'invalidità, al ricovero, alla morte;
- la capacità di gestione delle più frequenti sindromi psicogeriatriche quali ansia, depressione, disadattamento, demenza;
- la consapevolezza dei problemi legati all'uso ed abuso dei farmaci, alle interazioni farmacologiche, agli effetti collaterali, alla aderenza alla terapia; l'alimentazione; la riabilitazione ecc.

In conclusione, quindi, possiamo affermare che la formazione nelle Cure Domiciliari, è un percorso obbligato, in quanto collegato alla crescita professionale degli operatori, diretto a sviluppare un'importante azione di adeguamento delle capacità e competenze alle esigenze della collettività, in modo da poter assicurare il passaggio, fondamentale in una nuova organizzazione come è quella delle **Cure Domiciliari**, tra passato e futuro.

Del che è redatto il presente verbale che, letto e confermato, viene sottoscritto come segue:

IL SEGRETARIO

*E. Fantoni*

IL PRESIDENTE

*[Signature]*

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data 17.6.08  
al Dipartimento interessato  al Consiglio regionale

L'IMPIEGATO ADDETTO

*F. Funari*