

OBIETTIVI DI SERVIZIO
Tavolo tecnico ADI
Gruppo di lavoro regionale interdipartimentale

LINEE GUIDA REGIONALI
per l'accesso e il governo del
sistema integrato delle cure domiciliari

Giugno 2010

Sommario

Premessa	3
SEZIONE I - Il Quadro normativo, gli assetti istituzionali e organizzativi	4
1.1 Il Sistema dei Servizi domiciliari: evoluzione normativa, terminologica e concettuale	4
1.2 Le cure domiciliari in Sicilia	6
1.3 La <i>governance</i> del sistema integrato delle cure domiciliari	7
SEZIONE II - L' erogazione delle cure domiciliari.....	11
2.1 Il percorso di erogazione delle cure domiciliari.....	11
2.1.1 Gli attori	11
2.1.2 L'accesso al sistema integrato delle cure domiciliari (Punto Unico di Accesso)	11
2.1.3 La presa in carico	13
2.2 L' articolazione dell' offerta assistenziale	17
2.2.1 Prestazioni del sistema degli interventi e dei servizi sanitari	17
2.2.2 Il sistema degli interventi e dei servizi sociali nelle cure domiciliari	20
SEZIONE III - Le azioni a supporto dell'efficacia del sistema.....	21
3.1 Il sistema informativo integrato e il monitoraggio e la valutazione delle prestazioni erogate	21
3.2 La formazione e l'aggiornamento del personale.....	23

Premessa

Il presente documento contiene le linee guida regionali per regolamentare le modalità d'integrazione tra servizi e prestazioni di natura socio-sanitaria relativamente alla presa in carico e la cura a domicilio degli anziani e delle altre categorie di pazienti definiti non autosufficienti dal D.P.C.M. 14 febbraio 2001.

Le linee guida forniscono indirizzi operativi per i distretti sanitari, i distretti socio-sanitari e i Comuni della Regione Siciliana al fine di attivare le risorse necessarie a mettere in campo le azioni ritenute indispensabili a sostenere il coordinamento dei servizi sanitari e socio-assistenziali interessati e sostenere l'integrazione delle prestazioni di natura sanitaria e socio-assistenziale.

Le linee guida sono redatte seguendo il percorso e le indicazioni metodologiche contenute nel Piano d'azione degli obiettivi di servizio 2007-2013 della Regione Siciliana e definite sulla base della strategia di sviluppo regionale, per il suddetto periodo, delineata dal Quadro Strategico Nazionale (QSN) al fine di migliorare nel Mezzogiorno alcuni servizi ritenuti essenziali per i cittadini, tra cui i servizi di assistenza domiciliare integrata.

Relativamente ai servizi di cura per gli anziani, il QSN ha individuato un indicatore statistico per il quale è stato posto il *target* del 3,5% di assistiti sul totale della popolazione anziana (>65 anni), il cui raggiungimento rappresenterà un concreto segnale di miglioramento della qualità della vita dei cittadini.

A tal proposito il Piano d'azione degli obiettivi di servizio evidenzia la necessità di contestualizzare il piano di sviluppo delle cure domiciliari del territorio allo stato d'attuazione e integrazione delle politiche sociali e socio-sanitarie regionali, rendendo complementari gli strumenti di programmazione di cui ciascun sistema a livello territoriale è dotato (i Piani attuativi territoriali delle ex-ausl, oggi ASP, e i Piani di Zona dei distretti socio-sanitari) e individuando meccanismi regolativi adeguati alla realizzazione di mix organizzativi virtuosi tra i livelli istituzionali, gestionali e professionali dei distretti sanitari e socio-sanitari.

SEZIONE I - Il Quadro normativo, gli assetti istituzionali e organizzativi

1.1 Il Sistema dei Servizi domiciliari: evoluzione normativa, terminologica e concettuale

In riferimento all'evoluzione del quadro normativo nazionale, l'assistenza domiciliare agli anziani nasce attraverso gli interventi di natura socio-assistenziale introdotti per iniziativa di alcune Regioni italiane, cui ha fatto seguito un interesse crescente da parte del legislatore nazionale. Quest'ultimo è intervenuto sin dall'inizio degli anni '90 con una serie di provvedimenti volti a distinguere l'assistenza a domicilio di tipo socio-assistenziale, da un tipo di assistenza caratterizzata da una specifica connotazione sanitaria. In particolare, il Progetto obiettivo anziani del 1991-95 ed il Piano sanitario nazionale 1994-1996 hanno codificato questa tipologia di assistenza con il termine ADI "Assistenza domiciliare integrata".

L'ADI è stata concepita come un modello assistenziale volto ad assicurare l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie (medica, infermieristica, riabilitativa. etc..) e sociali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche e sostegno psicologico) al domicilio, da parte di differenti figure professionali tra loro funzionalmente integrate. Si tratta di un servizio che ha l'obiettivo di soddisfare esigenze complesse, di persone che richiedono una assistenza continuativa di tipo socio-sanitario. La responsabilità assistenziale è attribuita al medico curante dell'assistito, la sede organizzativa è nel distretto sanitario. L'erogazione del servizio richiede la definizione di piani personalizzati di assistenza in relazione ai bisogni della persona.

La più recente evoluzione nel settore è volta a creare una rete integrata dei diversi servizi domiciliari, da quelli più semplici a quelli più complessi. Nella fase attuale si sta assistendo ad un importante passaggio che tende alla definizione di una normativa organica di riferimento del sistema dell'assistenza domiciliare a livello nazionale.

Con l'approvazione della legge 18 giugno 2009, n. 69 e del relativo decreto legislativo attuativo n. 153 del 3 ottobre 2009, è stata prevista anche la partecipazione delle farmacie al servizio di assistenza domiciliare integrata a favore dei pazienti residenti o domiciliati nel territorio della sede di pertinenza di ciascuna farmacia, attraverso servizi dedicati nel rispetto di quanto previsto nei Piani Socio-sanitari regionali.

Attraverso il "Documento di caratterizzazione delle cure domiciliari in Italia" elaborato da uno specifico gruppo di lavoro ed approvato dalla Commissione LEA il

18 ottobre 2006, si è costituito un importante riferimento per lo sviluppo armonico del sistema dell'*home care*.

Pur non avendo valore normativo il documento è stato di fatto recepito dalla Regione Siciliana attraverso il D.A. n. 2459 del 12/11/2007 che, insieme al D.A. n. 2461 del 12/11/2007 (entrambi in GURS n. 56 del 30/11/2007) concernente le "Linee guida in materia di valutazione multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare per anziani e altri tipi di pazienti non autosufficienti" e al precedente D.A. n. 745 del 3 maggio 2007, recante "Direttiva per l'attivazione del Dipartimento Funzionale per l'Integrazione Socio-Sanitaria", rappresentano un primo tentativo per sviluppare armonicamente le tematiche relative ad una programmazione organica del sistema delle cure domiciliari. In tempi più recenti e a conclusione di un percorso normativo in progress, l'Assessorato Regionale alla Sanità ha definito, con il D.A. n. 1543 del 2 luglio 2008, la "Nuova caratterizzazione dell'assistenza domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio".

In più, con la legge regionale n. 5 del 14 aprile 2009, recante "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale", vengono introdotte importanti novità al fine di rendere effettiva l'integrazione socio-sanitaria, così come affermata dai principi espressi dalla Legge n. 328 del 2000 e dall'articolo 2 del D.P.C.M. 14 febbraio 2001.

Infine, con D.A. n. 873 dell'8 maggio 2009 "Nuova organizzazione delle cure palliative in Sicilia" è stata data approvazione alla rete delle cure palliative della Regione prevedendo, anche, l'erogazione di prestazioni a domicilio.

In questa direzione vanno concepiti anche gli indirizzi programmatori definiti dall'Assessorato Regionale alla Famiglia che, attraverso il percorso normativo intrapreso a partire dal 2002 a seguito dell'entrata in vigore della L. 328/00, ha negli anni sviluppato un processo volto alla costruzione di un sistema integrato dei servizi e degli interventi socio-assistenziali e socio-sanitari a livello territoriale.

Il "*Programma regionale delle politiche sociali e socio-sanitarie 2010-2012*" approvato con DPRS n. 61 del 2 marzo 2009 è da considerare in continuità con i precedenti documenti di programmazione della Regione Siciliana (*DPRS 4 novembre 2002 e DPRS 23 marzo 2007*) finalizzati a sostenere la costruzione di un sistema di welfare regionale coerente con la L. 328/2000, che ha delineato a livello nazionale il nuovo sistema integrato di politiche sociali e socio-sanitarie.

L'affermazione del principio d'integrazione dei servizi socio-sanitari trova infatti riscontro nel DPRS n. 61/2009 nel quale si stabilisce che per i servizi di cura rivolti ad anziani, nella definizione degli interventi si rimanda, laddove compatibile con la programmazione dei Piani di zona, alle Linee guida regionali per l'accesso al sistema delle cure domiciliari che il settore sanitario e il settore sociale a livello regionale dovranno porre in essere e che rappresentano la tappa fondamentale per la definizione del sistema di *governance* delle azioni.

Queste Linee guida intervengono per armonizzare il sistema in atto operante per le cure domiciliari apportando i necessari correttivi che concorrono nel far esprimere una complementarietà visibile non solo in termini di azioni ma, principalmente, percepibile in termini di obiettivi di risultato.

In tal senso con il presente documento la Sicilia intende promuovere tutti gli adeguamenti, normativi, organizzativi, funzionali, necessari alla realizzazione di modelli di cure domiciliari maggiormente rispondenti ai bisogni individuali delle persone e conseguire, così, il valore aggiunto atteso.

1.2 Le cure domiciliari in Sicilia

Le cure domiciliari per gli anziani nel periodo 2000-2008 sono state prevalentemente attivate dalle Aziende Sanitarie secondo un'organizzazione non del tutto omogenea ma a macchia di leopardo nella fase di avvio. Ciò, anche, in considerazione del fatto che non erano ancora disponibili atti di indirizzo, di organizzazione e programmazione specifici, la cui carenza è stata affrontata con appositi provvedimenti.

In particolare, con D.A. n. 01543 del 2 luglio 2008, sono state definite le tipologie di ADI da attivare nell'assistenza territoriale domiciliare e negli interventi ospedalieri a domicilio.

Occorre specificare che il percorso per la presa in carico dei pazienti prevede la determinazione dei bisogni sanitari e sociali emersi dalla valutazione effettuata dalla "UVM" (Unità Valutativa Multidimensionale) utilizzando la scheda "SVAMA" (Scheda di Valutazione Multidimensionale Anziani) dalla quale è possibile stabilire il cosiddetto "PAI" (Piano di Assistenza Individuale). I principali attori coinvolti nella erogazione delle cure domiciliari sono pertanto: l'"UVM", il Medico curante dell'assistito e, per quanto attiene il sociale, la componente qualificata e specifica dei Comuni (assistenti sociali).

Dalla lettura delle esperienze fatte negli anni passati emergono soprattutto alcune forti criticità tra cui indubbiamente spiccano l'assenza di uno strumento di accesso univoco al sistema delle prestazioni socio-sanitarie delle cure domiciliari e una strutturale difficoltà, nonostante la sottoscrizione di Accordi di Programma, ad integrare azioni, competenze e risorse dell'area sociale con quelle dell'area sanitaria.

Ne consegue inoltre:

- un'insufficiente integrazione del territorio con le strutture ospedaliere;
- la carenza nel territorio di strutture decentrate per le cure primarie e la domiciliarità (case della salute, PTA, Utap, centri diurni, ecc.);
- la difficoltà ad agire sinergicamente con i Medici di base;
- una carente formazione professionale specifica e collettiva degli operatori coinvolti nelle cure domiciliari;
- un'insufficiente supporto sociale alle famiglie;
- un'inadeguata informazione sulle attività previste.

La rete socio-sanitaria integrata per il governo del sistema delle cure domiciliari ha trovato tuttavia una buona capacità organizzativa e di impatto in alcune esperienze regionali (di spicco l'Azienda Sanitaria di Ragusa).

Tale modello gestionale ha conseguito importanti risultati sia in riferimento ai livelli di assistenza garantiti agli utenti, sia in termini di soddisfazione espressa da parte dei nuclei familiari beneficiari di detto tipo di assistenza, sia per quanto riguarda la capacità istituzionale di *governance* del sistema d'integrazione del settore sanitario dell'Azienda Sanitaria e del settore sociale dei Comuni.

Per quanto concerne l'iniziativa regionale che, in base alle indicazioni del Piano d'azione degli obiettivi di servizio 2007-2013, mira a creare un sistema di *multilevel governance* del sistema delle cure domiciliari, una importante novità è rappresentata dal DDG n. 344/SVII DRP del 31 ottobre 2008 con il quale è stato istituito, presso il Dipartimento della Programmazione, il Gruppo interdipartimentale regionale per l'attuazione del Piano d'azione degli obiettivi di servizio del QSN 2007-2013. All'interno del Gruppo interdipartimentale ha operato un tavolo tecnico, istituito ad hoc per l'elaborazione condivisa delle linee guida, composto da otto componenti (quattro funzionari delegati da ognuno dei due Assessorati coinvolti nell'obiettivo di servizio relativo alle cure domiciliari) e coordinato dal Dipartimento della Programmazione.

Il tavolo tecnico ha avviato un percorso di confronto ed approfondimento in merito alle attività esistenti sul territorio, al fine di individuare i criteri e i contenuti utili a definire le linee guida per l'accesso e il governo del sistema integrato socio-sanitario delle cure domiciliari.

1.3 La *governance* del sistema integrato delle cure domiciliari

Il sistema di governo delle cure domiciliari a livello territoriale assume come valore strategico il principio della corresponsabilità dei due sistemi, sociale e sanitario, attuando tale principio attraverso l'istituzionalizzazione di modalità stabili di coordinamento e la formalizzazione di percorsi d'integrazione dei propri strumenti programmatori, progettuali e operativi.

Si tratta, in altri termini, di strutturare un processo complesso d'integrazione tra i due sistemi che si articola su tre livelli d'integrazione, così come delineato nei riferimenti normativi nazionali in materia di integrazione socio-sanitaria (D.P.C.M. 14 febbraio 2001):

- integrazione istituzionale;
- integrazione organizzativa;
- integrazione professionale.

In questo capitolo vengono affrontati gli aspetti inerenti l'integrazione istituzionale e l'integrazione organizzativa. La tematica dell'integrazione professionale, qui definita nelle linee generali, sarà affrontata in maniera approfondita nel paragrafo 5 dedicato al percorso di erogazione del servizio delle cure domiciliari.

Per quanto riguarda l'integrazione istituzionale, fermo restando i livelli regionale e provinciale di *governance* (vedi scheda 1), a livello distrettuale gli attori dell'integrazione vengono individuati nel Comitato dei Sindaci del distretto socio-sanitario e nel Direttore del Distretto Sanitario. Per quanto concerne le azioni che i suddetti attori dovranno porre in essere per soddisfare le esigenze d'integrazione del livello istituzionale, queste riguarderanno la definizione degli indirizzi di natura programmatica e gestionale atti a sostenere il coordinamento e l'integrazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie, e socio-assistenziali attinenti le attività di ADI nell'ambito territoriale di riferimento.

Lo strumento da adottare per la formalizzazione degli indirizzi programmatici è l'Accordo di programma.

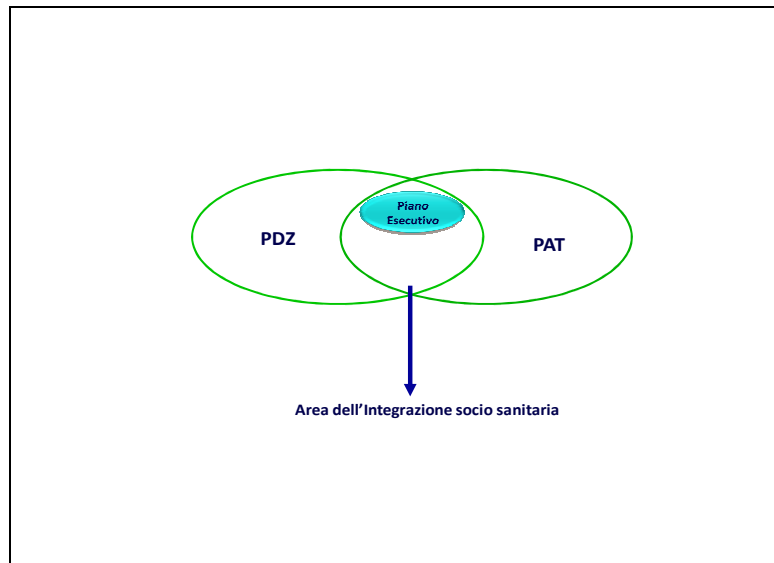
Il livello organizzativo di integrazione riguarda gli aspetti gestionali ed ha come attori di riferimento dei due sistemi rispettivamente il Coordinatore del Gruppo di Piano del distretto socio-sanitario e il Direttore del distretto sanitario. Tale livello riguarda l'attuazione e la messa a regime delle scelte programmatiche e gestionali definite dal livello istituzionale, nonché la programmazione delle modalità organizzative attraverso le quali erogare il servizio (raccordo tra le risorse professionali coinvolte, tempi di erogazione del servizio, ecc..).

Lo strumento attraverso il quale procedere alla formalizzazione di tali aspetti è individuato nel Piano esecutivo di gestione.

L'ultimo livello di integrazione si caratterizza nel coordinamento di tutte le figure professionali coinvolte nel processo di erogazione delle cure domiciliari, così come specificato nel paragrafo 5, e si attua attraverso la definizione di Protocolli operativi.

Gli indirizzi di natura programmatica e gestionale e i contenuti definiti nel Piano esecutivo dovranno trovare una corrispondenza nei documenti di programmazione pluriennale ordinaria dei distretti socio-sanitari (Piani di Zona) e dei distretti sanitari (Piani attuativi territoriali), come evidenziato nella figura 1.

Figura 1. L'area dell'integrazione socio-sanitaria



Scheda 1

I livelli regionale e provinciale della governance del sistema integrato delle cure domiciliari

I soggetti istituzionali del livello regionale di *governance* sono l'Assessorato Regionale della Salute e l'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro. Va precisato che tali soggetti trovano un coordinamento permanente con l'Ufficio speciale per l'integrazione socio-sanitaria, istituito con DGR n. 598 del 29 dicembre 2009. Un ulteriore organismo di raccordo tra i due settori è costituito dalla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria istituita con legge regionale n. 10 del 9 ottobre 2008 recante "Istituzione della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria". Tale organismo interviene nella programmazione in materia sanitaria e socio-sanitaria regionale svolgendo prevalentemente funzioni di indirizzo e di consultazione.

Gli attori dell'integrazione istituzionale a livello provinciale sono rappresentati dalla Conferenza dei Sindaci e dal Direttore Generale dell'ASP.

Figura 2. La *governance* distrettuale del sistema integrato delle cure domiciliari

Livello di integrazione	Attori	Azioni dell'integrazione	Strumenti (Formalizzazione dell'integrazione)
Istituzionale	Comitato dei Sindaci Direttore del distretto sanitario	Definizione indirizzi programmatici per il coordinamento e l'integrazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e socio-assistenziali attinenti le cure domiciliari	Accordo di programma
Organizzativa	Coordinatore del Gruppo Piano Direttore Distretto Sanitario	Definizione di un piano attuativo degli indirizzi programmatici	Piano esecutivo
Professionale	Operatori Sanitari Assistenti Sociali di ASP e Comuni	Raccordo operativo sul coordinamento e l'integrazione delle prestazioni	Protocolli operativi

SEZIONE II - L' erogazione delle cure domiciliari

2.1 Il percorso di erogazione delle cure domiciliari

2.1.1 Gli attori

Il governo dell'accesso al sistema integrato delle cure domiciliari e l'erogazione delle prestazioni connesse si articola attraverso un sistema di relazioni, scambio di informazioni, attivazione di risorse ed erogazione di prestazioni che vede coinvolte diverse figure professionali alle quali sono attribuite responsabilità differenti.

Si tratta di una rete di attori e un insieme di attività che vede coinvolti:

- il Punto Unico di Accesso (PUA);
- la "unità distrettuale cure domiciliari" istituita nell'ambito dei distretti sanitari;
- il *case manager*- responsabile del caso;
- il medico curante dell'assistito;
- i componenti delle Unità di valutazione multidimensionale (medico specialista, terapeuta della riabilitazione, assistente sociale, infermiere professionale, e altre figure specialistiche ritenute rilevanti);
- assistenti sociali dei Comuni;
- gli sportelli o punti informativi collocati nei Comuni del Distretto socio-sanitario.

2.1.2 L'accesso al sistema integrato delle cure domiciliari (Punto Unico di Accesso)

L'accesso al sistema integrato delle cure domiciliari prevede:

- la segnalazione al Punto Unico di Accesso (PUA) da parte di uno dei seguenti soggetti:
 - medico curante dell'assistito;
 - medico del reparto ospedaliero in fase di pre-dimissione;
 - medico responsabile di struttura residenziale (RSA);
 - responsabile della struttura socio-assistenziale (Casa di riposo – Comunità protetta);
 - farmacie aperte al pubblico;
 - servizi sociali;
 - associazioni di volontariato, cooperative sociali;
 - familiari dell'assistito;
 - altri soggetti (vicinato, rete amicale, ecc.);

- la richiesta di accesso al sistema delle Cure Domiciliari Integrate attraverso il PUA che svolge la funzione di accoglienza delle richieste, riscontro dei requisiti essenziali, lettura e decodifica del bisogno, orientamento.

Tale modalità presuppone che la segnalazione, da chiunque provenga, deve pervenire al PUA che rappresenta l'unico organismo abilitato ad avviare il percorso di accesso al sistema delle Cure Domiciliari Integrate, assorbendo le funzioni già attribuite allo sportello unico per l'integrazione socio-sanitaria previsto dal D.A. del 2 luglio 2008.

Il PUA rappresenta il punto di raccolta di tutte le segnalazioni ed il conseguente raccordo funzionale tra i diversi soggetti componenti la rete del sistema integrato delle cure domiciliari.

Il PUA non consiste, quindi, soltanto in un luogo fisico centralizzato e ben identificato, ma anche nel raccordo operativo tra i soggetti della rete che, utilizzando una modulistica unica, adottano modalità di accesso uniformi al sistema delle cure domiciliari integrate.

Per quanto attiene l'assetto organizzativo, il PUA è articolato in due livelli di operatività, ognuno con proprie funzioni e ruoli definiti ma fortemente integrati tra loro:

1. Front - office
2. Back - office

PUA Front-office

A tale livello operativo è attribuito il ruolo di promotore di nuove modalità di accoglienza e di risposta al cittadino attraverso lo svolgimento delle seguenti funzioni:

- accesso accoglienza;
- raccolta di segnalazioni;
- orientamento e gestione della domanda;
- attivazione diretta di prestazioni in risposta ai bisogni semplici;
- avvio della presa in carico.

PUA Back-office

In questo livello di operatività il ruolo svolto dal PUA è quello di supportare la promozione e la qualificazione del sistema integrato dei servizi e delle prestazioni del territorio, attraverso le seguenti funzioni:

- elaborazione di procedure di registrazione dei bisogni espressi;
- elaborazione di procedure di registrazione della risposta alla domanda sociale rilevata;
- elaborazione di protocolli operativi integrati;

- elaborazione della modulistica;
- coordinamento della rete;
- mappatura delle risorse del territorio;
- elaborazione report quanti/qualitativi della domanda e dell'offerta.

Alle suddette funzioni sono correlate le seguenti attività:

- analisi preliminare e di screening del bisogno;
- apertura di una cartella con data-set minimo di informazioni;
- avvio del percorso assistenziale.

L'organizzazione e il funzionamento del PUA devono essere disciplinati da un regolamento integrato tra distretti sanitari e i coincidenti distretti socio-sanitari che preveda le modalità di accesso unitario al sistema integrato delle cure domiciliari e che sancisca e definisca, in particolare, la struttura e l'organizzazione del PUA, le risorse professionali da destinare alle funzioni di front-office e di back-office, l'utilizzo degli strumenti unici e la messa in rete telefonica e informatica dei diversi punti della rete. Il regolamento deve prevedere un meccanismo di coordinamento automaticamente attivato ogni qual volta una segnalazione o richiesta di accesso pervenga ad uno dei punti della rete (Medico curante, Unità distrettuale cure domiciliari, Segretariato sociale), nonché adottare modalità organizzative del servizio congruenti con le caratteristiche e le reali esigenze dell'utenza del territorio di riferimento.

2.1.3 La presa in carico

Gli attori del PUA hanno il compito di analizzare il bisogno espresso attraverso la segnalazione, fornendo la risposta, a seconda delle situazioni problematiche, semplice (l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o sociali che non richiedano una valutazione multidimensionale) o complessa (erogazione di prestazioni integrate socio-sanitarie che prevedono la valutazione multidimensionale ed il coinvolgimento dell'UVM).

Nel caso in cui il bisogno espresso dall'utente necessita di una risposta semplice, il PUA interviene segnalando al servizio competente la problematica anticipandone, ove possibile, la diretta presa di contatto dell'interessato. Il PUA completa il proprio intervento verificando l'avvenuta presa in carico da parte del servizio individuato a garanzia della continuità del percorso di cura prima avviato.

Nel caso in cui il bisogno espresso dall'utente segnalato necessita di una risposta complessa, il PUA, entro le 24 ore successive dalla segnalazione, contatta l'Unità distrettuale cure domiciliari che disporrà la valutazione multidimensionale. In questo caso il percorso assistenziale segue il seguente iter:

- valutazione multidimensionale a cura dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM);

- individuazione del *Case manager*;
- redazione del PAI (Piano di Assistenza Individuale);
- gestione, realizzazione, monitoraggio e valutazione del Progetto personalizzato;
- dimissione.

La valutazione multidimensionale riguarda le diverse dimensioni sanitarie-assistenziali-sociali del bisogno. Rappresenta l'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni dell'assistito ed è l'atto prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del PAI. La valutazione multidimensionale viene effettuata da un team multiprofessionale, l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), con competenze multi-disciplinari in grado di leggere le esigenze di persone che presentano situazioni problematiche complesse, in cui sono inscindibili i bisogni sanitari da quelli sociali.

Deve essere istituita almeno una UVM per ogni distretto sanitario, secondo quanto definito nell'atto aziendale.

La UVM svolge i seguenti compiti:

- effettua la *valutazione multidimensionale* del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del suo nucleo familiare;
- elabora il PAI, che deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela e ne verifica l'andamento.

La *valutazione multidimensionale* dell'UVM deve avvalersi di uno strumento specifico, la scheda SVAMA, necessario per rendere omogenei e confrontabili i criteri di valutazione.

La valutazione multidimensionale a cura dell'UVM deve concludersi entro il termine massimo di 5 giorni lavorativi dalla proposta di ammissione, salvo il mantenimento dei casi che necessitano di una tempestiva presa in carico.

In sede di UVM viene individuato il *Case Manager* o *Responsabile operativo del caso*, colui che opera come "riferimento" e "facilitatore" per la persona presa in carico. Il *Case Manager*, specificatamente, ha il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale costruendo un dialogo costante con la persona assistita e/o la sua famiglia e coordinando gli atti di cura per una migliore efficacia/efficienza dell'intervento. In più, svolge una funzione di raccordo con gli altri operatori coinvolti nel percorso assistenziale domiciliare (equipe assistenziale) garantendone l'integrazione e assicurando che gli interventi assistenziali sul singolo caso siano effettuati in maniera coordinata, al fine di evitare eventuali sovrapposizioni, intralci reciproci e/o vuoti di assistenza.

In pratica il *Case Manager* è colui che ha in mano il controllo della fase operativa delle Cure Domiciliari Integrate, verificando chi fa che cosa, in che modo, con quale frequenza, in quanto tempo, ecc. Il responsabile del caso o *Case manager* viene individuato dall'unità distrettuale cure domiciliari. Visto l'impegno che tale funzione richiede, è opportuno affidare ad uno stesso operatore un numero limitato e compatibile di casi da coordinare.

Va precisato che la responsabilità clinica del caso rimane al Medico curante (il naturale referente sanitario dell'assistito che coordina comunque gli interventi sanitari), mentre la responsabilità del PAI è del *Case Manager* il cui ruolo può essere assunto da figure professionali diverse a seconda della tipologia e complessità del bisogno del paziente e può riguardare sia una figura sanitaria che sociale, in base al bisogno prevalente della persona e/o alle scelte organizzative emerse.

L'UVM concorda, in giorni prestabiliti della settimana, la sede opportuna per interpretare i dati raccolti nella scheda di valutazione ed elaborare il Piano di assistenza individuale (PAI). Nel caso in cui all'interno della scheda emergono dati riferiti ad aspetti sociali che richiedono un approfondimento, l'assistente sociale dell'ASP contatta l'assistente sociale referente per le cure domiciliari del servizio sociale professionale del Comune deputata ad effettuare la valutazione di tali aspetti.

Il PAI deve prevedere:

- la durata presumibile del periodo di erogazione delle cure domiciliari (in base alla classificazione del caso tra le 3 tipologie di cura prevista dalla normativa di riferimento);
- gli interventi degli operatori sanitari, comprese le possibili ulteriori consulenze specialistiche;
- gli interventi a rilevanza sociale;
- la cadenza degli accessi del medico curante al domicilio del paziente;
- i momenti di verifica comune durante il periodo di erogazione delle prestazioni;
- le competenze e funzioni del responsabile della presa in carico delle figure di riferimento;
- le competenze e funzioni del referente familiare;
- la sottoscrizione dell'assistito e/o di un familiare.

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

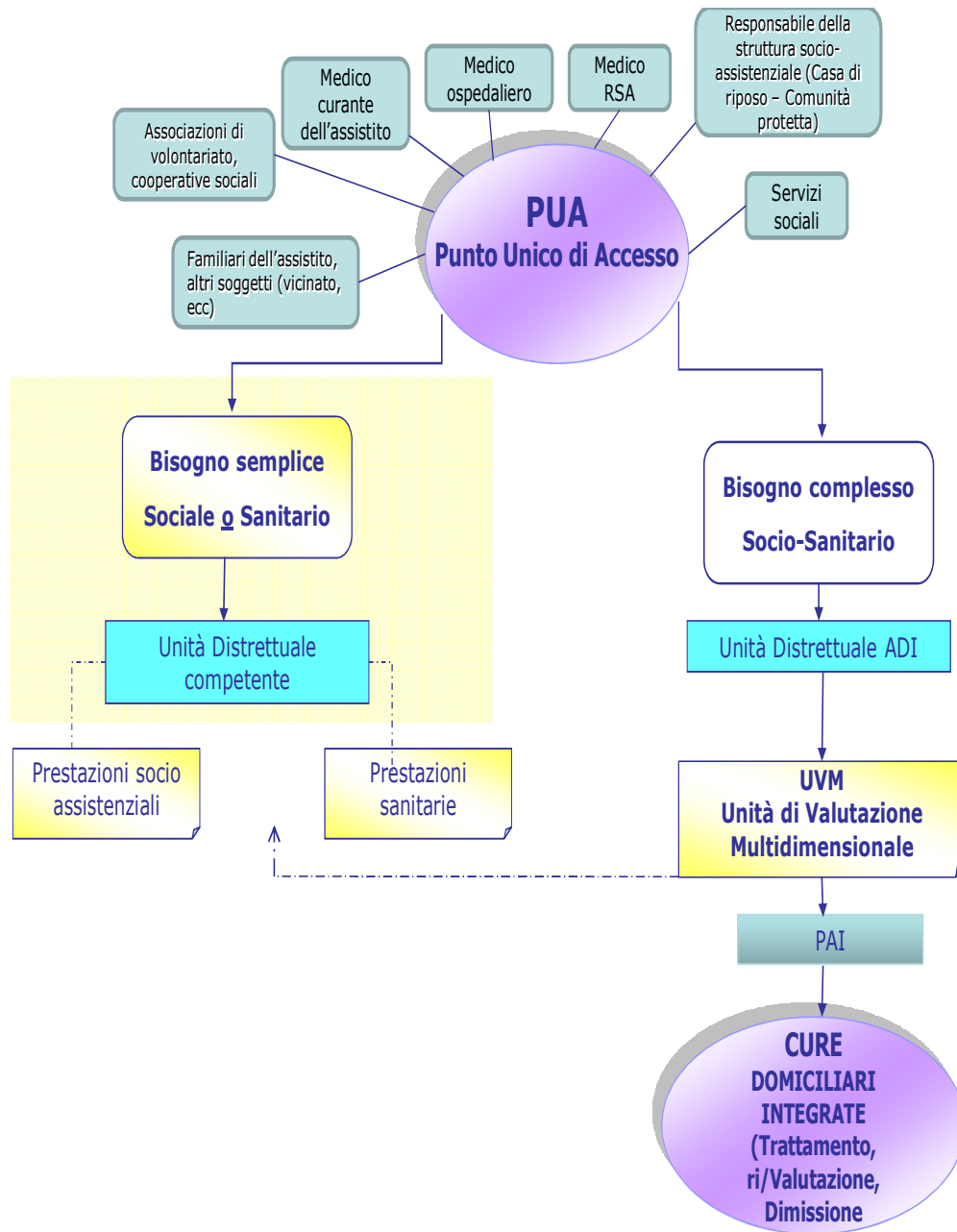
In caso di sospensione dell'assistenza, ad opera sia del Medico curante che del Case manager, a causa di sopravvenuti motivi che ne impongono l'interruzione, va data comunicazione all'assistito e ai suoi familiari con preavviso di almeno 3 giorni, salvaguardando in ogni caso le esigenze socio-sanitarie del paziente anche attraverso interventi pubblici sostitutivi.

Il Progetto Personalizzato è comunicato in modo comprensibile ed appropriato all'assistito e ai suoi familiari e da essi approvato e sottoscritto. Con esso si conclude la fase preliminare della presa in carico del paziente.

Qualora si renda necessario un cambiamento sostanziale del PAI, la modifica, ratificata dall'UVM, deve contemplare gli aspetti sorti, deve essere condivisa con gli altri operatori e correttamente comunicata al paziente.

Resta confermata la procedura di conservazione del Progetto Personalizzato dell'assistito (proposta di ammissione, certificazioni, schede di valutazione, cartella, revisioni del progetto, ecc.) che rimane custodito presso la sede dell'UVM nel rispetto della normativa sulla privacy.

Figura 2. Il percorso di erogazione delle cure domiciliari



2.2 L'articolazione dell'offerta assistenziale

Ogni Distretto socio-sanitario deve prevedere un pacchetto di prestazioni sanitarie e di interventi sociali riconducibili a quelli individuati nell'allegato 1.C "Area Integrazione Socio-Sanitaria" del DPCM del 2001.

Precisamente l'assistenza nelle cure domiciliari è sostenuta da:

- **Prestazioni del sistema degli interventi e dei servizi sanitari**
- **Il sistema degli interventi e dei servizi sociali**

2.2.1 Prestazioni del sistema degli interventi e dei servizi sanitari

Tali prestazioni trovano esaustiva declinazione delle modalità operative nell'Allegato al D.A. n. 1543 del 2 luglio 2008 "Linee guida per l'accesso alle cure domiciliari".

Si riportano di seguito le principali funzioni attribuite alle figure professionali abitualmente coinvolte nell'erogazione delle cure domiciliari presso il domicilio degli utenti o le eventuali residenze assimilabili al domicilio:

Assistenza Infermieristica Domiciliare

Il servizio di assistenza infermieristica domiciliare deve essere garantito, secondo modalità organizzative definite a livello aziendale, ed erogato anche nei giorni festivi e prefestivi laddove si ravvisi la necessità di accessi più assidui e, comunque, secondo le necessità individuate dal PAI.

Assistenza medico-generica (AMG) programmata

Le cure domiciliari non possono essere avviate in assenza del Medico curante, unico referente/responsabile globale clinico del proprio paziente e della sua salute ed è titolato sia alla piena partecipazione in seno all'Unità di Valutazione Multidimensionale che nell'ambito delle Cure Primarie per l'eventuale raccordo con l'Ospedale.

L'assistenza a domicilio a cura del medico curante è regolamentata dai rispettivi Accordi Collettivi Nazionali come integrati dagli accordi regionali.

Assistenza medico-specialistica (AMS)

Ogni ASP deve garantire, su richiesta del medico curante dell'assistito, l'attivazione degli interventi specialistici necessari ad assicurare le prestazioni diagnostico-cliniche a domicilio richieste dalla persona tenendo conto, ove necessario, dell'attivazione formale di corsie preferenziali anche attraverso strumenti di telemedicina e telemonitoraggio.

Assistenza riabilitativa domiciliare (ARD)

Per gli interventi di assistenza riabilitativa da erogare per il recupero funzionale a domicilio, secondo modalità organizzative definite a livello aziendale, si fa richiamo a quanto riportato nelle citate linee guida, di cui al D.A. n. 1543/08, che prevedono interventi specifici da parte di professionisti sanitari dell'area della riabilitazione.

Assistenza cure palliative domiciliari

Tali cure devono essere rese secondo le indicazioni introdotte con D.A. n. 873/09 intervenuto nel disciplinare il percorso e le modalità di eleggibilità per l'ammissione alle cure palliative presso il proprio domicilio.

Coerentemente con quanto indicato relativamente ai profili di cura e standard qualificanti delle cure domiciliari di cui alla tabella sottostante, le modalità di erogazione delle cure palliative domiciliari, per la loro peculiarità, presuppongono modalità organizzative, assistenziali diversificate e distinte rispetto alle cure domiciliari integrate ancorchè di terzo livello.

Profili di cura e standards qualificanti delle cure domiciliari

Al fine di identificare il contenuto dei livelli di assistenza in termini prestazionali e fornire elementi utili per la definizione di standards qualificati e appropriati alle cure domiciliari all'interno dei diversi percorsi di cura definiti per ciascun regime di erogazione in base alla natura del bisogno e del livello di intensità dell'assistenza, appare utile richiamare in queste Linee guida gli elementi che si caratterizzano per l'identificazione dei livelli differenziati in funzione della natura del bisogno, della complessità, della durata media, nonché di altri criteri già previsti dal documento ministeriale sulle "Cure domiciliari del 2006".

Pertanto, volendo incidere in termini anche di bontà delle risposte ai bisogni di cure domiciliari nella Regione, si ritiene di dover adottare con il presente documento i profili di cura e gli standards riportati nella tabella (Tab. 1) che integra e sostituisce gli attinenti parametri già introdotti con i precedenti atti programmatori citati.

Tab. 1 – Profili di cura e standards qualificanti delle cure domiciliari

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità CIA= GEA/GDC*	Durata media	Complessità	
				Mix delle figure professionali/impegno assistenziale**	Operatività del servizio (fascia oraria 8-20)
CD prestazionali (Occasionali o cicliche programmate)	Clinico funzionale			Infermiere (15-30') Professionisti della riabilitazione (30') Medico (30')	5 giorni su 7 8 ore die
CD integrate di primo livello (già ADI)	Clinico funzionale sociale	Fino a 0,30	180 giorni	Infermiere (30') Professionisti della riabilitazione (45')	5 giorni su 7 8 ore die

				Medico (30') Operatore sociosanitario (60')	
CD integrate di secondo livello (già ADI)	Clinico funzionale sociale	Fino a 0,50	180 giorni	Infermiere (30-45') Professionisti della riabilitazione (45') Dietista (30') Medico (45') Operatore sociosanitario (60-90')	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
CD integrate di terzo livello (già OD)	Clinico funzionale sociale	Superiore a 0,50	90 giorni	Infermiere (60') Professionisti della riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o medico specialista (60') Operatore sociosanitario (60-90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi pronta disponibilità medica ore 8/20
Cure palliative malati terminali (già OD CP)	Clinico funzionale sociale	Superiore a 0,60	60 giorni	Infermiere (60') Professionisti della riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o medico specialista (60') Operatore sociosanitario (60-90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi pronta disponibilità medica 24 ore

Note:

CIA = coefficiente intensità assistenziale;

GEA = giornata effettiva assistenza;

GDC = giornate di cura (durata PAI).

****Figure professionali previste in funzione del PAI e tempo medio in minuti per accesso domiciliare.**

Fonte: Ministero della salute (2006).

2.2.2 Il sistema degli interventi e dei servizi sociali nelle cure domiciliari

L'organizzazione dei servizi domiciliari si ispira al modello della domiciliarizzazione delle prestazioni. Pur riconoscendosi alcune prestazioni di carattere specifico, che richiedono quindi una disponibilità di operatori adeguatamente preparati, il domicilio dell'utente deve essere inteso alla stregua di uno dei regimi in cui si effettuano le prestazioni sociali; per cui occorre offrire agli utenti un ventaglio sufficientemente ampio di opportunità.

L'attività al domicilio si iscrive precipuamente nell'area dei servizi di sostegno al nucleo familiare ed alla persona. Le prestazioni organizzate da questo livello, sono:

- prestazioni professionali di carattere sociale e psicologico;
- interventi di cura rivolti alle persone e alle loro abitazioni in caso di ridotta o totale non autosufficienza, permanente o temporanea, quale che ne sia la causa;
- attività amministrative di disbrigo pratiche (certificazioni, denuncia dei redditi, domande di pensione);
- accompagnamento dal domicilio a servizi sociali e sanitari;
- organizzazione dei servizi di trasporto verso servizi e altri luoghi;
- pasti a domicilio, preparazione pasti.

SEZIONE III - Le azioni a supporto dell'efficacia del sistema

Obiettivo delle presenti Linee guida è, anche attraverso l'identificazione delle prestazioni sanitarie e degli interventi sociali, quello di conseguire la responsabilizzazione a tutti i livelli del processo di integrazione, affinché dalla fase di programmazione a quella di attuazione ogni attore del sistema concorra al raggiungimento del risultato complessivo.

Al fine, quindi, di garantire la tenuta del sistema integrato delle cure domiciliari per l'equilibrio tra domanda/offerta e la certezza di risultati attesi coerenti al programma, si rende necessario che tutti gli interventi, sul piano organizzativo e operativo, rispondano all'esigenza di assicurare adeguati livelli di prestazione nell'erogazione delle cure domiciliari.

3.1 Il sistema informativo integrato e il monitoraggio e la valutazione delle prestazioni erogate

Ai fini del monitoraggio dell'assistenza domiciliare integrata sul territorio le Aziende Sanitarie Provinciali sono tenute all'obbligo di compilazione e trasmissione, attraverso il sistema informativo sanitario (SIS), del Modello FLS21 (quadro H).

In aderenza agli obblighi informativi derivanti dalle prescrizioni ministeriali di cui al D.M. Salute 17 dicembre 2008, la Regione Siciliana con Decreto Dirigenziale 10 marzo 2010 ha istituito un nuovo flusso ministeriale che, contestualmente al Modello FLS21 indicato, fornirà, a far data dell'1 gennaio 2010, ulteriori e più dettagliate informazioni sulle prestazioni sanitarie erogate in regime di assistenza domiciliare integrata.

Con tale provvedimento è stato individuato il tracciato record per la registrazione ed il monitoraggio delle seguenti informazioni:

- caratteristiche anagrafiche dell'assistito;
- valutazione ovvero rivalutazione socio-sanitaria dell'assistito e dei relativi bisogni assistenziali;
- erogazione dell'assistenza;
- sospensione della presa in carico;
- dimissione dell'assistito.

Le cure domiciliari oggetto di rilevazione sono quelle caratterizzate da interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria che soddisfano per grandi linee i seguenti 4 criteri guida:

- la presa in carico dell'assistito;
- la valutazione multidimensionale dell'assistito;
- la definizione di un piano/programma/progetto di assistenza individuale;
- la responsabilità clinica in capo al medico curante dell'assistito o al medico competente per la terapia del dolore, purché afferenti al distretto/ASP.

Appare opportuno ricordare che non devono essere inviati al sistema informativo nazionale per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare le informazioni relative:

- le "cure domiciliari prestazionali" che, non prevedono né la presa in carico dell'assistito né la sua valutazione multidimensionale;
- l'ospedalizzazione domiciliare, caratterizzata dall'erogazione di prestazioni al domicilio del paziente, da parte di un'equipe ospedaliera.

Va precisato inoltre che per le prestazioni sociali domiciliari integrate con quelle sanitarie, rilevate attraverso il sistema informativo regionale integrato socio-sanitario (SIRIS), il predetto flusso informativo regionale sarà opportunamente integrato per completare il quadro informativo.

La Regione provvede alla redazione di un Rapporto biennale sulle cure domiciliari utilizzando i dati dei nuovi flussi informativi (di cui al D.M. 17/12/2008) cui si devono aggiungere i dati sulla integrazione socio-sanitaria delle prestazioni al fine di verificare il livello di raggiungimento degli obiettivi, le criticità e le possibili proposte per sviluppare e migliorare l'assistenza domiciliare.

Al fine di monitorare l'andamento dell'assistenza domiciliare integrata e il raggiungimento di determinati obiettivi, tenuto conto che il flusso informativo attivato dal Decreto Ministeriale 17/12/2008 e recepito con DDG n. 728 del 10 marzo 2010, fornisce un ampio quadro di informazioni statistiche, si ritiene opportuno aggiungere, in questa prima fase di start-up dell'attività una prima serie di indicatori che saranno rilevati nel primo anno dal Responsabile Aziendale delle cure domiciliari, e che riguardano i seguenti aspetti:

- Numero medici di base che attivano percorsi di cura domiciliare/Numero medici di base totale;
- Casi trattati/utenti in lista d'attesa;
- Unità di Terapisti riabilitazione/ infermieri professionali/ altri operatori/ totale ore di assistenza erogata;
- Unità di assistenti sociali dei Comuni/operatori sociali/numero di casi presi in carico dal sistema delle cure domiciliari integrate;
- Presenza di protocolli operativi stipulati per favorire il raccordo operativo sul coordinamento e l'integrazione delle prestazioni;
- Numero di Punti Unici di Accesso e/o altri sportelli informativi e di accesso per i cittadini che necessitano di assistenza domiciliare/n. totale della popolazione ≥ 65 anni;

- Numero ore di formazione annuale per personale impiegato nelle cure domiciliari;
- Misurazione del livello di soddisfazione degli utenti.

Altri indicatori utili al monitoraggio degli interventi sociali potranno essere desunti dai dati relativi all'indagine censuaria sulla spesa sociale dei Comuni realizzata periodicamente dall'ISTAT, ed essere aggiunti successivamente.

3.2 La formazione e l'aggiornamento del personale

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 formativi 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.

Inoltre gli operatori dovranno acquisire competenze specifiche relative al lavoro di rete e conoscenza dei meccanismi di *multilevel governance* del sistema delle cure domiciliari.

E' possibile prevedere attività formative congiunte, anche articolate per i diversi livelli (istituzionale, organizzativo e professionale) che sviluppino competenze:

- sull'articolazione dei servizi e delle prestazioni domiciliari;
- sull'accesso unitario;
- sulla valutazione multidimensionale;
- sulla integrazione organizzativa e istituzionale.