



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

242

IX

ADUNANZA N. _____

LEGISLATURA N. _____

delibera
791

DE/ME/SAS Oggetto: Linee guida per l'organizzazione delle cure
O NC domiciliari. Approvazione

Prot. Segr.
871

Lunedì 30 giugno 2014, nella sede della Regione Marche, ad Ancona, in via Gentile da Fabriano, si è riunita la Giunta regionale, regolarmente convocata.

Sono presenti:

- | | |
|----------------------|----------------|
| - GIAN MARIO SPACCA | Presidente |
| - ANTONIO CANZIAN | Vicepresidente |
| - SARA GIANNINI | Assessore |
| - PAOLA GIORGI | Assessore |
| - MARCO LUCHETTI | Assessore |
| - MAURA MALASPINA | Assessore |
| - ALMERINO MEZZOLANI | Assessore |
| - LUIGI VIVENTI | Assessore |

E' assente:

- | | |
|--------------------|-----------|
| - PIETRO MARCOLINI | Assessore |
|--------------------|-----------|

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza, assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale, Gian Mario Spacca. Assiste alla seduta il Segretario della Giunta regionale, Elisa Moroni. Riferisce in qualità di relatore l'Assessore Almerino Mezzolani. La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

- alla struttura organizzativa: _____
- alla P.O. di spesa: _____
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente del Consiglio regionale il _____
prot. n. _____

L'INCARICATO

Il _____

L'INCARICATO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: Linee guida per l'organizzazione delle cure domiciliari. Approvazione.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dalla Agenzia Sanitaria Regionale, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTA la proposta del dirigente del Servizio Sanità che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1;

DELIBERA

- Di approvare le nuove linee guida regionali per le cure domiciliari riportate nell'allegato 1 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto.
- Di mettere a regime dal 01/01/2015 il nuovo sistema di valutazione multidimensionale per le cure domiciliari denominato RUG III HC
- Di continuare ad utilizzare nelle more della completa implementazione del sistema di cui al p.to precedente le scale di valutazione presenti nella DGR 606/2001.
- Di impegnare l'ASUR alla presentazione, ai sensi della dgr 149/2014, di un cronoprogramma dettagliato sulle modalità implementative del potenziamento delle cure domiciliari a livello di Distretto-ATS/Area Vasta comprensivo delle risorse umane/finanziarie, delle dotazioni strumentali necessarie ed del relativo percorso formativo degli operatori per la corretta compilazione delle scheda tecnica, entro il 31/07/2014

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Elisa Moroni

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

Gian Mario Spacca



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

1. Normativa di riferimento

- D.lgs. 502/1992 e ss.mm.ii. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421
- DPCM 14/02/2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie".
- DPCM 29/11/2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".
- Legge 8/11/2000 n. 328 "Legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali".
- Ministero della Salute - Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza. Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio del 18/10/2006.
- DGR 606/2001 "Linee guida regionali per le cure domiciliari"
- Piano Socio Sanitario Regione Marche 2012-2014".
- *DGR 149/2014 recante "Approvazione dello schema di protocollo d'intesa tra la Giunta regionale, gli enti del Servizio Sanitario Regionale e le confederazioni sindacali CGIL CISL UIL"*

2. Motivazione

Le esigenze di un aggiornamento delle linee guida regionali per le cure domiciliari, di cui alla DGR 606/2001, sono da ricercarsi essenzialmente sia nel bisogno di un adeguamento delle stesse al documento della Commissione LEA del Ministero della Salute riportante la nuova caratterizzazione dell'assistenza domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio e sia nella necessità di aggiornare i relativi strumenti di valutazione multidimensionale.

Tali esigenze sono inoltre rafforzate dagli impegni assunti con DGR 149/2014 tra la Regione Marche e le OO.SS. nell'ambito del protocollo programmatico relativo al processo di riorganizzazione in campo sanitario e socio-sanitario. L'accordo infatti prevede tra l'altro:

- L'impegno all'aggiornamento delle ultime linee guida regionali sulle cure domiciliari ai sensi della DGR 606/2001 armonizzandole con le indicazioni AGENAS.
- La presentazione di un cronoprogramma da parte di ASUR finalizzato alla definizione delle risorse integrative necessarie per consolidare la risposta erogativa sui tassi di intervento attesi, anche attraverso una revisione delle procedure di contabilità analitica sui centri di costo delle cure domiciliari.

Il percorso di rimodulazione dell'offerta assistenziale tiene conto pertanto non solo delle pregresse normative nazionali e regionali in materia ma anche della necessità di adeguare l'intervento domiciliare alle nuove esigenze della popolazione in continua trasformazione verso un generale e progressivo processo di invecchiamento.

Le nuove linee guida per le cure domiciliari vanno a consolidare gli interventi di presa in carico precoce soprattutto nei confronti delle persone in condizioni di non autosufficienza al fine di qualificare ulteriormente la risposta assistenziale domiciliare.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Le presenti linee guida sono state inoltre trasmesse alle OO.SS. della medicina generale con nota del 17/16/2014 - prot. n. 0439634 – al fine di acquisirne eventuali osservazioni sull'impianto complessivo. La Regione si impegna pertanto ad attivare appositi tavoli per valorizzare adeguatamente il ruolo del MMG e superare eventuali criticità operative.

Le cure domiciliari pertanto, in linea con il documento del Ministero della Salute relativo alla nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio, riprendono la modalità organizzativa strutturata per profili con la distinzione di tre macro gruppi a diversa intensità assistenziale:

- Cure Domiciliari Prestazionali
- Cure Domiciliari integrate di primo/secondo e terzo livello

Nell'ambito dell'articolazione degli interventi, le linee guida allegate illustrano inoltre il nuovo modello organizzativo orientato verso la completa implementazione del sistema di valutazione multidimensionale basato sul RUG III-HC già frutto di specifico oggetto di lavoro dello studio multicentrico nell'ambito del progetto CCM 2010 "la definizione del case-mix nelle cure domiciliari: implementazione del sistema RUG-III HC in Italia" che ha visto coinvolti tre distretti sanitari della Regione Marche sotto la guida scientifica dell'IRCCS-INRCA di Ancona, conclusosi nel mese di ottobre 2013.

Il sistema consente di discriminare le persone (analisi del case mix) prese in carico fornendo una sintesi globale delle condizioni cliniche, funzionali e sociali tale da afferirle ai diversi livelli assistenziali (cure domiciliari integrate di primo, secondo e terzo livello). La valutazione già in linea con i criteri adottati per il regime residenziale per la regione Marche (RUG III-LTCF) permetterà di ottenere un'analisi omogenea della casistica tale da apportare all'intero sistema un maggior grado di appropriatezza e di efficienza nell'allocazione delle risorse.

Tale strumento sarà sottoposto inoltre a periodiche rivalutazioni tecniche relative all'efficacia dello stesso che potranno dar luogo ad aggiornamenti operativi disposti direttamente con Decreto dal Dirigente del Servizio Sanità.

L'obiettivo è quello di impiegare il secondo semestre dell'anno 2014 nella formazione del personale delle UU.VV.II. di tutti i Distretti Sanitari dell'ASUR (13) per l'utilizzo del nuovo strumento di valutazione multidimensionale al fine di metterlo a regime per l'anno 2015.

Nelle more dell'implementazione verranno ancora seguite le indicazioni valutative già presenti nella DGR 606/2001.

Per tutto quanto sopra esposto si propone pertanto di:

- Approvare le nuove linee guida regionali per le cure domiciliari riportate nell'allegato 1 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto.
- Mettere a regime dal 01/01/2015 il nuovo sistema di valutazione multidimensionale per le cure domiciliari denominato RUG III HC.
- Continuare ad utilizzare nelle more della completa implementazione del sistema di cui al p.to precedente le scale di valutazione presenti nella DGR 606/2001.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- Impegnare l'ASUR alla presentazione, ai sensi della dgr 149/2014, di un cronoprogramma dettagliato sulle modalità implementative del potenziamento delle cure domiciliari a livello di Distretto-ATS/Area Vasta comprensivo delle risorse umane/finanziarie e delle dotazioni strumentali necessarie e del relativo percorso formativo degli operatori per la corretta compilazione delle scheda tecnica entro il 31/07/2014

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Filippo Masera)

VISTO
PF Assistenza Territoriale
IL DIRIGENTE
(Carmine di Bernardo)

PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA'

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e ne propone l'adozione alla Giunta Regionale. Attesta, inoltre, che dalla presente deliberazione non deriva, né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione.

Il Dirigente del Servizio Sanità
Piero Ciccarelli

La presente deliberazione si compone di n. 22 pagine, di cui n. 17 pagine di allegati che fanno parte integrante e sostanziale della stessa.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Elisa Moreni

LE NUOVE LINEE GUIDA PER
LE CURE DOMICILIARI
INTEGRATE
REGIONE MARCHE

Indice degli Argomenti

La Necessità del Cambiamento	2
Gli obiettivi strategici delle nuove cure domiciliari integrate nella Regione Marche	4
Le diverse tipologie degli interventi domiciliari (definizione dei profili di intervento domiciliare)	5
Il Modello Organizzativo (dalla presa in carico alla dimissione)	9
Il Sistema del Controllo e del Monitoraggio	13

Appendice

Proposte integrative di sistema:

L'utilizzo dell'infermiere di comunità a sostegno dell'assistenza domiciliare

La valutazione multidimensionale nell'ottica del case mix

La necessità del cambiamento

L'evoluzione dei bisogni sanitari e di quelli sociali avvenuta nel corso degli ultimi decenni ha richiesto un cambiamento radicale delle politiche di intervento e della struttura dei servizi sanitari e sociali. Tra i fattori che hanno contribuito a produrre il mutato scenario col quale il sistema complessivo di intervento deve misurarsi, ci sono sicuramente l'allungamento della vita, che, associato alla bassa natalità, ha comportato un progressivo invecchiamento della popolazione. La proiezione demografica al 2050 prevede che gli anziani costituiranno il 33% circa della popolazione, contro l'attuale 20%.

Altri fattori che spingono verso una rivisitazione dell'attuale modello organizzativo, al di là della evoluzione normativa in materia, sono da ricercarsi negli effetti prodotti dal miglioramento del tenore di vita, dal mutato stile di vita della popolazione e dai progressi compiuti dalla medicina. Se da un lato quindi questi cambiamenti hanno favorito la riduzione della mortalità per patologie acute, dall'altro hanno comportato l'aumento delle malattie croniche invalidanti, la cui complessità di gestione comporta sempre più spesso interventi integrati tra diverse figure professionali afferenti anche a centri di responsabilità diversi (Comune/ASUR – Distretto Sanitario).

Il nuovo scenario sociosanitario è condizionato, infine, dal mutamento della struttura familiare. Cambiamenti culturali e sociali, quali la sostituzione della famiglia estesa con quella nucleare o monoparentale, il mutato ruolo sociale della donna, etc., rendono sempre più difficile assicurare la disponibilità che storicamente ha consentito di rispondere a bisogni assistenziali, di contenimento sociale e di tutela delle persone fragili.

Il sistema di assistenza tradizionale, che affidava in larga misura le risposte sanitarie e assistenziali rispettivamente all'ospedale e alla famiglia, non è in grado di rispondere compiutamente ai bisogni attuali di salute. L'adozione da parte dei servizi sanitari e sociali di modelli di intervento commisurati ai cambiamenti sociali e sanitari è stata oggetto, nei paesi occidentali, di riforme e di iniziative innovative a livello locale e regionale. In generale, si tratta di interventi orientati alla costruzione di un sistema articolato, coordinato e integrato di risposte (strutture, servizi e attività) a diversa intensità sanitaria e sociale, capaci di intercettare i diversificati bisogni dei singoli e della collettività.

All'interno del continuum assistenziale sociosanitario previsto da questi modelli, le cure domiciliari integrate forniscono un'opzione assistenziale alternativa al ricovero ospedaliero, laddove la presenza di patologie cronico-degenerative e le condizioni familiari e socio-ambientali consentono l'erogazione di un trattamento sociosanitario a domicilio.

Il processo di invecchiamento di per sé, la presenza di patologie croniche, la polifarmacoterapia, la ridotta autonomia personale, contribuiscono a determinare una condizione di fragilità, di difficoltà di adattamento, per cui sollecitazioni di piccola entità sul piano fisico, psicologico ed ambientale possono determinare condizioni di scompenso. La popolazione anziana è anche quella che fa un utilizzo di gran lunga maggiore, rispetto alle fasce di età più giovani, dei servizi ospedalieri, della medicina specialistica e dei farmaci. Il sistema sanitario, tradizionalmente organizzato, non è in grado di rispondere alle necessità di questa fascia di popolazione, per la quale l'intervento sanitario episodico, per quanto competente, non sostituisce una presa in carico complessiva e di lungo periodo.

Le indicazioni che provengono dalla letteratura scientifica che si occupa dell'argomento evidenziano come per gli anziani i sistemi di cura sociosanitari integrati producano risultati migliori. Le caratteristiche che accomunano questi sistemi di cura includono:

- la presenza di un contesto organizzativo che facilita e assicura l'integrazione al livello manageriale ed operativo;
- la disponibilità di un punto unico di accesso al servizio sociosanitario che assicuri la multidisciplinarietà della valutazione dei bisogni e dell'impostazione del programma;
- una rete organizzata di erogazione degli interventi sostenuta da procedure standardizzate, accordi interservizi, formazione condivisa, sistema informativo condiviso;
- una valorizzazione dell'attività all'interno dei percorsi di programmazione economica (budget) per promuovere la prevenzione, la riabilitazione e la sussidiarietà nel contesto domiciliare.

I risultati positivi ottenuti dai servizi di cura a domicilio che seguono questa impostazione riguardano il miglioramento dello stato di salute e della qualità della vita, la riduzione degli interventi di pronto soccorso e dei ricoveri ospedalieri, la riduzione delle istituzionalizzazioni, il miglioramento della soddisfazione degli utenti, la riduzione dei costi economici, senza aggravio del carico e dei costi per i familiari.

Dal punto di vista normativo, le tipologie assistenziali presenti sul territorio nazionale includono:

- l'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP);
- l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- l'Ospedalizzazione Domiciliare (OD) e Cure Palliative (CP) previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 29.11.2001) svolte dal Servizio Sanitario Nazionale;
- Il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), svolta dai comuni dedicata non solo agli anziani ultrasessantacinquenni privi di un adeguato sostegno familiare ma anche ad anziani con lievi deficit funzionali;

Si tratta di una suddivisione, tuttora esistente, difficile da conciliare con i bisogni complessi delle persone. In particolare, la suddivisione fra interventi domiciliari in capo ai distretti sanitari e gli interventi domiciliari in capo ai comuni costituisce una criticità del sistema, fonte di duplicazione, di incongruenza e incoerenza degli interventi sanitari e sociali. La necessità di superare questa divisione è già stata colta nel percorso di predisposizione dei nuovi LEA (DPCM del 23 aprile 2008), mai legiferati, che all'interno dei percorsi assistenziali sociosanitari integrati prevedevano l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali.

Nello specifico delle cure domiciliari i LEA 2008 prevedevano che *"Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita"*. Essi prevedevano inoltre che *"Le cure domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto"*

alla famiglia, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 recante Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria". I LEA prevedevano infine l'articolazione delle cure domiciliari in diversi livelli (1°, 2°, 3° livello, cure palliative) in relazione al bisogno di salute dell'assistito e al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale.

Le indicazioni sull'adeguamento del sistema di offerta del servizio cure domiciliari integrato provenienti dai nuovi LEA, ancorché non approvati, hanno caratterizzato la recente programmazione per le cure domiciliari di molte regioni e vengono assunti quali criteri ispiratori del presente documento.

Gli ultimi indirizzi coordinati per la riqualificazione degli interventi domiciliari sono stati forniti con la DGR 606/2001 con l'obiettivo di mantenere le persone non autosufficienti nel proprio ambiente di vita, organizzando al domicilio gli interventi sociosanitari di cui necessitano, caratterizzando le prestazioni su due livelli di intensità assistenziale coordinati entrambi dal Distretto Sanitario.

Gli obiettivi strategici delle nuove cure domiciliari integrate nella Regione Marche

Il nuovo intervento programmatico regionale, recependo i principali elementi caratterizzanti del documento della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) - riguardanti appunto l'assistenza territoriale domiciliare e gli interventi ospedalieri a domicilio del 18 ottobre 2006 - si inserisce nell'ambito del quadro normativo delineato dal Piano Socio Sanitario 2012-2014. Si affidano al distretto sanitario, così come disposto dal DPCM 29/11/2001 le competenze per coordinare tutte le attività extra ospedaliere di assistenza sanitaria di base e specialistiche oltre alle attività di assistenza sanitaria a rilevanza sociale e a quelle ad elevata integrazione socio sanitaria.

Il nuovo intervento intende migliorare le principali difficoltà di applicazione riguardanti diverse aree strategiche. In particolare, si cercherà di sanare le carenze maggiormente dipendenti da azioni di coordinamento ed integrazione di sistema, quali quelle che richiedono la coordinazione operativa dei Comuni e dei Distretti Sanitari, come la partecipazione degli uffici di piano alla programmazione e gestione delle Cure Domiciliari Integrate. Le nuove linee guida cercheranno inoltre di superare eventuali difficoltà organizzative legate:

1. Alla disomogenea erogazione del servizio nel territorio regionale
2. Alla frammentarietà del percorso assistenziale nell'ambito del sistema sanitario e sociale;
3. Alla difficoltà a garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio;
4. All'insufficiente integrazione con il medico di medicina generale;
5. All'inadeguatezza del sistema informativo nella raccolta, elaborazione dei dati atti a descrivere l'effettivo panorama di cure domiciliari;
6. All'insufficiente conoscenza dei cittadini circa il complesso dei servizi offerti, con conseguente difficoltà di orientamento delle famiglie e degli utenti.

L'esigenza di definire "tipologie differenziate di risposta in ragione della prevalenza dei bisogni sanitari e sociali e della loro intensità" rappresenta il principio ispiratore dell'intero documento.

L'importanza della presa in carico complessiva ed integrata dei bisogni della persona viene evidenziata anche nella titolazione del servizio a domicilio, laddove il termine "assistenza" viene sostituito col termine "cura" (Cure Domiciliari Integrate).

Nella Marche l'utilizzo del servizio è aumentato progressivamente a partire dagli anni 2001 con la DGR 606 che ha ridefinito l'intera filiera delle cure domiciliari. Tuttavia, il suo sviluppo è stato leggermente inferiore a quello medio nazionale. Infatti stando ai dati del Ministero della Salute (Modello FLS21 - quadro H) il trend per gli anni 2005-2010 rappresentante la percentuale di anziani trattati in ADI rispetto al totale della popolazione \geq a 65 anni (che costituiscono quasi il 90% dell'intera popolazione trattata a domicilio) presenta un aumento costante passando dai 3,06% del 2005 al 3,53% del 2010, mentre nel periodo 2011-2012 la Regione Marche evidenzia un sotto livellamento della propria casistica non incrementando ulteriormente gli interventi, riscontrando valori pari a 3,43% e 3,00%. L'esigenza un potenziamento è stata recepita dalla Regione Marche attraverso la DGR 149/2014 che predispose, nell'ambito del protocollo programmatico per la riorganizzazione in campo sanitario e socio-sanitario, tra la Giunta regionale, gli enti del SSR e con le OO.SS, il rafforzamento di tale setting assistenziale. Rafforzamento previsto non solo da un mero punto di vista assistenziale ma anche organizzativo migliorando ulteriormente il sistema dei flussi informativi relativi alle cure domiciliari (flusso SIAD)

Inoltre, per quanto riguarda la Regione Marche il Servizio di Assistenza Domiciliare Sociale erogato dai comuni (SAD) è stato fortemente rafforzato attraverso l'utilizzo del fondo nazionale per le non autosufficienze del Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali che prevede sia la possibilità di interventi di carattere economico a sostegno dell'anziano in condizioni di precaria autonomia (assegno di cura) e sia interventi diretti alla persona attraverso il SAD di Ambito Sociale per anziani non autosufficienti assistibili a domicilio.

Il potenziamento del servizio di cure domiciliari è stato ritenuto strategico per lo sviluppo della Regione Marche sia in termini di risposta ai nuovi bisogni di salute sia in termini di riqualificazione dell'intera filiera assistenziale che parte dalla riqualificazione dei piccoli ospedali regionali fino ai servizi domiciliari ad alta integrazione socio sanitaria.

Le diverse tipologie degli interventi domiciliari

Facendo riferimento sia al documento precedentemente citato della Commissione LEA del 2006, sia al Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), istituito con il DM 17/12/2008 che prevede l'invio, da parte delle Regioni al Ministero della Salute, di informazioni relative all'attività erogata in regime di assistenza domiciliare, ci si propone di articolare gli interventi stratificando i diversi profili di cura domiciliari ed i relativi standard sulla base della:

- 1) natura del bisogno;
- 2) intensità assistenziale;

- 3) complessità della casistica sulla base del case-mix;
- 4) durata media dell'intervento domiciliare;

Dalla stratificazione si evidenziano pertanto tre livelli di profili di cura sotto descritti:

- 1) Cure Domiciliari di tipo Prestazionale
- 2) Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello
- 3) Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e/o palliative per malati terminali

1. Le Cure Domiciliari di tipo Prestazionale sono caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato. Esse costituiscono una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, per la presa in carico del paziente non richiede né una valutazione multidimensionale né l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare.

Sono richieste dal medico responsabile del processo di cura del paziente e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali. In caso di mutate condizioni sanitarie e/o sociali rilevate, il MMG deve richiedere l'attivazione dell'Unità Valutativa Integrata (UVI, definita al paragrafo 2.3 del presente documento).

2. Le Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello comprendono quelle già definite in precedenza ADI. Si rivolgono a persone che, pur non presentando criticità specifiche, sintomi particolarmente complessi, necessitano di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni (1° livello) o 6 giorni (2° livello). Le cure integrate di primo e secondo livello prevedono un ruolo centrale del Medico di Medicina Generale che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura sanitaria. La gamma di prestazioni che riguardano questa tipologia di intervento professionale comprende prestazioni medico infermieristiche, riabilitative mediche, medico specialistiche e socio-assistenziali. Tali prestazioni sono integrate tra loro in un *mix* all'interno di un Progetto Personalizzato, frutto di un processo di valutazione multidimensionale (si veda il capitolo seguente).

3. Le Cure Domiciliari Integrate di terzo livello assorbono l'assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale (Ospedalizzazione Domiciliare - Cure Palliative) e sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità erogata da una équipe in possesso di specifiche competenze. Consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche riferite a:

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

Le Cure Domiciliari palliative per malati terminali

Le cure domiciliari palliative per malati terminali sono ricomprese nelle cure domiciliari di terzo livello secondo la trattazione proposta dal richiamato documento del Comitato LEA "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio". Si precisa, però, che le cure domiciliari palliative di fatto non sono sovrapponibili alle cure domiciliari di terzo livello né si possono riassorbire in unico profilo assistenziale -come si evidenzia dalla tabella 1 di seguito riportata- poiché per la loro erogazione necessitano di un'équipe dedicata, di cui fa parte il MMG, hanno standard e profili assistenziali diversi dalle cure di terzo livello.

Pertanto per la trattazione organica di questa tipologia di assistenza si rinvia ad ulteriori linee guida della Regione Marche

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 responsabile delle cure del paziente.

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

Gli ospedali che attualmente erogano interventi di ospedalizzazione domiciliare devono necessariamente raccordarsi con il distretto territoriale competente, attraverso specifici protocolli che adeguino le procedure ai nuovi indirizzi nazionali e regionali.

La combinazione degli elementi sopra descritti porta alla individuazione dei seguenti standard assistenziali qualificanti le cure domiciliari così come previsto dal documento della Commissione LEA per l'assistenza territoriale domiciliare (2006), dove il principale indicatore è:

CIA (Coefficiente di Intensità Assistenziale): numero GEA/numero GdC

Dove:

GdC (Giornate di Cura): durata del piano di cura dalla presa in carico alla dimissione dal Servizio

GEA (Giornata Effettiva di Assistenza): giorno nel quale è stato effettuato almeno un accesso domiciliare

STANDARD QUALIFICANTI I LEA CURE DOMICILIARI

Profilo di presa in carico	Natura del bisogno	Intensità	Durata Media della presa in carico	Complessità della presa in carico	Intensità della presa in carico
		(CIA=GEA/GDC)		Mix delle figure professionali / impegno assistenziale Figure professionali previste in funzione del PAI e tempo medio in minuti per accesso domiciliare	
CD Prestazionali (Occasionali o cicliche programmate)	Clinico Funzionale			Infermiere (15-30') Professionisti della Riabilitazione (30') Medico (30')	5 giorni su 7
CD Integrate di Primo Livello (già ADI)	Clinico Funzionale Sociale	Fino a 0,30	180 giorni	Infermiere (30') Professionisti della Riabilitazione (45') Medico (30') Operatore socio-sanitario (60')	5 giorni su 7
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 socio-sanitario (60-90')	6 giorni su 7
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 socio-sanitario (60-90')	7 giorni su 7
Cure Palliative malati terminali (già ODCP)	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 socio-sanitario (60-90')	7 giorni su 7

PAI = Programma Assistenziale Individuale

La definizione del percorso domiciliare ed i criteri di elegibilità.

Così come ampiamente dettagliato dalla Commissione LEA i principali obiettivi delle cure domiciliari che di conseguenza stanno alla base del modello organizzativo da proporre 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).

E' pertanto necessario promuovere la creazione di punti unici di accesso (PUA) ai servizi, organizzati su base distrettuale. Il PUA, inteso come fulcro organizzativo del governo della domanda, predisposto ad intercettare qualsiasi tipologia di problematica socio-sanitaria, articola nel servizio Cure Domiciliari la sua specifica competenza per quanto riguarda gli interventi di natura assistenziale presso il domicilio del paziente. Tale Servizio è il luogo privilegiato, attraverso la corretta gestione del caso (case management), dell'integrazione socio-sanitaria, professionale e gestionale. Per una descrizione dettagliata delle diverse articolazioni organizzative del PUA si rinvia ad ulteriore atto nell'ambito della regolamentazione del sistema relativo al "governo della domanda". In questo contesto si raccomanda la pronta individuazione dei responsabili gestionali territoriali corrispondenti da un lato al Direttore del Distretto e dall'altro al Coordinatore di Ambito. Quest'ultimo dovrà, nel caso non ci sia perfetta corrispondenza territoriale con il Distretto, trovare una sintesi al fine di avere un unico interlocutore sociale a livello distrettuale.

Naturalmente il Servizio Cure Domiciliari dovrà diventare l'interlocutore principale del Medico di Medicina Generale (MMG) interpellabile quando un suo paziente ha problemi di fragilità, disabilità, non autosufficienza non più gestibili in forma non personalizzata.

Il Coordinatore del Caso (case manager), insieme al medico distrettuale e in accordo con il MMG valuterà l'eligibilità del paziente nella rete dei servizi di assistenza continuativa. Il coordinatore del caso, generalmente con la qualifica di infermiere, avrà la responsabilità nell'organizzazione nel successivo controllo delle prestazioni erogate. Il coordinatore assume quindi il ruolo di braccio operativo del MMG e della Unità Valutativa Integrata (UVI), specializzandosi sui principi del "case management" e sulla valutazione multidimensionale. La modalità di presa in carico si articola su due livelli:

- Il primo contatto: valutazione in grado di identificare tutte le eventuali necessità di intervento (eligibilità ad uno o più dei servizi presenti sul territorio)
- Valutazione Multidimensionale di dettaglio: il coordinatore del caso, il geriatra della UVI, o lo specialista più indicato, l'Assistente Sociale del Comune di Residenza del paziente, in accordo con il MMG del paziente, identificheranno i bisogni di intervento ed i vari servizi disponibili, presupposto essenziale per una corretta formulazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI).

Il Percorso Assistenziale

Le Cure Domiciliari Integrate rispondono ad un bisogno socio-sanitario complesso e sono basate su un progetto di assistenza definito dalla Unità Valutativa Integrata (UVI), operante nel Punto Unico di Accesso, previa valutazione multidimensionale del caso, e su un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) di natura terapeutico-riabilitativa, definito dalla Unità Valutativa Integrata.

Detta tipologia assistenziale presuppone una "presa in carico globale" della persona da parte di una équipe multiprofessionale e multidisciplinare che concretamente eroga le prestazioni programmate e che coinvolge il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta.

a) I destinatari e i requisiti di elegibilità

Le Cure Domiciliari Integrate sono rivolte principalmente a persone non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza, spesso con patologie croniche o cronico-degenerative, con le seguenti priorità indicative:

- Persone in condizioni di "fragilità" con limitazione dell'autonomia parziale o totale;
- Persone affette da demenza e malattia di Alzheimer;
- Persone in dimissione programmata da reparti ospedalieri o da altre strutture sanitarie e/o residenziali;
- Persone con patologie oncologiche in fase avanzata e/o con patologie in fase terminale;
- Persone non autosufficienti affette da SLA conclamata;
- Persone con patologie HIV correlate in fase avanzata;
- Persone non autosufficienti con disabilità complesse, con patologie croniche gravi e/o particolari condizioni di rilevanza sociale non suscettibili di miglioramenti riabilitativi.

Sono inoltre individuati come requisiti indispensabili per l'attivazione di un percorso di cure domiciliari integrate i seguenti criteri:

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

b) Le modalità di accesso e di presa in carico

L'accesso al servizio avviene tramite il Punto Unico di Accesso (PUA) ubicato presso il Distretto Sanitario afferente al Comune di residenza del richiedente. Possono concorrere alla costituzione del PUA gli Uffici di Promozione Sociale organizzati dagli Ambiti Territoriali Sociali a copertura di tutti i Comuni di riferimento.

Il PUA assicura adeguate informazioni sull'offerta dei servizi, anche a sostegno di una scelta consapevole dell'utente e/o della sua famiglia.

Il PUA è il punto di raccolta di tutte le segnalazioni del bisogno e delle richieste di intervento che possono derivare dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta, dal responsabile dell'Unità Operativa ospedaliera all'atto della dimissione, dal servizio sociale comunale, direttamente dai familiari e/o da altri soggetti della rete informale. Nel caso in cui la segnalazione del bisogno sia effettuata da una figura diversa dal MMG, o dal PLS, il PUA dovrà trasmetterla tempestivamente a quest'ultimo per la corretta identificazione del bisogno.

Il PUA apre la cartella dell'assistito quale strumento di continuità dell'assistenza che accompagna la persona presa in carico nel percorso e che raccoglie tutti i dati dell'utente e le indicazioni terapeutiche e assistenziali.

Il PUA attiva l'Unità Valutativa Integrata (UVI) composta da un nucleo stabile rappresentato almeno dalle seguenti figure professionali:

- Medico di assistenza distrettuale;
- Coordinatore degli infermieri professionali;
- Assistente sociale coordinatore, espressione del Comune di riferimento o dell'Ambito;

L'Unità Valutativa Integrata, integrata da alcune figure professionali sempre presenti nella gestione del singolo caso, vale a dire, il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di libera scelta della persona, ed eventualmente lo specialista della patologia –prioritariamente dipendente o convenzionato interno- formula il progetto personalizzato per garantire alla persona un percorso assistenziale nella rete dei servizi tenuto conto delle condizioni familiari e relazionali, della documentazione sociale e sanitaria, delle indicazioni specialistiche, delle schede di valutazione, di altra documentazione acquisita, e quindi definisce:

- L'entità e la natura del bisogno di assistenza domiciliare integrata (profilo di presa in carico);
- Le modalità erogative degli interventi;
- I tempi previsti per la realizzazione del Piano Assistenziale Integrato;

L'UVI assolve quindi ai seguenti compiti:

- a) Analizza la domanda di intervento assistenziale e valuta la persona non autosufficiente secondo modalità multidimensionali e assegna il profilo di cura;
- b) Formula un progetto personalizzato;
- c) Effettua il monitoraggio e la valutazione dei risultati dell'intervento.

All'equipe multidisciplinare, costituita dalle competenze professionali individuate spetta la gestione tecnica e organizzativa delle attività assistenziali; è composta principalmente da personale dipendente e opera in stretta integrazione con il MMG/PLS e con l'assistente sociale del Comune di riferimento.

Ad essa compete:

- La definizione del Piano Assistenziale Integrato (PAI) che traduce in termini operativi, in interventi di tipo multiprofessionale, il progetto personalizzato definito nell' UVI;
- La definizione del "contratto" con la famiglia;
- La direzione tecnica-organizzativa sociale e sanitaria degli operatori a domicilio;

- La valutazione intermedia;
- La proposta di eventuale proroga o dimissione all'UVI.

All'équipe multiprofessionale compete la realizzazione concreta del Piano Assistenziale Integrato.

c) I contenuti del Piano Assistenziale Integrato (PAI).

Il Piano Assistenziale Integrato (PAI) formulato dalle Unità Valutative Integrate deve contenere i seguenti elementi minimi:

- la Valutazione Multidimensionale
- La durata complessiva prevista delle Cure Domiciliari;
- La periodicità degli accessi del MMG/PLS in relazione alla specificità della patologia in corso;
- Gli interventi di altri operatori sanitari e la loro periodicità;
- Gli interventi di tipo sociale;
- Gli obiettivi di cura/riabilitazione;
- I risultati attesi;
- Il referente del "caso" in seno alla Equipe Multidisciplinare delle Cure Domiciliari (*case manager*).

Il Piano Assistenziale Integrato deve in ogni caso garantire:

- La presenza del MMG/PLS;
- Le attività cliniche e le modalità dell'integrazione degli operatori sanitari;
- Le prestazioni di assistenza infermieristica eseguibili a domicilio;
- Gli interventi di riabilitazione da parte di personale tecnico;
- Le consulenze domiciliari dei medici specialisti: cardiologo, chirurgo, fisiatra, oncologo, anestesista, neurologo, geriatra, nutrizionista, vulnologo etc.;
- Le cure alla persona (igiene personale), assistenza tutelare e ambientale di tipo sociale;
- La possibilità di accedere attraverso vie preferenziali alle strutture specialistiche ambulatoriali o ospedaliere per esami o visite attraverso la creazione di percorsi preferenziali;
- La possibilità di erogazione dell'assistenza nell'arco di 12 ore giornaliere, anche con l'utilizzo di reperibilità al fine di fornire prestazioni legate a particolari fasce orarie;
- La continuità delle prestazioni mediche, infermieristiche e assistenziali anche nelle ore notturne e nei giorni festivi e prefestivi se le condizioni del paziente lo richiedono, con il coinvolgimento dei medici di continuità assistenziale;
- La fornitura diretta di farmaci, materiale sanitario per le cure infermieristiche, protesi, ausili e presidi sanitari dal servizio Protesico e Farmaceutico Distrettuale

d) Valutazione e dimissione

L'équipe multidisciplinare compila la cartella clinica di Cure Domiciliari Integrate, nella quale sono registrate tutte le

attività assistenziali svolte a domicilio della persona: tutti gli operatori coinvolti si impegnano a utilizzare la suddetta cartella registrando i loro interventi e controfirmando.

In relazione alla durata del PAI le Cure Domiciliari Integrate possono essere:

- A breve termine (da 15 a 30 giorni);
- A medio termine (fino a circa 90 giorni);
- A lungo termine (fino a 180 giorni ripetibili).

Il programma proposto dalla UVI dovrà contenere la previsione di massima del successivo percorso di rete per l'assistito. Qualora allo scadere dei tempi previsti si rendesse necessario prolungare l'assistenza l'Unità Valutativa Integrata si deve esprimere almeno tre giorni prima dalla data di scadenza del termine del Piano Assistenziale Individualizzato.

La documentazione clinico-assistenziale e ogni altra informazione utile, contenuta nella cartella clinica ospedaliera o di strutture residenziali di provenienza, dovranno essere rese accessibili all'UVI, al fine di garantire la continuità del percorso assistenziale. La condivisione della documentazione attraverso strumenti informatici, oltre che assicurare tale opportunità, dovrà rispettare le norme sulla sicurezza dei dati.

La dimissione può avvenire, oltre che per decesso o per ricovero ospedaliero urgente, nei seguenti casi:

- Per scadenza del Piano Assistenziale Individualizzato;
- Per miglioramento e passaggio a forme di assistenza meno intense (ADP, Cure Prestazionali ecc);
- Per necessità di trasferire il paziente in struttura protetta a causa del venir meno delle condizioni socio ambientali o sanitarie che consentono di mantenerlo al domicilio.

Al termine del piano assistenziale individualizzato o negli altri casi previsti, l'UVI avrà il compito di valutare il raggiungimento degli obiettivi indicati nel progetto di assistenza e di stabilire il successivo percorso assistenziale. La dimissione viene effettuata dall'UVI, garantendo il coordinamento con il Servizio sociale professionale comunale al fine di favorire le soluzioni più appropriate nei confronti del soggetto in dimissione e la continuità del percorso assistenziale.

Nelle more dell'adozione di strumenti di valutazione multidimensionali di terza generazione utilizzati uniformemente a livello di Unità Valutative Integrate tali da garantire continui feed-back tra i servizi delle Cure Domiciliari e gli organismi deputati al monitoraggio e controllo, si prevede di utilizzare le schede di valutazione multidimensionale allegate alla DGR 606/2001.

Il Sistema del Controllo e Monitoraggio

Il monitoraggio periodico e la valutazione degli esiti rappresentano la conclusione e l'inizio dell'attività di controllo nell'ottica del miglioramento continuo delle prestazioni.

Gli indicatori di verifica sotto riportati, derivano sempre dal documento della Commissione LEA del 2006, per l'assistenza domiciliare, per gli interventi ospedalieri a domicilio, ed hanno la funzione di monitorare a seconda dei diversi profili di cura (dagli interventi prestazionali fino alla Cure Palliative per malati terminali), l'andamento delle prestazioni erogate a livello di singola Area Vasta nel rispetto dei diversi criteri di eligibilità.

La corretta compilazione delle schede informative sull'Assistenza Domiciliare generante il flusso SIAD (Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare), nell'ambito delle ottemperanze del debito informativo nei confronti del Ministero della Salute, permetterà non solo la valorizzazione degli interventi effettuati a livello domiciliare, ma anche preziose analisi comparative per migliorare la qualità degli accessi.

Sarà infine il Distretto Sanitario a monitorare costantemente l'evoluzione delle Cure Domiciliari monitorandone le diverse fasi organizzative, dalla valutazione alla presa in carico, e calibrando la propria dotazione di personale e risorse strumentali nella assegnazione del budget, in base anche al case-mix trattato.

**INDICATORI DI VERIFICA DELL'EROGAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI
E CRITERI DI ELEGIBILITA'**

PROFILO DI CURA	INDICATORI	VALORI STANDARD	CRITERI DI ELEGIBILITA'
Per tutti i livelli	N. 1 Numero Asl che erogano tutti i livelli/ Numero totale Asl	100%	Non autosufficienza Disabilità motoria permanente/temporanea tale da impedire l'accesso agli ambulatori di competenza Deterioramento cognitivo dlivello elevato con disturbi del comportamento
CD Prestazionali (Occasionali o cicliche programmate)			Condizioni anche temporanee di particolare fragilità clinica
CD Integrate di Primo Livello	N. 2.1 Numero malati assistiti ≥ 65 anni /residenti ≥65 anni	3,50%	Condizioni di fragilità clinica in malati multiproblematici anche alfine di prevenire il ricovero ospedaliero
CD Integrate di Secondo Livello	N. 2.2 Numero malati assistiti ≥ 75 anni /residenti ≥ 75 anni	7%	Continuità assistenziale in fase di dimissione dall'ospedale o da una struttura residenziale territoriale Quadri clinici instabili che richiedono un monitoraggio continuativo e di adeguamento della terapia compatibili con la permanenza al domicilio
CD Integrate di Terzo Livello	N. 3 Numero malati deceduti per anno a causa di tumore (Istat ICD 9cod.140-208) assistiti dalla rete di Cure palliative a domicilio /numero malati deceduti per malattia oncologica per anno	≥45%	Stati vegetativi e di minima coscienza Condizioni di terminalità oncologica e non Sclerosi Laterale Amiotrofica
Cure Palliative malati terminali	N. 4 Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (Istat)CD9 cod.140-208) N. 5 Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra segnalazione e presa in carico domiciliare è inferiore o uguale a 3 gg/numero malati curati a domicilio con assistenza conclusa	≥ al valore soglia individuato per l'indicatore N. 3 moltiplicato per 55 (espresso in giorni) 80%	

Gli indicatori individuati costituiscono una indicazione per gli organismi deputati all'attività di verifica. Il valore dello standard indicato si riferisce alla sola popolazione anziana in quanto rappresenta il target principale.

Appendice: proposte di integrazione al sistema

La figura dell'Infermiere di Comunità a supporto del Servizio Cure Domiciliari

Per la descrizione delle attività dell'Infermiere di Comunità, come potenziale intermediario tra il medico di medicina generale ed il paziente all'interno delle cure domiciliari integrate, si rimanda ad una ulteriore e successiva articolazione dopo apposite sperimentazioni, recuperando sia la letteratura a riguardo e sia esperienze consolidate, condivise e attendibili.

Appendice: proposte di integrazione al sistema

Gli Strumenti di Valutazione Multidimensionale

Diventa fondamentale dotare tutte le UVI Distrettuali di uno strumento di valutazione multidimensionale globale dello stato funzionale del paziente in grado di produrre una sintesi delle condizioni cliniche, funzionali e sociali della persona, che aggiorni il precedente strumento unico di valutazione di cui DGR 606/2001.

Questo tipo di approccio, più aderente agli strumenti di valutazione multidimensionale di terza generazione, oltre a guidare una corretta elaborazione del PAI permette di arrivare alla definizione del case-mix individuale e di popolazione assistita nel rispettivo servizio di Cure Domiciliari. L'utilizzo sistemico del RUG III-ADI (HC) in continuità con quanto già utilizzato in regime residenziale e semiresidenziale (RUG III Long Term Care Facilities - LTCF) diviene necessario per avere omogenea visione complessiva dell'assistenza extraospedaliera territoriale, usando strumenti di valutazione multidimensionali assai simili, adattati ai differenti settings assistenziali. Il sistema Resource Utilization Groups for Home Care (RUG-III HC) è stato sviluppato a partire dal RAI-HC (Resident Assessment Instrument for Home Care) per essere compatibile con l'analogo sistema RUG-III utilizzato per la valutazione del case-mix delle strutture residenziali. Il sistema RUG-III HC, costruito su un campione del Michigan e validato in Canada, utilizza sempre 7 livelli gerarchici, ma si differenzia dal RUG-III per l'utilizzo delle IADL (Instrumental Activities of Daily Living) in associazione alle ADL (Activities of Daily Living) nella formazione dei 23 gruppi e per la produzione di due set di indici di case-mix: uno che considera la sola assistenza formale, l'altro che comprende anche il supporto informale. La compatibilità tra i due sistemi di definizione del case-mix e dei sottostanti strumenti di valutazione multidimensionale, permette di estendere ai servizi domiciliari la stessa metodica applicata alle strutture residenziali. Ciò determina, attraverso l'utilizzo di item standardizzati, accurati e riproducibili, una ricaduta sulla pianificazione degli interventi sanitari in termini di miglioramento dell'efficienza del singolo servizio, dell'eligibilità nei diversi setting dell'offerta e della relativa qualità dell'assistenza erogata.

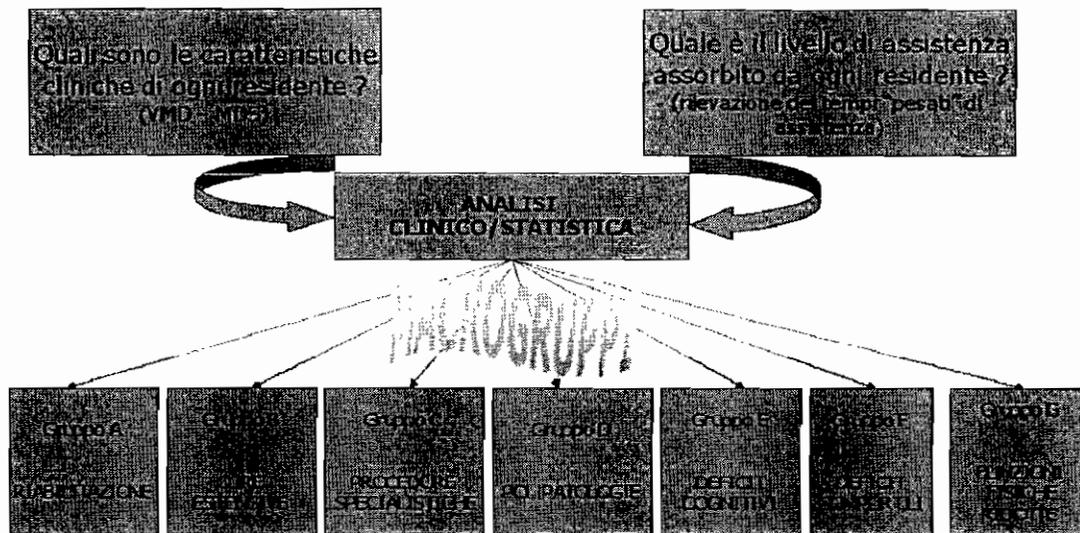
Il sistema *Resource Utilization Groups for Home Care* (RUG-III HC) è stato sviluppato a partire dal RAI-HC (*Resident Assessment Instrument for Home Care*, tradotto in VAOR-ADI in Italiano), per essere compatibile con l'analogo sistema RUG-III utilizzato per la valutazione del case-mix delle strutture residenziali.

Il RUG-III, introdotto nel settore residenziale in Italia nel 2003 costituisce oggi parte integrante del "Mattone12-Assistenza residenziale e semiresidenziale". Questo sistema permette, tramite uno specifico algoritmo, l'assegnazione dei residenti a 44 classi e 7 categorie (Riabilitazione, Assistenza Intensiva, Assistenza Specialistica, Polipatologia, Deficit Cognitivi, Deficit Comportamentali, Funzione Fisica Ridotta) a partire da una scheda costruita con alcuni item della VAOR. Il sistema consente di determinare un vero e proprio "peso della disabilità" per il singolo utente e, sommando il carico assistenziale di tutti i soggetti derivato dalla classe di appartenenza, di ottenere il *case-mix index* specifico per ciascuna singola struttura. Ad ogni classe può pertanto essere associata una relativa tariffa per la remunerazione della struttura sulla base del volume e le caratteristiche dell'attività prodotta.

Figura1.L'ipotesi di base dei sistemi RUG III



Figura2. Il percorso organizzativo per la determinazione del RUG

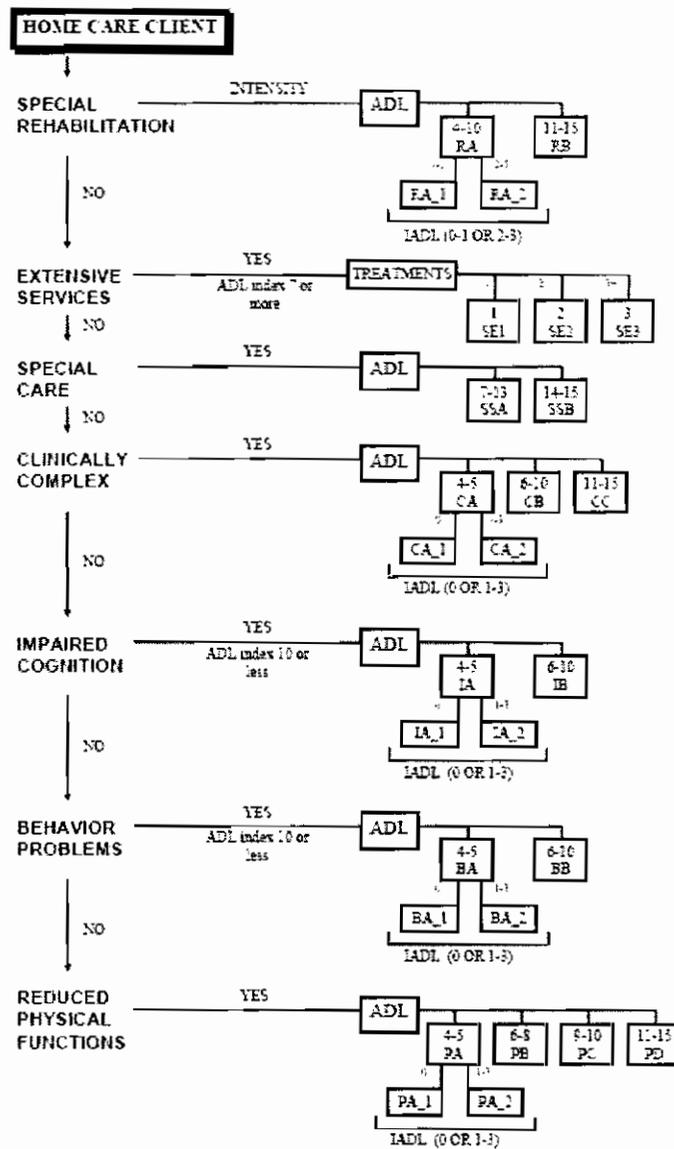


Come già detto, il sistema RUG-III HC, costruito sui dati di un campione della Stato americano del Michigan (Bjorkgren et al 2000) e successivamente validato in Canada (Poss et al,2007), utilizza sempre i 7 livelli gerarchici tipici del RUG-III (si veda il box 1), ma si differenzia da quest'ultimo per l'utilizzo delle IADL (*Instrumental Activities of daily living*) in associazione alle ADL (*Activities of daily living*) nella formazione dei 23 gruppi finali. Diversamente dal sistema RUG residenziale, il RUG-III HC consente inoltre la produzione di due set di indici di case-mix (*Case-mix indexes, CMI*): il primo considera la sola assistenza formale, l'altro comprende anche il supporto informale.

Box1-Criteri e caratteristiche delle macro-classi RUG-HC

Macro Classe RUG	Criteri per l'inclusione al livello
Special Rehabilitation	120 minuti o più di fisioterapista/Terapista Occupazionale/logopedista negli ultimi 7 giorni
Extensive Services	Tracheostomia,ventilazione assistita (invasiva o non invasiva)
Special Care	Ulcere da pressione a terzo stadio;alimentazione enterale; diagnosi di sclerosi multipla;trattamento di ustioni;terapia radiante; terapia endovenosa; febbre e uno o più tra i seguenti tratti:a) deidratazione; b) diagnosi di pneumonia; c) vomito; d) perdita di peso non desiderata.
Clinically Complex	Deidratazione;ulcere da decubito; paziente terminale; chemioterapia;trasfusione di sangue; problema alla pelle; diagnosi di paralisi cerebrale; diagnosi di infezione delle vie urinarie; diagnosi di emiplegia; trattamento dialitico; diagnosi di pneumonia; uno o più dei 7 criteri per <i>Special Care</i> , uno o più dei 3 criteri per <i>Extensive Services</i> .
Impaired Cognition	Valore di Cognitive Performance Scale uguale o superiore a 3 (corrisp.circa a MMSE di 15 o meno)
Behavior Problems	Wandering; aggressività verbale; aggressività fisica; Comportamenti socialmente inappropriati;allucinazioni
Reduced Physical Functions	Tutti gli altri pazienti rimasti

Figura3.L'algoritmoRUGIII-HC



L'algoritmo RUG-III HC prevede pertanto l'allocazione dei pazienti in 23 distinte classi isocosto, loro volta suddivise in 6 macro classi: Riabilitazione Speciale (RA_1/RA_2/RB), Servizi Estensivi (SE1/SE2/SE3), Assistenza Specialistica (SSA/SSB), Clinicamente Complesso (CA_1/CA_/CB/CC), Cognizione Ridotta (IA_1/IA_2/IB), Problemi Comportamentali (BA_1/BA_2/BB) e Funzione Fisica Ridotta (PA_1/PA_2/PB/PC/PD).

L'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionali similari per i diversi setting assistenziali extra ospedalieri, appositamente informatizzati per avere a regime informazioni dettagliate sia sull'andamento del case mix e sia sulla appropriatezza degli interventi, permetteranno di ottenere flussi informativi strategici per un ciclo virtuoso programmatico il più possibile in linea con le reali esigenze della popolazione

[Handwritten signature]

RUG III Home Care

[Condizione degli ultimi 3 giorni se non indicato diversamente]

SEZIONE A. INFORMAZIONI GENERALI	
1	NOME DELLA PERSONA UTENTE a. Cognome b. Nome
2	SESSO 1. Maschio 2. Femmina
3	DATA DI NASCITA <input type="text"/> <input type="text"/> Giorno Mese Anno
4	STATO CIVILE 1. Celibe/Nubile 2. Coniugato 3. Convivente/Partner stabile 4. Vedovo 5. Separato 6. Divorziato
6	NUMERO DELLA CARTELLA <input type="text"/> <input type="text"/>
8	MOTIVO DELLA VALUTAZIONE 1. Valutazione iniziale 2. Rivalutazione di routine 3. Rivalutazione al rientro in assistenza domiciliare 4. Rivalutazione per significativa variazione delle condizioni della persona utente 5. Dimissione (considerare gli ultimi 3 giorni di presa in carico) 6. Registrazione della dimissione 7. Altro (es. a scopo di ricerca)
9	DATA DELLA VALUTAZIONE <input type="text"/> <input type="text"/> Giorno Mese Anno
10	OBIETTIVI DI CURA ESPRESSI DALLA PERSONA UTENTE
11	INDIRIZZO Via Città Prov. CAP
12	DOVE VIVE LA PERSONA UTENTE AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE 1. Casa di proprietà/appartamento o in affitto 2. Casa privata con uso di servizi territoriali/casa protetta/comunità alloggio 5. Struttura per disabili 8. Senzatetto 9. Struttura di lungodegenza 10. Unità riabilitativa 11. Hospice/unità di cure palliative 12. Ospedale per acuti 13. Carcere 14. Altro
13	CON CHI VIVE LA PERSONA UTENTE AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE a. Attualmente vive 1. Sola 2. Con il coniuge/partner stabile 3. Con il coniuge ed altri 4. Con un figlio ma non con il coniuge 5. Con un genitore o tutore legale 6. Con fratelli/sorelle 7. Con altri parenti 8. Con altre persone, non familiari b. Rispetto a 90 giorni fa (o dall'ultima valutazione) è cambiata la situazione abitativa della persona utente? (es. vive con un'altra persona, oppure si è trasferito) 0. No 1. Sì c. La persona utente o il familiare o chi vive con la persona pensa che la persona utente starebbe meglio se visse altrove? 0. No 1. Sì, ma non in una istituzione 2. Sì, ma in una istituzione

14	ULTIMO RICOVERO OSPEDALIERO identificare il più recente ricovero ospedaliero negli ultimi 90 giorni: 0. Nessuna ospedalizzazione 1. 31-90 giorni fa 2. 15-30 giorni fa 3. 8-14 giorni fa 4. Negli ultimi 7 giorni 5. Attualmente in ospedale
----	--

SEZIONE B. DATI PERSONALI AL MOMENTO DELLA PRESA IN CARICO (NOTA: da completare solo alla valutazione iniziale)	
1	DATA DI APERTURA DELLA CARTELLA <input type="text"/> <input type="text"/> Giorno Mese Anno
2	RAZZA/ETNIA 0. Asiatica 1. Africana 2. Caucasica 3. Altra
3	LINGUA 1. Italiano 2. Altra
4	STORIA RESIDENZIALE NEGLI ULTIMI 5 ANNI Indicare tutte le strutture in cui la persona utente ha risieduto negli ultimi 5 anni prima dell'attuale presa in carico 0.No 1.Sì a. Struttura per lungodegenti (es. RSA) b. Casa privata con uso di servizi territoriali/casa protetta/comunità alloggio c. Comunità alloggio per malati psichiatrici d. Unità psichiatrica e. Struttura per disabili

SEZIONE C. STATO COGNITIVO	
1	CAPACITA' DI PRENDERE LE DECISIONI QUOTIDIANE Come la persona utente prende decisioni circa l'organizzazione della giornata 0. INDIPENDENTE - decisioni sempre ragionevoli 1. SEMI-INDIPENDENTE - qualche difficoltà in situazioni nuove 2. COMPROMISSIONE MINIMA - in specifiche situazioni, decisioni inadeguate; richiesti suggerimenti/supervisione in tali occasioni 3. COMPROMISSIONE MODERATA - decisioni inadeguate; richiesti suggerimenti/supervisione in tutte le occasioni 4. COMPROMISSIONE SEVERA - raramente/mai prende decisioni 5. PERSONA UTENTE NON COSCIENTE/COMA [passa alla Sezione G]

SEZIONE E. UMORE E COMPORTAMENTO	
3	DISTURBI DEL COMPORTAMENTO 0. Non presente 1. Presente ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni 2. Manifestatosi 1 o 2 volte negli ultimi 3 giorni 3. Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni a. VAGABONDAGGIO (senza alcun motivo razionale, apparentemente senza badare ai propri bisogni ed alla sicurezza) b. AGGRESSIVITA' VERBALE (ha spaventato, insultato, minacciato, gridato ad altre persone) c. AGGRESSIVITA' FISICA (ha colpito, ferito graffiato, abusato di altre persone) d. COMPORTAMENTO SOCIALMENTE INADEGUATO (emette suoni fastidiosi, rumori, urla, compie gesti di autolesionismo, compie atti osceni, o si spoglia in pubblico, lancia cibo/feci, rovista tra le cose degli altri) e. COMPORTAMENTO SESSUALE SOCIALMENTE INADEGUATO/SPOGLIARSI IN PUBBLICO

	f. RIFIUTO DELL'ASSISTENZA (prendere le medicine, fare le iniezioni, ricevere aiuto nelle ADL o nel mangiare)	
--	---	--

SEZIONE G. FUNZIONE FISICA:

1. Autonomia nelle IADL

Codificare per l'autonomia della persona utente nelle attività consuete in casa o al di fuori DURANTE GLI ULTIMI 3 GIORNI

CODICI: (A)

0. **INDIPENDENTE** – non ha bisogno di organizzazione, supervisione, aiuto

1. ORGANIZZAZIONE

2. **SUPERVISIONE** – controllo, incoraggiamento, suggerimento

0. **ASSISTENZA LIMITATA** – aiuto in alcune occasioni

1. **ASSISTENZA INTENSIVA** – aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere da solo il 50% dell'attività

2. **MASSIMA ASSISTENZA** – aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere meno del 50% dell'attività da solo

3. **DIPENDENZA TOTALE** – l'attività viene svolta completamente da altri

8. **ATTIVITA' NON ESEGUITA [Da non usare per la codifica della Difficoltà]**

a. **PREPARAZIONE DEI PASTI** - Come prepara i pasti (p.es, programmare i pasti, cuocere, preparare il cibo, usare gli utensili)

d. **GESTIONE DEI FARMACI** - Come gestisce i farmaci (p.es, ricordarsi di prendere le pillole, aprire i flaconi, prendere le dosi giuste, fare le iniezioni, applicare pomate)

e. **USO DEL TELEFONO** - Come fa o riceve telefonate (se necessario con ausili come grandi numeri sulla tastiera, amplificatore acustico)

Autonomia

2. AUTONOMIA NELLE ADL

Codifica per tutti gli episodi verificatisi nei 3 giorni precedenti

Se il livello di autonomia in una ADL è lo stesso in tutti gli episodi, codifica per quel livello.

Se un singolo episodio è codificabile come livello 6, ma negli altri episodi il livello di dipendenza è meno grave, codifica quella ADL come 5.

Se in generale la persona utente è autonoma in una ADL, ma in un singolo episodio ha avuto bisogno di organizzazione, codifica quella ADL come 1.

Negli altri casi considera l'episodio di minore dipendenza (da 2 a 5)

0. **INDIPENDENTE** – nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione

1. **ORGANIZZAZIONE** – mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano della persona utente anche solo in una occasione

2. **SUPERVISIONE** - controllo, incoraggiamento o suggerimento

3. **ASSISTENZA LIMITATA** - aiuto fisico nella manovra guidata degli arti, senza necessità di sostenere il peso del corpo

4. **ASSISTENZA INTENSIVA** - aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una persona, mentre la persona utente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottoattività

5. **MASSIMA ASSISTENZA** - aiuto di 2 o più persone nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) OPPURE aiuto nel sostenere il peso del corpo per più del 50% delle sottoattività

6. **DIPENDENZA TOTALE** - l'attività viene svolta completamente da un'altra persona

8. **ATTIVITA' MAI ESEGUITA** (durante l'intero periodo)

g. **TRASFERIMENTO SUL W.C.** – come esegue il trasferimento sul W.C. (o sulla comoda)

h. **USO DEL W.C.** – Come usa il W.C. (o la comoda, o la padella, o il pappagallo), come si pulisce (anche in caso di episodio/i di incontinenza), come cambia il pannolone, come gestisce la colostomia o il catetere, come si sistema i vestiti [escluso trasferirsi su/dal W.C.]

i. **MOBILITA' A LETTO** - Come si sdraia e si alza, si gira da un lato all'altro, assume posizioni nel letto

j. **MANGIARE** – Come si alimenta (inclusa nutrizione con sondino nasogastrico o con nutrizione parenterale)

SEZIONE I. DIAGNOSI DI MALATTIA

Codificare le diagnosi come segue:

0. Non presente

1. Motivo presa in carico

2. Diagnosi presente, in trattamento

3. Diagnosi presente, monitorizzata ma non in trattamento specifico

1. Diagnosi di malattia

Patologie neurologiche

e. Emiplegia

f. Sclerosi multipla

i. Quadriplegia

Malattie infettive			
r.	Polmonite		
Altre			
u.	Diabete mellito		
2. ALTRE DIAGNOSI DI MALATTIA (il sistema controlla se sono registrate queste diagnosi)			
	Diagnosi	Codice	Codice ICD-9
a.	Paralisi cerebrale infantile, non specificata		3 4 3 . 9
b.	Setticemia non specificata		3 8 . 9

SEZIONE J. CONDIZIONI DI SALUTE

3	FREQUENZA DEI PROBLEMI	(Codifica per la presenza del problema negli ultimi 3 giorni)
		0. Non presente
		1. Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni
		2. Manifestatosi in 1 degli ultimi 3 giorni
		3. Manifestatosi in 2 degli ultimi 3 giorni
		4. Manifestato in ognuno degli ultimi 3 giorni
	Psichiatrici	h. Illusioni (false credenze)
		i. Allucinazioni (false percezioni sensoriali)
	Neurologici	j. Afasia
	Gastro-intestinali	n. Vomito
	Altri	r. Febbre
		s. Sanguinamento gastro-intestinale o genito-urinario
7	INSTABILITA' DELLE CONDIZIONI	0.No 1.Si c. Malattia terminale

SEZIONE K. STATO NUTRIZIONALE/CAVO ORALE

2	VALUTAZIONE NUTRIZIONALE	0.No 1.Si
		a. Perdita di peso indesiderata $\geq 5\%$ negli ULTIMI 30 GIORNI ($\geq 10\%$ negli ULTIMI 180 GIORNI)
		b. Disidratazione (rapporto azoto ureico/creatinina >25)
3	DEGLUTIZIONE	0. NORMALE – appropriata deglutizione di alimenti di qualsiasi consistenza
		1. NON VALUTABILE – la persona utente limita l'assunzione di alimenti
		2. NECESSITA DI MODIFICHE DIETETICHE PER DEGLUTIRE CIBI SOLIDI
		3. NECESSITA DI MODIFICHE DIETETICHE SOLO PER DEGLUTIRE CIBI LIQUIDI (utilizzo di addensanti)
		4. NECESSITA DI MODIFICHE DIETETICHE PER DEGLUTIRE SIA SOLIDI CHE LIQUIDI
		5. NUTRIZIONE COMBINATA ORALE E ENTERALE/PARENTERALE
		6. SOLO NUTRIZIONE TRAMITE SONDIRINO NASO-GASTRICO
		7. SOLO NUTRIZIONE TRAMITE GASTROSTOMIA (es. PEG)
		8. SOLO NUTRIZIONE PARENTERALE
		9. NESSUN APPORTO DI CIBO PER VIA ORALE E NESSUN TIPO DI NUTRIZIONE ARTIFICIALE

SEZIONE L. CONDIZIONI DELLA CUTE

1	STADIO PIU' GRAVE DI ULCERA DA PRESSIONE	0. Nessuna ulcera da pressione
		1. Area di arrossamento cutaneo persistente
		2. Parziale perdita di strati di cute
		3. Presenza di profondo cratere cutaneo
		4. Perdita a tutto spessore di cute e sottocute con esposizione di muscolo ed osso
		5. Non stadiabile (p.es per la presenza di predominante escara necrotica)
4	ALTRI PROBLEMI CUTANEI	p. es. lesioni, ustioni di secondo o terzo grado, ferite chirurgiche in via di guarigione
		0. No 1. Si
5	LACERAZIONI O TAGLI	Lacerazioni o tagli non chirurgici
		0. No 1. Si

7	PROBLEMI AI PIEDI CHE INTERFERISCONO CON IL CAMMINARE	<p><i>P.es. : calli, duroni, dita sovrapposte, problemi strutturali, infezioni, ulcere (diverse da 1 e 2)</i></p> <p>0. No 1. Sì, ma la persona utente può camminare 2. Sì, il problema limita la capacità della persona utente di deambulare 3. Sì, il problema impedisce alla persona utente di deambulare 4. Sì, ma la persona utente non cammina per altre ragioni</p>
---	--	--

SEZIONE N. TRATTAMENTO E PREVENZIONE

2	TRATTAMENTI SPECIALI, PIANI DI TRATTAMENTO	Trattamenti speciali ricevuti o previsti NEGLI ULTIMI 3 GIORNI (o dalla data dell'ultima valutazione se inferiore a 3 giorni)											
		<p>0. Non effettuati, non programmati 1. Programmati, non effettuati 2. Effettuati in 1-2 degli ultimi 3 giorni 3. Effettuati quotidianamente negli ultimi 3 giorni</p>											
		TRATTAMENTI SPECIALI											
		<table border="1"> <tr> <td>a. Chemioterapia</td> <td>g. Aspirazione</td> </tr> <tr> <td>b. Dialisi</td> <td>h. Cura della tracheostomia</td> </tr> <tr> <td></td> <td>i. Trasfusioni</td> </tr> <tr> <td>d. Terapie e.v.</td> <td>j. Ventilazione assistita (invasiva o non invasiva)</td> </tr> <tr> <td>e. Ossigeno-terapia</td> <td>k. Cura della ferita</td> </tr> <tr> <td>f. Terapia radiante</td> <td></td> </tr> </table>	a. Chemioterapia	g. Aspirazione	b. Dialisi	h. Cura della tracheostomia		i. Trasfusioni	d. Terapie e.v.	j. Ventilazione assistita (invasiva o non invasiva)	e. Ossigeno-terapia	k. Cura della ferita	f. Terapia radiante
a. Chemioterapia	g. Aspirazione												
b. Dialisi	h. Cura della tracheostomia												
	i. Trasfusioni												
d. Terapie e.v.	j. Ventilazione assistita (invasiva o non invasiva)												
e. Ossigeno-terapia	k. Cura della ferita												
f. Terapia radiante													
PROGRAMMI DI TRATTAMENTO													
n. Programma di rotazione/riposizionamento													
3	ASSISTENZA FORMALE	Giorni (A) e minuti totali (B) di terapia negli ultimi 7 giorni											
		<i>Entità e gestione dell'assistenza negli ultimi 7 giorni (o dalla data dell'ultima valutazione se inferiore a 7 giorni)</i>											
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>A</th> <th>B</th> </tr> <tr> <th>Giorni</th> <th>Minuti</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>e. Fisioterapia</td> <td></td> </tr> <tr> <td>f. Terapia occupazionale</td> <td></td> </tr> <tr> <td>g. Logopedia</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	A	B	Giorni	Minuti	e. Fisioterapia		f. Terapia occupazionale		g. Logopedia	
		A	B										
Giorni	Minuti												
e. Fisioterapia													
f. Terapia occupazionale													
g. Logopedia													