

Deliberazione della Giunta Regionale 16 marzo 2010, n. 85-13580

Attività di continuità assistenziale: organizzazione e remunerazione delle attività di assistenza specialistica di ospedalizzazione domiciliare.

A relazione dell'Assessore Artesio:

Lo sviluppo dell'assistenza sanitaria domiciliare ha comportato diverse forme organizzative nell'erogazione delle prestazioni in corrispondenza dei diversi fabbisogni evidenziati, con particolare riferimento a quelli riguardanti la continuità assistenziale tra ricovero ospedaliero e cure domiciliari.

Tra le altre sono state sperimentate anche forme di assistenza domiciliare denominate "ospedalizzazione a domicilio" con lo scopo di organizzare, presso l'abitazione del paziente, un setting assistenziale simile a quello riscontrabile nell'attività di ricovero ospedaliero per acuti, per pazienti affetti da patologie in fase acuta necessitanti di cure di tipo ospedaliero per le quali non è necessario un monitoraggio invasivo e/o intensivo e le cui condizioni abitative e la collaborazione della famiglia consentono una sorveglianza continua del paziente.

Tali forme assistenziali sono state caratterizzate o dalla presa in carico del paziente a totale responsabilità dell'ospedale, o dalla presa in carico a cura dei servizi territoriali, quindi con la piena responsabilizzazione dei medici di medicina generale o dei pediatri di libera scelta ma con un'assistenza specialistica resa dalla struttura ospedaliera.

Con il presente provvedimento si ritiene pertanto opportuno formalizzare e definire con maggiore precisione tali forme di assistenza, anche per consentire l'omogeneizzazione del servizio sul territorio regionale e permettere un riconoscimento tariffario adeguato.

Occorre quindi che siano previste due forme di assistenza domiciliare a carattere ospedaliero, una denominata ospedalizzazione presso il domicilio con la caratteristica della totale presa in carico assistenziale da parte dell'ospedale di riferimento ed una denominata assistenza integrativa ospedaliera presso il domicilio in cui la presa in carico del paziente segue i normali canali dell'assistenza domiciliare tramite le strutture delle cure domiciliari dell'ASL ma con il supporto di assistenza specialistica continuativa assicurata da servizi ospedalieri.

Lo scopo di tali attività è quello di garantire adeguata assistenza specialistica presso il domicilio senza ricorrere al ricovero ospedaliero per pazienti con particolari esigenze assistenziali e in condizioni abitative e familiari adeguate con l'obiettivo prioritario di permettere cure adeguate con maggiore benessere per l'assistito. Le caratteristiche delle attività sono identificate nell'allegato A) alla presente deliberazione della quale fanno parte integrante e sostanziale.

Relativamente alla "ospedalizzazione presso il domicilio" per permetterne la corretta remunerazione ed il relativo controllo delle attività erogate saranno adottate dalla Direzione Sanità specifiche indicazioni per la loro registrazione; la remunerazione è prevista a giornata secondo le indicazioni dell'allegato A) alla presente deliberazione.

Per quanto riguarda invece la tipologia di assistenza in cui la presa in carico del paziente è a cura delle strutture dell'ASL di residenza del paziente, il relativo rimborso sarà effettuato in relazione alle prestazioni rese dalla struttura ospedaliera come specificato nell'allegato A) alla presente deliberazione.

Ritenuto altresì opportuno prevedere che l'attivazione dei servizi di ospedalizzazione presso il domicilio e di assistenza integrativa ospedaliera presso il domicilio, visto il carattere di sperimentality, sia subordinata al parere favorevole della Direzione Sanità sulle proposte formulate dalle Aziende che intendono attivare il servizio. Le Aziende che stanno svolgendo attività corrispondenti a quelle descritte dovranno darne comunicazione per l'attivazione delle procedure di registrazione e tariffazione, adeguando le modalità organizzative a quelle descritte.

Pertanto, udite le motivazioni del relatore,

la Giunta regionale, unanime,

delibera

- di approvare le “Modalità di organizzazione e remunerazione delle attività di assistenza domiciliare a carattere ospedaliero” di cui all'allegato A) al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale;
- di prevedere che l'attivazione da parte delle ASR dei servizi di ospedalizzazione presso il domicilio e di assistenza integrativa ospedaliera presso il domicilio, visto il carattere di sperimentaltà, sia subordinata al parere favorevole della Direzione Sanità sulle proposte formulate dalle Aziende che intendono attivare il servizio. Le Aziende che stanno svolgendo attività corrispondenti a quelle descritte dovranno darne comunicazione alla direzione Sanità per l'attivazione delle procedure di registrazione e tariffazione, adeguando le modalità organizzative a quelle descritte;
- di demandare alla Direzione Sanità ogni adempimento conseguente all'applicazione delle disposizioni contenute nella presente deliberazione.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. n. 8/R/2002.

(omissis)

Allegato

MODALITA' DI ORGANIZZAZIONE E REMUNERAZIONE DELLE ATTIVITA' DI ASSISTENZA DOMICILIARE A CARATTERE OSPEDALIERO

Attività di ospedalizzazione presso il domicilio

Si definisce attività di ospedalizzazione presso il domicilio l'organizzazione di attività assistenziali di tipo sanitario che assicurano la cura di pazienti in fase ancora acuta in una fase di continuità assistenziale trattabili presso la residenza con supporto infermieristico e medico specialistico e la presa in carico da parte di unità operativa di presidio ospedaliero. Si tratta ad esempio di pazienti da trattare con scompenso cardiaco in fase acuta, riacutizzazione di broncopneumopatie croniche ostruttive, ictus ischemici non complicati, infezioni respiratorie e/o urinarie, scompensi glicometabolici, o per altre patologie di analoga complessità assistenziale.

Tale presa in carico comporta l'assunzione della responsabilità clinica del paziente nel periodo in trattamento da parte dell'unità operativa ospedaliera che dovrà garantire, oltre che l'assistenza infermieristica giornaliera, anche l'assistenza medica specialistica necessaria e la contattabilità dello specialista presso il presidio durante tutto l'arco della settimana.

Possono essere presi in carico pazienti residenti in Piemonte in dimissione dall'ospedale, sia dal pronto soccorso che da un reparto di ricovero, il cui domicilio sia raggiungibile entro 30 minuti di percorso dall'ospedale con mezzi di servizio.

L'ospedale deve essere in grado di assicurare quanto necessario per tale tipologia di assistenza e pertanto dovrà avere le seguenti caratteristiche:

- attività di assistenza per acuti con la presenza almeno delle seguenti discipline di area medica: medicina generale, cardiologia, neurologia, e di quelle di oncologia, pneumologia, ematologia, pediatria, geriatria, recupero e riabilitazione funzionale nel caso di trattamenti caratteristici di tali discipline e di quelle di chirurgia generale e di anestesia e rianimazione
- presenza dei principali servizi di diagnosi quali radiologia, laboratorio analisi, anatomia patologica, servizio immunotrasfusionale, (con la possibilità di eseguire prelievi e semplice diagnostica a domicilio)
- possibilità di trasporto del malato anche con autoambulanza del presidio per eventuali necessità di diagnostica complessa
- possibilità di organizzazione dei servizi di assistenza domiciliare infermieristica e medica e del trasporto di farmaci e materiale sanitario a carico dell'ospedale compresa la fornitura di farmaci ed emoderivati in urgenza tutti i giorni, compresi i festivi
- disponibilità di personale numericamente adeguato e di accertata competenza professionale con presenza di un team dedicato (medico + infermiere) responsabile della valutazione del paziente e del suo caregiver al fine di analizzare le possibilità di attivazione del servizio e di fornire all'utenza informazioni sul servizio: durante l'attività di ospedalizzazione presso il domicilio devono essere garantiti almeno un accesso infermieristico e/o di altro operatore professionale sanitario al giorno e un accesso di medico dirigente. (quest'ultimo anche senza considerare il sabato e i giorni festivi)
- disponibilità di un adeguato equipaggiamento per gli operatori: divise, borse per materiale sanitario, borse per trasporto di materiale biologico e dei necessari mezzi di servizio.

Per l'organizzazione del servizio il presidio ospedaliero dovrà garantire una copertura attiva minima medico-infermieristica di 12 ore (dalle 8 alle 20) anche per permettere interventi in

emergenza entro 30 minuti. Per la notte è necessaria la reperibilità medica e si deve stabilire un protocollo di intesa con il Servizio Regionale di Emergenza "118" circa l'assistenza dei pazienti che debbano essere trattati urgentemente dalla unità operativa di riferimento.

L'attivazione del servizio dovrà avvenire in modo da garantire la prosecuzione delle cure senza interruzioni nel processo di continuità assistenziale ospedale/territorio

Inoltre devono essere adottate procedure codificate per la gestione del materiale sanitario, degli ausili, dei presidi farmaceutici e protesici, dei rifiuti

L'ospedalizzazione domiciliare può quindi essere attivata per pazienti che sono ancora in fase acuta della malattia (e quindi non si tratta di attività di postacuzie che segue altri percorsi assistenziali) ma assistibili presso il domicilio non abbisognando dell'uso di tecnologie complesse dedicate e per i quali esiste il consenso a tale trattamento sia da parte del paziente che della famiglia o altro care giver.

Preliminare alla presa in carico è necessaria una valutazione globale, multidimensionale per definire i bisogni del paziente e stabilire un piano di cura individualizzato. A tale scopo nella documentazione correlata alla cartella clinica devono anche essere previste: a) scale valutative validate a livello internazionale per l'assessment dello stato funzionale, cognitivo, affettivo, della comorbidità e della qualità di vita; b) diario clinico-assistenziale; c) scheda organizzativa per il rilievo delle necessità derivanti dall'uso di ausili, e altro materiale non sanitario.

Prima di iniziare tale tipo di assistenza è necessario che l'unità operativa ospedaliera accerti che vi siano anche le condizioni strutturali ed ambientali per l'attivazione del servizio dandone formale comunicazione alla direzione del presidio ospedaliero di riferimento e che sia acquisito il consenso informato del paziente o del suo tutore.

Il Distretto deve essere sempre informato dell'inizio dell'attività e deve collaborare con gli aspetti assistenziali indispensabili e non fornibili dall'ospedale e identificabili come beni non sanitari.

Al paziente deve essere fornito quanto necessario (recapiti telefonici, ecc) per una repentina contattabilità dell'unità operativa o del personale medico di supporto per il periodo non coperto dal servizio attivo dei medici che collaborano all'assistenza domiciliare oltre che la documentazione scritta del tipo di assistenza che deve essere garantita, orari e quantità delle terapie da eseguire nonché le modalità specifiche di comunicazione col 118, previo accordo con lo stesso servizio.

Durante il periodo di assistenza domiciliare dovrà essere tenuta apposita cartella clinica sotto la responsabilità dell'unità operativa ospedaliera con modalità analoghe a quelle dei ricoveri ospedalieri.

Di tale cartella dovrà essere conservata sempre copia presso il domicilio del paziente.

L'assistenza al paziente deve comprendere l'esecuzione a domicilio di molteplici prestazioni, dalle più semplici quali prelievi ematici, medicazioni, esecuzioni di ECG, a quelle più complesse quali posizionamento di cateteri vescicali, trattamento chirurgico di piaghe da decubito, gestione di cannule venose centrali e posizionamento di cateteri venosi, terapie infusionali complesse comprese infusioni di sangue ed emoderivati e di farmaci citostatici (previa preparazione delle soluzioni in ambiente protetto), esecuzione di paracentesi e di salassi, posizionamento di sondini naso-gastrici e di strumenti tipo Holter per il monitoraggio pressorio e cardiaco, esecuzione di ecografie internistiche, ecocardiografie, ecodoppler venosi ed arteriosi ed esami radiografici in relazione alla disponibilità delle necessarie apparecchiature e di personale adeguatamente preparato. Nell'organizzazione delle attività va prevista la possibilità di effettuare esami ematochimici in urgenza tutti i giorni, compresi i festivi, con prelievo da parte del personale

dell'unità operativa di riferimento e restituzione del referto con la tempistica prevista per i casi di urgenza del presidio ospedaliero.

In relazione allo sviluppo delle singole tecnologie e alla loro disponibilità presso il presidio ospedaliero sono comprese anche le attività di telemedicina.

Il ricovero di ospedalizzazione a domicilio deve avere breve durata, con una media massima di 15 giorni e comunque non superiore a 30 giorni.

Alla fine dell'episodio assistenziale (ricovero a domicilio) dovrà essere compilata apposita scheda di dimissione le cui caratteristiche e modalità di registrazione presso l'archivio regionale saranno disposte con successivo provvedimento della Direzione Sanità che dovrà prevedere un'apposita procedura per la compilazione e la registrazione informatica di una scheda di dimissione per l'ospedalizzazione a domicilio che dovrà riportare, oltre che i dati anagrafici, anche i codici di diagnosi ed intervento/procedura come nelle normali Schede di dimissione ospedaliera e le informazioni principali che possono caratterizzare l'attività quali il numero di accessi del personale medico, infermieristico e tecnico sanitario. Tali schede saranno sottoposte all'elaborazione del software grouper DRG in uso per le SDO per la determinazione dei relativi DRG.

Le ASO e le AOU nonchè le ASL che intendano effettuare tale attività anche per residenti di altre aziende devono accordarsi con le strutture aziendali interessate per concordare la modalità operative che permettano il buon esito dell'attività stessa. Le AO-AOU svolgeranno le attività verso i residenti delle ASL (in mobilità attiva) mentre gli ospedali delle ASL possono svolgere analoga attività verso residenti di altre ASL (anch'essi in mobilità attiva) o per i residenti del proprio territorio (senza dar luogo ad attività in mobilità)

In fase sperimentale le attività svolte che a seguito della corretta codificazione della relativa scheda saranno tariffate in relazione al numero di giornate in cui viene assicurata l'assistenza domiciliare e al tipo di DRG che si forma in modo analogo per quanto avviene per le schede di dimissione ospedaliera.

Le tariffe in prima applicazione del provvedimento sono le seguenti:

per i DRG appartenenti alle MDC 1, 4, 5, 16, 17 euro 165 al giorno

per DRG appartenenti alle altre MDC euro 145 al giorno

Nella tariffa sono comprese tutte le prestazioni erogate, il materiale sanitario e i presidi utilizzati, la diagnostica e gli eventuali trasporti da e per l'ospedale di riferimento.

Non sono compresi i farmaci che dovranno essere registrati nel file F come farmaci erogati durante prestazioni specialistico ambulatoriali.

Nel caso di ricoveri anche diurni presso un presidio di ricovero l'assistenza ospedaliera a domicilio si interrompe. Eventualmente potrà essere ripresa non appena terminato il ricovero presso l'ospedale.

Al momento della dimissione deve essere data comunicazione al Distretto e al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta.

Assistenza integrativa ospedaliera presso il domicilio

L'assistenza integrativa ospedaliera presso il domicilio prevede l'effettuazione di cure ed assistenza specializzata sanitaria da parte di unità organizzative di un presidio ospedaliero nell'ambito di un percorso assistenziale di continuità di cure per pazienti residenti in Piemonte. Le AO-AOU svolgeranno le attività verso i residenti delle ASL (in mobilità attiva) mentre gli ospedali delle ASL possono svolgere analoga attività verso residenti di altre ASL o per i residenti del proprio territorio (senza dar luogo ad attività in mobilità). Tale attività potrà essere svolta anche in sedi più lontane di quanto previsto per l'attività di ospedalizzazione presso il domicilio.

Tale attività si deve integrare con i percorsi di cura che vengono programmati con gli strumenti di organizzazione delle cure domiciliari con il pieno coinvolgimento del medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta

In questi casi la presa incarico del paziente segue i normali canali dell'assistenza domiciliare sotto la responsabilità dell'ASL tramite le strutture delle cure domiciliari dell'ASL, ma viene garantita attività specialistica continuativa anche da parte dei servizi ospedalieri.

Tale assistenza deve essere avviata tramite il Distretto di residenza del paziente in accordo con il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta,, anche su segnalazione o proposta dell'ospedale che ha già assistito lo stesso paziente.

Quest'ultima tipologia assistenziale si può attuare per esempio, per permettere la dimissione del paziente in modo adeguato all'interno ad un percorso di continuità assistenziale, nei casi in cui servano ancora somministrazione di cure di tipo specialistico erogabili in ambiente non ospedaliero.

Il Distretto deve rendere disponibile, analogamente a quanto precisato nella parte relativa all'attività di ospedalizzazione presso il domicilio, gli ausili necessari, mentre il materiale comune di uso sanitario e i farmaci connessi all'intervento programmato della struttura ospedaliera dovranno essere forniti dalla struttura stessa.

La struttura ospedaliera coinvolta deve avere disponibilità di personale numericamente adeguato e di accertata competenza professionale, possibilità di organizzazione dei servizi di assistenza domiciliare infermieristica e medica e del trasporto di farmaci e materiale sanitario, compresa la possibilità di fornire farmaci ed emoderivati e disponibilità di un adeguato equipaggiamento per gli operatori e dei necessari mezzi di servizio.

Specifici accordi tra le strutture distrettuali dell'ASL di residenza e della struttura ospedaliera interessate potranno definire tipologie specifiche di assistenza anche attraverso l'uso di procedure di telemedicina

Prima di iniziare tale tipo di assistenza è necessario che l'unità operativa ospedaliera e i servizi distrettuali accertino che vi siano le condizioni strutturali ed ambientali per l'attivazione del servizio dandone formale comunicazione alla direzione del presidio ospedaliero di riferimento e che sia acquisito il consenso informato del paziente. Occorre inoltre dare adeguata informazione alla famiglia o a chi assiste il paziente presso il domicilio.

Dovrà quindi essere svolta una preliminare valutazione del paziente dal parte del medico e dell'infermiere e predisposto un piano di cura individualizzato che integreranno la documentazione della cartella sanitaria

Se le prestazioni fornite o da fornire determinano l'esigenza di ulteriori procedure diagnostiche ed assistenziali, le stesse potranno essere richieste direttamente al medico di medicina generale e, solo nei casi di urgenza e di indifferibilità, i dirigenti medici ospedalieri potranno organizzare tramite la propria struttura ospedaliera, con l'uso di impegnative interne, l'erogazione delle prestazioni necessarie.

La struttura ospedaliera dovrà registrare la propria attività in una cartella sanitaria in doppia copia riportando gli interventi effettuati e specificando per ogni passaggio il tipo di prestazione erogata e i relativi orari di entrata ed uscita. Una copia dovrà essere lasciata presso il domicilio a disposizione anche del medico curante e un'altra dovrà essere conservata a cura della struttura erogante i cui elementi descrittivi fondamentali dovranno essere registrati attraverso la procedura che sarà predisposta dalla Direzione Sanità con specifici provvedimenti. La registrazione delle prestazioni permetterà i relativi riconoscimenti tariffari.

L'unità operativa ospedaliera dovrà lasciare presso il domicilio del paziente, allegata alla cartella sanitaria tutte le necessarie prescrizioni che dovranno essere osservate (uso di farmaci, diete, ecc.) compresi i recapiti telefonici per eventuali richieste di informazioni o di interventi urgenti.

Prima dell'avvio di tali attività occorre che l'ASL di residenza del paziente e l'unità operativa ospedaliera concordino le relative modalità attuative.

La struttura distrettuale di residenza del paziente deve accertare l'effettiva erogazione di quanto programmato.

Le tariffe delle prestazioni relative all'assistenza integrativa ospedaliera presso il domicilio in fase di prima attuazione sono individuate in:

Consulenza /visita e prestazioni mediche di più semplice ed usuale attuazione: 60 euro ad accesso

Prestazioni infermieristiche e tecnico sanitarie 28 euro ad accesso

Per le altre prestazioni sono valide le tariffe in vigore del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali farmaci somministrati durante le prestazioni sono rimborsati attraverso la procedura di registrazione dei farmaci denominata file F, direttamente dall'ASL di residenza del paziente con le procedure previste per l'ADI.

Con successivo provvedimento la Direzione Sanità darà le indicazioni attuative per la registrazione e remunerazione delle prestazioni.

Attivazione dei servizi di ospedalizzazione presso il domicilio e di assistenza integrativa ospedaliera presso il domicilio.

L'attivazione dei servizi di ospedalizzazione presso il domicilio e di assistenza integrativa ospedaliera presso il domicilio, visto il carattere di sperimentabilità, deve essere preliminarmente autorizzata dalla regione che dovrà esprimere uno specifico parere sulle proposte che dovranno essere formulate dalla Aziende che intendano attivare tali servizi. Tali proposte dovranno indicare le modalità di attuazione di quanto previsto dal presente provvedimento nonché delle altre indicazioni regionali inerenti l'assistenza domiciliare. In particolare le Aziende che intendono organizzare l'attività di ospedalizzazione presso il domicilio devono predisporre un protocollo

operativo che individua le tipologie di attività da svolgere, le modalità di organizzazione, la definizione dei livelli di responsabilità e le procedure di attivazione dei servizi per i presidi ospedalieri coinvolti.

Successivamente a tali autorizzazioni sarà possibile per le Aziende registrare le attività con le modalità previste dalla presente deliberazione e dai relativi provvedimenti applicativi.

Le aziende che già esplicano attività riconducibili a quelle sopradescritte devono adeguare le modalità operative di tali servizi alle indicazioni contenute in questo provvedimento e devono comunicare alla regione tipologia e organizzazione di tali attività con la descrizione del programma di adeguamento per la loro regolarizzazione.

Per le attività che riguardano pazienti di età pediatrica potranno essere proposti dalle aziende interessate i necessari accorgimenti organizzativi che potranno consentire l'effettiva attuazione degli indirizzi assistenziali descritti nel presente provvedimento ed in coerenza con quanto previsto dalla D.G.R. 26 – 10669 del 2 febbraio 2009

Ovviamente nello stesso presidio ospedaliero possono essere organizzate le due modalità assistenziali sopradescritte. Inoltre è possibile, sempre previa autorizzazione regionale, prevedere la trasformazione da una forma assistenziale all'altra.