



DIREZIONE SANITARIA ASUR

ALLEGATO A

ALLEGATO \_\_\_\_\_ ALLA  
DIREZIONE N. 34/19  
DEL 16 MAG. 2014

LINEE GUIDA PER IL SISTEMA INFORMATIVO DI MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA  
DOMICILIARE (SIAD)

GRUPPO DI LAVORO ASUR

AV1- GIOVANNI GUIDI, ELISABETTA MAESTRINI

AV2- FRANCO FILIBERTO SCAGLIATI, ROSANNA BRATTI, PATRIZIA D'EMIDIO, ENRICO BOARO, ANNA CARLA FRULLA, GABRIELLA BECCACECI, LUCIANO FARINELLI, PAOLO ANTOGNINI

AV3 - DONELLA PEZZOLA, ALESSANDRO RANCIARO, GIANNI TURCHETTI, AGNESE BRASILI

AV4- VITTORIO SCIALÈ

AV5 -GIOVANNA PICCIOTTI

COORDINAMENTO

DIREZIONE SANITARIA- ALESSANDRO MARINI , MARIA RITA PAOLINI

## INDICE

1.    NORMATIVA DI RIFERIMENTO
2.    DEFINIZIONE
- 2.1.  CURE DOMICILIARI
- 2.1.1 CURE DOMICILIARI PRESTAZIONALI
- 2.1.2 CURE DOMICILIARI INTEGRATE
- 2.2   RIEPILOGO ATTIVITA' OGGETTO DI RILEVAZIONE
3.    AMBITO DI APPLICAZIONE
4.    FASI DELLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE
5.    SOGGETTI TENUTI ALL'OBBLIGO DI INSERIMENTO DEI DATI NEL TRACCIATO
6.    RISPETTO DELLA PRIVACY

### ALLEGATO

#### 1. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Progetto- obiettivo "Tutela della salute degli anziani 1991-1993", approvato il 30 gennaio 1992 a stralcio del Piano Sanitario Nazionale (PSN), unitamente al PSN 1994-1996, che introduce il termine "assistenza domiciliare integrata", fornendo indicazioni volte alla sua attivazione sul territorio;
- D. Lgs. n. 502 del 30.12.1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421" che definisce "le prestazioni sociosanitarie e l'area dell'integrazione sociosanitaria";
- Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, il quale dedica particolare attenzione alla necessità di spostare il centro dell'assistenza sul territorio, sviluppando forme assistenziali alternative al ricovero ospedaliero, tra cui l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), e l'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza socio assistenziale;
- DGRM 601/2001 Linee- guida dell'ADI;
- DPCM 14 febbraio 2001, "Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria", che prevede che le Cure Domiciliari si integrino con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia;
- DPCM 29 novembre 2001, "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza", che elenca le prestazioni riferite all'area dell'integrazione socio-sanitaria che vanno erogate secondo criteri di appropriatezza, grado di fragilità sociale e accessibilità;
- Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008 che indica gli accordi di programma "ASL- Comuni" previsti dal decreto legislativo 18 agosto 2000 n. 267, quale strumento primario per la realizzazione dell'integrazione sociosanitaria atta a garantire effettivamente l'Assistenza Domiciliare Integrata;
- Documento prodotto a fine 2006 dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, istituita presso il Ministero della salute, avente per oggetto "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio";
- Decreto Ministeriale 22 febbraio 2007, n. 43 Regolamento recante: "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311"
- Accordo Collettivo Nazionale 27 maggio 2009 Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, approvato il 27 maggio 2009 (testo integrato con l'ACN 23 marzo 2005)
- Nuovo patto per la salute- approvato in Conferenza Stato regioni il 3 dicembre 2009 Il Patto per la Salute- approvato dalla Conferenza Stato-Regio del 3 dicembre 2009- è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a

- promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema
- Progetti regionali sulle cure primarie e cure domiciliari approvati in sede di conferenza Stato-Regioni su proposta del Ministero della salute (perseguimento di obiettivi di carattere prioritario indicati dai Piani sanitari Nazionali vigenti);
- Documento Agenas programmazione dell'assistenza domiciliare;
- Deliberazione del Consiglio Regionale n. 38/2011-"Piano Socio-Sanitario Regionale 2012/2014";
- DGRM 498 /2012 "Istituzione del Sistema di monitoraggio periodico per la verifica del rispetto della tempistica, della completezza e della qualità dei flussi informativi verso la regione ed il ministero";
- DGRM 735/2013 "Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012";
- DGRM 1345/2013 "Riordino delle reti cliniche nella regione Marche;
- DGRM 452/2014 "Linee- guida per l'organizzazione delle Case della Salute".

## 2. DEFINIZIONE

### 2-1. CURE DOMICILIARI

Le Cure Domiciliari (CD), ai sensi della normativa nazionale, trovano collocazione nell'ambito dei servizi assicurati dal Distretto (D.lgs. N.229/99 art 3 quater 3 quinquies).

Le linee di indirizzo nazionale, i Piani Sanitari Regionali e le DGRM emanate assegnano al Distretto la responsabilità organizzativa di assicurare la continuità e la prossimità delle cure. E' compito del Distretto assicurare l'integrazione professionale al fine di garantire la presa in carico dei bisogni sanitari e socio assistenziali del paziente e della famiglia.

I contenuti della presente Linee Guida fanno riferimento al SIAD e si pongono, come obiettivo, quello di definire modalità omogenee di raccolta sistematica dei dati assistenziali per consentire una corretta lettura delle CD in ambito aziendale.

Vengono di seguito prese in considerazione le Cure Prestazionali (CP) e le Cure Domiciliari Integrate (CDI).

Le CP, se pur caratterizzate da una non trascurabile attività erogata a domicilio del paziente, non rientrano nel flusso SIAD, pur tuttavia, hanno dignità e necessità di essere rilevate e valorizzate nel sistema regionale.

#### 2.1.1 LE CURE PRESTAZIONALI (CP)

Si definiscono CP quelle prestazioni professionali, erogate a domicilio, in risposta a bisogni sanitari di tipo medico e infermieristico che non richiedono la valutazione multidimensionale, la predisposizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), che presentano una bassa complessità assistenziale, un basso assorbimento di risorse (personale, beni/servizi) ed una bassa complessità organizzativa.

Sono caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali di risposta ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che si non si ripete nel tempo.

Sono richieste dal medico responsabile del processo di cura nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali, che rendono necessario l'accesso al domicilio di personale sanitario. L'attivazione delle CP necessita del consenso della persona e della famiglia alle cure.

Per l'effettuazione dei cicli di terapia riabilitativa domiciliare è sempre necessario redigere il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) anche quando tali cicli sono effettuati come Cure Prestazionali.

Per chiarire il contenuto assistenziale si riporta di seguito un elenco non esaustivo di quelle che sono considerate CP:

- prelievo ematico;
- medicazioni semplici post intervento o post traumatiche;
- ECG;
- clistere
- esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, esame colturale, ecc.);

- terapia iniettiva intramuscolare e terapia iniettiva sottocutanea;
- addestramento ai familiari o al personale addetto all'assistenza di base;
- cateterismo vescicale (sostituzione periodica);
- istruzione all'utilizzo di ausili per la deambulazione;
- educazione del care giver alla corretta mobilizzazione/corretta postura del paziente;
- educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee;
- consulenza medico-specialistica occasionale;
- visita programmata del medico di medicina generale;
- ciclo riabilitativo domiciliare estensivo (di mantenimento)\*;
- ecc.

(\* tutti i cicli di riabilitazione, anche quelli a bassa intensità assistenziale, erogati nell'ambito delle cure prestazionali, hanno bisogno della redazione del Progetto Riabilitativo Individuale –PRI)

### 2.1.2 CURE DOMICILIARI INTEGRATE (CDI)

Si definiscono CDI i servizi rivolti offerti a persone non autosufficienti e/o affette da patologie gravi. Le CDI richiedono la valutazione da parte dell' Unità Valutazione Integrata (UVI) e la conseguente redazione del PAI.

Oltre le CDI classiche, caratterizzate dagli accessi dei MMG definiti dalla contrattualistica nazionale (ADI), devono essere considerate CDI anche quelle situazioni assistenziali che presentano un numero di accessi più bassi rispetto a quelli definiti dalla predetta contrattualistica ma sono caratterizzate da :

- alto assorbimento di risorse di personale\*;
- alto assorbimento di risorse di beni e servizi\*\*;
- alto assorbimento di risorse organizzative e di integrazione\*\*\*.

\* alto assorbimento di risorse e di personale una o più delle seguenti fattispecie:

- presa in carico e almeno 8 accessi mensili (considerato come sommatoria degli accessi di tutti gli operatori che intervengono sul pz : se l'unico operatore è l'infermiere ciò equivale ad almeno 2 accessi settimanali indipendentemente dalla durata dell'accesso);
- durata media dell'accesso infermieristico almeno 30 minuti per almeno 4 accessi mensili;
- prestazioni ad elevata complessità assistenziale (es. effettuazione di prelievo arterioso per emogasanalisi, paziente in dialisi peritoneale domiciliare, paz. in età pediatrica o neonatale, ecc.);
- accessi che richiedono l'intervento di più operatori (trasfusioni, cambio cannula in tracheostomizzato, sostituzione PEG, ecc);
- tutte le altre situazioni valutate dall'UVI come "ad alto impegno di risorse e di personale".

\*\* sono definite ad alto assorbimento di risorse di beni e servizi :

- medicazioni complesse;
- Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD);
- utilizzo di elettromedicali essenziali per il mantenimento/miglioramento del quadro clinico del paziente;
- ecc.

\*\*\*sono definite ad alto assorbimento di risorse organizzative e di integrazione:

- orari definiti al di fuori della operatività del servizio (es. terapia EV in Fibrosi Cistica, ecc);
- impiego di personale idoneo a particolari esigenze assistenziali, assistito che vive con grave inadeguatezza del care- giving, ecc;
- necessità di intervento di più servizi sanitari e sociali con necessità di adeguato coordinamento e adeguata integrazione;
- interventi in collaborazione con servizi ospedalieri o con altri servizi sanitari o con i servizi sociali dei Comuni, ecc;
- tutte le altre situazioni valutate dall'UVI "ad alto assorbimento di risorse organizzative e di integrazione"

Devono essere considerate "Cure Domiciliari Integrate" anche le seguenti tipologie assistenziali:

- la presa in carico dell'assistito che vede la responsabilità terapeutica/assistenziale dei medici di famiglia congiuntamente con le equipe delle associazioni no profit (ANT, IOM, ecc) dopo la valutazione da parte dell'UVI e la predisposizione del PAI;
- gli episodi di cura che vedono la responsabilità terapeutica riabilitativa affidata sia alle UO/Dipartimenti di Medicina Fisica e Riabilitazione dell'Azienda che ai Centri di Riabilitazione privati accreditati (ex art 26 presa in carico da parte di una equipe multidisciplinare), qualora il progetto riabilitativo venga effettuato a domicilio;
- eventuali altre situazioni da valutare in ambito distrettuale.

Nell'ambito delle cure domiciliari integrate devono poter essere effettuate tutte le prestazioni semplici e/o complesse consentite dallo specifico profilo professionale degli operatori coinvolti.

## 2-2. RIEPILOGO DELLE ATTIVITÀ OGGETTO DI RILEVAZIONE FLUSSO SIAD.

Come esito di quanto descritto si sintetizzano i concetti relativi all'assistenza CDI oggetto di rilevazione di pertinenza del flusso SIAD.

Per assistenza domiciliare si intende il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a persone presso il proprio domicilio, caratterizzate da:

- presa in carico dell'assistito;
- valutazione multidimensionale dell'assistito da parte dell'UVI e predisposizione del PAI;
- responsabilità clinica in capo a medico di Medicina Generale (MMG), Pediatra di libera Scelta (PLS) e/o ad altri professionisti (es. ex art 26), Onlus, ecc (sempre in accordo con il MMG/PLS).

Se sono soddisfatti tali criteri, devono essere inserite nel SIAD gli eventi di CDI relativi a:

- i casi di "dimissione protetta", tesi ad assicurare continuità assistenziale al paziente precedentemente ricoverato presso una struttura ospedaliera;
- le "cure palliative domiciliari" in quanto caratterizzate da presa in carico, valutazione multidimensionale, definizione del PAI e responsabilità clinica in capo al MMG/ PLS congiuntamente con le ONLUS.

Rientrano tra le Cure Domiciliari, le prestazioni erogate nelle case di riposo a pazienti non in posti di residenza protetta essendo le stesse case di riposo assimilabili a domicili collettivi.

Le attività sotto elencate, se pur di interesse aziendale, sono escluse dalla rilevazione SIAD:

- le "cure domiciliari prestazionali" che non prevedono né la presa in carico dell'assistito né la sua valutazione multidimensionale;
- l'ospedalizzazione a domicilio, caratterizzata dall'erogazione di prestazioni al domicilio del paziente, da parte di un'equipe ospedaliera con apertura della cartella clinica ospedaliera e che danno esito alla SDO di pertinenza;
- le forme di assistenza domiciliare esclusivamente socio-assistenziali a bassa rilevanza sanitaria;
- le visite domiciliari di MMG/PLS e medici di Continuità Assistenziale effettuate "su chiamata" e che non rientrano in progetti/programmi di Cure domiciliari;
- i trattamenti domiciliari di pazienti psichiatrici effettuati dalle equipe del Dipartimento Salute Mentale;
- le prestazioni erogate a soggetti inseriti nel sistema della residenzialità.

## 3. AMBITO DI APPLICAZIONE

I dati richiesti dal tracciato SIAD sono relativi al set di informazioni legate all'evento di Cure domiciliari.

In particolare il flusso informativo fa riferimento alle seguenti informazioni:

- a. caratteristiche anagrafiche dell'assistito;
- b. valutazione ovvero rivalutazione sanitaria dell'assistito e dei relativi bisogni assistenziali;
- c. dati relativi alla fase di erogazione;

- d. dati relativi alla sospensione della presa in carico;
- e. dati relativi alla dimissione dell'assistito.

#### 4. FASI DELLE CDI

Le fasi attraverso le quali si sviluppa la procedura di erogazione del servizio CDI e che vengono rilevate dal SIAD sono di seguito schematizzate:

1. Segnalazione: segnalazione del problema da parte di MMG, medico ospedaliero, utente/ familiari, servizi sociali, ecc;
2. Presa in carico: valutazione del bisogno assistenziale da parte della UVI e presa in carico del paziente;
3. Definizione del piano assistenziale individuale: definizione degli obiettivi di cura e predisposizione del PAI;
4. Erogazione prestazioni: erogazione delle prestazioni previste dal piano assistenziale;
5. Sospensione: eventuale sospensione dell'erogazione per ricovero o allontanamento temporaneo del paziente;
6. Rivalutazione: aggiornamento del quadro clinico ed assistenziale ed eventuale ridefinizione del piano;
7. Conclusione del servizio: conclusione del servizio per completamento del programma, trasferimento o decesso.

#### 5. SOGGETTI TENUTI ALL'OBBLIGO D' INSERIMENTO DEI DATI NEL TRACCIATO SIAD

Sono tenuti all'obbligo dell'inserimento dei dati nel tracciato sia i soggetti pubblici che i convenzionati, i soggetti privati accreditati e le cooperative nei casi che effettuino assistenza domiciliare a favore di pazienti assistiti in CDI.

#### 6. RISPETTO DELLA PRIVACY

Per la natura dei dati da rilevare, è necessario il rigoroso rispetto della normativa in materia di trattamento dei dati personali, ai sensi del Dlgs n. 196/2003 e successive integrazioni. I dati idonei ad identificare anche indirettamente i soggetti interessati devono essere trattati nel rispetto dei principi di cui al Codice Privacy su richiamato. Le strutture coinvolte nell'implementazione del flusso SIAD che prevede l'inserimento da parte dei privati dei dati relativi all'assistenza domiciliare devono procedere alla nomina dei Responsabili del Trattamento dei dati personali ed adottare le misure minime di sicurezza di cui alla vigente normativa.

#### Allegato 1)

In relazione alla criticità e alla complessità del caso, possiamo classificare le Cure Domiciliari in 3 livelli (più il profilo specifico delle cure palliative).

I° livello: è costituito da prestazioni di tipo medico, infermieristico, e riabilitativo, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale e interventi programmati articolati sino a 5 giorni .

II° livello: le prestazioni devono essere articolate in 6 giorni in relazione alle criticità e complessità del caso. Sono inoltre di II° livello le cure delle ulcere di terzo e quarto stadio con medicazioni avanzate, lesioni vascolari croniche e ferite difficili in generale fino alla totale guarigione, trattate con medicazioni avanzate. Sono inoltre di II° livello le Cure Domiciliari a tutti i pazienti oncologici, ad eccezione di pazienti in cure palliative seguiti anche dallo specialista di terapia del dolore che rientrano nel III° livello.

III° livello (ad elevata intensità): sono prestazioni a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale e interventi programmati su 7 giorni (considerato anche il servizio di pronta disponibilità) (Sla, bambini con problematiche neonatali imponenti, terapie cicliche a malati di fibrosi cistica). Anche le Cure Palliative rientrano nel III° livello, in questo caso la responsabilità clinica permane in capo al MMG o PLS che si può avvalere anche del medico che segue la terapia del dolore individuato come da piano PAI dall'UVI.

Cure Domiciliari palliative per malati terminali\* che assorbono l'assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale e l'Ospedalizzazione Domiciliare - Cure Palliative. 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 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;
- pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza;
- fasi avanzate e complicate di malattie croniche.

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

A determinare la criticità e l'elevata intensità assistenziale concorrono l'instabilità clinica, la presenza di sintomi di difficile controllo, la necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o al care-giver.

Presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione di un piano di cura con intervento di tipo multidisciplinare. Tali cure sono richieste dal medico responsabile delle cure del paziente. Si tratta di interventi programmati sui 7 giorni settimanali e, per le cure palliative, è prevista la pronta disponibilità medica sulle 24 ore di norma erogata dall'équipe di cura e comunque da medici specificatamente formati. La gamma di prestazioni che riguardano questi profili comprende prestazioni mediche, infermieristiche, dietologiche, riabilitative fisioterapiche e logopediche, psicologiche e medico-specialistiche.

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità CIA = GEA/GDC*	ATTIVAZIONE UVI	Durata media	Complessità	
					Mix delle figure professionali/impegno assistenziale**	Operatività del servizio*** (fascia oraria 8- 20)
CD prestazioni (Occasionali o cicliche programmate)	Clinico funzionale		No		Infermiere Professionisti della riabilitazione Medico	5 giorni su 7 8 ore die
CD integrate di livello (già ADI)	Clinico funzionale sociale	Fino a 0,30	Si	180 giorni	Infermiere (max: 30') Professionisti della riabilitazione (45') Medico (30') Operatore socio sanitario (60')	5 giorni su 7 8 ore die
CD integrate di se livello	Clinico funzionale sociale	Fino a 0,50	Si	180 giorni	Infermiere (min.30-max.45') Professionisti della riabilitazione (45')  Dietista (30') Medico (45') Operatore socio sanitario (60-90')	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 sabato
CD integrate di livello (già OD)	Clinico funzionale sociale	Superiore a 0,50	Si	90 giorni	Infermiere (60') Professionisti della riabilitazione (60') Di (60') Psicologo (60') Medico e/o medico specialista (60') Operatore socio sanitario (min.60 max.90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi pronta disponibilità medica ore 8/20
Cure palliative malati terminali (già OD C)	Clinico funzionale sociale	Superiore a 0,60	In relazione al bisogno espresso	60 giorni	Infermiere (60') Professionisti della riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o medico specialista (60') Operatore socio sanitario (min.60-max.90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sab festivi pronta disponibilità medica 24 ore

\* CIA= coefficiente intensità assistenziale; GEA= giornata effettiva assistenza; GDC= giornate di cura (durata PAI).

\*\* Figure professionali previste in funzione del PAI; se non specificato in tabella i minuti indicati si ritengono quale tempo medio per accesso domiciliare.

\*\*\* Per "operatività del servizio ci si riferisce ovviamente ai giorni di apertura, non al monte ore giornaliero erogate