

contenimento e di riqualificazione del sistema sanitario regionale 2007/2009" e del relativo decreto 6 agosto 2007, n. 1657, è fatto obbligo ai direttori generali delle aziende unità sanitarie locali della Regione di procedere alla programmazione, erogazione, monitoraggio delle cure domiciliari utilizzando a tal fine esclusivamente l'organizzazione stabilita nell'allegato di cui all'art. 1 del presente decreto.

E' fatto, altresì, obbligo di trasmettere all'Assessorato regionale della sanità, dipartimento IRS, l'atto deliberativo con il quale vengono recepite ed adottate le modalità operative di cui agli artt. 1 e 2 del presente decreto.

Art. 3

Per l'accesso alle cure domiciliari deve essere utilizzata esclusivamente la modulistica SVAMA di cui al decreto 12 novembre 2007, n. 2461.

Art. 4

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.

Palermo, 12 novembre 2007.

LAGALLA

Allegato

MINISTERO DELLA SALUTE

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,
DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA

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*

La Commissione nazionale Lea ha istituito al suo interno un apposito sottogruppo con il mandato specifico di approfondire l'analisi delle attività assistenziali svolte in regime domiciliare, residenziale, semiresidenziale e di ospedalizzazione domiciliare. Il mandato precisa che "L'analisi sarà volta a caratterizzare i diversi percorsi di cura definiti, per ciascun regime di erogazione, in base alla natura del bisogno e del livello di intensità dell'assistenza, attraverso l'individuazione delle prestazioni o dei "pacchetti prestazionali" appropriati, delle diverse figure professionali coinvolte, della presumibile durata dell'intervento (comma 2 dell'art. 2 del D.P.C.M. 14 febbraio 2001). Il prodotto del lavoro dovrà consentire di specificare il contenuto dei relativi livelli di assistenza in termini prestazionali e di fornire elementi utili per la definizione di standard (qualitativi e quantitativi) e per la formulazione di ipotesi sulla remunerazione dell'attività".

La decisione di istituire il sottogruppo scaturisce direttamente dalle riflessioni contenute nel primo documento approvato dalla Commissione Lea, che evidenzia come "Le voci riportate sotto ciascuno dei tre livelli" identificati dal D.P.C.M. "individuano per lo più attività/servizi, le cui prestazioni non sono in gran parte codificate, o almeno non lo sono in maniera sufficientemente dettagliata.

Per arrivare alla individuazione delle prestazioni contenute nei livelli essenziali sarebbe quindi necessario:

a) identificare all'interno dei livelli la gamma delle attività/servizi che debbono essere organizzati per rispondere a ben definite finalità;

b) individuare nell'ambito di tali attività/servizi le singole prestazioni erogabili".

Tale processo, (...), è attualmente possibile, in modo puntuale e circoscritto, solo in determinati ambiti, come nel caso delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale; in altre circostanze, invece, la variabilità determinata dall'adozione di specifici criteri ed adeguate metodologie amplia notevolmente il concetto di prestazione erogabile, ed è quanto avviene per le prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di ricovero.

Molto meno inquadrabili appaiono attualmente le prestazioni sanitarie riferibili a molte attività che ricadono negli attuali livelli di assistenza, in particolare per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, ma anche nell'assistenza distrettuale e nella stessa assistenza ospedaliera per alcuni ambiti particolari. Tutto ciò ha notevoli riflessi, sia nella prospettiva di fissare gli standard qualitativi e quantitativi dei livelli essenziali di assistenza, come per l'esigenza di determinare la remunerazione delle prestazioni su base tariffaria, oppure definendo i costi di specifici programmi assistenziali ai quali il sistema tariffario non è agevolmente applicabile".

Due sono le conseguenze negative della mancata individuazione delle prestazioni in numerose aree dei livelli essenziali di assistenza: la difficoltà di fissare standard qualitativi e quantitativi e quella di determinare la remunerazione degli erogatori.

Per quanto riguarda, in particolare, l'assistenza domiciliare, il D.P.C.M. 29 novembre 2001 individua le seguenti tipologie di attività:

Livello 2: Assistenza distrettuale

G) Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare

— assistenza programmata a domicilio (assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata domiciliare comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale);

— attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale (domiciliare);

— attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV (domiciliare);

Livello 3: Assistenza ospedaliera

E) Interventi ospedalieri a domicilio (in base ai modelli organizzativi fissati dalle regioni)

Il monitoraggio dei Lea e la ricerca condotta dalla ASSR su nove regioni italiane nel 2004/2005 (1), hanno evidenziato l'elevata disomogeneità delle prestazioni domiciliari sia sul piano dell'accesso che su quello del trattamento.

Nello svolgimento del suo mandato, il sottogruppo coordinato dal dr. Enrico Brizioli, ha istituito due tavoli di lavoro rispettivamente per le attività residenziali e per le attività domiciliari.

Il documento che segue si riferisce al contributo del tavolo per le attività domiciliari (2) coordinato dal dr. Gianlorenzo Scaccabarozzi.

I riferimenti normativi (3)

L'allegato 3, lett. d), del D.P.C.M. 29 novembre 2001 stabilisce che nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria la precisazione delle linee prestazionali a carico del servizio sanitario nazionale dovrà tener conto dei diversi livelli di dipendenza o non autosufficienza e che il riferimento fondamentale sul piano normativo è costituito dall'atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio sanitaria di cui al D.P.C.M. 14 febbraio 2001. Aggiunge che "l'erogazione delle prestazioni va modulata in riferimento ai criteri di appropriatezza, del diverso grado di fragilità sociale e dell'accessibilità" e che risultano altresì determinanti: "l'organizzazione della rete delle strutture di offerta, le modalità di presa in carico del problema, una omogenea rilevazione del bisogno e classificazione del grado di non autosufficienza e dipendenza".

Dagli anni novanta in termini di principio, l'assistenza domiciliare nelle sue diverse connotazioni è stata sempre descritta come uno degli assi portanti del sistema di intervento.

Il progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani", stralcio del piano sanitario nazionale 1991/1995, indicava l'attivazione dei servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) come obiettivo prioritario: si ipotizzava il raggiungimento, entro il termine del quinquennio, di almeno il 2% degli ultrasessantacinquenni non ospitati in residenze sanitarie assistenziali, con un costo annuale per assistito di 12.400.000 lire (9 milioni per la parte sanitaria e 3.400.000 per quella assistenziale). Lo stesso progetto obiettivo ipotizzava lo sviluppo di servizi di ospedalizzazione domiciliare (OD) a più elevato contenuto sanitario: l'obiettivo descritto era quello di trattare a domicilio un numero di pazienti pari al 5% di tutti i ricoveri ospedalieri (circa 460.000 casi/anno) da raggiungere gradualmente a partire dalla iniziale copertura del 10% della casistica potenziale.

I successivi piani sanitari nazionali ribadiscono che l'assistenza territoriale domiciliare, l'ospedalizzazione domiciliare e l'assistenza domiciliare programmata e integrata della rete dei medici di medicina generale rientrano nei livelli essenziali e uniformi di assistenza, da garantire in uguale misura e intensità su tutto il terri-

torio nazionale (D.P.C.M. 29 novembre 2001) e confermano che deve essere il distretto a coordinare tutte le attività extraospedaliere di assistenza sanitaria di base e specialistiche (erogate con modalità sia residenziali sia intermedie, ambulatoriali e domiciliari) oltre alle attività di assistenza sanitaria a rilevanza sociale e a quella a elevata integrazione sociosanitaria. Viene anche dichiarato che "l'uso appropriato delle risorse disponibili rende imprescindibile privilegiare forme di cura domiciliari" e che "la casa è il miglior luogo di prevenzione, cura e riabilitazione". A proposito di ADI, viene affermata l'esigenza di definire tipologie differenziate di risposta in ragione della prevalenza dei bisogni sanitari e sociali e della loro intensità: quelle a maggiore impegno sanitario "dovranno contare su percorsi di attivazione rapidi, soprattutto nei casi di post acuzie e di terminalità, riservando a una fase successiva l'attivazione dell'unità multiprofessionale e di predisposizione del progetto personalizzato con i completamenti organizzativi e gestionali che si renderanno necessari". Si dichiara anche che "all'interno delle strutture di ricovero accreditate per acuti andranno identificati specifici responsabili per la deospedalizzazione e per l'attivazione dell'ADI, con il compito di definire - di concerto con il medico di famiglia del paziente e con il distretto - le modalità organizzative della dimissione, la tipologia delle cure domiciliari necessarie nella prima fase dopo la dimissione, le modalità di corretta risoluzione delle problematiche burocratiche, prescrittive e certificatorie. In particolare, nel caso di persone anziane, alla fase di ricovero ospedaliero devono sovrapporsi precocemente, intorno alla terza giornata dall'ammissione, l'attivazione e l'interfaccia con le figure professionali e le strutture del distretto per la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione e organizzazione dei percorsi successivi.

Il piano sanitario nazionale 2003/2005, cita fra gli obiettivi strategici per il servizio sanitario nazionale "il corretto dimensionamento dei nodi della rete (ospedalizzazione a domicilio, assistenza domiciliare integrata, centri diurni integrati, residenze sanitarie assistenziali e istituti di riabilitazione) in accordo con il loro effettivo utilizzo" e nel capitolo che tratta delle cure palliative dice che "la maggior parte delle regioni ha già provveduto a definire la programmazione della rete degli interventi di cure palliative, anche se con modalità tra loro in parte differenti. Molte hanno elaborato programmi regionali specifici per le cure palliative e altre hanno inserito lo sviluppo delle cure palliative all'interno del più vasto programma di riorganizzazione della rete di interventi domiciliari sanitari, sociosanitari e assistenziali (rete per la cura e assistenza domiciliare). Ciò che emerge è la necessità di un modello di intervento di cure palliative flessibile e articolabile in base alle scelte regionali in grado di garantire in tutto il paese la risposta ottimale ai bisogni della popolazione, sia a quelli dei malati che a quelli delle famiglie".

Anche il decreto legislativo n. 229/99 ("Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale") e i precedenti nn. 502 e 517, non offrono comunque indicazioni aggiuntive. L'ADI è indicata tra le funzioni e le risorse garantite dai distretti sociosanitari e le prestazioni domiciliari fra quelle possibile oggetto dei fondi integrativi del servizio sanitario nazionale. La legge n. 328 dell'8 novembre 2000 ("Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali") prevede che il Fondo nazionale per le politiche sociali determini ogni anno una quota economica esplicitamente destinata al sostegno domiciliare di persone anziane non autosufficienti, con particolare riferimento a "progetti integrati tra assistenza e sanità, realizzati in rete con azioni e programmi coordinati tra soggetti pubblici e privati, volti a sostenere e a favorire l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nell'ambiente familiare". Viene definita la priorità delle prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare per persone e famiglie con disabili fisici, psichici e sensoriali e dello sviluppo di servizi di sollievo "per affiancare nella responsabilità del lavoro di cura la famiglia e, in particolare, i componenti più impegnati nell'accudimento quotidiano delle persone bisognose di cure particolari, ovvero per sostituirli nelle stesse responsabilità di cura durante l'orario di lavoro". In analogia con la definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, che il servizio sanitario nazionale deve garantire comunque su tutto il territorio nazionale, la legge n. 328 comprende i servizi di assistenza domiciliare tutelari fra i livelli essenziali di prestazioni sociali che le regioni devono obbligatoriamente prevedere, senza tuttavia fornire una definizione di assistenza domiciliare né offrire indicazioni ulteriori in ordine a modelli organizzativi, obiettivi e standard.

Il decreto n. 229/99 e la legge n. 328/2000 hanno comunque introdotto modificazioni sostanziali nell'assetto del sistema sanita-

rio e assistenziale; molte di esse sono enunciate nell'articolato principale e concretizzate attraverso atti di indirizzo e decreti attuativi collegati. Il cambiamento si traduce anche in mutamenti delle relazioni fra i due sistemi e nella stessa terminologia, da cui consegue una diversa immagine del rapporto fra i servizi domiciliari e le altre modalità di intervento. La tabella 1 riassume alcune delle direttrici di classificazione degli interventi. In questa logica tutti gli interventi di cura possono essere attribuiti alle diverse categorie, fra cui il luogo (la casa o la residenza protetta) è una delle possibili variabili; le altre (intensità, durata, ambito prevalente) possono essere comuni o anche sovrapponibili: non è detto che un programma di sostegno attuato in una struttura residenziale debba necessariamente essere più intenso di uno gestito al domicilio.

Tabella 1 - *Le direttrici di classificazione degli interventi di cura.*

Direttrice-descrittore	Esempi
Obiettivo	Educazione, informazione, prevenzione, tutela, riabilitazione, trattamento
Tempo	Fase intensiva Fase estensiva Lungoassistenza
Intensità	Alta/bassa intensità Alta/bassa intensità assistenziale Alta/bassa intensità riabilitativa
Livello	Interventi sanitari, assistenziali, di integrazione sanitari a rilevanza sociale, sociali a rilevanza sanitaria, ad alta integrazione sociosanitaria
Luogo	Residenziali Semiresidenziali Domiciliari Ambulatoriali-consulteriali
Produttore	Erogatori-produttori pubblici, privati commerciali, privati no profit, soggetti informali

I lavori del "tavolo" domiciliare - Sottogruppo assistenza socio-sanitaria

Considerazioni preliminari

Attualmente il Lea domiciliare si presenta come una sorta di contenitore indistinto. Di fatto non si considera che pazienti, contesti e obiettivi degli interventi domiciliari possono essere molto diversi e non immediatamente confrontabili (case mix a differente complessità): per esempio, il costo e gli esiti di un piano di cura centrato sulla educazione-informazione o trasferimento alla famiglia di conoscenze e competenze per atti di cura semplici, di per sé esauribile con pochi accessi di personale, sono diversi da quelli di un intervento terapeutico o palliativo ad alta o media intensità sanitaria e assistenziale, che coinvolge professionalità differenti, anche ad alta specializzazione. In altre situazioni invece il coinvolgimento di personale medico o infermieristico può essere ridondante per interventi delegabili a figure a minore contenuto professionale e minore costo. Anche il concetto di intensità, genericamente attribuito ai PAI domiciliari, andrebbe in realtà misurato in funzione delle specifiche esigenze del singolo paziente/contexto. Può esserci l'esigenza di una bassa intensità degli interventi medici o infermieristici, ma di un'alta intensità di quelli assistenziali o riabilitativi; possono presentarsi elevate esigenze mediche ma ridotte necessità infermieristiche o assistenziali; in altre situazioni possono essere presenti circostanze gestibili, per esempio, con un maggiore impegno di figure attinenti all'ambito del volontariato o delle reti di comunità.

Si tratta in sostanza di superare le letture semplicistiche degli interventi domiciliari, per loro natura meno standardizzabili di quelli in regime di ricovero in struttura residenziale, ma non per questo necessariamente più semplici; anzi proprio la complessità è la chiave di lettura di situazioni e contesti in cui interagiscono numerose e differenziate dimensioni.

(Giugno, 2005).

La proposta che segue risponde al mandato ricevuto attraverso:

1) La caratterizzazione dei profili di cura domiciliari (standard qualificanti le attività di cure domiciliari) per livelli differenziati in funzione della natura del bisogno, dell'intensità definita attraverso l'individuazione di un coefficiente (CIA) (4), della complessità (valore Gea) (5) in funzione del case mix e dell'impegno delle figure professionali coinvolte nel piano assistenziale individuale (PAI), della durata media (Gdc) (6) in relazione alle fasi temporali intensive, estensiva e di lungoassistenza e delle fasce orarie di operatività dei servizi erogatori di cure domiciliari.

2) L'individuazione delle principali prestazioni domiciliari per profilo e per figura professionale che qualificano questo livello assistenziale.

3) La definizione di criteri omogenei di eleggibilità.

4) L'individuazione di un set minimo di indicatori di verifica.

5) La valorizzazione economica dei profili di cura attraverso il costo medio mensile.

6) La stima del costo pro capite per residente al raggiungimento dei valori standard proposti nella tabella degli indicatori di verifica.

Le cure domiciliari oggetto di questo documento, rivolte agli assistiti di ogni età, non esauriscono l'intera gamma delle prestazioni erogabili al domicilio come, ad esempio, le prestazioni erogate dai servizi materno infantile, psichiatrico e per le tossicodipendenze, già previste dal D.P.C.M. 29 novembre 2001. L'utilizzo della denominazione "cure domiciliari" anziché "assistenza domiciliare" risponde alla necessità di distinguere in modo esclusivo le cure sanitarie e sociosanitarie integrate dalle forme di assistenza domiciliare di natura socio-assistenziale e tutelare.

Definizione delle cure domiciliari

Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Nell'ambito delle cure domiciliari integrate risulta fondamentale l'integrazione con i servizi sociali dei comuni. Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale deve essere valutato attraverso idonei strumenti che consentano la definizione del programma assistenziale ed il conseguente impegno di risorse.

Gli obiettivi principali delle cure domiciliari sono:

a) l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;

b) la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;

c) il supporto alla famiglia;

d) il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;

e) il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale.

Cure domiciliari e prestazioni connesse (attività)

Si distinguono, in relazione ai bisogni e tenendo conto dei modelli gestionali-organizzativi attivati da diverse regioni (7), così come evidenziato nel "Progetto di ricerca finalizzata ex art. 12 del decreto legislativo n. 502/92: "La condizione dell'anziano non autosufficiente - Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenzialità prospettive", i seguenti profili (8):

1) "Cure domiciliari prestazionali" caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato;

2) "Cure domiciliari integrate di primo, secondo e terzo livello". Le cure di primo e secondo livello assorbono quelle già definite ADI (9) mentre quelle di terzo livello assorbono l'OD (10). Questa tipologia di cure domiciliari - in funzione della differente complessità/intensità - è caratterizzata dalla formulazione del Piano assistenziale individuale (PAI) redatto in base alla valutazione globale multidimensionale ed erogate attraverso la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale;

3) "Cure domiciliari palliative a malati terminali", assorbono "l'assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale" e l'OD-CP (11) e sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità definita dal PAI ed erogata da un'équipe in possesso di specifiche competenze.

La collocazione elettiva delle cure domiciliari, anche dove vengono offerti apporti ospedalieri, è nel Lea assistenza distrettuale.

Quando l'équipe che eroga le cure domiciliari è di provenienza ospedaliera è in ogni caso superata la denominazione "ospedalizzazione domiciliare". Tale tipologia assistenziale è infatti erogata attraverso le cure domiciliari integrate di terzo livello e le cure domiciliari palliative a malati terminali.

1. Cure domiciliari di tipo prestazionale occasionale o ciclico programmato

Si intende una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, non presupponga la presa in carico del paziente, né una valutazione multidimensionale e l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare.

Sono richieste dal medico, 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 ambulatori.

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

- 1) prelievo ematico;
- 2) esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, esame colturale, ecc.);
- 3) terapia iniettiva intramuscolare sottocutanea;
- 4) terapia iniettiva sottocutanea;
- 5) cateterismo vescicale (sostituzione periodica);
- 6) istruzione all'utilizzo di ausili per la deambulazione;
- 7) educazione del care giver (12) all'utilizzo di ausili per la mobilitazione del paziente;
- 8) educazione del care giver all'attività di nursing (cure igieniche, somministrazione di terapie, ecc.);
- 9) educazione del care giver alla gestione di derivazioni urinarie;
- 10) educazione del care giver alla gestione di enterostomia;
- 11) educazione del care giver alla corretta mobilitazione/corretta postura del paziente;
- 12) educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee;
- 13) prescrizione di ausili o protesi;
- 14) consulenza medico specialistica;
- 15) visita programmata del medico di medicina generale (ADP) (13).

2. Cure domiciliari integrate di primo e secondo livello

Sono ricompresi in questa tipologia assistenziale interventi professionali rivolti ai malati e alle loro famiglie previsti dal PAI.

L'attivazione dell'assistenza richiesta dal medico responsabile delle cure del paziente prevede il coinvolgimento del medico di medicina generale nella definizione degli obiettivi e dei processi assistenziali attraverso la valutazione multidimensionale. Si rivolge a malati che pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni (I livello) o 6 giorni (II livello). Le cure integrate di primo e secondo livello prevedono un ruolo di centralità del medico di medicina generale che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura.

La gamma di prestazioni che riguardano questa tipologia di intervento professionale comprende prestazioni medico infermieristiche, riabilitative mediche e medico specialistiche:

Prestazioni relative all'attività clinica di tipo valutativo diagnostico

- 1) prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica + anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali);
- 2) visita programmata di controllo (esame obiettivo + rilevazione parametri vitali + monitoraggio segni e sintomi);
- 3) visita in urgenza;
- 4) rilevazione di test/scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.);
- 5) compilazione diario clinico (monitoraggio segni e sintomi);
- 6) prelievo ematico;
- 7) prelievo ematico da sangue capillare;
- 8) esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.);
- 9) ECG;
- 10) consulenze specialistiche;
- 11) visite programmate del medico di medicina generale;

Prestazioni relative all'attività educativo/relazionale/ambientale

- 12) istruzione del care giver (14) alla gestione di una terapia;

- 13) educazione del care giver all'attività di nursing (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari ecc.);
- 14) educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente;
- 15) educazione del care giver alla gestione di derivazioni urinarie;
- 16) educazione del care giver alla gestione di enterostomie;
- 17) educazione del care giver alla corretta mobilizzazione/corretta postura del paziente;
- 18) educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee;
- 19) applicazione di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance;
- 20) igiene a persone allettate o con lesioni cutanee, bagno assistito;
- 21) istruzione del paziente o del care giver all'utilizzo di ausili per la deambulazione e valutazione ambientale;
- 22) colloquio con familiare/care giver;
- 23) colloquio con il medico di medicina generale;
- 24) colloquio con medico specialista;
- 25) prescrizione protesica;

Prestazioni relative all'attività clinica di tipo terapeutico

Prestazioni relative ai trattamenti farmacologici e al mantenimento dell'omeostasi

- 26) prescrizione terapeutica;
- 27) terapia iniettiva intramuscolare;
- 28) terapia iniettiva sottocutanea;
- 29) terapia iniettiva endovenosa;
- 30) gestione cateterismo venoso periferico;
- 31) gestione cateterismo venoso centrale/sist. Port-a-cath;

Prestazioni relative alle funzioni escretorie

- 32) posizionamento/sostituzione/gestione cateterismo vescicale;
- 33) valutazione del ristagno vescicale;
- 34) gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie;
- 35) gestione alvo (intervento educativo igienico-alimentare);
- 36) clistere evacuativo/evacuazione manuale);
- 37) gestione enterostomie;

Prestazioni relative al trattamento delle lesioni cutanee e alle alterazioni dei tessuti molli

- 38) medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, ecc.);
- 39) medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, ecc.);
- 40) anestesia locale;
- 41) sutura ferite;
- 42) rimozione dei punti/graff di sutura;
- 43) courretage chirurgico;
- 44) bendaggio elastocompressivo;

Prestazioni relative ai trattamenti di tipo riabilitativo

- 45) trattamento di rieducazione motoria;
- 46) rieducazione respiratoria;
- 47) rieducazione del linguaggio;
- 48) recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane;

Prestazioni relative all'attività di programmazione

- 49) stesura di un piano assistenziale;
- 50) confronto con l'équipe (riunioni periodiche, passaggio di informazioni, consegne);
- 51) certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile;
- 52) rendicontazione dell'attività svolta;

3. Cure domiciliari integrate di terzo livello e cure domiciliari palliative a malati terminali

Dette cure consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche:

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

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

A determinare la criticità e l'elevata intensità assistenziale concorrono l'instabilità clinica, la presenza di sintomi di difficile controllo, la necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o al care-giver (15).

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:

Prestazioni relative all'attività clinica di tipo valutativo diagnostico

- 1) prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica + anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali);
- 2) visita programmata di controllo (esame obiettivo + rilevazione parametri vitali + monitoraggio segni e sintomi);
- 3) visita in urgenza;
- 4) rilevazione di test/scale di valutazione (dolore, grado di autonomia, ecc.);
- 5) compilazione diario clinico (monitoraggio segni e sintomi);
- 6) prelievo ematico;
- 7) esecuzione altre indagini biumorali routinarie (es. urine, esame colturale, ecc.);
- 8) prelievo ematico da sangue capillare;
- 9) ECG;
- 10) valutazione delle alterazioni del linguaggio di tipo afasico;
- 11) valutazione delle alterazioni del linguaggio di tipo disartrico;
- 12) consulenze specialistiche;
- 13) visite programmate del medico di medicina generale;

Prestazioni relative all'attività educativo/relazionale/ambientale

- 14) educazione del care giver all'attività di nursing (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari, ecc.);
- 15) educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente;
- 16) educazione del care giver alla corretta mobilizzazione/corretta postura del paziente;
- 17) educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee;
- 18) educazione del care giver alla gestione di derivazioni urinarie;
- 19) educazione del care giver alla gestione di enterostomie;
- 20) istruzione del care giver alla gestione di una terapia;
- 21) educazione del care giver alla gestione di dispositivi per la somministrazione di farmaci (pompe, elastomeri, altro);
- 22) applicazione di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance;
- 23) igiene a persone allettate o con lesioni cutanee, bagno assistito;
- 24) valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi;
- 25) prescrizione ausili e protesi;
- 26) istruzione del paziente o del care giver all'utilizzo di ausili per la deambulazione e valutazione ambientale;
- 27) educazione del care giver alla broncoaspirazione;
- 28) colloquio con familiare/care giver;
- 29) colloquio con il medico di medicina generale;
- 30) colloquio con medico specialista;
- 31) supporto psicologico e supervisione delle équipes;
- 32) supporto psicologico per il paziente;
- 33) supporto psicologico per la famiglia;
- 34) visita di cordoglio - Supporto al lutto;

Prestazioni relative all'attività clinica di tipo terapeutico

Prestazioni relative ai trattamenti farmacologici e al mantenimento dell'omeostasi

- 35) prescrizione terapeutica;
- 36) terapia iniettiva intramuscolare;
- 37) terapia iniettiva sottocutanea;
- 38) terapia iniettiva sottocutanea in infusione;
- 39) terapia iniettiva endovenosa;

40) terapia infusione con necessità di sorveglianza medica;	Prestazioni relative ai trattamenti di tipo riabilitativo
41) terapia iniettiva endovenosa in infusione;	101) trattamento di rieducazione motoria (paziente neurologico, ortopedico, amputato, ecc);
42) terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed in infusione continua;	102) rieducazione respiratoria;
43) posizionamento catetere venoso periferico;	103) rieducazione alla tosse assistita;
44) posizionamento cateterino sottocutaneo;	104) rieducazione del linguaggio;
45) gestione cateterismo sottocutaneo/venoso periferico;	105) rieducazione disturbi neuropsicologici (memoria ed attenzione);
46) gestione cateterismo venoso centrale/sist. Port-a-cath;	106) recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane;
47) assistenza/gestione pompa infusione;	<i>Prestazioni relative all'attività di programmazione</i>
48) gestione cateteri spinali;	107) stesura di un piano assistenziale;
49) istillazione genitorurinaria;	108) confronto con l'équipe (riunioni periodiche, passaggio di informazioni, consegne);
50) irrigazione dell'occhio;	109) rendicontazione dell'attività svolta;
51) irrigazione dell'orecchio;	110) certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile.
52) emotrasfusione;	
53) gestione drenaggi;	Accesso alle cure domiciliari
54) impostazione dialisi peritoneale;	I requisiti indispensabili per l'attivazione delle cure domiciliari sono:
55) paracentesi;	a) condizione di non autosufficienza (16) (disabilità), di fragilità (17) e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;
56) toracentesi;	b) adeguato supporto familiare o informale;
57) artrocentesi;	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).
Prestazioni relative alla funzione respiratoria	
58) gestione tracheostomia;	
59) sostituzione cannula tracheale;	
60) broncoaspirazione;	
61) impostazione ventilazione meccanica domiciliare;	
62) controllo parametri ventilatori;	
Prestazioni relative alla funzione alimentare	
63) verifica parametri nutrizionali;	
64) anamnesi dietologica;	
65) formulazione dieta personalizzata;	
66) valutazione della disfagia;	
67) impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale enterale;	
68) impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale;	
69) istruzione alla preparazione di diete a consistenza modificata;	
70) istruzione alla somministrazione di pasti con posture facilitanti;	
71) posizionamento/sostituzione SNG;	
72) sostituzione di PEG con sistema di ancoraggio a bottone;	
73) gestione SNG;	
74) gestione PEG;	
75) somministrazione di terapia tramite SNG-PEG;	
76) controllo periodico del sistema di ancoraggio della PEG;	
77) valutazione del ristagno gastrico;	
Prestazioni relative alle funzioni escretorie	
78) posizionamento/sostituzione/gestione cateterismo vescicale;	
79) valutazione del ristagno vescicale;	
80) gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie;	
81) gestione alvo (intervento educativo igienico-alimentare);	
82) gestione alvo (clistere evacuativo/evacuazione manuale);	
83) esplorazione rettale;	
84) gestione enterostomie;	
85) irrigazione intestinale;	
Prestazioni relative al trattamento delle lesioni cutanee e alle alterazioni dei tessuti molli	
86) medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale, ecc.);	
87) medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, ecc.);	
88) bendaggio con doccia di immobilizzazione;	
89) fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici;	
90) toilette lesione/ferita superficiale;	
91) toilette lesione/ferita profonda;	
92) cuovertage e o rimozione unghia/matrice ungueale;	
93) svuotamento di ematomi;	
94) incisione con drenaggio sottocutaneo;	
95) drenaggio raccolta ascessuale;	
96) anestesia locale;	
97) anestesia periferica tronculare;	
98) infiltrazione punti trigger;	
99) sutura ferite;	
100) rimozione dei punti/graff di sutura;	

Tabella 2 - I gruppi tariffari.

Gruppo	N. casi	%	Media GdC	Media (21) CIA	Media (22) CIA	Media valore GEA	CMM (23) (euro)
A	155	2,8	81,0	0,85	0,67	94,1	2.386
B	434	7,9	87,4	0,65	0,60	82,5	1.597
C	501	9,1	101,2	0,57	0,53	76,8	1.323
D	197	3,6	189,7	0,46	0,46	45,8	631
E	3.537	64,4	145,3	0,32	0,32	44,6	433
F	666	12,1	308,0	0,14	0,13	41,5	172

Il gruppo più numeroso (E) è stato ulteriormente analizzato come da tabella n. 3.

Tabella 3 - La disaggregazione del gruppo E.

Gruppo	N.	%	CMM (euro)
E.1	61	2,0	788
E.2	154	5,0	523
E.3	153	5,0	504
E.4	335	10,9	268
E.5	546	17,8	452
E.6	19	0,6	280
E.7	1.689	55,1	420
E.8	106	3,5	322

Il criterio classificativo che ha identificato i 6 gruppi finali isocosto correlati a precise caratteristiche clinico-funzionali ha consentito di spiegare quasi il 50% (48% della varianza) del costo totale mensile di ciascun paziente. L'evidenza empirica, anche rispetto ad altre esperienze di tipo classificativo (FIM-FRG, RUG III), pone solide basi per la valorizzazione economica dei percorsi di cura attraverso valutazioni di tipo clinico-funzionale sui bisogni.

La remunerazione degli erogatori, accreditati in base a specifici criteri di qualità, attraverso il pagamento prospettico (tariffe omnicomprendenti in funzione del case mix dei differenti profili di cura) riduce la spesa, consente una gestione amministrativa semplificata, disincentiva le codifiche opportunistiche ed il ricorso a procedure di "selezione avversa" della casistica più significativa (24).

E' da sottolineare all'interno della rilevazione sui costi il rilevante ruolo svolto dalla famiglia e/o dal personale che assiste la persona (badante) come soggetti attivi dell'assistenza (caregiving) che riduce la durata del periodo di cura in media di 52 giorni (a parità di Karnofsky, diagnosi principale e prima patologia concomitante).

Stima del costo pro capite per residente al raggiungimento dei valori standard proposti nella tabella degli indicatori di verifica di cui all'allegato 2.

I profili di costo individuati consentono di stimare le risorse necessarie per garantire il livello essenziale di assistenza domiciliare e possono inoltre essere utilizzati per l'elaborazione di indicatori finalizzati alla programmazione dei servizi sanitari e socio sanitari. La stima dei costi mensili evidenziata nel precedente paragrafo consente di valutare l'impatto economico pro capite, escluso gli eventuali investimenti per lo start-up, pari ad € 18,00 (di cui € 4,00 per le cure palliative) considerando la copertura assistenziale domiciliare pari al 7% degli ultrasessantacinquenni ed il 45% del numero dei malati deceduti per anno a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208), in un contesto territoriale con una densità abitativa media di circa 400 abitanti/km² (range da 100 a 800) tale pertanto da realizzare mediamente buone economie di scala misurabili attraverso indicatori sintetici di performance (tempo logistico/accesso, n. accessi operatore/ora, ecc.). Il confronto con i costi derivanti dalle altre unità d'offerta per la Long Term Care (RSA - Hospice - Lungodegenze, ecc.) fornisce elementi oggettivi di valutazione per la pianificazione delle risorse necessarie per l'area della

fragilità nel suo complesso. Gli interventi assistenziali domiciliari non rappresentano necessariamente costi aggiuntivi, bensì costituiscono una diversa soluzione di cura che comportano una diversa distribuzione delle risorse; le analisi condotte evidenziano infatti come nelle realtà in cui sono sviluppati i servizi domiciliari risulta inferiore il ricorso alle strutture residenziali (RSA) (25) e si riducono complessivamente i ricoveri ospedalieri (26).

In allegato:

- 1) standard qualificanti le cure domiciliari;
- 2) indicatori di verifica dell'erogazione delle cure domiciliari;
- 3) prestazioni raggruppate per figure professionali.

Bibliografia

Scaccabarozzi G., Lovaglio P., Limonta F. et al. "DRG domiciliari. La Asl di Lecco studia i parametri del livello assistenziale unico. Il giusto peso all'home care" Sanità Management. Il Sole 24 ore - Sanità 2005; 4/5 9-17.

Scaccabarozzi G., Lovaglio P., Limonta F. et al. "Progetto finanziare i costi per la long term care - UO n. 2 Asl Lecco. Edizione a cura Asl di Lecco (www.asl.lecco.it) Ricerca finalizzata ex art. 12, 2005: 1-123.

Scaccabarozzi G., Lovaglio P., Limonta F. et al "La remunerazione delle attività di assistenza domiciliare" in "La remunerazione delle attività sanitarie: caratteristiche attuali e ipotesi evolutive" a cura di Nicola Falcitelli e Tommaso Langiano, il Mulino, Collana Fondazione Smith Kline: Management, economia e politica sanitaria, pagg. 89-118, 2006.

Giunco F., "Cura e Assistenza a domicilio". Edizioni UTET, Divisione Scienze Mediche, 2005.

Crepaldi C., Giunco F., "Anziani, istituzionalizzazione e cure domiciliari - Il caso lombardo" Franco Angeli, 2005.

Zucco F., "Aspetti economici in cure palliative e terapia del dolore. Cure palliative in Italia: stato dell'arte e proposte attuative", Centro Studi e Cultura Contro il Dolore, stato dell'arte, anno 2005.

Documenti di Lavoro del progetto di ricerca Finalizzata ex art. 12 "La condizione dell'anziano non autosufficiente - Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenzialità prospettive" Unità Operative: Regioni Lazio, Lombardia, Marche, Molise, Sicilia, Toscana Umbria, Veneto, Provincia autonoma di Trento, Anci-Federsanità Censis, Assr, 14 Roma, Luglio 2005.

Censis, "Finanziare i costi per la long term care: Strumenti, Previsioni, Esperienze: l'indagine di popolazione: Lombardia ed Italia a confronto." Roma, Dicembre 2004.

Gori C., "Politiche sociali di centro-destra: la riforma del welfare lombardo" Carocci editore, 2005.

Ministero della salute:

— "Progetto Mattoni Assistenza primaria e prestazioni domiciliari", Documento Sperimentazione della scheda "Flusso informativo nazionale: Prestazioni domiciliari, 24 ottobre 2005;

— Comitato Ospedalizzazione Domiciliare: "Caratterizzazione dei servizi di Cure Domiciliari";

— Comitato Cure Palliative: "Il modello organizzativo per la realizzazione della rete di cure palliative";

— Commissione Stato Vegetativo e Stati di Minima Coscienza: Documento Conclusivo;

— Commissione per lo studio delle problematiche concernenti la diagnosi, la cura e l'assistenza dei pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica: Rapporto di Lavoro.

Trabucchi M., "I Vecchi, la città e la medicina", Il Mulino, 2005.

Allegato 1

STANDARD QUALIFICANTI I LEA CURE DOMICILIARI

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità	Durata media	Complessità	
		(CIA = GEA/GDC) (27)		Mix delle figure professionali/impegno assistenziale	Operatività del servizio (fascia oraria 8-20)
				Figure professionali previste in funzione del PAI (28) 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 8 ore die
CD integrate di primo livello (già ADI)	Clinico funzionale sociale	Fino a 0,30	180 giorni	Infermiere (30') Professionisti della riabilitazione (45') Medico (30') Operatore sociosanitario (60')	5 giorni su 7 8 ore die
CD integrate di secondo livello (già ADI)	Clinico funzionale sociale	Fino a 0,50	180 giorni	Infermiere (30-45') Professionisti della riabilitazione (45') Dietista (30') Medico (45') Operatore sociosanitario (60-90')	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
CD integrate di terzo livello (già OD)	Clinico funzionale sociale	Superiore a 0,50	90 giorni	Infermiere (60') Professionisti della riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o medico specialista (60') Operatore sociosanitario (60-90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Pronta disponibilità medica ore 8-20
Cure palliative malati terminali (già OD CP)	Clinico funzionale sociale	Superiore a 0,60	60 giorni	Infermiere (60') Professionisti della riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o medico specialista (60') Operatore sociosanitario (60-90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Pronta disponibilità medica 24 ore

Allegato 2

INDICATORI DI VERIFICA DELL'EROGAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI (29) E CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

Profilo di cura	Indicatori	Valori standard	Criteri di eleggibilità
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 di livello 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	3,5% (30)	Condizioni di fragilità clinica in malati multiproblematici anche al fine di prevenire il ricovero ospedaliero 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 Stati vegetativi e di minima coscienza Condizioni di terminalità oncologica e non, sclerosi laterale amiotrofica Aids
CD integrate di secondo livello	N. 2.2 - numero malati assistiti ≥ 75 anni/residenti ≥ 75 anni	7% (31)	
CD integrate di terzo livello			
Cure palliative malati terminali	N. 3 - numero malati deceduti per anno a causa di tumore (Istat ICD9, cod. 140-208) assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio/numero malati deceduti per malattia oncologica per anno N. 4 - numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9, 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 giorni/numero malati curati a domicilio con assistenza conclusa	≥ 45% ≥ al valore soglia individuato per l'indicatore n. 3 moltiplicato per 55 (espresso in giorni) 80%	

Allegato 3

L'elenco che segue riporta le prestazioni più frequentemente erogate dalle figure professionali abitualmente coinvolte nelle cure domiciliari:

Medico di medicina generale/Medico specialista (es. geriatria - medicina interna)

- 1) prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica + anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali);
- 2) visita programmata di controllo (esame obiettivo + rilevazione parametri vitali + monitoraggio segni e sintomi);
- 3) visita in urgenza;
- 4) rilevazione di test/scale di valutazione (dolore, grado di autonomia, ecc.);
- 5) compilazione diario clinico;
- 6) stesura di un piano assistenziale;
- 7) valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi;
- 8) prescrizione ausili e protesi;
- 9) prescrizione terapeutica;
- 10) istruzione del care giver alla gestione di una terapia;
- 11) prelievo ematico;
- 12) terapia iniettiva intramuscolare;
- 13) terapia iniettiva sottocutanea;
- 14) terapia iniettiva sottocutanea in infusione;
- 15) terapia iniettiva endovenosa;
- 16) terapia infusione con necessità di sorveglianza medica;
- 17) terapia iniettiva endovenosa in infusione;
- 18) terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed in infusione continua;
- 19) terapia infusione con necessità di sorveglianza medica;
- 20) posizionamento catetere venoso periferico;
- 21) posizionamento cateterino sottocutaneo;
- 22) gestione cateterismo sottocutaneo/venoso periferico;
- 23) gestione cateterismo venoso centrale/sist. Port-a-cath;
- 24) assistenza/gestione pompa infusione;
- 25) irrigazione dell'orecchio;
- 26) verifica parametri nutrizionali;
- 27) anamnesi dietologica;
- 28) formulazione dieta personalizzata;
- 29) valutazione della disfagia;
- 30) impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale enterale;
- 31) impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale;
- 32) medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche post chirurgiche, post attiniche, cavo orale, ecc.);
- 33) medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, ecc.);
- 34) bendaggio con doccia di immobilizzazione;
- 35) fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici;
- 36) toilette lesione/ferita superficiale;
- 37) toilette lesione/ferita profonda;
- 38) courettage e o rimozione unghia/matrice ungueale;
- 39) svuotamento di ematomi;
- 40) incisione con drenaggio sottocutaneo;
- 41) drenaggio raccolta ascessuale;
- 42) bendaggio elastocompressivo;
- 43) anestesia locale;
- 44) anestesia periferica tronculare;
- 45) infiltrazione punti trigger;
- 46) sutura ferite;
- 47) rimozione dei punti/graff di sutura;

- 48) emotrasfusione;
- 49) toracentesi;
- 50) paracentesi;
- 51) artrocentesi;
- 52) sostituzione cannula tracheale;
- 53) broncoaspirazione;
- 54) impostazione ventilazione meccanica domiciliare;
- 55) controllo parametri ventilatori;
- 56) prelievo da sangue capillare;
- 57) esecuzione altre indagini biomorali routinarie (es. urine, esame culturale, ecc.);
- 58) sostituzione PEG con sistema di ancoraggio a bottone;
- 59) posizionamento/sostituzione SNG;
- 60) ECG;
- 61) posizionamento/sostituzione/gestione cateterismo vescicale;
- 62) valutazione del ristagno vescicale;
- 63) esplorazione rettale;
- 64) gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie;
- 65) impostazione dialisi peritoneale;
- 66) colloquio con familiare/care giver;
- 67) colloquio con il medico curante;
- 68) colloquio con medico specialista;
- 69) confronto con l'équipe (riunioni periodiche - passaggio di informazioni - consegne);
- 70) consulenze specialistiche;
- 71) certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile;
- 72) rendicontazione dell'attività svolta;

Medico specialista: medicina fisica e riabilitativa

- 1) prima visita domiciliare (esame obiettivo + rilevazione parametri vitali - monitoraggio segni e sintomi);
- 2) visita programmata di controllo;
- 3) esecuzione di test/scale di valutazione (FIM);
- 4) definizione del trattamento riabilitativo;
- 5) stesura di un piano assistenziale;
- 6) valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi;
- 7) prescrizione ausili e protesi;
- 8) monitoraggio periodico dell'andamento del trattamento;
- 9) prescrizione terapeutica;
- 10) bendaggio con doccia di immobilizzazione;
- 11) fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici;
- 12) istruzione del care giver alla gestione di una terapia;
- 13) colloquio con familiare/care giver;
- 14) colloquio con il medico curante;
- 15) colloquio con medico specialista;
- 16) confronto con l'équipe (riunioni periodiche - passaggio di informazioni - consegne);
- 17) certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità;
- 19) consulenze specialistiche;
- 20) rendicontazione dell'attività svolta;

Medico specialista esperto in cure palliative

- 1) prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica + anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali);
- 2) visita programmata di controllo (esame obiettivo + rilevazione parametri vitali + monitoraggio segni e sintomi);
- 3) visita in urgenza;
- 4) rilevazione di test/scale di valutazione (dolore, grado di autonomia, ecc.);
- 5) compilazione diario clinico;
- 6) stesura di un piano assistenziale;
- 7) prescrizione terapeutica;
- 8) istruzione del care giver alla gestione di una terapia;
- 9) educazione del care giver alla gestione di dispositivi per la somministrazione di farmaci (pompe, elastomeri, altro);
- 10) valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi;
- 11) prescrizione ausili e protesi;
- 12) monitoraggio dei sintomi;
- 13) terapia iniettiva intramuscolare;
- 14) terapia iniettiva sottocutanea;
- 15) terapia iniettiva sottocutanea in infusione;
- 16) terapia iniettiva endovenosa;
- 17) terapia infusionale con necessità di sorveglianza medica;
- 18) terapia iniettiva endovenosa in infusione;
- 19) terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed in infusione continua;

- 20) terapia infusionale con necessità di sorveglianza medica;
- 21) posizionamento catetere venoso periferico;
- 22) posizionamento cateterino sottocutaneo;
- 23) gestione cateterismo sottocutaneo/venoso periferico;
- 24) gestione cateterismo venoso centrale/sist. Port-a-cath;
- 25) assistenza/gestione pompa infusione;
- 26) gestione cateteri spinali;
- 27) istillazione genitoruinaria;
- 28) irrigazione dell'orecchio;
- 29) valutazione della disfagia;
- 30) impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale enterale;
- 31) impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale;
- 32) prelievo ematico;
- 33) prelievo da sangue capillare;
- 34) esecuzione altre indagini biomorali routinarie (es. urine, esame culturale, ecc.);
- 35) medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale, ecc.);
- 36) medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, ecc.);
- 37) toilette lesione/ferita superficiale;
- 38) toilette lesione/ferita profonda;
- 39) courettage e o rimozione unghia/matrice ungueale;
- 40) svuotamento di ematomi;
- 41) incisione con drenaggio sottocutaneo;
- 42) anestesia locale;
- 43) anestesia periferica tronculare;
- 44) infiltrazione punti trigger;
- 45) sutura ferite;
- 46) rimozione dei punti/graff di sutura;
- 47) ECG;
- 48) sostituzione cannula tracheale;
- 49) broncoaspirazione;
- 50) impostazione ventilazione meccanica domiciliare;
- 51) posizionamento/sostituzione SNG;
- 52) sostituzione di PEG con sistema di ancoraggio a bottone;
- 53) posizionamento/sostituzione/gestione cateterismo vescicale;
- 54) valutazione del ristagno vescicale;
- 55) gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie;
- 56) impostazione dialisi peritoneale;
- 57) controllo parametri ventilatori;
- 58) esplorazione rettale;
- 59) paracentesi;
- 60) toracentesi;
- 61) artrocentesi;
- 62) emotrasfusione;
- 63) colloquio con familiare/care giver;
- 64) colloquio con il medico curante;
- 65) colloquio con medico specialista;
- 66) confronto con l'équipe (riunioni periodiche - passaggio di informazioni - consegne);
- 67) consulenze specialistiche;
- 68) certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile;
- 69) visita di cordoglio - Supporto al lutto;
- 70) rendicontazione dell'attività svolta;

Infermiere

- 1) prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica + rilevazione parametri vitali + rilevazione dei bisogni);
- 2) visita programmata di attuazione del piano assistenziale;
- 3) visita in urgenza;
- 4) rilevazione di test/scale di valutazione (dolore, grado di autonomia, ecc.);
- 5) compilazione diario clinico infermieristico;
- 6) stesura di un piano assistenziale;
- 7) educazione del care giver all'attività di nursing (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari, ecc.);
- 8) istruzione del care giver alla gestione di una terapia;
- 9) educazione del care giver alla gestione di dispositivi per la somministrazione di farmaci (pompe, elastomeri, altro);
- 10) valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi;
- 11) educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente;
- 12) applicazione di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance;

- 13) educazione del care giver alla corretta mobilizzazione/corretta postura del paziente;
- 14) educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee;
- 15) educazione del care giver alla gestione di derivazioni urinarie;
- 16) educazione del care giver alla gestione di enterostomie;
- 17) prelievo ematico da sangue capillare (dtx);
- 18) prelievo ematico;
- 19) esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, esame colturale, ecc.);
- 20) gestione tracheostomia;
- 21) educazione del care giver alla broncoaspirazione;
- 22) broncoaspirazione;
- 23) medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale, ecc.);
- 24) medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, ecc.);
- 25) bendaggio con doccia di immobilizzazione;
- 26) fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici;
- 27) toilette lesione/ferita superficiale;
- 28) terapia iniettiva intramuscolare;
- 29) terapia iniettiva sottocutanea;
- 30) terapia iniettiva sottocutanea in infusione;
- 31) terapia iniettiva endovenosa;
- 32) terapia iniettiva endovenosa in infusione;
- 33) terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed in infusione continua;
- 34) posizionamento catetere venoso periferico;
- 35) posizionamento cateterino sottocutaneo;
- 36) gestione cateterismo sottocutaneo/venoso periferico;
- 37) gestione cateterismo venoso centrale/sist. Port-a-cath;
- 38) assistenza/gestione pompa infusione;
- 39) gestione cateteri spinali;
- 40) istillazione genitoruinaria;
- 41) irrigazione dell'occhio;
- 42) irrigazione dell'orecchio;
- 43) valutazione della disfagia;
- 44) posizionamento/sostituzione SNG;
- 45) gestione SNG;
- 46) gestione PEG;
- 47) valutazione del ristagno gastrico;
- 48) somministrazione di terapia tramite SNG-PEG;
- 49) controllo periodico del sistema di ancoraggio della PEG;
- 50) posizionamento/sostituzione/gestione cateterismo vescicale;
- 51) valutazione del ristagno vescicale;
- 52) gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie;
- 53) impostazione dialisi peritoneale;
- 54) gestione alvo (intervento educativo igienico-alimentare);
- 55) gestione alvo (clistere evacuativo evacuazione manuale);
- 56) esplorazione rettale;
- 57) gestione enterostomie;
- 58) gestione drenaggi;
- 59) irrigazione intestinale;
- 60) gestione derivazioni urinarie;
- 61) ECG;
- 62) colloquio con familiare/care giver;
- 63) colloquio con il medico curante;
- 64) colloquio con medico specialista;
- 65) confronto con l'équipe (riunioni periodiche - passaggio di informazioni - consegne);
- 66) visita di cordoglio - Supporto al lutto;
- 67) rendicontazione attività svolta;

Fisioterapista

- 1) esecuzione di test/scale di valutazione (FIM);
- 2) valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi;
- 3) istruzione utilizzo ausili e protesi;
- 4) istruzione del paziente o del care giver all'utilizzo di ausili per la deambulazione e valutazione ambientale;
- 5) educazione del care giver ad interventi adattativi che rendano più sicuri e fruibili gli ambienti domestici;
- 6) educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente;
- 7) educazione del care giver alla corretta mobilizzazione/corretta postura del paziente;
- 8) applicazione di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance;
- 9) compilazione diario clinico;

- 10) trattamento di rieducazione motoria del paziente emiplegico;
- 11) trattamento di rieducazione motoria del paziente ortopedico;
- 12) trattamento di rieducazione motoria del paziente amputato;
- 13) trattamento di rieducazione globale del paziente portatore di patologia neurodegenerativa;
- 14) rieducazione respiratoria;
- 15) rieducazione alla tosse assistita;
- 16) trattamento di rieducazione respiratoria;
- 17) trattamento di rieducazione alla tosse assistita;
- 18) terapia fisica;
- 19) bendaggio con doccia di immobilizzazione;
- 20) fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici;
- 21) confronto con l'équipe (riunioni periodiche - passaggio di informazioni - consegne);
- 22) colloquio con familiare/care giver;
- 23) contatto con lo specialista;
- 24) rendicontazione attività svolta;

Logopedista

- 1) valutazione delle alterazione del linguaggio di tipo afasico;
- 2) valutazione delle alterazione del linguaggio di tipo disartrico;
- 3) esecuzione di test/scale di valutazione;
- 4) stesura di un piano assistenziale;
- 5) rieducazione al linguaggio;
- 6) rieducazione disturbi neuropsicologici (memoria ed attenzione);
- 7) monitoraggio del disturbo;
- 8) valutazione della disfagia;
- 9) colloquio con il familiare/care giver;
- 10) colloquio con lo specialista;
- 11) confronto con l'équipe (riunioni periodiche - passaggio di informazioni - consegne);
- 12) rendicontazione attività svolta;

Terapista occupazionale

- 1) stesura di un piano assistenziale;
- 2) rieducazione disturbi neuropsicologici (memoria ed attenzione);
- 3) recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane;
- 4) colloquio con il familiare/care giver;
- 5) colloquio con lo specialista;
- 6) confronto con l'équipe (riunioni periodiche - passaggio di informazioni - consegne);
- 7) rendicontazione attività svolta;

Dietista

- 1) anamnesi dietologica;
- 2) verifica parametri nutrizionali;
- 3) formulazione dieta personalizzata;
- 4) valutazione disfagia;
- 5) stesura di un piano assistenziale;
- 6) istruzione alla preparazione di diete a consistenza modificata;
- 7) istruzione alla somministrazione dei pasti con posture facilitanti;
- 8) monitoraggio del disturbo disfagico;
- 9) impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale enterale;
- 10) impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale;
- 11) istruzione alla gestione domiciliare di un programma di nutrizione enterale;
- 12) istruzione alla azione di una sonda nutrizionale;
- 13) somministrazione di terapia tramite SNG-PEG;
- 14) monitoraggio del programma nutrizionale;
- 15) valutazione del ristagno gastrico;
- 16) contatti con gli specialisti;
- 17) colloquio con il familiare/care giver;
- 18) contatti con i medici di medicina generale;
- 19) confronto con l'équipe (riunioni periodiche - passaggio di informazioni - consegne);
- 20) rendicontazione dell'attività svolta;
- 21) consulenze;

Operatore socio sanitario

- 1) igiene personale a persone allettate o con lesioni cutanee;
- 2) bagno assistito;
- 3) posizionamenti e mobilizzazione;
- 4) supporto alle prestazioni infermieristiche;

Psicologo

- 1) terapia di supporto ai pazienti e ai familiari;
- 2) consulenza individuale agli operatori delle équipe;
- 3) attività di supervisioni di équipe;
- 4) colloqui per sostegno ed elaborazione del lutto.

(1) Progetto di ricerca finalizzata ex art. 12 del decreto legislativo n. 502/92: "La condizione dell'anziano non autosufficiente - Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive".

(2) Hanno partecipato ai lavori del tavolo attività domiciliari (sottogruppo sull'assistenza socio sanitaria):

— per la Commissione nazionale LEA: Enrico Brizioli, Gianlorenzo Scaccabarozzi, Anna Banchemo, Francesco Massicci (e/o collaboratori), Silvia Arcà;

— in qualità di esperti: Vincenzo Pomo (Regione Puglia), Michele Maglio (Regione Veneto), Ketty Vaccaro (Censis), Furio Zucco (SICP), Pierangelo Lora Aprile (SIMG), Maria Donata Bellentani (ASSR).

(3) Fabrizio Giunco, cura e assistenza a domicilio, Utet, 2005.

(4) CIA = Coefficiente di intensità assistenziale: numero GEA/numero GdC.

(5) GEA = Giornata effettiva di assistenza: giorno nel quale è stato effettuato almeno un accesso domiciliare.

(6) GdC = Giornate di cura: durata del piano di cura dalla presa in carico alla dimissione dal servizio.

(7) Provincia A. Trento e Regioni: Lombardia, Veneto, Toscana, Lazio, Umbria, Marche, Molise, Sicilia.

(8) Ministero della salute: documenti conclusivi dei comitati ospedalizzazione domiciliare e comitato cure palliative "Caratterizzazione dei servizi di cure domiciliari" e "Il modello organizzativo per la realizzazione della rete di cure palliative".

(9) ADI: Assistenza domiciliare integrata.

(10) OD: Ospedalizzazione domiciliare.

(11) OD-CP: Ospedalizzazione domiciliare cure palliative.

(12) In questo documento il care giver è colui che all'interno del nucleo familiare partecipa all'esecuzione delle cure.

(13) ADP: Assistenza domiciliare programmata (art. 53, ACN per la medicina generale).

(14) In questo documento il care giver è colui che all'interno del nucleo familiare partecipa all'esecuzione del PAI.

(15) In questo documento il care giver è colui che all'interno del nucleo familiare partecipa all'esecuzione del PAI.

(16) La N.A. si valuta misurando le capacità della persona a svolgere o meno le funzioni essenziali della vita quotidiana, articolate in due gruppi: attività per la cura di sé (Activities of Daily Living - ADL), e attività strumentali (Instrumental Activities of Daily Living - IADL). Per misurare ADL e IADL si utilizzano scale che stabiliscono la quantità di aiuto necessaria affinché la persona possa svolgere le funzioni determinanti per vivere. Gli strumenti più utilizzati per la valutazione del livello di capacità (o autosufficienza) nello svolgimento delle attività sopra indicate, per l'ADL è quello pubblicato nel 1963 da S. Katz e collaboratori, mentre per le IADL si utilizza la scala di Lawton e Brody (1969).

(17) Si tratta di un fenomeno sindromico che coinvolge molti sistemi ed esita in una perdita parziale o totale delle capacità dell'organismo di tendere all'omeostasi. Tale condizione è determinata dalla concomitanza di diversi fattori: biologici, psicologici e socioambientali che agendo in modo sinergico si amplificano e si perpetuano vicendevolmente.

Pur non essendo una condizione esclusiva della popolazione anziana, il fenomeno è prevalentemente osservabile nella fascia degli ultra settantacinquenni dove la cronicità, la comorbilità, la compromissione funzionale, la polifarmacoterapia e le problematiche di tipo socio-sanitario, giocano un ruolo determinante. Disabilità e fragilità spesso coesistono: la disabilità indica la perdita della funzione, la fragilità indica una situazione di instabilità nella quale è insito il rischio di perdita della funzione per l'elevata suscettibilità ad eventi stressanti. Premessa indispensabile per un'interpretazione globale della condizione di anziano fragile finalizzata ad un intervento mirato è un assessment accurato e approfondito che tenga conto di tutti i vari domini dell'individuo. (Trabucchi M., I Vecchi, la città e la medicina, Il Mulino, 2005).

(18) Prestazioni domiciliari, per lo più nell'ambito delle cure palliative, apparentemente sovrapponibili sono valorizzate/tariffate in modo significativamente diverso anche rispetto alla modalità: per giornata di cura - GdC - (Lazio, Sicilia) o per giornata effettiva di assistenza - GEA - (Piemonte) o per caso trattato/mese con modalità di pagamento prospettico attraverso il raggruppamento degli utenti in profili per i quali è mediamente atteso lo stesso consumo di risorse assistenziali (Lombardia). (F. Zucco, Aspetti economici in terapia del dolore e cure palliative, 2005).

(19) Bilanciamento costi e qualità nei servizi di cure domiciliari sanitarie e di alta intensità". Scaccabarozzi G., Lovaglio P., Limonta F., Locatelli W. et al., Asl Lecco - Sapio Life, 2006. Primi risultati pubblicati in "La remunerazione delle attività sanitarie" società editrice Il Mulino, pagg. 89-118. Ottobre 2006. L'analisi effettuata considera 5.491 eventi (percorso che intercorre tra presa in carico e dimissione per cessazione del piano di cura domiciliare) riferita a 4.535 soggetti. Si tratta dello sviluppo del progetto di ricerca sanitaria ex art. 12, U.O. n. 2 Asl di Lecco "Finanziare i costi per la Long Term care" promosso dalla Regione Lombardia, pubblicato in www.asl.lecco.it > Cure Domiciliari > Documentazione e Ricerca > Costi Home Care ed in un articolo di sintesi da Scaccabarozzi G., Lovaglio P., Limonta F. et al. "DRG domiciliari", "La Asl di Lecco studia i parametri del livello assistenziale unico", "Il giusto peso all'home care" Sanità Management. Il Sole 24 ore - Sanità 2005; 4/5 9-17.

(20) Il gruppo di pazienti caratterizzato da un costo medio mensile di 172 euro comprende il 12% della casistica ed è costituito da soggetti che richiedono interventi di natura occasionale ancorché ripetuta a bassa intensità assistenziale. Invece il 65% dei casi si concentra nel gruppo E con un valore medio mensile pari a 433 euro mensili: si tratta tipicamente di pazienti in ADI di bassa/media intensità. Un'altro gruppo di soggetti richiede interventi di maggiore intensità assistenziale ed è costituito dal 4% della casistica con un valore medio mensile pari a 631 euro. Infine i soggetti che richiedono interventi di elevata intensità assistenziale in condizione di fine vita sono distribuiti in tre gruppi (A-B-C) che complessivamente costituiscono il 19% della casistica e che presentano costi medi mensili da 1.323 a 2.386 euro. Sulla base dell'esperienza e dall'analisi delle tipologie e dei volumi di attività (analizzati nel rapporto completo della ricerca) le possibili condizioni discriminanti possono essere riconducibili a fasi diverse del decorso della malattia (post-acuta, riacutizzazione, insorgenza di complicanze) in base all'individuazione dei predittori (indicatori di bisogno clinico e funzionale) che incidono significativamente sulle variabili che caratterizzano i percorsi di cura: valore GEA (complessità), CIA (intensità), GdC (durata), CMM (costo mensile). Si evidenzia che i profili tariffari stabiliti dalla Regione Lombardia, nell'ambito del voucher sociosanitario, in base alle risultanze della ricerca a cui si riferisce questo contributo, riconoscono risorse adeguate per la quasi totalità della casistica.

(21) Media CIA di tutti i soggetti non trimmata.

(22) Media CIA trimmata depurata dei soggetti con CIA fuori dal range $[Q_1 - 3(Q_3 - Q_1), Q_3 + 3(Q_3 - Q_1)]$, dove Q_1 è il primo quartile e Q_3 il terzo quartile della distribuzione. Si tratta di coloro che hanno un CIA > 0,90, con valori anomali nella coda destra della distribuzione o perché molto compressi o perché stanno in carico per brevi periodi (GEA tendente a GDC): in tali casi la media aritmetica è poco rappresentativa.

(23) CMM calcolato con i valori della media CIA non trimmata.

(24) A tale proposito è interessante confrontare i risparmi di sistema ottenuti attraverso l'introduzione della modalità del pagamento prospettico evidenziati dal lavoro "Post-acute care" (2004), prodotto dall'organizzazione Medicare Payment Advisory Commission (MedPAC) che mostra l'evolversi del costo annuo totale delle cure per post-acuti, secondo i dati raccolti dall'organizzazione americana Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). L'andamento della spesa per l'assistenza domiciliare, con il sistema di pagamento in vigore basato sui costi a consuntivo, tra il 1992 e il 1997 ha registrato un rapido aumento. L'introduzione del sistema Interim Payment System (LPS) (maggiore controllo sui costi, oltre a criteri più restrittivi per l'eleggibilità al servizio) e successivamente della modalità di pagamento anticipato (Prospectve Payment System - PPS) ha prodotto una significativa inversione dei costi per l'assistenza domiciliare riducendo l'andamento dei costi totali.

(25) Zito M e coll.; Giorn. Geront. 46:303, 1998.

(26) F.R. Hansen, H. Poulsen, K.H. Sorensen "A model of regular geriatric follow up by home visits to selected patients discharged from geriatric ward: a randomized controlled trial" Aging Clin. Exp. Res. 7:202, 1995. Rich M.W., Beckham V., Wittemberg C., Leven C.L., Freedland K.E. and Carney R.M. "A Multidisciplinary intervention to prevent the Readmission of Elderly Patients with Congestive Heart Failure" New Engl. J. Med. 1995; 333:1190-1195.

(27) CIA = Coefficiente intensità assistenziale; GEA = Giornata effettiva assistenza; GDC = Giornate di cura (durata PAI).

(28) PAI = Programma assistenziale individuale.

(29) Gli indicatori individuati costituiscono una indicazione per gli organismi deputati all'attività di verifica.

(30) Il valore dello standard indicato si riferisce alla sola popolazione anziana in quanto rappresenta il target principale.

(31) Vedi nota (31)

(2007.46.3363)102*

DECRETO 12 novembre 2007.

Linee guida in materia di valutazione multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare per anziani ed altri tipi di pazienti non autosufficienti.

L'ASSESSORE PER LA SANITA'

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Visto il decreto legislativo n. 502/92, per come integrato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229;

Visto il D.P.C.M. 14 febbraio 2001, art. 4, comma 3;

Preso atto che in data 31 luglio 2007 è stato sottoscritto tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze ed il Presidente della Regione siciliana l'Accordo attuativo del Piano previsto dall'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

Rilevato che il predetto Accordo, unitamente al Piano di rientro, di riorganizzazione, di riqualificazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento del riequilibrio economico del servizio sanitario regionale, con