

**FLUSSO INFORMATIVO CURE E ASSISTENZA DOMICILIARE**

Il presente sistema informativo è una evoluzione del flusso SID-ADI (D.G.R. n. 1722 del 18-06-2004) che è stato fino ad oggi un sistema di registrazione degli accessi domiciliari sanitari e – in parte – sociali. Serve a:

- dare conto dei problemi di salute e assistenza dei pazienti domiciliari, compresi i malati in cure palliative;
- rendere visibile la dimensione dell'integrazione socio-sanitaria attraverso l'alimentazione del flusso di attività domiciliare sociale (accessi domiciliari SAD ecc.);
- documentare l'attività delle UVMD effettuate dai Servizi Distrettuali;
- adempiere al debito informativo nei riguardi del Ministero della Salute sulle Cure Domiciliari (flusso NSIS-ADI ex DM 17/12/2008, obbligatorio a partire dal 01/01/2012 quale requisito vincolante per l'accesso ai fondi del finanziamento integrativo a carico dello Stato).

Nell'**Allegato B** viene riportato un glossario utile a creare un linguaggio comune, nel quadro della normativa nazionale.

Il flusso ha per il 2011 una periodicità trimestrale mentre a partire dal 2012 il DM 17/12/2008 prevede una periodicità mensile. Esso sostituisce quello della DGR 1722/2004 ed è composto da 4 tracciati (**Allegato C**):

tracciato A – dati anagrafici (un record per assistito che ha avuto accessi/servizi domiciliari nel periodo in esame);

tracciato B1 – valutazione e servizi a periodo (almeno un record per ciascun assistito che effettua accessi sanitari nel periodo in esame)

tracciato B2 – sospensioni (possibili più record per assistito)

tracciato C – accessi (possibili più record per assistito).

Per chiarire le modalità di utilizzo del tracciato si forniscono le seguenti specifiche:

**1) Invio dei dati sulla valutazione del paziente in Cure Domiciliari**

La valutazione del paziente in Cure Domiciliari è la principale innovazione del flusso, che va a rendere conto non soltanto di “quanto” si è fatto nel periodo di competenza ma anche del “perché” lo si è fatto. Essa viene implementata gradualmente nelle Aziende ULSS, a partire dai pazienti più complessi, sulla base del tracciato di cui all'**Allegato C**. Come minimo essa consiste di una diagnosi, di una valutazione multidimensionale semplificata, di una scheda bisogni e di alcune informazioni sul nucleo di convivenza. La scheda bisogni è stata aggiornata (**Allegato D**) in coerenza al tracciato del DM 17/12/2008 e alle indicazioni fornite da alcuni Coordinatori Infermieri esperti. Non è necessario raccogliere materialmente questi dati in ciascun periodo di competenza: la valutazione viene effettuata con le modalità e le cadenze abituali ma almeno alla fine di ogni periodo di competenza viene raccolta una sintesi informativa (Patient Summary), che riassume i dati più aggiornati che sono a disposizione. La data di valutazione è quella dell'ultimo aggiornamento effettuato, anche se precedente il periodo di competenza. Il Patient Summary quindi permette di dire “com'è il paziente” nel periodo di competenza e la finalità di questa valutazione è innanzitutto clinico-assistenziale: nella gestione quotidiana del caso infatti è molto utile che tutti gli operatori condividano - e quando necessario aggiornino - un quadro comune della situazione della persona assistita a domicilio.

La valutazione multidimensionale è già obbligatoria per i profili di assistenza domiciliare sanitaria ad elevata intensità ai sensi della DGR 3879/99 ed è già prassi corrente in alcune ULSS anche per i progetti di assistenza programmata, infermieristica e riabilitativa. L'Azienda ULSS 4 è in grado di segnalare diverse esperienze di successo realizzate in regione e di dare supporto alle Aziende per lo sviluppo dei relativi documenti cartacei e dei flussi organizzativi e gestionali. In particolare un'esperienza condotta nelle AULSS 4, 8 e 16 (Assistenza Infermieristica e Ricerca 2010; 3: 117-123) ha già evidenziato che:

- i pazienti domiciliari non occasionali hanno un fortissimo turnover;
- il profilo sanitario e quello funzionale sono i principali determinanti dei ricoveri, del decesso e dell'entrata in struttura residenziale;

- il profilo socio-assistenziale (assistenza familiare insufficiente o inadeguata) ha un fortissimo impatto sia sui ricoveri che sulla mortalità dei pazienti allettati.

A partire dai dati di attività del 4° trimestre 2011 (scadenza di invio: 31/1/2012) è obbligatorio inviare entro il mese successivo alla fine del periodo di competenza almeno un Patient Summary per tutti i casi che prevedono un piano di lavoro di almeno 8 accessi/mese. A partire dai dati di attività del 1° trimestre 2012 (scadenza di invio: 30/4/2012) l'obbligo riguarda tutti i casi che prevedono un piano di lavoro di almeno 4 accessi/mese. Nel caso in cui non sia stata effettuata una UVMD con la somministrazione di una SVAMA completa, la valutazione può essere effettuata tramite la scheda di valutazione multidimensionale semplificata di cui alla DGR 39 del 17/1/2006 (vedi **Allegato E**). La raccolta del Patient Summary è altresì raccomandata per tutti i casi non occasionali, per i quali vengono definite una presa in carico ed un Piano di Assistenza Individualizzato (es. assistenza programmata, infermieristica, riabilitativa); a questo riguardo la definizione dei contenuti e delle modalità operative di partecipazione del MMG verranno definiti a parte in un apposito tavolo tecnico, rimandandone l'applicazione ad un Decreto del Dirigente della Struttura Regionale competente.

L'individuazione dei pazienti in cure palliative (compresi i pazienti Oncologici, o affetti da malattie inguaribili, nelle ultime fasi della vita di cui all' Accordo Regionale con la MG del 2005 ex allegato A della DGR 4395 del 30/12/2005) e la definizione dei relativi strumenti di valutazione e monitoraggio clinico-assistenziale verrà definita ai sensi della DGR n 8577 del 30/12/2010, conformemente alle indicazioni del Coordinamento Regionale per le cure palliative e la lotta al dolore.

## **2) Invio dei dati sugli accessi ed i servizi domiciliari sanitari**

Per le persone che hanno avuto almeno un accesso nel periodo di competenza da parte di un operatore sanitario del distretto (MMG, infermiere, terapeuta della riabilitazione, medico di distretto, medico palliativista o altro specialista,...) viene inviata entro il mese successivo alla fine del periodo di competenza l'anagrafe (un record del tracciato A), almeno una valutazione (un record del tracciato B1) ed un record giornaliero per ciascuna figura professionale che ha effettuato l'accesso (tracciato C). I record sono tra loro connessi tramite un identificativo utente univoco.

Nel tracciato B1 è anche possibile registrare le forniture sanitarie attive nel periodo di competenza (es. fornitura diretta farmaci, ossigenoterapia, materiali di consumo per medicazioni ecc.).

Tali dati possono opportunamente alimentare un fascicolo socio-sanitario aziendale informatizzato, supportato da un sistema di alert automatici e accessibile ai professionisti sanitari e sociali della rete dei servizi.

## **3) Invio dei dati sugli accessi ed i servizi domiciliari sociali**

L'integrazione all'interno del flusso della domiciliarità dei dati relativi agli accessi degli operatori sociali dei comuni (Assistente Sociale Comunale, OSS,...) e ai servizi domiciliari sociali di supporto è già prevista ai sensi della DGR 1722/2004. Le modalità di integrazione all'interno del flusso della domiciliarità dei dati relativi alla graduatoria per l'erogazione dell'assegno di cura e al telesoccorso verranno definite dalla Direzione regionale Servizi sociali.