



GLOSSARIO

Assistenza Domiciliare

L'assistenza domiciliare è la risposta ai bisogni primari della persona costretta a domicilio. Essa si incardina sulla famiglia (tenuta alla cura, alla custodia e alla fornitura degli alimenti), sui servizi sociali (domiciliari, economici e residenziali), sulla rete vicinale e sul volontariato, che nel loro insieme costituiscono la rete socio-assistenziale.

Le Cure Domiciliari costituiscono la parte più strettamente sanitaria dell'assistenza domiciliare, mentre l'assistenza domiciliare fornita in maniera formale dai Comuni (accessi domiciliari degli Operatori Socio-Sanitari; servizi di fornitura pasti, lavanderia, acquisti e trasporti, assegni di cura, telesoccorso) è denominata Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD).

Cure Domiciliari

È l'assistenza sanitaria resa a casa del paziente dagli operatori sanitari delle Cure Domiciliari: MMG, Infermiere, FKT, Medico Specialista Geriatra, Medico Palliativista, altro Medico Specialista, Medico di Continuità (non come unica figura ma in integrazione con gli altri operatori), Operatore Socio-Sanitario (se dipendente del Distretto Socio-Sanitario).

Le Cure Domiciliari costituiscono la parte più strettamente sanitaria dell'assistenza domiciliare; ad esse possono concorrere anche i familiari, l'assistenza privata a pagamento e gli altri componenti della rete socio-assistenziale (ad esempio: Operatori Socio-Sanitari del Comune o del Distretto). Anche l'acronimo ADI può essere sostituito da "Cure Domiciliari".

Debito informativo

Anche nel caso in cui a domicilio acceda un solo operatore sanitario (ad esempio il MMG), il Piano di Assistenza Individuale è accessibile nel fascicolo socio-sanitario aziendale a tutti gli altri operatori sanitari ed ai servizi sociali che abbisognano di tali informazioni nell'interesse del paziente, rispettando in ogni caso la normativa sulla privacy. Allo stesso modo, i Servizi Sociali comunali rendono accessibili al Distretto i propri piani di Assistenza Domiciliare.

Livelli di assistenza

Il livello di assistenza viene determinato a posteriori sulla base del numero degli accessi effettuati in un ciascun mese di assistenza. Le Cure Domiciliari – in attesa di un atto formale del Ministero – possono essere distinte in:

- di monitoraggio preventivo (1 accesso al mese);
- estensive di primo livello (2-3 accessi/mese);
- intensive di primo livello (4-7 accessi/mese);
- di secondo livello (8-15 accessi/mese);
- di terzo livello (16+ accessi/mese).

Il livello non dipende dal profilo professionale dell'operatore o degli operatori sanitari che effettuano l'accesso. Anche le Cure Palliative Domiciliari si inquadrano nei diversi livelli di assistenza, sulla base del numero di accessi domiciliari/mese.

Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA)

Il Coefficiente di Intensità Assistenziale – in attesa di un atto formale del Ministero – viene definito dalla Regione Veneto come il numero di accessi domiciliari effettuati dagli operatori sanitari nel mese/30. Vengono quindi computati tutti gli accessi, anche nel caso in cui nello stesso giorno ne venga effettuato più d'uno, sulla base delle esigenze assistenziali programmate o comunque condivise tra gli operatori che seguono il caso.

I Livelli di assistenza più sopra indicati corrispondono ai seguenti CIA:

- di monitoraggio preventivo (CIA=0.03);
- estensive di primo livello (CIA \geq 0.03);
- intensive di primo livello (CIA \geq 0.13);
- di secondo livello (livello (CIA \geq 0.23);
- di terzo livello (CIA $>$ 0.5).

Piano di lavoro

È uno degli elementi del Piano di Assistenza Individualizzato. Il piano di lavoro registra il numero di accessi programmati di ciascuna figura professionale, sanitaria e sociale; può contenere anche la stima del tempo necessario per l'accesso (comprensivo di valutazione, effettuazione delle prestazioni, educazione sanitaria e supporto al *caregiver*), in modo da facilitare la programmazione. Le Cure Domiciliari effettivamente erogate possono avere nella pratica una frequenza ed una intensità diversa da quella definita nel Piano di lavoro (ad es. per un ricovero intercorrente).

Piano di Assistenza Individualizzato (PAI)

Il PAI è lo strumento con cui si definisce e si aggiorna il piano di lavoro, che viene approvato dal Responsabile delle Cure Primarie o dal Responsabile dell'UVMD.

Gli elementi costitutivi del PAI sono:

- la data di richiesta di attivazione delle Cure Domiciliari, effettuata dal MMG e la data di autorizzazione;
- la valutazione, effettuata con gli strumenti definiti a livello regionale per specifici piani di lavoro;
- l'indicazione degli obiettivi clinici e assistenziali;
- il piano di lavoro;
- la presenza di tutti gli altri interventi socio-sanitari pubblici e privati;
- l'indicazione dei compiti assistenziali della famiglia (ad es., laddove possibile, l'effettuazione di medicazioni, sotto la supervisione dell'infermiere, una volta effettuata la formazione);
- l'individuazione del case-manager;
- la data prevista per la verifica e l'eventuale modifica del PAI stesso, almeno per i casi più complessi.

Il PAI viene informatizzato nel software di gestione aziendale ed è reso accessibile a tutti gli operatori sanitari delle Cure Domiciliari. I termini in uso, che derivano dal profilo professionale degli operatori coinvolti o dal corrispondente istituto contrattuale (es. assistenza programmata, assistenza infermieristica, assistenza riabilitativa, cure palliative) sono da considerare definizioni indicative, da ricondurre progressivamente al PAI.

Patient Summary (Allegato F)

La valutazione multidimensionale assolve le seguenti funzioni indispensabili:

- consente di impostare e di rivedere il PAI, costituendo un punto di riferimento per la gestione quotidiana e la valutazione del singolo caso;
- consente di documentare la casistica delle Cure Domiciliari, comprese le Cure Domiciliari Palliative e di fornire efficaci indirizzi di programmazione;
- facilita la valutazione dei processi e degli esiti delle Cure Domiciliari e l'attività di ricerca da parte di tutti operatori sanitari delle Cure Domiciliari;
- è un debito informativo verso il Ministero della Salute, sulla base del DM 17/12/2008 (istituzione del nuovo sistema informativo nazionale delle Cure Domiciliari): l'invio dei soli dati relativi agli accessi domiciliari non risponde ai requisiti di minima previsti dal tracciato record.

Sulla base della DGR 1722/2004 la valutazione multidimensionale e multidisciplinare effettuata con SVAMA completa (comprensiva della scheda di supporto sociale), effettuata in UVMD, è già obbligatoria per l'attivazione nei casi più complessi. La Regione Veneto fornisce gli indirizzi per la progressiva messa a regime della valutazione anche per i casi meno complessi, indicando anche gli strumenti adottati (diagnosi codificata ICPC, scheda bisogni, scheda di valutazione multidimensionale semplificata) ed i professionisti coinvolti; per le Cure Palliative Domiciliari possono previsti ulteriori specifici strumenti (Indice di Karnofsky e scheda STAS). L'utilizzo della scheda di valutazione multidimensionale semplificata per

L'assistenza e le cure domiciliari è già stato introdotto con la DGR 39/2006, mentre per i casi occasionali non è prevista alcuna valutazione.

La valutazione viene inviata in Regione almeno alla fine del periodo di competenza anche per assolvere al debito informativo previsto dal DM 17/12/2008 (Istituzione del Nuovo Sistema Informativo Nazionale delle Cure Domiciliari), aggiornando e sintetizzando le informazioni disponibili e andando a costituire il "Patient Summary" delle Cure Domiciliari.

La valutazione viene aggiornata al bisogno – ogni volta che intervengono cambiamenti significativi sul piano clinico-assistenziale o secondo la cadenza stabilita nel PAI stesso. Cadenze di revisione tipiche, sono:

- annualmente: Piani di lavoro di 1-3 accessi/mese
- semestralmente: Piani di lavoro con 4 o più accessi/mese
- trimestralmente: Piani di lavoro con 8 o più accessi/mese

Indicatori e standard (Allegato G)

La Regione Veneto definisce indicatori e standard di struttura, di processo ed esito delle Cure Domiciliari. La Direzione regionale Controlli e Governo SSR attesta, sulla base dei dati inviati dalle Aziende, il livello dei seguenti indicatori nei mesi di febbraio e settembre:

- tasso di assistiti in Cure Domiciliari con almeno 8 accessi/mese per 10.000 abitanti;
- % di accessi domiciliari effettuati il sabato e la domenica;
- % di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg.;
- % deceduti ultra75enni con almeno 8 accessi/mese nell'ultimo mese di vita.