

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1075 del 13 luglio 2017

**Revisione del modello regionale delle Cure Domiciliari: primi indirizzi organizzativi per le Aziende ULSS.**

*[Sanità e igiene pubblica]*

|                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Note per la trasparenza:                                                                                                                                                                 |
| Con il presente atto si definiscono alcuni indirizzi organizzativi nell'ambito delle Cure Domiciliari a fronte della riorganizzazione delle Aziende ULSS prevista dalla L.R. n. 19/2016. |

L'Assessore Luca Coletto, di concerto con l'Assessore Manuela Lanzarin, riferisce quanto segue.

Con LR n.19/2016 è stata approvata la riorganizzazione delle Aziende ULSS e l'individuazione dei nuovi ambiti territoriali. Detta riorganizzazione impone di ricercare una uniformità nei modelli assistenziali al fine di garantire, da un lato, l'equità nel contesto regionale e, dall'altro, facilitare le procedure di dialogo ed i collegamenti funzionali all'interno delle nuove Aziende, quali risultanti dell'accorpamento di più Aziende differenti.

Nell'ambito specifico delle Cure Domiciliari, già con LR n.23/2012, è stato posto come obiettivo qualitativamente e culturalmente rilevante il favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita ed al proprio domicilio.

Diventa, pertanto, strategico promuovere uno sviluppo pianificato ed omogeneo delle cure domiciliari su tutto il territorio regionale, attraverso un'organizzazione che garantisca la continuità dell'assistenza, consolidando le esperienze di ammissione e dimissione protetta con il pieno coinvolgimento del medico di famiglia, valorizzando il ruolo dell'infermiere quale figura di collegamento e facilitatore organizzativo, responsabilizzando e coinvolgendo la famiglia/caregivers nell'attuazione del Progetto Assistenziale Individualizzato.

Sulla scorta di quanto premesso, con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 112 del 24 ottobre 2016, è stato costituito un tavolo tecnico finalizzato ad elaborare un documento di proposta di indirizzi organizzativi in tema di Cure Domiciliari, coerenti con la programmazione regionale vigente, volti a sviluppare una uniformità organizzativa tra le Aziende ULSS.

L'attività del tavolo tecnico si è articolata nelle seguenti azioni:

1. definizione di un questionario per la ricognizione dei modelli organizzativi delle Cure Domiciliari delle singole Aziende ULSS, con specifico riferimento all'attività infermieristica domiciliare;
2. elaborazione dei dati inviati dalle Aziende ULSS e analisi dell'organizzazione presente;
3. rilevazione e analisi dei dati di costo delle attività eventualmente esternalizzate;
4. confronto con i direttori dei distretti, responsabili delle cure primarie, responsabili dei servizi professioni sanitarie del territorio e coordinatori dell'ADI sui risultati delle rilevazioni;
5. raccolta e analisi delle osservazioni e suggerimenti successivamente trasmessi dalle Aziende ULSS;
6. elaborazione di un documento analitico sui dati raccolti con individuazione degli indirizzi organizzativi per le Cure Domiciliari, documento che rimane agli atti degli uffici competenti dell'Area Sanità e Sociale.

Pertanto, preso atto del lavoro prodotto dal sopra richiamato tavolo tecnico e dal confronto con le competenti strutture aziendali, con il presente provvedimento si propone di dare avvio ad una revisione del modello delle Cure Domiciliari, esplicitando alcuni indirizzi organizzativi.

Nello specifico la nuova organizzazione dovrà prevedere:

**a. Presenza oraria di personale infermieristico**

La presenza di personale infermieristico dovrà essere garantita 7 giorni su 7, nella fascia oraria compresa tra le ore 07:00 e le ore 21:00, e programmata tenendo conto di quanto definito dal D.Lgs n. 66/2003.

La pianificazione degli accessi dovrà essere, quindi, sviluppata nell'arco dell'intera settimana.

***b. Contattabilità del personale infermieristico***

Il servizio ADI dovrà garantire la ricezione, da parte di personale infermieristico, delle richieste assistenziali dei pazienti già in carico al servizio stesso ed eventuale attivazione degli infermieri dell'area di competenza, 7 giorni su 7, dalle ore 07:00 alle ore 21:00, in ogni Azienda ULSS.

Per favorire e semplificare la contattabilità degli operatori ADI da parte del paziente, della sua famiglia, del Medico di Medicina Generale, del Medico di Continuità Assistenziale e dei diversi professionisti coinvolti nella presa in carico, dovrà essere individuato un unico numero telefonico di riferimento a livello di Azienda ULSS, secondo disposizioni regionali che saranno successivamente definite.

***c. Programmazione degli accessi***

La programmazione degli accessi infermieristici a domicilio dovrà essere sviluppata nell'arco dell'intera settimana (ossia 7 giorni su 7), tenendo conto della complessità clinico-assistenziale dei pazienti.

***d. Esternalizzazione dei prelievi di sangue (e campioni biologici)***

L'attività di prelievo domiciliare di sangue (e campioni biologici), che comprende anche la conservazione e il trasporto dei campioni ai laboratori identificati dalle Aziende Sanitarie, dovrà essere esternalizzata, secondo disposizioni regionali che saranno successivamente definite a seguito di espletamento della gara regionale.

Tale servizio dovrà essere rivolto esclusivamente ai pazienti non deambulanti in carico al servizio di assistenza domiciliare dell'Azienda Sanitaria o, in casi particolari, ad altri utenti espressamente autorizzati dall'Azienda stessa.

***e. Integrazione con i Medici di Medicina Generale e con i Medici di Continuità Assistenziale***

L'organizzazione delle attività infermieristiche domiciliari dovrà essere pianificata tenendo conto della necessità che gli assistiti afferenti ad una stessa forma associativa della medicina generale (sia essa medicina di Rete, di Gruppo o Medicina di Gruppo Integrata) abbiano come riferimento un'unica équipe ADI.

Nell'ottica di garantire la continuità dell'assistenza i Medici di Continuità Assistenziale dovranno ricevere, con modalità conformi alle disposizioni in tema di tutela della privacy, la lista aggiornata e le informazioni utili sui pazienti afferenti al proprio territorio di competenza e già in carico al servizio ADI.

***f. Funzioni e compiti del Coordinatore dell'équipe ADI***

Per la programmazione delle diverse attività dell'ADI e per il coordinamento degli operatori del comparto assegnati all'ADI, tenuto conto della complessità e degli aspetti peculiari del contesto organizzativo, in ogni Azienda ULSS andrà previsto almeno un Coordinatore dell'ADI per distretto, assegnato esclusivamente a tale funzione.

Le competenze di tale professionista dovranno essere delineate nel profilo di competenza così come previsto dalla DGR n. 169/2016.

La pianificazione delle attività dell'équipe ADI, per il ruolo rivestito e le competenze specifiche, deve essere pertanto affidata al coordinatore dell'ADI, Area di attività 1 - "*Pianificazione e gestione delle attività professionali/lavorative*" (DGR n. 169/2016). Inoltre si sottolinea che tutte le attività da effettuarsi dovranno essere conformi a quanto stabilito dal DPCM sui nuovi LEA.

Il Coordinatore dell'ADI dovrà dipendere gerarchicamente dal Direttore dell'U.O. Cure Primarie e funzionalmente dal Dirigente dell'U.O.S. Professioni Sanitarie del Territorio. Nel caso in cui l'équipe coordinata segua anche i pazienti in Cure Palliative, si costituirà un rapporto di collegamento funzionale anche con il responsabile dell'U.O. Cure Palliative.

***g. Procedure operative aziendali***

Nell'ottica di garantire interventi assistenziali appropriati, equi, sostenibili e qualitativamente adeguati, oltre alle procedure aziendali obbligatorie, ogni Azienda ULSS dovrà definire e formalizzare le seguenti procedure organizzativo/assistenziali:

- attivazione della presa in carico del paziente ADI;
- definizione del Piano Assistenziale Integrato;

- gestione dei problemi di salute e dei bisogni assistenziali della persona;
- formazione all'educazione terapeutica e addestramento della famiglia/caregiver;
- valutazione periodica della appropriatezza dei pazienti presi in carico, valutazione degli esiti in termini di efficacia/efficienza degli interventi;
- inserimento e affiancamento del nuovo personale.

Andrà, altresì, promossa la partecipazione anche degli infermieri operanti nelle Medicine di Gruppo Integrate ai momenti formativi aziendali relativi alla presentazione e condivisione delle procedure aziendali.

#### ***h. Ruolo della Centrale Operativa Territoriale***

La Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge funzioni diverse dalla Centrale operativa dell'ADI ed al fine di evitare sovrapposizioni si ribadisce quanto segue.

La COT rappresenta lo strumento organizzativo funzionale a tutti attori della rete socio-sanitaria, di cui l'ADI è una componente, coinvolti nella presa in carico dell' "utente fragile", caratterizzato da multimorbidità, elevata complessità e/o terminalità. Pertanto le sue funzioni fondamentali sono:

- mappare costantemente le risorse della rete assistenziale;
- coordinare le transizioni protette (intra ed extra Azienda ULSS), per le quali non esistono già percorsi strutturati, con la possibilità di entrare provvisoriamente in modo operativo nel processo, facilitandone una definizione condivisa;
- raccogliere i bisogni espressi/inespresso, di carattere sociale/sanitario/socio-sanitario, indipendentemente dal setting assistenziale e trasmettere le informazioni utili a garantire le transizioni protette;
- garantire la tracciabilità dei percorsi attivati sui pazienti segnalati, offrendo trasparenza e supporto nella gestione delle criticità di processo ai soggetti della rete;
- facilitare la definizione/revisione di PDTA/procedure/modalità operative aziendali, anche alla luce delle criticità riscontrate nel corso del monitoraggio dei percorsi attivi.

#### ***i. Informatizzazione***

Con la LR n. 34/2007 avente ad oggetto: "Norme in materia di tenuta, informatizzazione e conservazione delle cartelle cliniche e sui moduli di consenso informato", la Regione del Veneto, al fine di garantire la più ampia e completa tutela dei dati clinici personali, ha disciplinato la tenuta, la conservazione, l'informatizzazione delle cartelle cliniche [...]; Art. 3 - *la cartella clinica può essere ospedaliera o territoriale; essa è compilata secondo le direttive emanate dall'azienda ULSS e ospedaliera, sotto la diretta responsabilità e continua vigilanza del responsabile dell'unità operativa interessata. [...]; Punto 4: La cartella clinica territoriale viene aperta a seguito di prestazioni ambulatoriali, non ospedaliere, extra ospedaliere, o comunque di prestazioni erogate nel territorio .....*".

Nell'ambito di sviluppo dell'informatizzazione del sistema si prevede che la cartella del paziente ADI sia unica e informatizzata in tutte le Aziende ULSS.

Nelle more dell'avvio delle procedure per l'adozione di una cartella unica, nell'ottica di garantire la continuità informativa sui pazienti presi in carico, andrà gradualmente diffuso l'uso di dispositivi elettronici (Smartphone o Tablet) che consentano:

- la ricezione/effettuazione di chiamate;
- l'accesso da remoto al Sistema informativo Aziendale per implementazione /consultazione dei dati sul paziente;
- l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.

#### ***j. Gestione dei dati, monitoraggio e audit***

L'inserimento continuo, preciso e puntuale di tutti i dati relativi alle attività erogate dal servizio ADI nel flusso del Sistema Informativo, così come previsto dalla nota Regionale prot. n. 196925 del 11 maggio 2015 ad oggetto: "Nuovo Disciplinare flusso informativo Regionale delle Cure Domiciliari", è obbligatorio per ciascuna Azienda ULSS sia nel caso di gestione diretta sia esternalizzata, ciò anche in conformità agli adempimenti LEA.

Il monitoraggio dei dati inseriti è finalizzato a fornire indicazioni in tempo reale riguardanti l'appropriatezza delle richieste di presa in carico e dell'assistenza erogata, i livelli di complessità dei pazienti e l'intensità dell'assistenza socio-sanitaria erogata.

Vanno previsti, inoltre, audit periodici, finalizzati ad interventi di miglioramento, che coinvolgano, oltre al Direttore dell'U.O. Cure Primarie e ai componenti dell'équipe ADI, anche Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale, ecc.

Inoltre, al fine di supportare l'ulteriore sviluppo dell'assistenza nel setting domiciliare, si propone di incaricare il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale di procedere con proprio decreto ad affidare al Consorzio Arsenà.IT:

- la definizione, attraverso un apposito gruppo di lavoro multiprofessionale, di un nomenclatore unico regionale delle prestazioni nel setting domiciliare;
- l'individuazione delle specifiche per la creazione di una cartella unica regionale per le Cure Domiciliari;
- la creazione di un cruscotto per la visualizzazione dei dati inseriti nel flusso ADI;
- la definizione delle specifiche per l'attivazione del numero unico regionale.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

#### LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTO l'art. 2, comma 2, lett. o) della Legge Regionale n. 54/2012;

VISTA la Legge Regionale n. 23/2012;

VISTA la Legge Regionale n. 19/2016;

VISTO l'art. 5 del Regolamento regionale n.1/2016;

VISTA la DGR n. 169/2016;

VISTO il DDG n. 112/2016;

VISTO il DDR n. 1/2016 del direttore della Direzione Programmazione Sanitaria.

delibera

1. di ritenere le premesse parte integrante ed essenziale del presente atto;
2. di approvare le linee di indirizzo per la revisione del modello di Cure domiciliari secondo i criteri descritti in premessa;
3. di incaricare il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale di procedere con proprio decreto ad affidare al Consorzio Arsenà.IT:
  - la definizione, attraverso un apposito gruppo di lavoro multiprofessionale, di un nomenclatore unico regionale delle prestazioni nel setting domiciliare;
  - l'individuazione delle specifiche per la creazione di una cartella unica regionale per le Cure Domiciliari;
  - la creazione di un cruscotto per la visualizzazione dei dati inseriti nel flusso ADI;
  - la definizione delle specifiche per l'attivazione del numero unico regionale;
4. di stabilire che le attività di cui al punto precedente siano completate entro il 31 ottobre 2017;
5. di incaricare la Unità Organizzativa Cure Primarie e LEA, afferente alla Direzione Programmazione Sanitaria, dell'esecuzione del presente provvedimento;
6. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spese a carico del bilancio regionale;
7. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione Veneto.