



ANALISI E REVISIONE DELL'ARCHITETTURA ORGANIZZATIVA
DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA E DELLE
CURE PALLIATIVE ALLA LUCE DEL PNRR E DEL DM 77/2022

Linee di Indirizzo per le Cure Domiciliari: Assistenza Domiciliare Integrata e Cure Palliative domiciliari in età adulta e pediatrica



ba3b0950



Indice

Acronimi	Pag. 04
Glossario	Pag. 06
Premessa	Pag. 09

PARTE 1

1. Popolazione <i>target</i> e bisogni di cure domiciliari	Pag. 10
2. Il modello organizzativo delle Cure domiciliari	Pag. 12
3. Classificazione delle Cure Domiciliari	Pag. 14
4. L'Assistenza Domiciliare Integrata e le Cure Palliative Domiciliari in età adulta e pediatrica nella Regione del Veneto	Pag. 15
4.1. Assistenza Domiciliare Integrata	Pag. 15
4.2. Cure Palliative Domiciliari età adulta	Pag. 17
4.3. Cure Palliative Domiciliari età pediatrica	Pag. 18
5. Strumenti per la valutazione di bisogni assistenziali e della complessità clinico assistenziale	Pag. 18

PARTE 2

6. Rappresentazione dei percorsi di presa in carico in ADI e CP domiciliari età adulta e pediatrica in applicazione del DM 77/2022	Pag. 21
7. Azioni di potenziamento dei percorsi di cure domiciliari	Pag. 33
8. Strategie per il coinvolgimento della persona, <i>care-giver</i> e famiglia nel progetto di salute	Pag. 35
9. Strategie per il coinvolgimento degli enti del terzo settore e volontariato nella realizzazione degli interventi del progetto di salute	Pag. 35
10. Sviluppo delle competenze dei professionisti	Pag. 35
11. Ulteriori azioni a supporto del cambiamento organizzativo: individuazione di strumenti per la valutazione di bisogni assistenziali in ADI	Pag. 36



ba3b0950



ALLEGATI

ALLEGATO A - Linee programmatiche in ambito Cure Domiciliari, Cure Palliative in età adulta e pediatrica.	Pag. 38
ALLEGATO B - Iniziative di integrazione percorsi specialistici-territorio e ospedale-territorio per la presa in carico di assistiti a domicilio	Pag. 50
Appendice 1 - Normativa di riferimento	Pag. 55



ba3b0950



Acronimi

Acronimo	Definizione
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ADIMED	Assistenza Domiciliare Integrata Medica
ACCAPED	Accertamento della Complessità Clinico Assistenziale in Pediatria
AGENAS	Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali
BPCO	Broncopneumopatia cronica ostruttiva
CD	Cure Domiciliari
CDC	Casa della Comunità
CIA	Coefficiente di Intensità Assistenziale
COT	Centrale Operativa Territoriale
CP	Cure Palliative
CPDOM	Cure Palliative Domiciliari
CPP	Cure Palliative Pediatriche
CPPDOM	Cure Palliative Pediatriche Domiciliari
CR	Consiglio Regionale
CSR	Conferenza Stato Regioni
DDR	Decreto Dirigenziale Regionale
DGR	Deliberazione della Giunta Regionale
DM	Decreto Ministeriale
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri
DPR	Decreto Presidente della Repubblica
ECG	Elettrocardiogramma
ESAS	Edmonton Symptom Assessment System
G.U.	Gazzetta Ufficiale
IAF	Infanzia, Adolescenza, Famiglia
IFoC	Infermiere di Famiglia o Comunità
IT	Infermiere del Territorio
LEA	Livelli essenziali di assistenza
LR	Legge Regionale
MAP	Medici del ruolo unico di Assistenza Primaria
MCA	Medico di Continuità Assistenziale
NCC	Nucleo di Continuità delle Cure
NECPAL	Necesidades Paliativas - Bisogni di Cure Palliative



ba3b0950



NRS - VRS	Numerical Rating Scale / Verbal Rating Scale
NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario
OSS	Operatore Socio Sanitario
PAC	Pacchetti Assistenziali Complessi
PAI	Progetto di Assistenza Individuale
PALCOM	Predictive Model of Complexity in Palliative Care
PCC	Pianificazione condivisa delle cure
PDTA	Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali
PIC	Presa in Carico
PICC	Catetere Venoso Centrale ad inserzione periferica
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
POCT	Point of Care Testing
PRI	Piano Riabilitativo Individuale
PSSR	Piano Socio Sanitario Regionale
PT/INR	Tempo di Protrombina
RLCP	Rete Locale delle Cure Palliative
SIAD	Sistema Informativo Assistenza Domiciliare
SIFOC	Servizi di Infermieristica di Famiglia o Comunità
SSN / SSR	Servizio Sanitario Nazionale / Regionale
SVAMA	Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Adulte e Anziane
TD	Terapia del Dolore
UCA	Unità di Continuità Assistenziale
UCPDOM	Unità di Cure Palliative Domiciliari
UO	Unità Operativa
UVMD	Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale
VMD	Valutazione Multidimensionale



ba3b0950



Glossario

Assistenza domiciliare integrata (ADI): è una componente delle Cure Domiciliari, consiste in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc... garantiti da personale sanitario e socio sanitario, rivolti a persone non autosufficienti, con condizioni di fragilità, patologie in atto o esiti delle stesse, finalizzati alla stabilizzazione del quadro clinico, a limitare il declino funzionale e a migliorare la qualità della vita. Si articolano in tre livelli a seconda dell'intensità assistenziale. Le cure domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia. Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentono la presa in carico della persona e la definizione del "Progetto di assistenza individuale" (PAI).

Centrale ADI: è la sede organizzativa dell'ADI, riceve tutte le richieste di attivazione di interventi domiciliari integrati e di continuità dell'assistenza, svolgendo funzione di supporto, collegamento e coordinamento delle prestazioni sanitarie e degli interventi domiciliari integrati. Funge da raccordo dell'*équipe* delle cure domiciliari, provvede all'attivazione dei servizi di telemedicina per le persone assistite in carico e coordina i piani di lavoro in agende dedicate. Può essere organizzata come modulo funzionale della COT spoke, comunque in condivisione informativa con la COT hub.

Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA): è un coefficiente impiegato per determinare l'intensità assistenziale in ambito domiciliare, consiste nel rapporto tra le giornate di effettiva assistenza in cui è avvenuto almeno un accesso domiciliare e le giornate di cura dalla data della presa in carico alla cessazione del programma.

COT hub: è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere inoltre dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. Ha il ruolo di coordinamento e gestione delle diverse COT spoke. In particolare, opera con funzionamento 24 ore su 24, 7 giorni su 7, garantisce la presa in carico e la decodifica di bisogni complessi anche in relazione a territori di altre Aziende ULSS e/o di altre Regioni. La COT hub aziendale garantisce la presa in carico ed il presidio della funzione di tele monitoraggio.

COT spoke: è un modello organizzativo presente almeno in ogni Distretto per la presa in carico globale dei bisogni sanitari, sociosanitari e socioassistenziali delle persone con cronicità complessa e/o fragili insistenti sul territorio di afferenza del distretto della COT.

Cure Domiciliari: è un servizio a valenza distrettuale rivolto all'erogazione a domicilio di interventi multiprofessionali caratterizzati da un livello di intensità di cure e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza; si articolano in cure domiciliari di base, ADI e cure palliative in età adulta e pediatrica.

Cure Palliative: è l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona assistita, sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale delle persone la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici.

Infermiere del territorio (IT): è l'infermiere che opera nei diversi servizi territoriali.

Infermiere dell'Assistenza Domiciliare Integrata: è l'infermiere territoriale (IT) che attua assistenza infermieristica domiciliare per persone assistite eleggibili all'ADI e alle cure palliative domiciliari. A livello organizzativo le *équipe* che erogano assistenza infermieristica domiciliare sono composte da IT di cui alcuni specificatamente formati nell'ambito delle cure palliative.



ba3b0950



Medico del ruolo unico di assistenza primaria (MAP): ai sensi del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189, è istituito il Ruolo Unico nel quale confluiscono tutti i medici di assistenza primaria attualmente titolari di rapporto convenzionale a tempo indeterminato.

Progetto di Assistenza Individuale (PAI): definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'UVMD, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, della persona assistita e della sua famiglia¹.

Punto Unico di Accesso (PUA): porta di accesso al sistema socio sanitario con il compito di soddisfare il fabbisogno informativo, avviando una azione di orientamento e accompagnamento all'accesso ai servizi e di presa in carico unitaria della persona non autosufficiente, è uno strumento di facilitazione, che mira a promuovere e sostenere le garanzie di maggiore equità nell'accesso ai servizi e alla presa in carico.

Rete Locale delle Cure palliative (RLCP): è un modello organizzativo funzionale che consente un'efficace presa in carico e la gestione integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in Hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali.

Servizi di Infermieristica di Famiglia o Comunità (SIFoC): servizi obbligatoriamente previsti nelle case della comunità hub che comprendono IT e IFoC dedicati alla gestione dei bisogni di assistenza correlati alla cronicità e alla fragilità; si rivolgono a persone non eleggibili all'ADI o alla gestione in strutture intermedie/strutture residenziali/setting specialistici o per acuti; il personale è organizzato in *équipe* sulla base di criteri territoriali; l'approccio è di tipo sistemico che interpreta il mantenimento della salute, la malattia e la pianificazione assistenziale come espressione delle interazioni tra il sistema famiglia, i sottoinsiemi individuali dei componenti e il contesto sociale a cui afferiscono.

Teleassistenza: è un atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria (infermiere/fisioterapista/logopedista/ecc.) che si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e persona assistita/*care-giver* per mezzo di una videochiamata, alla quale si può all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati referti o immagini. Il professionista che svolge l'attività di teleassistenza può anche utilizzare idonee applicazioni informatiche per somministrare questionari, condividere immagini o video tutorial su attività specifiche. Lo scopo della teleassistenza è quello di agevolare il corretto svolgimento di attività assistenziali, eseguibili prevalentemente a domicilio. La teleassistenza è di norma programmata e ripetibile in base a specifici programmi di accompagnamento alla persona².

Teleconsulto: è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite videochiamata, riguardo la situazione clinica di una persona assistita, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici riguardanti il caso specifico. Tutti i suddetti elementi sono condivisi per via telematica sotto forma di file digitali idonei per il lavoro che i medici in teleconsulto ritengono necessari per l'adeguato svolgimento del loro lavoro. Il teleconsulto tra professionisti può svolgersi anche in modalità asincrona, quando la situazione della persona assistita lo permette in sicurezza. Quando l'assistito è presente al teleconsulto, si svolge in tempo reale utilizzando le modalità operative analoghe a quelle di una televisita e si configura come una visita multidisciplinare.

Teleconsulenza: è un'attività sanitaria, di professionisti medici e delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che hanno differenti responsabilità rispetto al caso specifico. Essa consiste nella richiesta di supporto durante lo svolgimento di attività sanitarie, a cui segue una videochiamata

¹ DPCM 12 gennaio 2017, art. 21. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

^{2, 3, 4} Decreto del Ministero della salute il 29 aprile 2022 Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare



ba3b0950



in cui il professionista sanitario interpellato fornisce all'altro, o agli altri, indicazioni per la presa di decisioni e/o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte all'assistito. La teleconsulenza può essere svolta in presenza dell'assistito, oppure in maniera differita. In questa attività è preminente l'interazione diretta tramite la videochiamata, ma è sempre necessario garantire all'occorrenza la possibilità di condividere almeno tutti i dati clinici, i referti e le immagini riguardanti il caso specifico. È un'attività su richiesta ma sempre programmata.

Telemedicina: modalità di erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza inclusa in una rete di cure coordinate; è utilizzata dal professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari. Richiede l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD): unità che svolge le attività di valutazione multidimensionale; essa costituisce, per le persone in stato di bisogno socio sanitario complesso e per i minori che richiedono particolari interventi di protezione e tutela, la modalità di accesso al sistema integrato dei servizi socio sanitari che richiedono un coordinamento interistituzionale ed integrazione delle risorse.

La domanda di valutazione per l'accesso alla rete dei servizi può essere effettuata dalla persona in stato di bisogno socio sanitario, ovvero dal tutore o dall'amministratore di sostegno, da un familiare, da un operatore sociale, socio-sanitario e sanitario che ha in carico la situazione (MAP, Assistente Sociale...).

La composizione dell'UVMD viene definita da ogni AULSS; i componenti minimi sono il direttore di Distretto in qualità di Responsabile UVMD, il MAP/PLS e l'assistente sociale del comune di residenza dell'assistito o del distretto per le materie delegate con il coinvolgimento della persona assistita/*care-giver*.

Valutazione multidimensionale (VMD): per i casi più complessi, la valutazione multidimensionale viene effettuata in maniera multidisciplinare, con convocazione da parte del responsabile di altri operatori sociali, socio-sanitari o sanitari che possono essere concretamente coinvolti nel processo di presa in carico.

Valutazione multidimensionale semplificata: per situazioni meno complesse la valutazione multidimensionale viene condotta dai professionisti in maniera semplificata, in modo da snellire le procedure e garantire la necessaria tempestività nelle risposte. Tale semplificazione riguarda il numero dei professionisti e le modalità di integrazione delle informazioni, che viene affidata ad un unico servizio sulla base delle informazioni raccolte e delle valutazioni effettuate dai singoli professionisti. La DGR 2372/2011 all'allegato E prevede una scheda di VMD semplificata.



ba3b0950



Premessa

Nel Decreto del Ministero della Salute del 23 maggio 2022, n. 77, “Regolamento recante la definizione di modelli e *standard* per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” vengono definite le cure domiciliari come un servizio a valenza distrettuale, finalizzato all’erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell’ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Vengono distinte le forme di Assistenza Domiciliare Integrata (di seguito ADI) dalle Cure Palliative (di seguito CP) domiciliari, definite come un LEA specifico.

La distinzione tra ADI e CP, tuttavia, può anche non essere presente a livello organizzativo aziendale nella composizione dell’*équipe*, purché i professionisti siano formati specificatamente in CP, come previsto dalla normativa vigente.

In riferimento a tale decreto, la Regione del Veneto con DGR n. 721 del 22 giugno 2023 ha approvato il documento di programmazione regionale, il quale riporta la declinazione tecnica e operativa degli aspetti programmatici e organizzativi della nuova rete territoriale assistenziale.

Il Decreto interministeriale 23 gennaio 2023 - PNRR Missione 6 Componente 1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale - Investimento 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina - Sub-Investimento 1.2.1 Casa come primo luogo di cura (ADI), stabilisce come obiettivo per l’assistenza domiciliare l’aumento del volume delle prestazioni rese, fino alla presa in carico, entro il secondo trimestre del 2026 (unico *Target* Europeo), di almeno 800.000 nuove persone assistite *over 65* corrispondente al 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni, in linea con le migliori prassi europee, rispetto all’attuale 5% in media tra le diverse regioni italiane.

La conseguente DGR n. 574 del 09 maggio 2023, che approva il Piano Operativo Regionale - Assistenza Domiciliare - esprime indicazioni operative e organizzative per la Regione del Veneto, e definisce come obiettivo incrementale relativo al *target* di popolazione assistiti ADI *over 65*, la presa in carico di 43.894 assistiti, distribuito per ogni Azienda ULSS con valutazione annuale ed eventuale rimodulazione. Il suddetto piano si propone di aumentare le prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico 132.492 persone di età superiore ai 65 anni nell’anno 2025, registrando un incremento di 43.894 assistiti attesi rispetto all’anno 2019 e raggiungendo così il *target* del 10,98% della popolazione *over 65* con almeno una presa in carico (PIC) erogata nell’anno 2025.

In ordine agli obiettivi delle CP, la citata DGR n. 721 del 22 giugno 2023 oltre a declinare gli *standard* previsti dal DM 77/2022 per i diversi servizi, descrive il modello di Cure Domiciliari, prevedendo che le unità di CP domiciliari, coordinate dalle UOC Cure Palliative, possano erogare assistenza al domicilio della persona attraverso un modello funzionale che si avvale del personale dell’ADI, opportunamente formato.

Un ulteriore elemento di orientamento rispetto alle CP è determinato dall’obiettivo definito nella L. 29 dicembre 2022, n. 197 che prevede il raggiungimento del 90% della popolazione interessata, entro il 2028, nei diversi setting assistenziali previsti, tra cui quello domiciliare.

Allo scopo di accompagnare le Aziende Sanitarie all’attuazione dello sviluppo dell’assistenza territoriale, sono state redatte le presenti linee di indirizzo, finalizzate a completare gli elementi organizzativi del modello regionale delle Cure Domiciliari, individuando i seguenti obiettivi:

1. migliorare l’accessibilità ai servizi di Cure Domiciliari e Cure Palliative adulte e pediatriche;
2. delineare le iniziative volte al raggiungimento dell’incremento del volume di prestazioni rese in assistenza domiciliare, fino alla presa in carico del 10,98% della popolazione *over 65*, comprensivo dell’incremento delle prese in carico in CP domiciliari;
3. favorire l’implementazione di servizi di Telemedicina nel *setting* domiciliare;
4. sviluppare le competenze del personale delle cure domiciliari.



ba3b0950



PARTE 1

1. Popolazione *target* e bisogni di cure domiciliari

La stima della popolazione residente in Veneto al 01/01/2023 è di 4.838.253 abitanti di cui 2.377.688 maschi (49%) e 2.460.565 femmine (51%), con una diminuzione di 9.492 residenti rispetto all'anno precedente.

La Relazione Socio-Sanitaria della Regione del Veneto del 2023 (dati 2022) indica i dati relativi alla popolazione e all'assistenza domiciliare; la quota di popolazione anziana è in costante aumento: attualmente gli ultra 65enni sono circa 1.168.000 e i bambini di 0-14 anni 598.000, con un rapporto di 195 anziani ogni 100 bambini (indice di vecchiaia). Tale indicatore negli anni '80 era pari a 62, misura che saliva a 136 nel 2000; dal 2002 al 2011 l'immigrazione straniera di persone giovani, che ha determinato un incremento della natalità, ne ha frenato l'aumento, ripreso dal 2012 sia per l'esaurirsi degli effetti del contributo dell'immigrazione straniera, sia per l'aumento della speranza di vita.

Applicando le stime di prevalenza fornite dall'ISTAT, risultano 328.045 residenti non autosufficienti *over 65* (28,4% sugli *over 65*), 252.083 persone con disabilità (ovvero che soffrono, a causa di problemi di salute, di gravi limitazioni che impediscono loro di svolgere attività abituali, stimati come il 5,2% della popolazione residente) e 49.923 persone con limitazioni funzionali gravi (1,62% della popolazione in età compresa tra 15 e 64 anni).

In ambito di assistenza domiciliare nel corso del 2022 risultano erogati a residenti in Veneto 2.126.861 accessi domiciliari. Considerando solo gli accessi degli operatori sanitari di cure domiciliari, risultano essere stati effettuati 1.773.072 accessi, in particolare, da infermieri (75%, 1.321.414 accessi) e da medici di medicina generale (17%, 296.543 accessi). Nel 2022 più di 8 assistiti su 10 hanno 65 anni o più e in questa fascia di popolazione risultano in carico il 9,7% degli assistiti. Gli assistiti ultra 75enni sono invece quasi il 75% degli assistiti presi in carico e il 16,7% della popolazione residente.

Nelle figure che seguono, sono rappresentati i tassi di assistiti in cure domiciliari nell'anno 2022 per livello di CIA e la loro distribuzione per Azienda ULSS (Fig. 1 e Fig. 2).

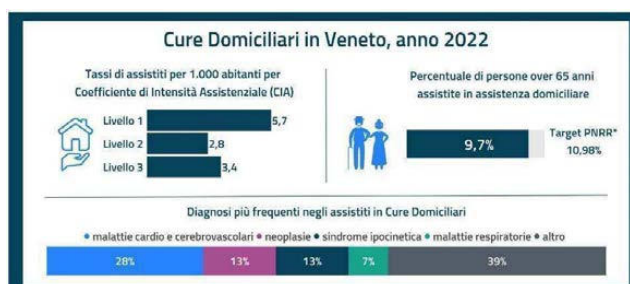


Figura 1 Cure domiciliari anno 2022. (Fonte Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto Anno 2023 - Dati 2022)



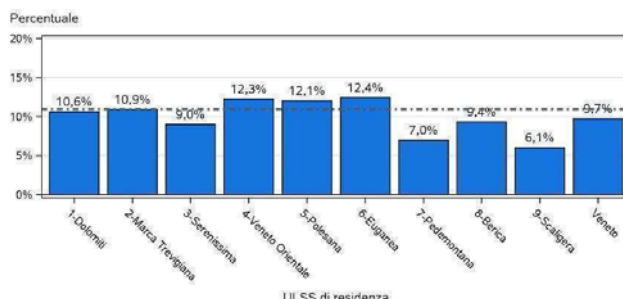


Figura 2 Percentuale di persone over 65 anni assistite in assistenza domiciliare confrontata con il *target* previsto dal PNRR (10,98% - linea tratteggiata). (Fonte Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto Anno 2023 - Dati 2022)

Con riferimento al raggiungimento dell'obiettivo relativo all'assistenza domiciliare definito per il Veneto al 10,98% (Decreto Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 23 gennaio 2023, allegato 1), un elemento chiave è rappresentato dalla implementazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) attraverso l'alimentazione del flusso SIAD (Sistema Informativo Assistenza Domiciliare), con l'aggregazione di tutti i coefficienti di intensità assistenziale (CIA) da quello base alle CP domiciliari.

Al raggiungimento del *target* contribuiranno gli assistiti con almeno una PIC nell'anno di riferimento, cioè i soggetti residenti con almeno una PIC di tipo sanitario o sociosanitario in cui vi sia la registrazione di una diagnosi, uno o più bisogni assistenziali e una SVAMA / Scheda di VMD semplificata.

A seguito dell'emanazione del DM del 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria - il monitoraggio dell'attività sanitaria è misurata da alcuni indicatori che contribuiscono alla valutazione da parte del Ministero della Salute dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Per le cure domiciliari l'indicatore *core* di valutazione è il "tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (Coefficiente di Intensità Assistenziale - CIA)".

Le principali patologie croniche oggetto di PIC sono: cardiovascolari, le quali risultano essere le patologie più frequenti tra gli assistiti in Cure Domiciliari (28%), seguite dalle neoplasie (13%), dalla sindrome ipocinetica (13%) e le patologie metaboliche, concentrate oltre la fascia di età di 50 anni. Nel caso di soggetti con singole patologie ad alta prevalenza come: BPCO, scompenso cardiaco, demenza e diabete, l'elemento peculiare è dato da un elevato livello di eterogeneità dei bisogni clinici e di complessità assistenziale per patologie della medesima tipologia.

Considerando i soli soggetti seguiti in maniera più intensiva, le diagnosi prevalenti risultano essere le malattie cardio e cerebrovascolari (21%), le neoplasie (21%) e le demenze (11%).

Per quanto riguarda le CP, nel 2022 sono state assistite a domicilio 11.642 persone con quadro oncologico, alle quali sono stati complessivamente erogati 330.297 accessi, di cui 57.466 da parte del medico palliativista (fonte: Relazione Socio-Sanitaria della Regione del Veneto del 2023 (dati 2022)).

Il Piano di potenziamento della rete regionale di CP in età adulta e in età pediatrica per l'anno 2024 (approvato con DGR n. 68 del 29 gennaio 2024) indica un bisogno di CP di base e specialistico stimato dell'1% in riferimento alla popolazione adulta (>18 anni), pari a 40.640 persone.

Di questi circa il 60% è affetto da insufficienza d'organo *end stage* causata da patologie non oncologiche, il restante 40% è affetto da patologia oncologica.

La quota minorile della popolazione (16,2% secondo i dati ISTAT) è pari a circa 785.000 abitanti.



ba3b0950



I dati di letteratura più recenti evidenziano che il bisogno di Cure Palliative Pediatriche (di seguito CPP) specialistiche è in continuo aumento e che attualmente riguarda 18 minori su 100.000 abitanti (3 minori/anno ogni 100.000 con patologia oncologica e 15 con patologia non oncologica), con un tasso di mortalità annua di 2 minori ogni 100.000 abitanti. Pertanto, la stima dei bisogni di CPP specialistiche per la Regione del Veneto è di circa 873 minori/anno (Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021, recepito con DGR n. 533 del 27.04.21). Più ampio è il bisogno di CPP di base e generali che risulta essere compreso fra 34-54 minori/100.000 abitanti/anno.

Il Centro Regionale di TD e CPP/Hospice Pediatrico istituito presso l'Azienda Ospedale Università di Padova con DGR n. 4029 del 19 dicembre 2003, gestisce persone con bisogni complessi su tutto il territorio Veneto, in condivisione con le Aziende sanitarie della Regione. Dall'istituzione nel 2003 del Centro, l'attività svolta a favore di assistiti in età pediatrica con malattie inguaribili ad alta e altissima complessità assistenziale e delle loro famiglie è andata significativamente aumentando. Nel 2023 i bambini presi in carico per le CPP erano circa 383. Ogni giorno più di 300 assistiti in età pediatrica "complessi" sono gestiti al proprio domicilio su tutto il territorio regionale e per tutti gli operatori del Sistema Socio Sanitario Regionale è a disposizione un'attività h 24 di consulenza e di valutazione condivisa in tutti i setting di cura.

Nel 2022 con età compresa da 0 a 25 anni sono stati effettuati 285 ricoveri su 161 assistiti con un'età media di 9,1 anni; il 49% dei ricoveri è rivolto a minori di sesso femminile e il 93% a residenti in Veneto. Le patologie più presenti nei ricoverati sono le malattie del sistema neurologico e neuromuscolare (49%) e le malformazioni congenite o condizioni morbose di origine perinatale (27%); solo il 5% dei ricoveri è dovuto a tumori. I bisogni maggiormente affrontati sono la gestione dell'insufficienza respiratoria, delle stomie artificiali, delle apparecchiature medicali o respiratorie e la gestione dei diversi sintomi derivanti dalla complessità clinico assistenziale. Il 2,5% dei ricoveri si conclude con il decesso mentre la durata media dei ricoveri è di 4,5 giorni. (fonte: Relazione Socio-Sanitaria della Regione del Veneto del 2023 (dati 2022)).

2. Il modello organizzativo delle Cure Domiciliari

L'ADI è attiva nel Sistema Sanitario Nazionale da diversi decenni. Con l'istituzione della Legge 833/78, si gettano i presupposti per la nascita di una vera assistenza al di fuori delle mura ospedaliere. Fu tuttavia agli inizi degli anni '90, che l'allora Ministero della Sanità emanò delle "Linee guida per l'attuazione del progetto obiettivo - tutela della salute degli anziani -" che contenevano, tra le altre, alcune peculiari indicazioni riguardo all'ADI; nello specifico essa veniva così definita: *"L'Assistenza domiciliare integrata è un sistema integrato di interventi domiciliari in favore di soggetti aventi necessità di un'assistenza sociosanitaria continuativa, che consente alla persona parzialmente, temporaneamente o totalmente non autosufficiente di rimanere il più possibile nel proprio ambiente di vita. In particolare, l'ADI garantisce, in relazione ai bisogni dell'utente, un insieme di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socio-assistenziali, rese al domicilio dell'ammalato, nel rispetto di standard minimi di prestazione, in forma integrata e secondo piani individuali programmati, definiti con la partecipazione delle figure professionali interessate al singolo caso."* L'ADI si è sviluppata quindi in seno ad un progetto-obiettivo che si caratterizzava per essere *"un impegno operativo idoneo a fungere da polo di aggregazione di attività molteplici delle strutture sanitarie, integrate da servizi socio-assistenziali, al fine di perseguire la tutela socio-sanitaria dei soggetti destinatari del progetto"* e come tale era necessario individuare gli elementi indispensabili ad un corretto funzionamento del servizio di assistenza domiciliare integrata, affrontando preliminarmente il problema dell'integrazione dell'ADI con gli altri servizi geriatrici. Ancora, un ulteriore obiettivo era l'istituzione di strumenti di valutazione multidimensionale della non autosufficienza e quindi l'individuazione del potenziale assistito in ADI. Il documento metteva in luce come, a corollario di tutto il processo, dovesse essere garantito l'ottimale utilizzo del patrimonio informativo generato. Nel corso degli anni, con il mutare delle caratteristiche della popolazione, l'aumento delle persone in età senile affette da cronicità e la manifestazione di nuove disabilità e fragilità, si è affinato il processo di presa in carico della popolazione al di fuori del contesto ospedaliero, alimentando in



ba3b0950



questo modo una logica di fondo che consiste in una risposta multidisciplinare dei professionisti che offrono continuità nei percorsi a persone di ogni età, affetti da patologie varie, perlopiù cronico-evolutive (Tidoli R. 2017, *La domiciliarità*, in *NNA (a cura di), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 6° Rapporto 2017-2019*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna). Oggi l'ADI offre interventi di natura clinico-assistenziale-riabilitativa e sociale, intesi come attività che rispondono a determinate necessità sanitarie, sociosanitarie e sociali (Gori C., Trabucchi M. (2021), *Che cosa abbiamo imparato dal Covid*, in *NNA (a cura di), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 7° Rapporto 2020-2021*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna). L'ADI nasce e si sviluppa quindi come un servizio di risposta al bisogno di salute, la cui impostazione permette di accogliere efficacemente la domanda di salute, attraverso l'adozione di un approccio di *care* multidimensionale e multidisciplinare, fondato su uno sguardo complessivo della condizione della persona e dei suoi molteplici fattori di fragilità, che preveda di conseguenza risposte ben più ampie e articolate attraverso strumenti con il fine di intercettare precocemente il bisogno di salute con una ricaduta sulla qualità di vita residua. Anche nell'ambito delle cure palliative e del fine vita l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Global Atlas of Palliative Care at the end of life. WHO January 2014), ribadisce quanto detto dalla letteratura scientifica che orienta l'attenzione sul riconoscimento precoce dei bisogni al fine di offrire una migliore qualità delle cure e una pianificazione efficiente ed appropriata del percorso clinico-assistenziale e terapeutico. La presa in carico del bisogno permette di integrare le diverse tipologie di cure, i diversi professionisti della salute e i diversi *setting* assistenziali/organizzativi (ospedale, residenzialità, domicilio etc.). Con la Legge 38/2010 l'Italia ha adottato un quadro organico di principi e disposizioni normative per garantire un'assistenza qualificata appropriata in ambito palliativo e della terapia del dolore, per la persona assistita e la sua famiglia. L'art. 2 di questa norma, definisce le cure palliative come "*L'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici*". Sempre nello stesso articolo viene anche definita la terapia del dolore come "*L'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore*". La norma ha un carattere universalistico, all'art 1 infatti viene sottolineato come "*le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore assicurano un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei seguenti principi fondamentali*:"

- a) *tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione;*
- b) *tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine;*
- c) *adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.*"

Nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.", all'art 22, vengono declinate le Cure Domiciliari, intese come percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita rivolte alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse. Nello stesso documento, all'art 23, vengono definite le Cure Palliative domiciliari rivolte a persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Le cure sono erogate dalle Unità di Cure Palliative (UCP) sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione artificiale, da aiuto infermieristico, assistenza tutelare professionale e sostegno spirituale.



ba3b0950



3. Classificazione delle Cure Domiciliari

Il DPCM 12 gennaio 2017 nel definire e aggiornare i LEA, stabilisce i livelli in cui si articolano le cure domiciliari (art. 22), in relazione al bisogno di salute della persona assistita e al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale.

Cure domiciliari di livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base sono caratterizzate da un CIA inferiore a 0,14.

Cure domiciliari integrate (ADI) di I^ livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le CD di primo livello richiedono la VMD, la presa in carico della persona e la definizione di un PAI o di un PRI; sono attivabili anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il MAP o il PLS assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

Cure domiciliari integrate (ADI) di II^ livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le CD di secondo livello richiedono la VMD, la presa in carico della persona e la definizione di un PAI o di un PRI; sono attivabili anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il MAP o il PLS assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

Cure domiciliari integrate (ADI) di III^ livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al *care-giver*. Le CD ad elevata intensità richiedono la VMD, la presa in carico della persona e la definizione di un PAI. Il MAP o il PLS assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

CLASSIFICAZIONE CURE DOMICILIARI (DPCM 12 gennaio 2017, art. 22)	CIA
LIVELLO BASE	< 0,14
INTEGRATE (ADI) I LIVELLO	DA 0,14 A 0,3
INTEGRATE (ADI) II LIVELLO	DA 0,31 A 0,5
INTEGRATE (ADI) III LIVELLO	> 0,50

Tabella 1 Livelli di CD (DPCM 12 gennaio 2017)



La classificazione delle cure palliative domiciliari, di cui all'art. 23 del DPCM 12 gennaio 2017, prevede siano articolate nei livelli base e specialistico, esse richiedono la VMD, la presa in carico dell'assistito e dei familiari e la relativa definizione di un PAI.

Cure Palliative livello base: costituite da interventi coordinati dal MAP o dal PLS, che garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con l'assistito e la famiglia; sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi programmati caratterizzati da un CIA minore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale.

Cure Palliative livello specialistico: costituite da interventi da parte di *équipe* multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti alle persone con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità assistenziale, interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50 definiti dal PAI nonché pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore.

CLASSIFICAZIONE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI (DPCM 12 gennaio 2017, art. 23)	CIA
LIVELLO BASE	< 0,5
LIVELLO SPECIALISTICO	> 0,5

Tabella 2 Livelli di Cure Palliative (DPCM 12 gennaio 2017)

4. L'Assistenza Domiciliare Integrata e le Cure Palliative Domiciliari in età adulta e pediatrica nella Regione del Veneto

4.1. Assistenza Domiciliare Integrata

La Regione del Veneto con DGR n. 5273/98 "Linee guida regionali sull'attivazione delle varie forme di ADI" ha definito le basi del proprio modello di Assistenza Domiciliare sanitaria e sociosanitaria identificando i 4 profili di assistenza: riabilitativa, infermieristica, programmata ed integrata, con i relativi contenuti organizzativi e assistenziali. Successivamente, con DGR n. 1721/98 è stata inoltre adottata la Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (SVAMA) quale strumento di valutazione adottato dalle Unità di Valutazione Multidimensionale per l'accesso alla rete dei servizi territoriali ed in particolare, proprio all'ADI. Negli anni successivi il servizio di Assistenza Domiciliare trova sviluppo all'interno delle aziende sanitarie adattandosi alle diverse necessità territoriali. Al fine di orientare questo sviluppo in modo che garantisca il più possibile omogeneità di presa in carico e trattamento su tutto il territorio, la Regione negli anni si è dotata di norme sull'argomento. In particolare, si richiama la DGR 2372/2011 che identificava alcuni *standard* minimi e ottimali (compreso lo *standard* di infermieri per abitante), riordinava le nomenclature e il flusso dei dati di attività al fine di soddisfare il debito informativo regionale e nazionale.

È con il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (LR.n.23/2012) che, nell'ambito specifico delle Cure Domiciliari, è stato posto come obiettivo qualitativamente e culturalmente rilevante, il favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita ed al proprio domicilio. Diventava, pertanto, strategico promuovere un ulteriore sviluppo pianificato ed omogeneo delle cure domiciliari su tutto il territorio regionale, attraverso un'organizzazione che garantisse la continuità dell'assistenza, consolidando le esperienze di ammissione e dimissione protetta con il pieno coinvolgimento del MAP, valorizzando il ruolo dell'infermiere quale figura di collegamento e facilitatore organizzativo, responsabilizzando e coinvolgendo la famiglia/*care-giver* nell'attuazione del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI).



ba3b0950



A tal fine con la DGR 1075/2017 “Revisione del modello regionale delle Cure Domiciliari: primi indirizzi organizzativi per le Aziende ULSS”, la Regione del Veneto ha quindi deliberato le indicazioni organizzative dando precise indicazioni alle aziende sanitarie sui requisiti minimi organizzativi che i Servizi di Cure Domiciliari dovevano garantire su tutto il territorio regionale.

La recente DGR n. 721 del 22 giugno 2023 riprende gli aspetti operativi e organizzativi già esistenti integrandoli con quanto di innovativo è stato previsto nel DM 23 maggio 2022 n. 77. Di seguito si riportano i contenuti:

- **Presenza oraria di personale infermieristico** da garantire 7 giorni su 7, nella fascia oraria compresa tra le ore 07:00 e le ore 21:00;
- **Centrale operativa ADI**: opera in stretta integrazione con la Centrale Operativa Territoriale (COT); la Centrale Operativa dell'ADI riceve tutte le richieste di attivazione di interventi domiciliari integrati e di continuità dell'assistenza, svolgendo funzione di supporto, collegamento e coordinamento delle prestazioni sanitarie e degli interventi domiciliari integrati. Funge da raccordo dell'*équipe* delle cure domiciliari, provvede all'attivazione dei servizi di telemedicina per le persone in carico e coordina i piani di lavoro in agende dedicate. Può essere organizzata quale modulo funzionale della COT spoke, comunque in condivisione informativa con la COT hub (fig. 3).

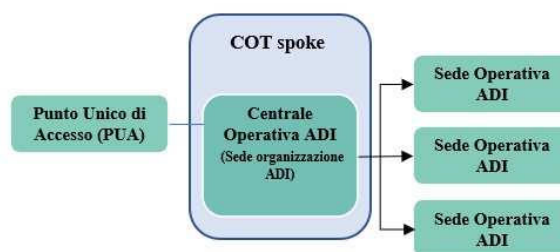


Fig. 3 Centrale ADI- modulo funzionale della COT spoke

- **Contattabilità del personale infermieristico**: garanzia della ricezione da parte di personale infermieristico delle richieste assistenziali delle persone 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 con l'individuazione di un unico numero telefonico di riferimento a livello di Azienda ULSS, facente capo alla Centrale operativa dell'ADI;
- **Programmazione degli accessi infermieristici** a domicilio sviluppata nell'arco dell'intera settimana (ossia 7 giorni su 7), tenendo conto della complessità clinico-assistenziale delle persone assistite;
- **Integrazione con i MAP e con i Medici di Continuità Assistenziale** attraverso l'organizzazione delle attività infermieristiche domiciliari pianificata tenendo conto della necessità che gli assistiti afferenti ad una stessa forma associativa della medicina generale abbiano come riferimento un'unica *équipe* ADI e condivisione, con modalità conformi alle disposizioni in tema di tutela della privacy, della lista aggiornata e delle informazioni utili sulle persone assistite afferenti al proprio territorio di competenza e già in carico al servizio ADI con la CA;
- **Coordinatore dell'*équipe* ADI**: per la programmazione delle diverse attività dell'ADI e per il coordinamento degli operatori del comparto assegnati all'ADI, in ogni Azienda ULSS previsione di almeno un Coordinatore dell'ADI per distretto, assegnato esclusivamente a tale funzione;
- **Procedure operative aziendali** definite e formalizzate in ogni Azienda ULSS in particolare, per: attivazione della presa in carico della persona assistita in 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/*care-giver*; valutazione periodica della appropriatezza delle persone prese in carico, valutazione degli esiti in termini di efficacia/efficienza degli interventi; inserimento e affiancamento del nuovo personale;

- **Promozione della partecipazione anche degli infermieri operanti nelle Medicine di Gruppo Integrate alle iniziative formative aziendali** relative alla presentazione e condivisione delle procedure aziendali.
- **Informatizzazione:** previsione che la cartella della persona assistita in ADI sia unica e informatizzata in tutte le Aziende ULSS (Cartella unica Cure Domiciliari) e diffusione dell'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 sulla persona e l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico;
- **Gestione dei dati, monitoraggio e audit.**

4.2. Cure Palliative Domiciliari in età adulta

Le CP domiciliari in età adulta, di cui alla Legge n. 38 del 15 marzo 2010, sono garantite dal SSN, nell'ambito della Rete Locale di Cure Palliative (di seguito RLCP) a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Le cure sono erogate dalle UCP.

I profili di cura attivati e la conseguente intensità assistenziale variano a seconda della complessità dei sintomi e dei bisogni delle persone assistite, come evidenziato in Tabella 3 (cure palliative domiciliari di base e specialistiche).

Le *équipe* di Cure Palliative Domiciliari Specialistiche (di seguito UCPDOM) sono caratterizzate da operatività 7/7, H24 e una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità; le cure sono erogate da una *équipe* dedicata e in possesso di specifiche competenze.

I criteri di eleggibilità per le Cure Palliative Domiciliari riguardano tutte le persone con patologia cronica, evolutiva e in guaribile identificati tramite lo strumento NECPAL, come evidenziato dalla DGR 553/2018.

Profili di cura delle CP domiciliari età adulta	
Cure Palliative di base	CIA < 0,5 Sintomi e bisogni (fisici, psicologici, sociali) non complessi Prognosi generalmente > 3 mesi
Cure Palliative Specialistiche	CIA > 0,5 Sintomi e bisogni (fisici, psicologici, sociali) complessi Prognosi generalmente < 3 mesi

Tabella 3 Scheda sinottica dei profili di cura delle CP età adulta (DGR 553/2018)

I profili di cura delle CP domiciliari sono integrati dalle CP simultanee per la gestione dei problemi complessi correlati alla malattia e alle terapie oncologiche. In questo caso il bisogno assistenziale viene identificato attraverso i seguenti criteri:

- Indice di Karnofsky ≥ 50 (scala di misurazione della *performance* dell'assistito che valuta le sue condizioni generali);
- malattia avanzata, non terminale;
- trattamenti antitumorali in atto;
- presenza di sintomi complessi correlati alla malattia o alle complicanze della terapia;



ba3b0950



- necessità di nutrizione artificiale;
- *distress* psicologico.

4.3. Cure Palliative Domiciliari in età pediatrica

Il modello assistenziale previsto dalla DGR 533 del 27 aprile 2021 che recepisce l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul documento recante "Accreditamento della rete di Terapia del dolore e Cure Palliative Pediatriche", prevede un'unica Rete specialistica di Terapia del Dolore e Cure Palliative pediatriche, coordinata da un Centro di Riferimento Regionale, dotato di una *équipe* multispecialistica dedicata; il Centro di Riferimento Regionale deve interagire con le strutture della Rete Locale CP e della Rete di Terapia del Dolore, al fine di garantire la presa in carico del minore assistito a domicilio, per una risposta di prossimità e appropriata al bisogno. Nello stesso provvedimento, cui si rimanda per gli aspetti di dettaglio, sono definiti i requisiti della rete regionale di TD e CPP.

La Regione del Veneto ha istituito il Centro Regionale di TD e CPP/Hospice Pediatrico, dove una *équipe* multiprofessionale, organizza, coordina e supporta la Rete di Cure Palliative Regionale, specifica e dedicata agli assistiti in età pediatrica.

Secondo il Percorso integrato di cura per la TD e le CP in età pediatrica le CPP specialistiche sono rivolte a minori (0-18 anni) con patologia inguaribile (oncologica e non oncologica o senza diagnosi specifica), ed una complessità dei bisogni elevata (Punteggio Accaped >50) e alle famiglie nelle diverse fasi di vita (Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 140 del 12 dicembre 2019), in raccordo tra i numerosi servizi che interagiscono con il minore: cure primarie, scuola, servizi di socialità, altre strutture del sistema socio sanitario (DGR 533/2021).

L'UVMD, redige il PAI in cui viene definita l'intensità della risposta ai complessi bisogni assistenziali dell'assistito in età pediatrica e della famiglia, coerente con il percorso integrato di cura per la TD e CPP di cui al DDR 140/2019.

Le CPP di Base e Generali sono rivolte a minori con patologia inguaribile (oncologica e non oncologica o senza diagnosi specifica), con una complessità dei bisogni bassa (Punteggio Accaped <29 CPP base; tra 30 e 49 CPP generali). Vengono garantite dagli operatori della rete in particolare, PLS/MAP, ADI, specialisti ospedalieri se necessario con attivazione di consulenza specialistica all'*équipe* del Centro Regionale di CPP specialistiche. L'attività di assistenza, di monitoraggio e di sostegno al minore, può essere garantita con l'attivazione delle cure domiciliari di I e II livello.

5. Strumenti per la valutazione di bisogni assistenziali e della complessità clinico assistenziale

Lo strumento di valutazione per l'accesso alle Cure Domiciliari è la scheda SVAMA. Lo strumento valuta diverse dimensioni della persona assistita: sanitaria, cognitivo-funzionale e sociale.

Nel corso del tempo, le scale di valutazione utilizzate nelle diverse aziende sono state molteplici e con diversi livelli di formalizzazione. Questi strumenti hanno contribuito ad una valutazione dei bisogni delle persone assistite, sempre più attenta e accurata, con l'obiettivo di una presa in carico sempre più personalizzata.

Tuttavia, ad oggi non vi è riscontro di un *panel* di scale da utilizzarsi obbligatoriamente nell'ADI, ad eccezione di quanto previsto nella Scheda SVAMA.

La scheda SVAMA permette di definire i profili e i livelli di intensità assistenziale (DGR n. 1133 del 6 maggio 2008 e s.m.i.) misurandone le condizioni sociali e sociosanitarie e definendone il conseguente profilo assistenziale.

Ad oggi gli strumenti di valutazione impiegati nelle CP domiciliari in età adulta sono identificati in due provvedimenti: DGR n. 553 del 30 aprile 2018 "Approvazione del Percorso integrato di cura a supporto dello



sviluppo della rete di cure palliative in età adulta ai sensi della DGR n. 208 del 28 febbraio 2017 ad oggetto: "Individuazione del modello assistenziale di rete delle cure palliative e della terapia del dolore della Regione Veneto. Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (LR del 29 giugno 2012, n. 23)" e DGR n. 1636 del 19 dicembre 2022 "Approvazione dei requisiti di accreditamento istituzionale delle reti di cure palliative. Legge regionale n. 22 del 16 agosto 2002".

Nella tabella 4 di seguito illustrata, sono rappresentati gli strumenti per valutazione dei bisogni e la valutazione della complessità clinica e assistenziale utilizzati dai diversi professionisti della RLCP, ad oggi indicati per l'impiego nei contesti di cure palliative della regione.

Strumento	Ambito di bisogno/complessità	Rilevatore/valutatore
NECPAL CCOMS-ICO Tool	Bisogno di cure palliative	MAP Medico specialista
IDC-Pal (Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos)	Livello di complessità della situazione clinica ed assistenziale e appropriatezza di intervento di cure palliative	MAP Medico palliativista Medico specialista Team RLCP
IPOS (Integrated Palliative Outcome Scale)	Valutazione dei principali bisogni e preoccupazioni delle persone assistite e valutazione degli esiti	Assistito Staff della RLCP
Phase of Illness	Un sistema di valutazione delle traiettorie di malattia cronica. Permette di classificare lo stato dell'assistito ed individuare i momenti trigger per la modifica del PAI o dei percorsi assistenziali specialistici.	MAP Medico Palliativista Medico specialista
SVAMA – Valutazione Sanitaria	Bisogni fisici e funzionali	MAP
PaP Score (Palliative Prognostic Score)		Medico Palliativista
Indice di Karnofsky – ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group)		
Scala DN4 (Dolore neuropatico in quattro domande)		
SVAMA – Valutazione Cognitiva e Funzionale		
PAINAD (Pain Assessment In Advanced Dementia)		



ba3b0950



NRS (Numerical Rating Scale) – VRS (Verbal Rating Scale)		
ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale)		
Mini Nutritional Assessment	Bisogni nutrizionali	Dietista
Hospital Anxiety Depression Scale	Bisogni psico educativi relazionali	Psicologo
Termometro dello Stress		
Scheda valutazione bisogni psico- socio-educativi		
SVAMA – Valutazione Sociale	Bisogni sociali	Assistente Sociale

Tabella 4 Strumenti per la valutazione del bisogno di cure palliative, dei bisogni assistenziali e valutazione della complessità assistenziale (DGR 553/2018 e DGR 1636/2022)

L'utilizzo degli strumenti nell'ambito delle Cure Domiciliari, sia per quanto riguarda la precoce identificazione delle persone con bisogni di cure palliative attraverso NECPAL, sia per la possibilità di stratificazione della complessità dei bisogni della persona attraverso IDC-Pal, permette di intraprendere il percorso più appropriato all'esigenza emersa.

In ambito pediatrico, le difficoltà nell'identificare i bambini eleggibili alle CPP sono state riconosciute come una delle principali barriere per lo sviluppo e l'integrazione delle cure palliative. La sola diagnosi di malattia inguaribile infatti (*life-limiting-life threatening conditions* o *terminal condition*), non rappresenta l'unico criterio utile all'individuazione della persona assistita per le CPP ma, deve includere anche il criterio della complessità assistenziale. Con Decreto del Direttore Generale dell'Area sanità e sociale del 12 dicembre 2019, n. 140 "Approvazione del percorso integrato di cura per la terapia del dolore e le cure palliative in età pediatrica" è stata identificata la Scheda di Accertamento dei bisogni Clinico Assistenziali Complessi in Pediatria (AccaPed), validata anche in lingua italiana, quale strumento per identificare precocemente i bambini e gli adolescenti affetti da patologia inguaribile eleggibili alle CPP specialistiche e stratificare il bisogno dei servizi di CPP di Base (punteggio <29), CPP Generali (punteggio <29-49) o CPP Specialistiche (punteggio >50).

Si evidenzia come lo strumento possa essere utilizzato dall'operatore sanitario che lavora in servizi di CPP specialistiche o in ambito pediatrico (oncologo, neurologo, infermiere pediatrico, rianimatore/intensivista), ossia in servizi sanitari in grado di erogare CPP generali e CPP specialistiche, mentre l'utilizzo della scheda da parte di professionisti sanitari non in possesso di competenze in ambito pediatrico, porta a una valutazione non efficace.



ba3b0950



PARTE 2

6. Rappresentazione dei percorsi di presa in carico in ADI e CP domiciliari età adulta e pediatrica in applicazione del DM 77/2022

Di seguito vengono rappresentati i percorsi di presa in carico in ADI, Cure Palliative in età adulta e pediatrica, incluso il percorso di presa in carico del minore con dolore, adeguati secondo quanto previsto dal DM 77/2022.

Azione	Soggetti coinvolti	Modalità operative	Strumenti
1. Manifestazione/ intercettazione e segnalazione del bisogno	<ul style="list-style-type: none"> - MAP/PLS/MCA - IFoC/IT dei SIFoC (es.: transizione da SIFoC ad ADI) - Altri professionisti di area sanitaria e sociale - Persona con bisogno di cure e <i>care-giver</i>/famiglia - Centrale Operativa 116117 - COT 	<ul style="list-style-type: none"> - Accesso/contatto con PUA della CdC a scopo informativo o con Centrale Operativa 116117 (<i>assistito / care-giver / famiglia</i>) - Invio richiesta di attivazione Cure Domiciliari di base o ADI alla COT spoke/Centrale ADI in condivisione informativa con COT hub (MAP-PLS) - Segnalazione a COT hub/spoke/Centrale ADI per evidenziare il nuovo bisogno (IT, IFoC, altri professionisti di area sanitaria e sociale) 	<ul style="list-style-type: none"> - Scheda attivazione ADI - Prescrizione MAP/PLS - Scheda bisogni (DGR 2372 del 29.12.2011 all. D) e smi - Domanda UVMD - Altri strumenti identificati dalle AULSS
2. Valutazione del bisogno	<ul style="list-style-type: none"> - PUA/Centrale ADI/COT Spoke - MAP/PLS - IFoC/IT dei SIFoC (es.: transizione da SIFoC ad ADI) - IT dell'ADI e altri professionisti di area sanitaria e sociale 	<ul style="list-style-type: none"> - Prima lettura del bisogno e avvio dei percorsi appropriati alla complessità del bisogno; attivazione dell'UVMD per i bisogni complessi - Pianificazione degli accessi domiciliari per valutazione e/o presa in cura - Valutazione mediante gli strumenti previsti a seconda della complessità del bisogno - VMD semplificata (DGR 2372 del 29.12.2011 all. E) - Coinvolgimento della persona / famiglia / <i>care-giver</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Scheda bisogni (DGR 2372 del 29.12.2011 all. D) e smi - SVAMA <ul style="list-style-type: none"> Valutazione Sanitaria Valutazione Cognitiva e Funzionale Valutazione Sociale (DGR 2961 del 28.12.2012 all. B) - Scheda di VMD semplificata (DGR 2372 del 29.12.2011 all. E) - Altri strumenti identificati dalle AULSS



ba3b0950



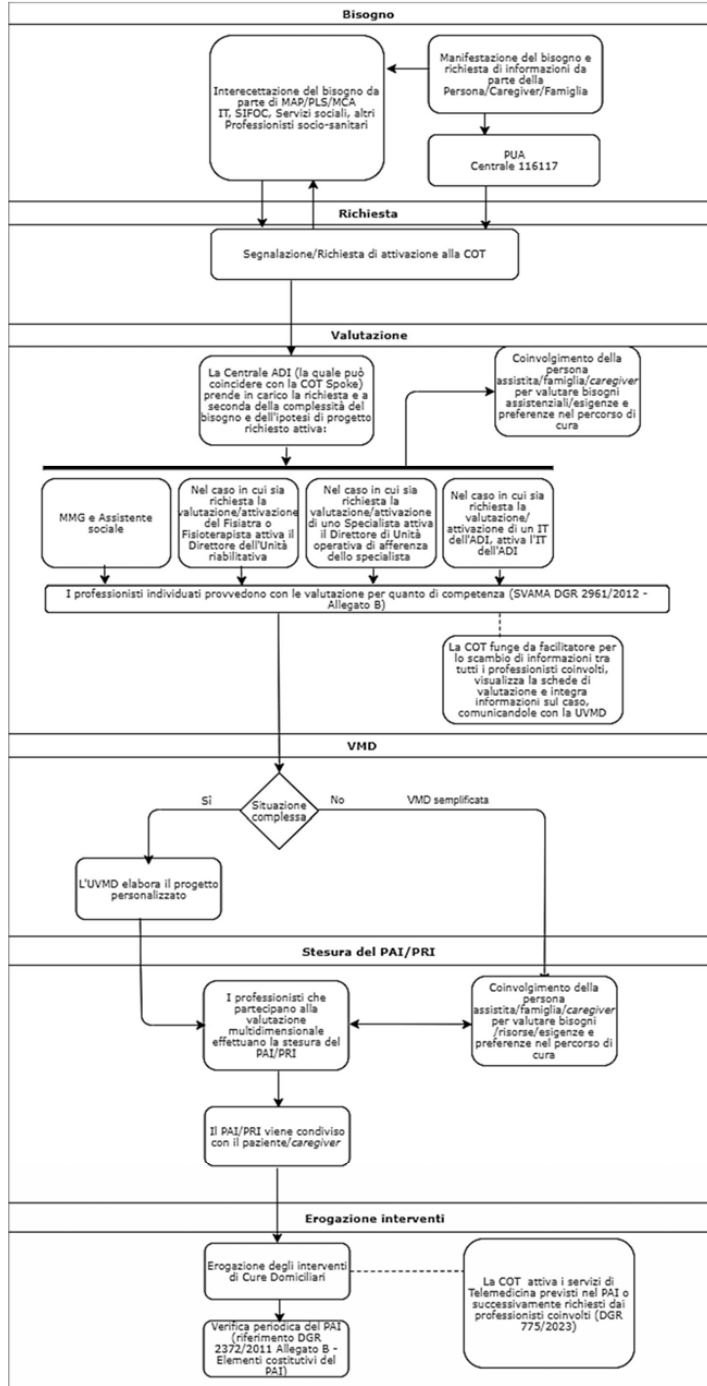
3. Valutazione attraverso UVMD (bisogno complesso)	<ul style="list-style-type: none"> - UVMD - Soggetti convocati - Persona con bisogno di cure e <i>care-giver</i>/famiglia 	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione multidimensionale multiprofessionale in presenza o videoconferenza - Coinvolgimento della persona / famiglia / <i>care-giver</i> - Stesura, approvazione ed autorizzazione del PAI - Individuazione del "case manager" - Definizione delle modalità e dei tempi per la verifica 	<ul style="list-style-type: none"> - SVAMA (DGR 2961 del 28.12.2012 all. B) - Altri strumenti identificati dalle AULSS - PAI - PRI
4. Attuazione del PAI	<ul style="list-style-type: none"> - MAP/PLS/MCA - IT dell'ADI - Altri professionisti di area sanitaria e sociale - Persona assistita e <i>care-giver</i>/famiglia 	<ul style="list-style-type: none"> - Pianificazione degli accessi domiciliari e degli interventi in telemedicina - Erogazione degli interventi pianificati 	<ul style="list-style-type: none"> - PAI - PRI - Applicativi per la gestione della documentazione clinica e assistenziale
5. Verifica	<ul style="list-style-type: none"> - MAP/PLS/MCA - IT dell'ADI - Altri professionisti di area sanitaria e sociale - Persona assistita e <i>care-giver</i>/famiglia 	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione della rispondenza degli obiettivi del PAI rispetto ai bisogni della persona assistita, <i>care-giver</i>/famiglia 	<ul style="list-style-type: none"> - PAI - PRI - Applicativi per la tenuta della documentazione clinica e assistenziale

Tabella 5 Percorso di presa in carico in ADI – bisogno con esordio domiciliare (assistito non ricoverato)



ba3b0950



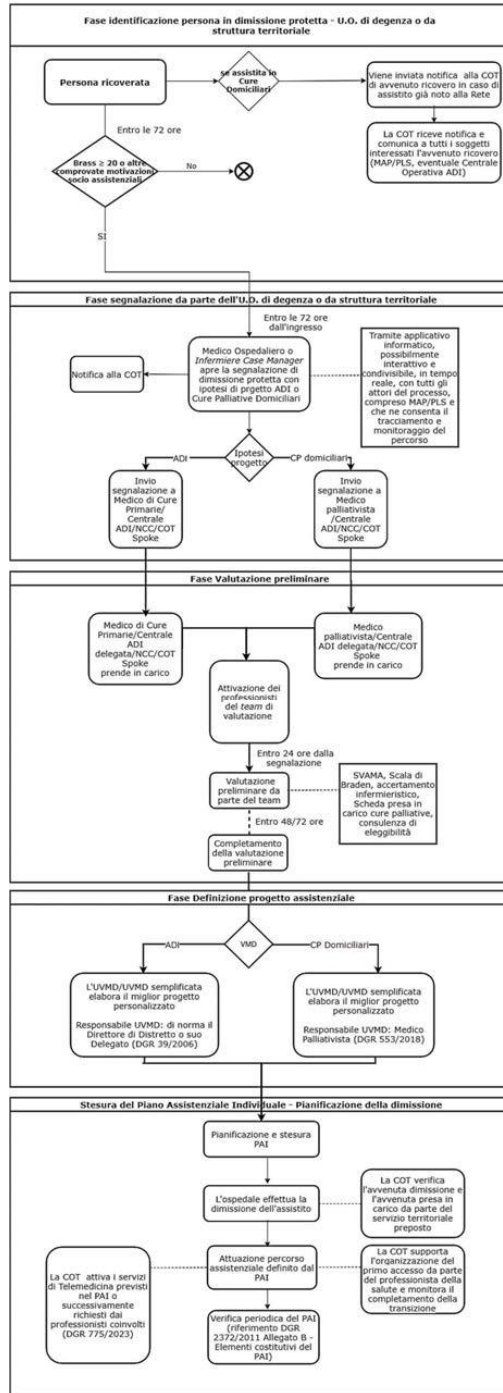


NOTA 1:
 Ai fini della valutazione multidimensionale e della stesura del PAI i professionisti possono effettuare accessi a domicilio della persona assistita prima e durante la UVMD.

NOTA 2:
 I componenti necessitano per lo svolgimento delle funzioni e delle attività dell'UVMD:
 - Direttore Distretto o Delegato
 - MMG
 - Assistente sociale (DGR 4588/2007)

Figura 4 Percorso di presa in carico in ADI – bisogno con esordio domiciliare (assistito non ricoverato)





Nota 1:
La Scala di Brass va utilizzata per la valutazione di persone di età ≥ 65 anni, tra la 24esima e la 72esima ora dall'ingresso dell'assistito (Decreto 31/2023)

Nota 2:
I soggetti a cui inviare la segnalazione, deputati alla valutazione, possono variare in base al contesto organizzativo (Decreto 31/2023)

Figura 5 Percorso di presa in carico da Dimissione Protetta a Cure domiciliari



ba3b0950



Di seguito viene rappresentato graficamente il percorso della persona con bisogno di CP, già puntualmente definito nella DGR 553/2018, allegato A.

Si rimanda a quanto previsto nella DGR 993/2023 in ordine alla necessaria contestualizzazione territoriale dei percorsi integrati di cura definiti nella DGR 553/2018, da parte di ogni azienda con evidenza documentale e applicazione uniforme a livello aziendale.

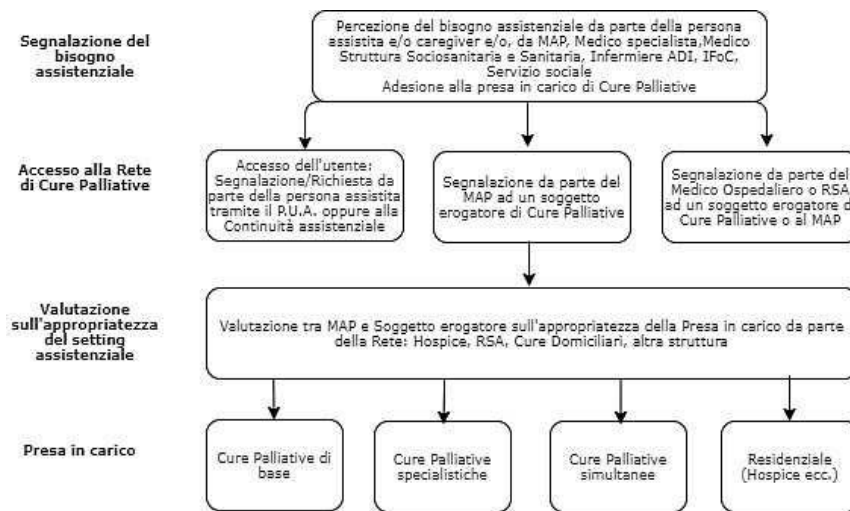


Figura 6 Percorso di accesso alla Rete di Cure Palliative in età adulta



ba3b0950



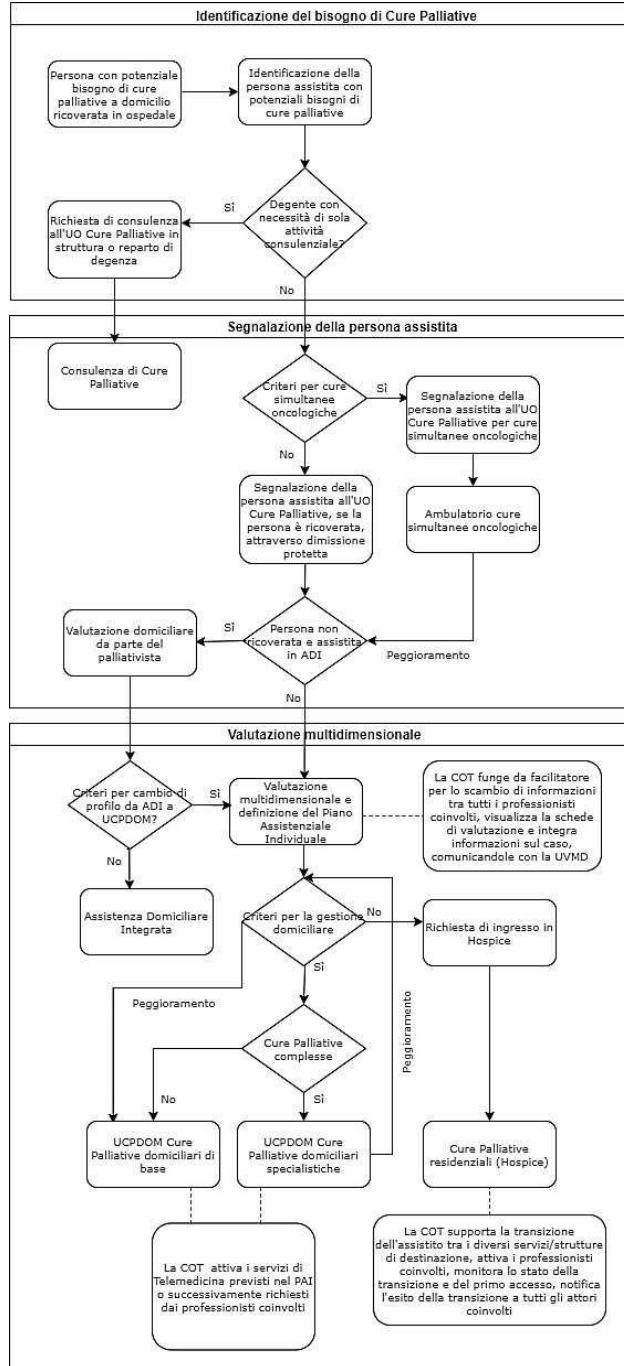


Figura 7 Percorso di Cure Palliative in età adulta



Il Percorso Integrato di Cura per la Terapia del dolore e le cure palliative in età pediatrica previsto con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 140/2019, ha lo scopo di ottimizzare e supportare il lavoro in Rete di tutti i professionisti (Centro di riferimento regionale per CPP e TD, Hospice, Servizi territoriali, Ospedale), per garantire a tutti i minori eleggibili, adeguata assistenza indipendentemente dalla patologia, età o luogo di residenza. In sintesi, le azioni riportate per l'attuazione del percorso, adeguati secondo quanto previsto dal DM 77/2022, sono:

Fasi del Percorso Integrato di Cura	Servizi/Professionisti coinvolti	Modalità operative
Segnalazione del bisogno: <ol style="list-style-type: none"> 1. identificazione del minore da segnalare 2. invio segnalazione al Centro CPP e TD 	a. MAP/PLS/MCA b. Pediatra/Medico Ospedaliero c. IT dell'ADI, IFoC/IT dei SIFoC d. Altri professionisti di area sanitaria e sociale e. COT di riferimento del bambino f. Centro CPP e TD	<ul style="list-style-type: none"> – Segnalazione del minore al Centro CPP e TD tramite telefonata/mail, con invio di relazione clinica/presentazione del caso; – Raccolta consenso dal genitore/tutore.
Valutazione del bisogno: <i>assessment</i> dei bisogni globali di bambino e famiglia	a. Centro CPP e TD b. COT di riferimento del bambino	<ul style="list-style-type: none"> – L'<i>équipe</i> multidisciplinare del Centro CPP e TD compila la Scheda AccaPed dopo aver ricevuto la segnalazione e valuta l'appropriatezza della segnalazione; – Segnalazione a COT con invio richiesta UVM.
Valutazione attraverso UVM e Pianificazione del Piano di Cura	a. Soggetti convocati: Centro CPP e TD, PLS/MMG, IT ADI/IT SIFoC, UCPDom, assistente sociale, altri Professionisti se necessari, ... b. <i>Care-giver</i> /famiglia/minore	<ul style="list-style-type: none"> – Valutazione multidimensionale multiprofessionale in videoconferenza; – Stesura, approvazione del PAI; – Individuazione del "<i>Case manager</i>"; – Definizione delle modalità e dei tempi per la verifica; – Restituzione a famiglia /<i>care-giver</i>/minore.
Presa in carico dei bisogni globali dell'assistito e della famiglia	a. Centro CPP e TD b. MAP/PLS/MCA c. Pediatra/Medico Ospedaliero d. ADI e. UCPDom	<ul style="list-style-type: none"> – Attuazione del PAI in collaborazione con i professionisti della Rete; – Accessi domiciliari congiunti; – Discussioni multidisciplinari per problematiche clinico-assistenziali, etiche, sociali;



ba3b0950



	<p>f. Altri professionisti di area sanitaria e sociale</p> <p>g. Farmacia Ospedaliera-Territoriale</p> <p>h. Scuola/Comunità</p> <p>i. <i>Hospice</i> pediatrico</p> <p>Sono informati:</p> <p>l. Centrale Operativa 116117</p> <p>m. COT di riferimento del bambino</p> <p>n. 118 Centrale operativa Emergenza</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ricovero in Hospice Pediatrico - Educazione/formazione <i>care-giver</i>/operatori della Rete; - Creazione modalità di supporto psicologico, fisioterapico, sociale, spirituale; - Definizione di percorsi ospedalieri facilitati; - Definizione percorsi scolastici; - Definizione di percorsi in caso di urgenza/emergenza; - Definizione della pianificazione condivisa di cura (L. 219/2017); - Prescrizione presidi/ausili/farmaci/Piano Terapeutico; - Continuità assistenziale h 24/24; - Rivalutazione periodica dei bisogni.
Gestione della fase di terminalità e decesso	<p>a. Centro CPP e TD</p> <p>b. MAP/PLS/MCA</p> <p>c. Pediatra/Medico Ospedaliero</p> <p>d. ADI</p> <p>e. UCPdom</p> <p>g. <i>Hospice</i> pediatrico</p> <p>Sono informati:</p> <p>h. Centrale Operativa 116117</p> <p>i. COT di riferimento del bambino</p> <p>l. 118 Centrale operativa Emergenza</p> <p>m. Farmacia Ospedaliera - Territoriale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gestione della fase di <i>end of life</i>; - Gestione del decesso; - Gestione del lutto.
Dimissione	<p>a. Centro CPP e TD</p> <p>b. MAP/PLS/MCA</p> <p>c. Pediatra/Medico Ospedaliero</p> <p>d. COT di riferimento del bambino</p> <p>e. ADI</p> <p>f. UCPdom</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Transizione ai Servizi dell'adulto; - Affidamento ai Servizi di CPP di Base o Generali.



ba3b0950



	<p>g. Altri professionisti, se necessari</p> <p>h. <i>Care-giver</i>/famiglia/assistito</p> <p>Sono informati:</p> <p>i. Centrale Operativa 116117</p> <p>l. COT di riferimento del bambino</p> <p>m. 118 Centrale operativa Emergenza</p> <p>n. Farmacia Ospedaliera -Territoriale</p>	
--	---	--

Tabella 6 Percorso Integrato di Cura per la Terapia del dolore e le cure palliative in età pediatrica



ba3b0950



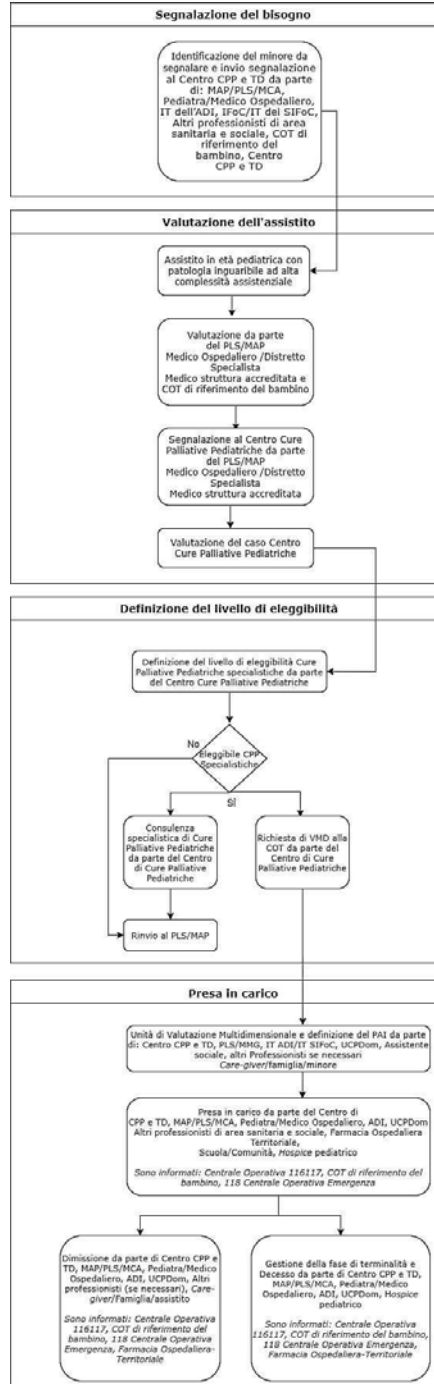


Figura 8 Percorso di Cure Palliative Pediatriche



ba3b0950



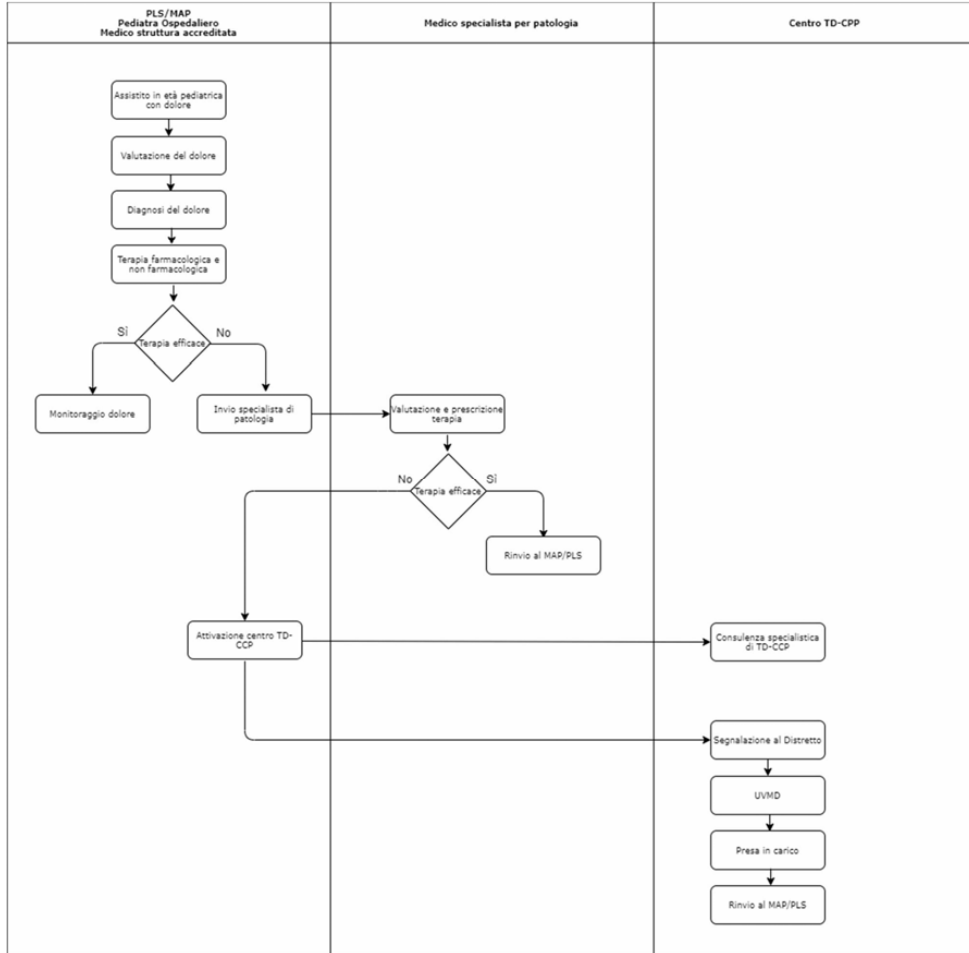


Figura 9 Percorso dell'assistito in età pediatrica con dolore



Allo scopo di chiarire le connessioni con le CD, si rappresentano nella figura 10, sottostante, i collegamenti con gli attori della rete.

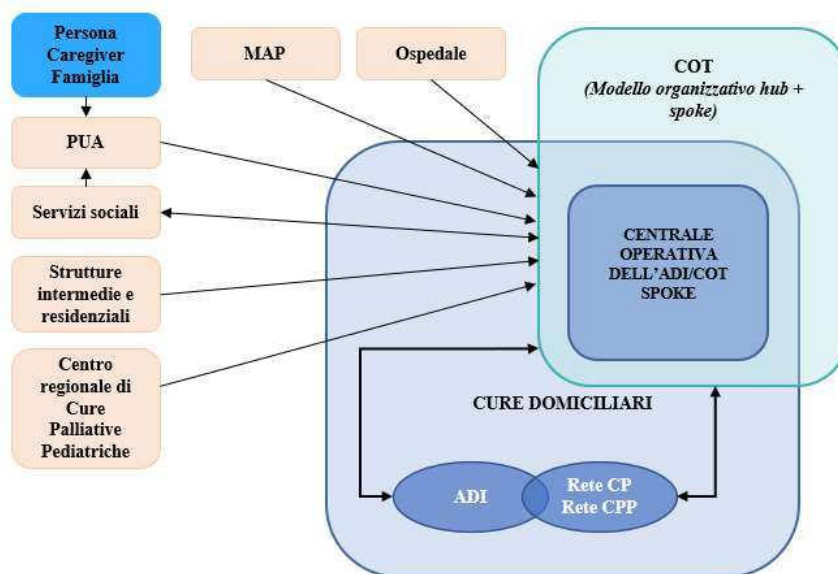


Figura 10 Connessioni Cure Domiciliari con altri attori della rete sanitaria e socio sanitaria

La COT, strumento organizzativo, funzionale a tutti gli attori della rete socio-sanitaria, secondo l'assetto della rete assistenziale territoriale del Veneto (DGR 721/2023), è articolata su due livelli:

- *hub*, a valenza aziendale,
- *spoke*, a valenza distrettuale, modulabile funzionalmente nelle Centrali Operative dell'ADI.

Il bisogno di Cure Domiciliari, ADI o CP/CP, intercettato nelle strutture ospedaliere e territoriali, rilevato dai Medici di Assistenza Primaria o segnalato al PUA dagli stessi utenti/*care-giver*, viene comunicato al "sistema COT" affinché si avvii la tempestiva presa in carico attivando le risorse appropriate e si proceda all'*assessment* attraverso gli strumenti opportuni.

Presupposto per la realizzazione dell'integrazione informativa è l'impiego di un sistema informativo unico a livello regionale in grado di collegarsi al FSER e ai diversi sistemi informativi regionali e aziendali (Anagrafe, Sistema Informativo Ospedaliero, Cartella unica Cure domiciliari, Sistema informativo 118, sistema informativo 116 117, strutture intermedie, etc).



7. Azioni di potenziamento dei percorsi di cure domiciliari

Si ritiene che nel quadro dell'attuale scenario demografico e alla luce di quanto previsto dal modello organizzativo DM 77/2022, il quale definisce i modelli e gli *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, si renda necessario un adeguamento dei servizi di Cure Domiciliari che dovrà tenere in considerazione le nuove strutture erogative, servizi (Casa della Comunità, 116117, SIFoC, UCA, COT ecc.), le nuove modalità erogative di servizi e prestazioni assistenziali a distanza (Telemedicina), le vigenti norme e indicazioni relative alla cure domiciliari e la necessità di superare alcune criticità e disomogeneità organizzative ad oggi presenti.

Di seguito le azioni di miglioramento da attuare:

- 1) **Migliorare l'appropriatezza clinico assistenziale delle prese in carico**, cioè assicurare un numero di accessi dei professionisti dei team di cure domiciliari proporzionati rispetto ai bisogni individuati e alla complessità clinico-assistenziale, perseguendo gli obiettivi del PAI.
- 2) **Digitalizzare il processo di valutazione del bisogno e di segnalazione** migliorando i tempi di attivazione delle cure domiciliari.
- 3) **Favorire la valutazione del bisogno di PIC domiciliare** rendendo disponibili procedure di segnalazione alla Centrale ADI/COT spoke, ai professionisti sanitari e sociosanitari che a vario titolo intercettano tale bisogno, oltre ai MAP/PLS principali conoscitori dei bisogni degli assistiti (i Medici di CA e medici specialisti, IT e IFoC dei SIFoC, IT dell'ADI, Assistenti Sociali e altri eventuali professionisti anche in ambito ospedaliero, 116117), *care-giver* e famiglie al PUA.
- 4) **Facilitare la stesura dei PAI e garantire PIC appropriate**: a partire dall'analisi dei bisogni più frequenti, soprattutto quelli che comportano una PIC non integrata con erogazione di interventi monoprofessionali nell'ambito delle cure domiciliari di base, definire piani *standard* che orientano l'intensità di risposta.
- 5) **Favorire la dimissione protetta dell'assistito fragile di ogni età** attraverso la diffusione e applicazione di quanto previsto nel Percorso unico regionale per la dimissione ospedaliera protetta (Decreto n. 31 del 3 aprile 2023).
- 6) **Definire le modalità di intervento e di interazione tra UCA e ADI/CP** nelle fasi di transizione negli assistiti in condizioni clinico assistenziali di particolari complessità e che richiedono interventi con difficoltà operativa e/o in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche/terapeutiche.
- 7) **Prevedere attraverso la COT hub in interconnessione informativa con le COT spoke percorsi semplificati per la riattivazione delle cure domiciliari dopo un ricovero ospedaliero o in una struttura intermedia e per l'integrazione di altri servizi/professionisti** per gli assistiti già presi in carico dalle *équipe* di Cure domiciliari.
- 8) **Integrazione nelle équipe di Cure Domiciliari della figura professionale dell'Operatore Socio Sanitario**, per le attività di competenza, sulla base dell'analisi dei profili di cura degli assistiti.
- 9) **Assicurare la continuità dell'assistenza** mettendo in relazione i servizi che si rivolgono alla cronicità semplice (SIFoC e ambulatori della cronicità) con ADI e CP, **attraverso la creazione** di una rete tra *équipe* SIFoC-ambulatori della cronicità-ADI-CP che favorisca il supporto all'assistito fragile, ancora autosufficiente, favorendone la permanenza a domicilio e all'interno della propria rete di riferimento in una logica di presa in carico precoce e l'utilizzo di strumenti informatizzati condivisi per la documentazione delle attività assistenziali.
- 10) **Adeguare la rete di cure palliative ai requisiti di accreditamento previsti dalla DGR 1636/2022 e attuare le progettualità relative al potenziamento della rete regionale di CP (DGR 993/2023).**



ba3b0950



- 11) **Favorire l'integrazione multidisciplinare con il coinvolgimento di palliativisti e medici delle cure primarie** nell'attuazione dei PDTA della cronicità e delle malattie evolutive, per garantire un approccio completo ai bisogni degli assistiti lungo tutte le traiettorie di cura e nei diversi setting.
- 12) **Attuare nelle aziende la formazione in ambito di cure palliative della popolazione adulta** effettuando preliminarmente la ricognizione dei bisogni formativi e concordando il piano con l'organismo di coordinamento della RLCP, come previsto dalla DGR 993/2023: si raccomanda di estendere la ricognizione dei bisogni formativi al personale ospedaliero coinvolto nella precoce identificazione e segnalazione degli assistiti con bisogno di cure palliative.
- 13) **Attivare percorsi di cura specialistici a domicilio, anche con modalità di telemedicina**, in modo da garantire, per quanto possibile, la casa come primo luogo di cura anche nelle situazioni di complessità clinico assistenziale. Per il dettaglio dei percorsi specialistici a domicilio si rimanda agli ALLEGATI A e B.
- 14) **Attivazione di un percorso**, alla dimissione a seguito di ricovero per riabilitazione intensiva (cod.56), per presa in carico di un team territoriale di fisioterapisti/terapisti occupazionali;
- 15) **Prevedere PIC con attivazione ADI per gli assistiti con progetto residenziale** che manifestano bisogni di assistenza domiciliare fino all'inserimento in struttura.
- 16) **Prevedere PIC con attivazione ADI per gli assistiti dimessi da strutture intermedie** che manifestano bisogni di assistenza domiciliare;
- 17) **Promuovere azioni proattive (sensibilizzazione, formazione, adozione di nuovi strumenti informatici) nei confronti degli operatori (degenze ospedaliere e pronto soccorso) per l'individuazione e segnalazione tempestiva degli assistiti fragili** che necessitano di continuità di cure a domicilio (rif. Decreto del Direttore della Programmazione Sanitaria n. 31/2023 "Percorso unico regionale per la dimissione ospedaliera protetta").
- 18) **Perseguire l'appropriatezza organizzativa modulando la presenza del personale assegnato ai servizi di Cure Domiciliari sulla base delle necessità di risposta ai bisogni assistenziali dell'utenza presa in carico, in integrazione massima con la rete**. I requisiti per l'autorizzazione all'esercizio (DGR 1599/2022, allegato A) prevedono che l'organizzazione assicuri l'attività amministrativa per almeno 5 giorni a settimana, dal lunedì al venerdì, mentre per l'attività sanitaria si differenziano le CD di base e di 1° livello, da garantire 5 giorni a settimana, dal lunedì al venerdì, dalle CD integrate di 2° e 3° livello, da garantire 7 giorni settimanali.

Affinché la dotazione sia commisurata, sulla scorta dell'operatività per fasce orarie dei servizi erogatori di CD, le Aziende ULSS sono tenute a modulare la presenza del personale e l'attivazione in regime di pronta disponibilità, previa valutazione delle effettive necessità, ferme restando le indicazioni del DM 77/2022 di assicurare obbligatoriamente la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24, nonché la presenza infermieristica di 12 ore e quella medica di 24 ore nelle Case della Comunità.

Al fine di garantire il potenziamento della qualità dei percorsi di cura vengono definite all'interno dell'ALLEGATO A "Linee programmatiche in ambito Cure Domiciliari: ADI, Cure Palliative" alcune ipotesi di azioni programmatiche, le quali verranno implementate sulla base delle priorità della programmazione regionale e delle risorse economiche disponibili, in forma strutturata.



ba3b0950



8. Strategie per il coinvolgimento della persona, *care-giver* e famiglia nel progetto di salute

Allo scopo di garantire che la casa come primo luogo di cura rappresenti un setting sicuro, è necessario il precoce coinvolgimento di assistito, *care-giver* e famiglia a partire dalla definizione del progetto di salute, strumento con il quale vengono programmati, gestiti e verificati i diversi interventi definiti nei piani e programmi che lo compongono (Piano di autocura, programma terapeutico, portfolio dell'offerta, agenda di follow-up, piano delle attività di e-health, PAI e PRI, budget di salute).

Tale coinvolgimento mira a definire le competenze possedute (assistenziali, digitali, cognitive...) in modo da delineare per tutti gli ambiti di bisogno, il piano educativo necessario a fornire gli elementi minimi per la realizzazione della PIC domiciliare. Nella definizione del piano educativo vanno previste attività informative, di addestramento ed educative che coinvolgono, ognuno per la parte di competenza posseduta, i vari componenti del team (infermieri, fisioterapisti, OSS, medici, assistente sociale...). Le attività informative e di addestramento possono essere attuate per gruppi omogenei di persone assistite/*care-giver* in forma collettiva avvalendosi dell'impiego di strumenti digitali appropriati per il *target* utili all'obiettivo educativo prefissato.

9. Strategie per il coinvolgimento degli enti del terzo settore e volontariato nella realizzazione degli interventi del progetto di salute

Il DM 77/2022 prevede nell'ambito della Casa della Comunità la partecipazione delle risorse della comunità stessa attraverso la co-programmazione, co-progettazione e co-produzione, in un'ottica di community building, valorizzando il coinvolgimento delle associazioni di cittadini e del volontariato, al fine di realizzare servizi che rispondano alle esigenze della comunità locale. Lo stesso PSSR 2019-23 indica la strategia della promozione dell'azione in rete con tutti i servizi sociali, socio-sanitari, della formazione, del lavoro con gli enti del terzo settore e del privato sociale allo scopo di promuovere l'integrazione socio-sanitaria e una progettazione personalizzata che intervenga sui bisogni della famiglia, sull'accompagnamento verso l'autonomia e piena inclusione nella comunità.

In relazione alle cure domiciliari si ritiene necessario che ogni Azienda proceda alla mappatura delle risorse afferenti alle reti del volontariato e agli enti del terzo settore, all'analisi delle potenzialità riferite all'integrazione con le finalità proprie delle cure domiciliari.

A tal proposito si ricorda quanto già previsto dalle DGR n. 208/2017, n. 222/2021, n. 146/2021, n. 1636/2022 e n. 993/2023 che evidenziano la necessità per le Aziende di creare reti di cure palliative che contemplino e si coordinino con le realtà di volontariato presenti sul territorio e adeguatamente formate.

10. Sviluppo delle competenze dei professionisti

Nell'ambito dello sviluppo di competenze dei professionisti coinvolti nei processi organizzativi e di presa in carico di assistiti nelle cure domiciliari, si ritiene che le attuali progettualità e indicazioni per la formazione del personale, contenute nelle DGR 256/2021 "Ricostituzione del Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore e individuazione FSSP quale soggetto preposto ad organizzare il percorso formativo a supporto dell'implementazione del Percorso integrato di Cura per la terapia del dolore e cure palliative in età pediatrica", DGR 68/2024, Piano di potenziamento della Rete regionale delle cure palliative in età adulta e in età pediatrica per l'anno 2024, DGR 1123/2023 Approvazione del documento "servizi di infermieristica di famiglia e comunità siano adeguate ad assicurare gran parte del fabbisogno formativo dei professionisti sanitari.



ba3b0950



A completamento di quanto già previsto sono da prevedere, nelle aziende, adeguate iniziative informative relative all'attivazione o adeguamento delle nuove modalità di erogazione dei servizi a supporto dell'integrazione e buon funzionamento delle stesse (COT, PUA, UCA, 116117...).

11. Ulteriori azioni a supporto del cambiamento organizzativo

Sono state individuate ulteriori aree di sviluppo a supporto della implementazione della riorganizzazione delle Cure domiciliari:

Individuazione di strumenti per la valutazione di bisogni assistenziali in ADI

Considerato il disomogeneo impiego di strumenti per la valutazione di bisogni assistenziali in ambito ADI si ritiene necessario procedere per omogeneizzare i processi di presa in carico a partire dalla fase di valutazione. Sono state identificate le seguenti aree prioritarie di bisogno, sulle quali vi è la necessità di individuazione di strumenti di valutazione validati: stato nutrizionale, delirium, dispnea, disfagia, rischio di cadute, sonno, qualità di vita, *burden* del *care-giver*; allo scopo di individuare gli strumenti di valutazione appropriati per il *setting* domiciliare, anche per l'età pediatrica, sarà necessaria l'istituzione di un gruppo di lavoro costituito da esperti.

Nella tabella 7 che segue vengono elencate alcune scale ad oggi disponibili e di largo impiego, appropriate per il *setting* domiciliare:

Ambito di valutazione	Strumento
Capacità funzionali	<ul style="list-style-type: none"> - ADULTO: Indice di Barthel: analizza le capacità funzionali residue dell'individuo. - ADULTO: IADL - Instrumental Activities of Daily Living: valuta l'indice di dipendenza nelle attività strumentali della vita. - ADULTO: ADL - Activities of Daily Living: valuta l'indice di dipendenza nelle attività fondamentali della vita quotidiana.
Rischio di lesioni da pressione	<ul style="list-style-type: none"> - ADULTO: Scala di Braden: valuta il rischio di sviluppo di lesione da pressione e in genere qualsiasi rischio di compromissione dell'integrità cutanea negli assistiti allettati o con scarsa mobilità. Da utilizzare in associazione a classificazione NPUAP-NPIAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel - National Pressure Injury Advisory Panel), utile a classificare lo stadio delle eventuali lesioni presenti. - PEDIATRICO: Scala di Braden Q: rappresenta la versione adattata al bambino rispetto alla scala originaria di Braden.
Stato nutrizionale	<ul style="list-style-type: none"> - ADULTO: MUST - Malnutrition Universal Screening Tool: per la valutazione dello stato nutrizionale. - ADULTO: MNA - Mini Nutritional Assessment: per la valutazione del rischio di malnutrizione.
Capacità cognitive	<ul style="list-style-type: none"> - ADULTO: Mini Mental Test: valuta le capacità cognitive dell'individuo.
Dolore	<ul style="list-style-type: none"> - ADULTO: Scale per la valutazione del dolore (NRS - Numeric Rating Scale, VAS - Visual Analogue Scale, PAINAD - Pain Assessment in Advanced Dementia, NOPPAIN - Non Communicative Patient's Pain Assessment Instrument) per la persona assistita adulta.



ba3b0950



	<ul style="list-style-type: none">- PEDIATRICO: Scale per la valutazione del dolore (NRS - Numeric Rating Scale >8a, Scala Wong Baker 3-8a - Scala delle espressioni facciali, Scala Abbey Pain - Indicatori biocomportamentali, Scala Edin - valutazione dolore cronico, FLACC 0-3 a -FLACC-R valutazione dolore in assistiti pediatrici con deficit cognitivi) per la persona assistita pediatrica.
Aderenza alla terapia	<ul style="list-style-type: none">- ADULTO: Morisky Medication Adherence Scale (4 domande)- Morisky Medication Adherence Scale (8 domande)
<i>Engagement</i>	<ul style="list-style-type: none">- PHE Scale (Patient Health Engagement Scale)³

Tabella 7 Strumenti impiegati per la valutazione dei bisogni in ADI

³ Il *Patient Engagement* è il processo attraverso cui la persona assistita riacquisisce la capacità di mantenere competenze di progettualità identitarie e di ruolo durante l'iter sanitario e la malattia (Graffigna G, Barelo S, Bonanomi A, Lozza E. Measuring patient engagement: development and psychometric properties of the Patient Health Engagement (PHE) Scale. Front Psychol. 2015 Mar 27;6:274).



ba3b0950



Allegato A – Linee programmatiche in ambito Cure Domiciliari: ADI, Cure Palliative in età adulta e pediatrica.

1. Linee programmatiche trasversali ad ADI, CP e CPP domiciliari

1.1 Ambito: Accesso ai servizi da parte dell'assistito/care-giver

Mappatura delle risorse	<p>Mappatura rete terzo settore e volontariato</p> <p>Mappatura della rete territoriale di enti del terzo settore e volontariato a supporto della fragilità e delle CP domiciliari per l'incontro tra domanda e offerta e per promuovere le tipologie di volontariato presenti all'assistito/care-giver.</p>
Trattamento	<p>Comunicazione dei servizi offerti</p> <p>Introduzione di un protocollo volto a potenziare la comunicazione e il coinvolgimento dell'assistito/care-giver in relazione ai servizi messi a disposizione dal Servizio Sanitario Regionale e dalla rete territoriale (Terzo settore e Volontariato) con condivisione del Piano Assistenziale di cura con l'assistito/care-giver.</p> <p>Interventi di educazione/addestramento dell'assistito in dimissione protetta</p> <p>Introduzione di interventi di educazione/addestramento dedicati all'assistito (e care-giver) ricoverato prima della dimissione protetta (anche tramite l'utilizzo di strumenti di Telemedicina), al fine di agevolare il passaggio tra <i>setting</i> di cura.</p>
Follow up	<p>Modello regionale per il monitoraggio degli esiti</p> <p>Definizione di un modello regionale dedicato al monitoraggio degli esiti dei percorsi di cura e al miglioramento dell'aderenza ai PDTA.</p>

1.2 Ambito: Revisione ruolo/attività delle figure professionali coinvolte nell'erogazione di cure domiciliari

Identificazione del bisogno e prevenzione	<p>Segnalazione del bisogno di prestazioni assistenziali</p> <p>Implementazione di strumenti tecnologici che permettano all'Infermiere Territoriale di segnalare la necessità di prestazioni per <i>target</i> di assistiti con determinate caratteristiche e bisogni, ovvero di definire i PAC "Pacchetti Assistenziali Complessi" (incluse in protocolli condivisi), i quali rappresentano le prestazioni ricomprese all'interno dei PDTA (ad esempio Pacchetto Assistenziale Complesso che prevede spirometria, radiografia, esami ematici, per assistito con PDTA relativo a BPCO).</p> <p>Prenotazione di visite ed esami periodici relativi a PDTA definiti</p> <p>Introduzione di strumenti per la prenotazione automatica di visite ed esami periodici relativi a PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali), al fine di garantire il <i>continuum</i> delle</p>
--	---



ba3b0950



	<p>cure (continuità del percorso di cura) e di orientare l'assistito nel sistema.</p> <p>Attività di screening a domicilio per assistiti in ADI/Cure Palliative</p> <p>Introduzione di attività di <i>Screening</i> a domicilio per assistiti in ADI/Cure Palliative, tramite pacchetti di <i>screening</i> coerenti con i percorsi regionali e aziendali. L'attività di <i>screening</i> può essere estesa anche al familiare/<i>care-giver</i>, al fine di estendere il bacino di utenza dell'attività di <i>screening</i> e aumentare l'aderenza/adesione ai <i>test</i>.</p>
Diagnosi	<p>Attivazione specialista per valutazione professionale</p> <p>Attivazione diretta da parte dell'Infermiere territoriale di un Medico specialista per la valutazione dell'assistito (con comunicazione al MMG e rendicontazione delle attività), per PDTA regionali definiti e per assistiti che presentano condizioni generali stabili (con mantenimento del <i>setting</i>).</p>
Trattamento	<p>Integrazione ospedale-territorio</p> <p>Integrazione ospedale-territorio per il potenziamento delle competenze delle figure professionali che operano a domicilio dell'assistito (es. gestione PEG, igiene personale per assistito con ferite neoplastiche), in riferimento ad assistiti con bisogni assistenziali con elevata complessità, con il supporto di strumenti di Telemedicina, ove applicabile.</p> <p>Prescrizione di dispositivi medici</p> <p>Valutazione e prescrizione di dispositivi medici utili nella pratica assistenziale o dispositivi per l'assistenza (ad es. cateteri vescicali, medicazioni nell'ambito del <i>wound care</i>, dei dispositivi vascolari, delle stomie, presidi per l'incontinenza, protesica minore come letti, carrozzine, sponde, ecc.) da parte di Professionisti sanitari (es. Infermiere, Fisioterapista ecc.), per PDTA definiti (Vanno previsti centri di competenza per PDTA regionali specifici, con piani di formazione, aggiornamento e monitoraggio da parte del Distretto in sinergia con le UO specifiche per branca.</p> <p>Percorsi per la gestione di un dispositivo medico</p> <p>Implementazione di percorsi uniformi nel territorio regionale relativi alla gestione di un dispositivo medico che possono essere ricompresi all'interno dei PDTA (es. PICC, Holter ECG, Holter pressorio, <i>Non Invasive Ventilation</i>) presso il domicilio dell'assistito o presso strutture di assistenza (es. Case della Comunità, Ospedale di Comunità) da parte dell'Infermiere con percorso formativo e documentata esperienza.</p> <p>Revisione delle procedure di trasporto sanitario secondario</p> <p>Revisione delle modalità di autorizzazione del servizio di trasporto sanitario secondario.</p>



ba3b0950



	<p><i>Équipe con competenze in Cure Palliative e Cure Palliative Pediatriche</i></p> <p>Individuazione/formazione all'interno delle <i>équipe</i> aziendali di professionisti con competenze specifiche in Cure Palliative e Cure Palliative Pediatriche.</p> <p><i>Gestione di farmaci oppioidi e galenici a domicilio</i></p> <p>Definizione di linee guida regionali per la gestione e l'utilizzo di farmaci oppioidi e dei farmaci galenici a domicilio, specie nei casi particolari di CPP domiciliari.</p> <p><i>Gestione dialisi a domicilio</i></p> <p>Gestione dell'attività di dialisi (ad esempio emodialisi e dialisi peritoneale) a domicilio (in accordo con il Centro dialisi di riferimento dell'assistito) e previa verifica dell'adeguatezza del <i>setting</i>, tramite assistenza da parte di un Infermiere con percorso formativo e documentata esperienza.</p>
--	---

1.3 Ambito: Introduzione Percorsi specialistici a domicilio

Le azioni sotto riportate sono trasversali rispetto al percorso di cura dell'assistito.

Effettuazione di esami diagnostici a domicilio

Applicazione uniforme nel territorio regionale dell'utilizzo di dispositivi POCT (*Point-of-care testing*) in domicilio e altre strutture assistenziali (previa verifica dell'adeguatezza del *setting*), al fine di ottenere esami diagnostici (es. *test* della Glicemia, determinazione degli Elettroliti, *test* di Coagulazione del sangue (PT/INR), diagnostica rapida di Marcatori Cardiaci, *test* di *routine* delle Urine), direttamente presso il punto di cura, facilitando la diagnosi, il monitoraggio e la gestione del percorso di cura.

Effettuazione, ove possibile, di attività di emotrasfusione a domicilio

Introduzione dell'attività di emotrasfusione a domicilio da parte di Medici Ospedalieri o Distrettuali, unitamente ad un infermiere territoriale.

Istituzione di nuovi team aziendali dedicati a specifici percorsi di cura (assistiti in ADI, Cure Palliative), i quali garantiscano la presa in carico di specifici bisogni assistenziali con risposte specializzate

- *Team* per la gestione degli accessi vascolari, rivolto ad assistiti (sia in regime intra-ospedaliero che extra-ospedaliero) acuti e cronici, per finalità diagnostiche e terapeutiche. Il *team* aziendale è composto da infermieri in possesso di un Master di primo livello specifico e/o percorso di formazione regionale per l'acquisizione di competenze avanzate, e documentata esperienza, che mantengono le competenze acquisite eseguendo un numero minimo di procedure ogni anno (cosiddetto "Mantenimento della curva di apprendimento").
- *Team* aziendale di radiologia a domicilio e in altre strutture assistenziali, attraverso la realizzazione di esami di radiodiagnostica da parte del TSRM (Tecnico sanitario di radiologia medica) ed eventualmente con il supporto dell'OSS, con teleferitazione degli esami eseguiti a domicilio.
- *Team* riabilitativo aziendale con Fisioterapista, Logopedista per il supporto dell'assistito (tramite strumenti di Telemedicina) nello svolgimento di attività di riabilitazione e/o logopedia, con programmazione all'interno del Piano regionale/aziendale della Prevenzione.



ba3b0950



- *Team* nutrizionale aziendale con Dietista, Infermiere, Logopedista per l'attività di promozione della salute in ambito ospedaliero e territoriale, tramite Telemedicina (tema della nutrizione enterale e parenterale, della somministrazione di integratori/addensanti e dell'utilizzo di preparati galenici).
- *Team* aziendale relativo alla riabilitazione cardiovascolare dedicato alla programmazione di attività motorie e al monitoraggio degli stili di vita, per assistiti con cronicità semplice, in integrazione con le iniziative relative alle palestre della salute (in riferimento alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 1464 del 27/11/2023).
- *Team* aziendale relativo alle Patologie Endocrine, rivolto ad assistiti con alterazioni del metabolismo (diabete mellito, obesità e sovrappeso, colesterolo ecc.), tramite il supporto di Dietisti, Psicologi (aspetto sociale) e strumenti di telemedicina, per il supporto dell'assistito nello svolgimento di attività fisica, con programmazione all'interno del Piano regionale/aziendale della Prevenzione.

2. Linee programmatiche: Cure Palliative

In merito alla necessità di potenziare quantitativamente e qualitativamente le cure domiciliari nella componente Lea 22 ADI e Lea 23 UCPDOM (Cure Palliative) vengono definite le seguenti azioni:

<p>Identificazione del bisogno e prevenzione</p>	<p><i>Progressiva differenziazione tra Cure Palliative domiciliari di base e specialistiche</i></p> <p>Previsione di una progressiva differenziazione tra Cure Palliative domiciliari di base e specialistiche tramite strumenti per la definizione della traiettoria della patologia ("Phase of Illness" o "IM CAG" – griglia per la valutazione della complessità assistenziale dell'adulto o "PIM CAG" – griglia per la valutazione della complessità assistenziale del bambino), ovvero, se si tratta di una patologia/condizione clinica-assistenziale e psicologica stabile, il potenziale servizio di presa in carico è rappresentato dall'ADI. In caso di presenza di un peggioramento/di una virata della condizione di salute, l'assistito deve essere soggetto a rivalutazione e presa in carico da parte delle Cure Palliative. Gli strumenti sopra descritti potrebbero essere introdotti in aggiunta al CIA ("Coefficiente Intensità Assistenziale"), al fine di considerare anche il numero di accessi giornalieri per la determinazione del livello di complessità delle cure.</p> <p><i>Introduzione di strumenti per la rilevazione del bisogno di cure palliative</i></p> <p>Ruolo dell'Infermiere di Famiglia o Comunità nel monitoraggio della fragilità insieme al MAP e nel contesto degli ambienti della casa della comunità. Si stima infatti che ogni MAP ha potenzialmente ogni anno una popolazione di assistiti fragili oscillante dal 20 al 35% con circa 5-20 persone con malattia in fase terminale da assistere. Attraverso <i>test di screening</i> nei luoghi adatti anche attraverso telemedicina è possibile intercettare più persone possibili giungendo a quella quota di 300 persone con patologia ogni 100000 abitanti e intercettando tutti gli aventi bisogno oltre i 65 anni di età. L'azione potrebbe essere supportata tramite</p>
---	--



ba3b0950



	<p>l'integrazione tra strumenti di telemedicina, infermieri di Famiglia o Comunità, case della comunità e cure palliative.</p> <p>Segnalazione del bisogno clinico-assistenziale</p> <p>Intercettazione e segnalazione del bisogno clinico-assistenziale del potenziale assistito di Cure Palliative anche da parte dell'IFoC (Infermiere di Famiglia o Comunità), dell'infermiere territoriale che effettua attività a domicilio e del MAP.</p>
Trattamento	<p>Introduzione di pacchetti di Day Hospice</p> <p>Introduzione del regime di ricovero diurno (Day Hospice) per interventi che non necessitano del ricovero ordinario dell'assistito.</p> <p>Disponibilità di farmaci oppioidi e galenici in ambito Cure Palliative Pediatriche</p> <p>Disponibilità sul territorio regionale di farmaci oppioidi e farmaci galenici per gli assistiti che necessitano di Terapia del Dolore e/o Cure Palliative Pediatriche specialistiche.</p>

L'azione sotto riportata è trasversale rispetto al percorso di cura dell'assistito:

Costituzione di équipe dedicate alle Cure Palliative

Costituzione di *équipe* dedicate per la presa in carico di assistiti con bisogni di Cure Palliative e specialistiche.



ba3b0950



3. Telemedicina

La Missione 6 nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) pone l'obiettivo di rafforzare le prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate sul territorio attraverso l'attivazione ed il potenziamento di strutture e presidi territoriali (Case e Ospedali di Comunità) rafforzando al contempo l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) tramite strumenti di telemedicina.

L'utilizzo sistematico della telemedicina, come previsto dalla DGR 775/2023 sia per interventi di Televisita (MMG/PLS-Assistito), Teleconsulto/Teleconsulenza sincrona e asincrona (MMG, Medici Specialisti, Infermieri, Fisioterapisti...), Telemonitoraggio/Telecontrollo di parametri vitali e clinici in particolare di pazienti cronici in assistenza domiciliare, Teleassistenza (es. per interventi di educazione, di supporto alle strategie di coping delle famiglie, ecc.), Teriabilitazione sia in modalità sincrona che asincrona ha lo scopo di aumentare l'accessibilità e ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure.

Nell'impiegare le diverse opportunità di telemedicina a domicilio si dovranno accertare preliminarmente le competenze digitali di assistiti e *care-giver*, curando particolarmente gli interventi di alfabetizzazione informatica qualora necessari, predisponendo il piano di autocura e il piano di attività e-health, che sono parte integrante del progetto di salute previsto dal DM 77/2022. Nell'ottica dell'impiego sistematico della telemedicina potrà rendersi necessaria la revisione degli odierni strumenti educativi utilizzati per l'addestramento di assistiti e *care-giver* alle attività di autocura.

Per le modalità di telemedicina sostitutive di interventi in presenza, sarà necessario definire a livello aziendale le procedure che garantiscono accessibilità agli utenti e supporto ai professionisti per la loro fruizione ed erogazione.

La definizione di strumenti a supporto dell'educazione/addestramento a domicilio, congiuntamente agli interventi in ambito della Telemedicina favorisce:

- Il trattamento di assistiti fragili i quali poli patologici a domicilio (diminuendo la percentuale di ricoveri) e la riduzione dell'*overloading* di strutture ad alta specialità;
- L'introduzione di modelli maggiormente flessibili;
- Il potenziamento del *Self-management* ed *Empowerment* degli assistiti;
- Maggiore velocità di accesso alla medicina specialistica;
- Il potenziamento del livello di integrazione della rete, mediante la connessione di professionalità diverse;
- L'applicazione di procedure di tele-monitoraggio in tempo reale dell'assistito;
- Il supporto dell'assistito/*care-giver* all'utilizzo dei dispositivi medici o allo svolgimento di interventi assistenziali;
- L'attivazione di percorsi di integrazione dei professionisti che operano sul territorio con quelli ospedalieri, allo scopo di garantire l'attuazione di interventi assistenziali mirati e basati sulle buone pratiche (ad es. per la gestione di *device*, particolari somministrazioni farmacologiche, ecc.).

Le specifiche funzionali relative ai servizi di Telemedicina, ovvero televisita, teleassistenza, teleconsulto/teleconsulenza e telemonitoraggio nell'ambito cure domiciliari sono riportate all'interno del "*Documento di analisi redatto da parte dal gruppo di lavoro dedicato alla definizione del ruolo di COT/Centrali Operative ADI/Strutture di assistenza territoriale e Farmacie nei diversi processi di telemedicina, con il coordinamento del Consorzio Arsenal.IT*", in riferimento al Modello organizzativo regionale di Telemedicina definito dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 775 del 27 giugno 2023, ad oggetto "PNRR Missione 6 Salute. Approvazione del Modello organizzativo regionale dei servizi di telemedicina. Decreto Ministeriale del 30 settembre 2022 (pubblicato in G.U. del 22 dicembre 2022 n. 298).".



ba3b0950



Il Gruppo di Lavoro, allo scopo di delineare prime linee comuni per l'attuazione della Telemedicina ha identificato negli elenchi che seguono alcune attività erogabili nelle cure domiciliari con i relativi *device* ritenuti necessari.

Dettaglio <i>device</i>
1 – ECG (Portatile)
2 – Sensore fumo/gas
3 – Glucometro senza pungidito
4 – Glucometro con pungidito
5 – Otoscopio digitale
6 – Dispositivi <i>wearable</i>
7 – Ecografo portatile
8 – BP/HR <i>Monitor</i>
9 – Pulsossimetro
10 – Stetoscopio digitale
11 – Sfigmomanometro digitale
12 – Termometro
13 – Bilancia digitale
14 – Termometro ambientale
15 – Sensore umidità
16 – Piattaforma per la telemedicina
17 – Sensore equilibrio
18 – Sensore postura
19 – <i>App Health</i>
Altro

Tabella 1: Device previsti da AGENAS - Decreto Ministeriale del 30 settembre 2022 - per l'erogazione di servizi di Telemedicina

A partire dalla classificazione dei *device* sopra rappresentati si individuano alcuni potenziali interventi effettuabili tramite Telemedicina:



ba3b0950



Sezione A) Elenco degli interventi erogabili in Telemedicina a domicilio dell'assistito/care-giver

Interventi in Telemedicina applicabili ai percorsi ADI e Cure Palliative	Tipologia di servizio	Device utilizzabili
Categoria intervento: Logistico		
Primo punto di contatto e programmazione dei controlli	Televisita	16
Valutazione all'eliminazione delle barriere architettoniche	Televisita	2 - 15 - 14 - 16
Valutazione del <i>setting</i> appropriato	Televisita	16
Indirizzamento al percorso appropriato	Televisita	16
Introduzione di interventi di educazione/addestramento all'assistito ricoverato e <i>care-giver</i> , al fine di agevolare il passaggio tra <i>setting</i> .	Televisita	16
Categoria intervento: Clinico		
Monitoraggio dei segni e sintomi	Telemonitoraggio	1 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 16
Riconoscimento dei segni e sintomi specifici	Teleassistenza	16
Valutazione e monitoraggio dell'aderenza terapeutica	Telemonitoraggio	1 - 3 - 4 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 16
Ascolto del bisogno assistenziale semplice e complesso	Teleassistenza	16
<i>Counseling</i> e accompagnamento alla consapevolezza del Percorso Integrato di Cura	Televisita	16
Gestione della sintomatologia con l'utilizzo della farmacoterapia condizionata codificata dai protocolli condivisi	Televisita	16
Supporto Psicologico	Teleassistenza	16
Valutazione del decorso clinico assistenziale attraverso le scale di valutazione in auto somministrazione (Es. ESASr)	Televisita	6 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 16
Somministrazione scale di valutazione	Telemonitoraggio	16 - 19
Prescrizione farmacoterapia	Televisita	16



ba3b0950



Riconoscimento effetti collaterali alla farmacoterapia	Televisita	1 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 16 - 19
Riconoscimento dell'effetto positivo alla terapia intrapresa	Televisita	1 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 16 - 17 - 18 - 19
Categoria intervento: Tecnico		
Addestramento al <i>care-giver</i> /familiare per il corretto utilizzo degli ausili e dei <i>device</i>	Teleassistenza	16 - 19
Monitoraggio addestramento al <i>care-giver</i> /familiare	Telemonitoraggio	16
Valutazione dei parametri vitali	Telemonitoraggio	1 - 3 - 4 - 6 - 8 - 11 - 12 - 16 - 19
Supporto alla sostituzione di una medicazione semplice	Teleassistenza	16
Supporto alla sostituzione di una stomia intestinale e urinaria	Teleassistenza	16
Supporto alla valutazione di una potenziale ostruzione del catetere vescicale	Teleassistenza	7 - 16
Supporto al corretto utilizzo dell'aspiratore	Teleassistenza	16
Supporto al corretto utilizzo del MAD (Dispositivo di avanzamento mandibolare)	Teleassistenza	16 - 18
Supporto alla gestione della ventilazione meccanica non invasiva (NIV) e invasiva (IV)	Teleassistenza	6 - 10 - 16
Supporto alla gestione della Fisioterapia respiratoria e dei presidi dedicati nel bambino (es. macchina della tosse...)	Teleassistenza	6 - 10 - 16
Supporto fisioterapico per il corretto utilizzo degli ausili posturali nel bambino (carrozzina, abbraccio...)	Teleriabilitazione	16 - 18 - 19
Supporto del corretto utilizzo del Letto articolato e del sollevatore	Teleassistenza	16 - 18 - 19
Gestione della Nutrizione Enterale Totale	Teleassistenza	3 - 4 - 13 - 16 - 19
Addestramento ed Educazione del <i>care-giver</i> /familiare pertinenti alla tipologia di bisogno emerso	Teleassistenza	16 - 19



ba3b0950



Gestione della corretta postura della persona con ridotta mobilità	Teleriabilitazione	16 – 17 – 18
Supporto alla gestione di eventi prevedibili ma non prevedibili (es. rimozione accidentale di Catetere Venoso Centrale ad inserzione periferica (PICC), Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG), Catetere Vescicale, etc.)	Teleassistenza	16
Supporto all'utilizzo dei dispositivi di erogazione all'ossigenoterapia	Teleassistenza	2 – 6 – 9 – 16
Programmazione di interventi per la supervisione del <i>care-giver</i> nell'utilizzo dei dispositivi medici, in riferimento alle Cure Palliative Pediatriche.	Teleassistenza	16

Tabella 2: Elenco esemplificativo degli interventi erogabili tramite servizi di Telemedicina a domicilio

Sezione B) Elenco degli interventi erogabili in Telemedicina tra professionisti

Interventi in Telemedicina applicabili ai percorsi ADI e Cure Palliative	Tipologia di servizio	Device utilizzabili
Categoria intervento: Logistico		
Valutazione del <i>setting</i> appropriato	Teleconsulto	16 – 19
Indirizzamento al percorso appropriato	Teleconsulto	1 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 – 11 – 16 – 17 – 18 – 19
Supporto al cambio del <i>setting</i> di cura	Teleconsulto	1 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 – 11 – 16 – 17 – 18 – 19
Categoria intervento: Clinico		
Consulenza per la gestione della sintomatologia	Teleconsulto	1 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 – 11 – 13 – 14 – 16 – 19
Prescrizione farmacoterapia	Teleconsulto	16
Riconoscimento dell'effetto positivo alla terapia intrapresa	Teleconsulto	1 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 – 11 – 16 – 17 – 18 – 19
Riconoscimento effetti collaterali alla farmacoterapia	Teleconsulto	1 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 – 11 – 16 – 17 – 18 – 19
Consulenza per il riconoscimento di traiettoria patologica	Teleconsulto	1 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 – 11 – 16 – 17 – 18 – 19
<i>Training</i> su specifiche problematiche	Teleconsulto	16 -19



ba3b0950



Gestione degli effetti collaterali della farmacoterapia	Teleconsulto	1 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 16 - 17 - 18 - 19
Tutoring clinici e assistenziali	Teleconsulto	16 - 19
Consulenza specialistica medica e/o infermieristica (<i>wound care</i> , oncologo, neurologo, dietista...)	Teleconsulto	16
Consulenza post mortem	Teleconsulto	16
Categoria intervento: Tecnico		
Gestione dell' <i>end life</i> con tecniche non farmacologiche	Teleconsulto	16
Gestione dell'aspiratore	Teleconsulto	9 - 10 - 16 - 19
Gestione della cistoclisi	Teleconsulto	7 - 11 - 16
Gestione delle lesioni da decubito	Teleconsulto	3 - 4 - 9 - 12 - 13 - 15 - 16 - 17 - 18
Gestione della stomia intestinale e urinaria	Teleconsulto	7 - 15 - 16 - 19
Gestione della ventilazione meccanica non invasiva (NIV) e invasiva (IV)	Teleconsulto	6 - 7 - 9 - 16 - 19
Gestione della Nutrizione Enterale Totale	Teleconsulto	3 - 4 - 7 - 10 - 13 - 16
Gestione della Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG) o Digijunostomia Endoscopica Percutanea (PEJ)	Teleconsulto	10 - 13 - 16 - 19
Gestione del Catetere Venoso Centrale ad inserzione periferica (PICC), Porth, Midline etc	Teleconsulto	15 - 16 - 19
Gestione della tracheostomia	Teleconsulto	9 - 10 - 16 - 19
Gestione dell'elastomero	Teleconsulto	6 - 8 - 9 - 11 - 16 - 19
Gestione pompe infusive nel pediatrico (Nutrizione parenterale totale e/o farmaci)	Teleconsulto	6 - 8 - 9 - 11 - 16 - 19
Gestione della Fistola artero-venosa (FAV) e Catetere Peritoneale per la dialisi	Teleconsulto	6 - 7 - 8 - 11 - 16 - 19
Gestione del sondino naso-gastrico	Teleconsulto	7 - 10 - 16 - 19
Gestione del catetere sottocutaneo	Teleconsulto	16 - 19



ba3b0950



Gestione della Nutrizione Parenterale	Teleconsulto	1 - 3 - 4 - 7 - 10 - 13 - 16
Gestione del drenaggio toracico	Teleconsulto	1 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 16 - 19
Gestione dei drenaggi	Teleconsulto	7 - 8 - 12 - 16 - 19

Tabella 3: Elenco esemplificativo degli interventi erogabili tra professionisti tramite servizi di Telemedicina



ba3b0950



Allegato B – Iniziative di integrazione percorsi specialistici-territorio e ospedale-territorio per la presa in carico di assistiti a domicilio

Si riportano di seguito, a titolo esemplificativo, alcune iniziative di integrazione dei percorsi specialistici-territorio e ospedale-territorio per la presa in carico di assistiti a domicilio, in atto presso alcune Aziende Sanitarie ed estendibili nel territorio regionale, volte a potenziare le competenze a disposizione delle figure professionali che intervengono al domicilio e a garantire una continuità delle cure per la presa in carico di assistiti che necessitano di assistenza a diversa intensità di trattamento.

PICC Team Territoriale	<p>Obiettivo</p> <p>Garantire la continuità nella presa in carico dei bisogni della persona fragile, dedicando personale competente ed esperto alla gestione degli utenti fragili a domicilio o residenti presso le strutture residenziali extraospedaliere con bisogno di continuità terapeutica infusiva, realizzata mediante il posizionamento e la gestione di un accesso vascolare a breve medio lungo termine, può assicurare una maggiore compliance ed aderenza terapeutica dell'utente e della sua famiglia/care-giver, garantendo nel luogo di vita la continuità dei trattamenti terapeutici non altrimenti possibili in utenti con patrimonio vascolare ridotto e/lo a rischio di complicanze, riducendo anche l'eventualità di ricovero ospedaliero.</p> <p>Descrizione</p> <p>È stato istituito il PICC Team Territoriale, costituito da infermieri qualificati, dedicato all'impianto di "Catetere Venoso Centrale Inserito Perifericamente" a media permanenza: 1-3 mesi (Peripherally Inserted Central Catheter), con lo scopo di realizzare i seguenti obiettivi specifici:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Posizionamento dell'accesso venoso a breve medio e lungo termine in ambienti extraospedalieri;○ Gestione delle complicanze legate alla presenza del catetere venoso a breve medio e lungo termine;○ Formazione del personale medico/infermieristico che ha in carico l'assistito in merito alla gestione del catetere venoso e al riconoscimento di segni/sintomi di complicanze;○ Mappatura degli assistiti portatori di catetere venoso presenti sul territorio aziendale. <p>Le modalità di attivazione del PICC. team Territoriale e le modalità di attuazione delle attività di competenza sono state definite dalle Aziende sanitarie tramite specifici protocolli/procedure.</p> <p>I destinatari dell'attività del PICC Team Territoriale sono gli utenti al proprio domicilio e gli ospiti di tutte le strutture residenziali del territorio aziendale e gli utenti/care-giver/famiglie già inseriti in un percorso di cure domiciliari afferenti alle Unità Operative di Cure Primarie e Cure Palliative.</p> <p>Oltre all'attività di impianto svolta in ambulatorio vi è l'effettuazione di sedute straordinarie per posizionamenti inderogabili e la formazione dei familiari/care-giver da parte del personale.</p>
-----------------------------------	--



ba3b0950



L'efficacia del PICC si presenta non solo in ambito clinico (procedura non invasiva idonea a trattamento prolungato nel tempo) ma anche in termini di *skill-mix* della figura dell'Infermiere, per il quale, tramite percorsi formativi dedicati (da parte di *équipe* itineranti), è possibile estendere le competenze, rivalutando il ruolo da "generico" a specializzato.

Modello organizzativo di integrazione ospedale-territorio nella gestione dei PICC:

Funzione Attività	Ospedale Inf. Continuità Inf. dimettente	COT	Prescrittore: MAP Medico Palliativista	ADI/Cure Palliative/ Strutture residenziali	PICC Team Aziendale	PICC Team Territoriale
Segnalare l'assistito in dimissione ospedaliera con dispositivo venoso a breve medio e lungo termine	R	R			C	C
Attivare il P.I.C.C. Team Territoriale e presa in carico		C	R	C	C	R
Posizionare i dispositivi venosi a breve medio e lungo termine in ambiente extraospedaliero				C	C	R
Richiedere consulenza tecnica e specialistica		R	C	R		
Fornire consulenza tecnica e specialistica nei diversi <i>setting</i> di cura extraospedalieri					C	R
Gestire le complicanze nei diversi <i>setting</i> di cura extraospedalieri					C	R
Mantenere aggiornata la mappatura territoriale degli assistiti portatori di dispositivi venosi a breve medio e lungo		C			C	R



ba3b0950



	termine e produrre report						
	Progettare eventi formativi				C	C	R
	Garantire continuità delle cure nelle transizioni da e verso ospedale-territorio	C	R	C	C	R	R
<p>Legenda</p> <p>R= responsabile di una specifica attività</p> <p>C= coinvolto, in quanto fornisce un contributo essenziale di attività o informazioni</p> <p>Indicatori Output/Outcome di processo</p> <p>Processo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. totale di richieste di impianti/sostituzioni/consulenze / N. totale eseguiti - Tipologie di Unità Operative/servizio richiedente - N. totale ore dedicate - Tempi di attesa fra la richiesta e l'attivazione del P.I.C.C. Team Territoriale <p>Outcome:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durata media permanenza dispositivi nei setting territoriali - Tasso complicanze maggiori 							
Gestione dell'assistito con tracheostomia	<p>Obiettivo</p> <p>Garantire la gestione a domicilio delle stomie per assistiti tracheostomizzati, al fine di ridurre gli accessi ospedalieri e controlli pneumologici che richiedono procedure invasive come la sostituzione della cannula tracheostomica.</p> <p>La procedura viene utilizzata anche per assistiti che pur non necessitando di livelli di cure intensive necessitano di una gestione costante e qualificata delle problematiche connesse alla presenza della stomia.</p> <p>Un ruolo di primo piano volto a migliorare la sicurezza di tali assistiti è costituito dalla esecuzione della aspirazione endotracheale e dal monitoraggio dei segnali di allerta per l'insorgenza di fenomeni ostruttivi o infettivi.</p> <p>Descrizione</p> <p>L'iniziativa prevede un percorso di formazione dedicato al personale che effettua la tracheobroncoaspirazione a domicilio dell'assistito non ospedalizzato.</p> <p>Per il trasferimento delle competenze tra operatore ospedaliero e operatore territoriale si definisce un programma di formazione teorica e sul campo, valutando la tecnica, al fine dell'acquisizione delle competenze. Il <i>target</i> della formazione è rappresentato da professionisti operanti sul territorio, formati da professionisti che operano presso i</p>						



	<p>reparti di Terapia Intensiva/Chirurgia/Neurologia/Medicina (<i>setting</i> ospedaliero) e Centri di Servizi per anziani (<i>setting</i> residenziale).</p>
<p>Percorso per le persone affette da SLA</p>	<p>Obiettivo</p> <p>Il presente approccio multidisciplinare, supportato da un PDTA, propone l'intervento in rete di professionisti con competenze specifiche e complementari che si raccordano e si coordinano in un percorso che segue l'assistito che presenta la malattia rara SLA e la famiglia/<i>care-giver</i> in tutte le fasi di malattia, sia a livello ospedaliero che a livello domiciliare.</p> <p>Il percorso integrato Ospedale - Territorio ha l'obiettivo di garantire una consapevole Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC), riducendo i decessi in ospedale e gli interventi impropri e garantendo una presa in carico condivisa in tutti i processi della malattia.</p> <p>Descrizione</p> <p>L'assistito viene seguito in Ambulatorio Integrato, dove sono presenti Neurologo, Pneumologo, Psicologo, Nutrizionista (al permanere di condizioni cliniche che permettano un percorso di cura ambulatoriale), in base alle fasi di malattia e dove vengono attivati i percorsi necessari a supporto dell'assistito e della sua famiglia.</p> <p>Il Palliativista è presente in Ambulatorio accanto al Neurologo e allo Psicologo nei momenti decisivi della comunicazione e della pianificazione del percorso di cura e prosegue successivamente l'accompagnamento a domicilio quando non sia più possibile l'accesso in Ambulatorio. Le varie figure accompagnano l'assistito nel processo di consapevolezza che esita, quando possibile, nella formalizzazione delle volontà con la Pianificazione Condivisa di Cura (PCC), che viene poi estesa a tutte le UO coinvolte.</p> <p>Il percorso si avvale di un programma informatico condiviso tra gli specialisti.</p> <p>Sono da consolidare riunioni del Gruppo SLA con cadenza mensile, volte alla condivisione delle Storie di Cura, all'aggiornamento e alla progettazione.</p> <p>Sono attivabili alcuni canali di comunicazione quali un indirizzo di posta elettronica e un numero di telefono dedicato a cui risponde il <i>case manager</i> che garantisce, in coordinamento con il <i>team</i>, la continuità nei vari <i>setting</i> di cura.</p>
<p>Percorso per assistito con insufficienza respiratoria</p>	<p>Obiettivo</p> <p>La collaborazione tra ospedale e territorio mira a garantire la gestione al domicilio sia di assistiti con gravi patologie respiratorie ad alta complessità clinico-assistenziale, evitando accessi ospedalieri anche per procedure invasive, sia di condizioni ad elevata prevalenza che richiedono competenze specialistiche spesso disponibili solo in ambito ospedaliero.</p> <p>Descrizione</p> <p>Il servizio di Assistenza Domiciliare Respiratoria gestisce a domicilio assistiti con malattie dell'apparato respiratorio, in ossigeno e/o in ventiloterapia continuativa anche attraverso la presenza di un percorso di telemedicina. Il servizio di Riabilitazione Respiratoria prevede la riabilitazione sia degli assistiti ricoverati sia degli assistiti a</p>



ba3b0950



	<p>domicilio con invio di una <i>équipe</i> multidisciplinare e multispecialistica che prevede la presenza dello pneumologo e del fisioterapista.</p> <p>Il servizio può essere attivato: in caso di dimissioni protette dall'ospedale, oppure su richiesta dello Specialista pneumologo a seguito di visita specialistica ambulatoriale, oppure a seguito di valutazione dello Specialista pneumologo che effettua valutazione a domicilio (in caso di assistiti non deambulanti, previa richiesta del Medico di Medicina generale all'unità operativa territoriale di riferimento).</p> <p>Per ciascun assistito viene definito un piano di cura domiciliare comprendente visite pneumologiche, controlli infermieristici domiciliari, gestione delle fonti di ossigeno, delle protesi respiratorie e di materiale sanitario.</p>
<p>Percorso consulenza vulnologia a distanza per infermieri ADI</p>	<p>Obiettivo</p> <p>Le prestazioni medico-infermieristiche di vulnologia a domicilio sono finalizzate al trattamento delle ulcere cutanee (venose, arteriose, miste, vascolitiche, linfatiche, lesioni da pressione, complicanze di ferite chirurgiche) da parte di personale qualificato, presso l'abitazione dell'assistito/<i>care-giver</i>.</p> <p>Descrizione</p> <p>È presente un <i>network</i> collaborativo e di supporto con il personale infermieristico ADI dei vari Distretti, il quale si avvale anche della telemedicina, con conseguente maggior possibilità di trattare l'assistito a domicilio. Le prestazioni erogate rappresentano un punto di riferimento per le cure primarie e l'assistenza domiciliare integrata e supportano i reparti ospedalieri che possono anticipare le dimissioni degli assistiti con patologie vulnologiche, assicurando un'adeguata presa in carico data dalla collaborazione tra professionisti ambulatoriali e del territorio</p>
<p>La cura spirituale per assistiti con PIC in CP</p>	<p>Obiettivo</p> <p>Garantire assistenza spirituale all'assistito, la quale è per definizione un elemento fondante delle Cure Palliative, definite dall'OMS come "approccio che migliora la qualità della vita delle persone assistite e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di un'identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e di altre problematiche di natura fisica, psicologica, sociale e spirituale".</p> <p>Descrizione</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Area della formazione del personale: implementare l'attenzione dell'<i>équipe</i> di Hospice e degli operatori dei servizi territoriali (medici palliativisti e infermieri ADI) ai bisogni spirituali dell'assistito e della sua famiglia; 2. Area di assistenza per la persona malata e i familiari/<i>care-giver</i>: rendere disponibile un approccio laico della cura spirituale per chi, pur manifestando bisogni spirituali, non professi un credo religioso; 3. Area di assistenza per l'<i>équipe</i> e l'operatore: assicurare la cura spirituale laica dell'<i>équipe</i> e del singolo operatore.



ba3b0950



Appendice 1 - Normativa di riferimento

DGR n. 68 del 29/01/2024 “Approvazione del Piano di potenziamento della rete regionale di cure palliative in età adulta ed in età pediatrica per l’anno 2024, ai sensi dell’art. 1, comma 83 della Legge 29 dicembre 2022, n. 197.”
DGR n. 1464 del 27 novembre 2023 “Approvazione delle linee di indirizzo per la prescrizione di Attività Fisica Adattata (AFA), di Attività Fisica Adattata per le persone con Disabilità acquisita (AFA-D) e di Esercizio Fisico Strutturato (EFS) e contestuale istituzione di un Tavolo Tecnico Regionale.”
DGR n. 1123 del 19 settembre 2023 “Approvazione del documento ‘Servizi di Infermieristica di famiglia o comunità’ nell’ambito degli interventi per lo sviluppo dell’assistenza territoriale. DM 23 maggio 2022 n. 77”
DGR n. 775 del 27 giugno 2023 “PNRR Missione 6 Salute. Approvazione del Modello organizzativo regionale dei servizi di telemedicina. Decreto Ministeriale del 30 settembre 2022”
DGR n. 721 del 22 giugno 2023 “Programmazione dell’assetto organizzativo ed operativo della rete assistenziale territoriale in attuazione a quanto previsto ex Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR) e DM 23/05/2022, n. 77. DGR n. 2/CR del 10/01/2023”
DGR n. 574 del 09 maggio 2023 “Approvazione Piano operativo regionale - Assistenza Domiciliare e prime indicazioni operative e organizzative. Decreto interministeriale 23 gennaio 2023. PNRR Missione 6 Componente 1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale - Investimento 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina - Sub-Investimento 1.2.1 Casa come primo luogo di cura (ADI). CUP C99I23000320001”
Decreto del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria n. 31 del 03 aprile 2023 “Approvazione del documento ‘Percorso unico regionale per la dimissione ospedaliera protetta’”
Decreto del Direttore generale dell’Area Sanità e Sociale n. 17 del 27 febbraio 2023 “Aggiornamento del documento ‘Linee di indirizzo regionale. La continuità terapeutica ospedale territorio’ e relativi allegati”
Decreto del Ministero della Salute del 23 gennaio 2023 “Ripartizione delle risorse relative all’investimento M6-C1-1.2.1. ‘Casa come primo luogo di cura (ADI)’ del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)”
DGR n. 43 del 18 gennaio 2023 “Approvazione delle ‘Linee di indirizzo per la formazione regionale degli infermieri operanti sul territorio ad un approccio orientato all’infermieristica di famiglia e comunità’. DL 19 maggio 2020, n. 34, art. 1, comma 5, convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77”
Legge 29 dicembre 2022, n. 197 “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025”
DGR n. 1636 del 19 dicembre 2022 “Approvazione dei requisiti di accreditamento istituzionale delle reti di cure palliative. Legge regionale n. 22 del 16 agosto 2002”
DGR n. 1599 del 13 dicembre 2022 “Approvazione dei requisiti di autorizzazione all’esercizio e accreditamento istituzionale delle Cure Domiciliari. Legge regionale n. 22 del 16 agosto 2002”
LR 27 maggio 2022, n. 12 “Disposizioni di adeguamento ordinamentale 2022 in materia di politiche sanitarie e di politiche sociali”
Decreto del Ministero della Salute del 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”
Decreto del Ministero della Salute del 29 aprile 2022 “Linee guida organizzative contenenti il ‘Modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare’”
DGR n. 1780 del 15 dicembre 2021 “Recepimento dell’Accordo n. 151/CSR del 4 agosto 2021 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell’articolo 8, comma 6 della Legge 5 giugno 2003, n. 131, sul documento recante ‘Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per



ba3b0950



l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178' "
Legge 23 luglio 2021, n. 106 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, recante misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali"
DGR n. 533 del 27 aprile 2021 "Recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante 'Accreditamento della rete di Terapia del dolore e Cure Palliative Pediatriche, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38' ". Rep. Atti n. 30/CSR del 25 marzo 2021
DGR n. 256 del 09 marzo 2021 "Ricostituzione del Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore ai sensi della LR n. 7 del 19/03/2009 ed individuazione della Fondazione Scuola di Sanità Pubblica quale soggetto preposto ad organizzare il percorso formativo a supporto dell'implementazione del Percorso Integrato di Cura per la terapia del dolore e le cure palliative in età pediatrica"
DGR n. 222 del 02 marzo 2021 "Recepimento degli Accordi tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38" (Rep. Atti n.118/CSR del 27 luglio 2020) e sul documento "Accreditamento delle reti di terapia del dolore ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38" (Rep. Atti n.119/CSR del 27 luglio 2020)."
Decreto del Direttore generale dell'Area Sanità e Sociale n. 140 del 12 dicembre 2019 - "Approvazione del percorso integrato di cura per la terapia del dolore e le cure palliative in età pediatrica"
DGR n. 1202 del 14 agosto 2019 "Progetti relativi agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2019. Accordo, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34-bis, della Legge 23 dicembre 1996 n. 662 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Rep. Atti n. 91/CSR del 6 giugno 2019"
LR n. 48 del 28 dicembre 2018 "Piano socio sanitario regionale 2019-2023"
DGR n. 553 del 30 aprile 2018 "Approvazione del Percorso integrato di cura a supporto dello sviluppo della rete di cure palliative in età adulta ai sensi della DGR n. 208 del 28 febbraio 2017 ad oggetto: "Individuazione del modello assistenziale di rete delle cure palliative e della terapia del dolore della Regione Veneto. Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 (LR del 29 giugno 2012, n. 23). Deliberazione n. 109/CR del 9 dicembre 2015"
DGR n. 1075 del 13 luglio 2017 "Revisione del modello regionale delle Cure Domiciliari: primi indirizzi organizzativi per le Aziende ULSS"
DGR n. 208 del 28 febbraio 2017 "Individuazione del modello assistenziale di rete delle cure palliative e della terapia del dolore della Regione Veneto. Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 (LR 29 giugno 2012, n. 23). Deliberazione n. 109/CR del 9 dicembre 2015"
DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"
Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. "Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sull'individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché delle strutture sanitarie, ospedaliere, territoriali e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore". Rep. Atti n. 87/CSR del 10 luglio 2014
DGR n. 2961 del 28 dicembre 2012 "Gestione informatica della residenzialità extraospedaliera per persone anziane non autosufficienti e per persone con disabilità. DGR 1059/2012. Primo provvedimento: approvazione del set di strumenti per l'area delle persone anziane e altri non autosufficienti e modifiche alla scheda SVaMA di cui alla DGR 1133/2008"



ba3b0950



DGR n. 2372 del 29 dicembre 2011 “Flusso Informativo Assistenza e Cure Domiciliari: approvazione dei relativi progetti e collaborazione con l'Azienda ULSS 4 nelle fasi di gestione”
Decreto del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 17 dicembre 2008 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza domiciliare”
DGR n. 4588 del 28 dicembre 2007 “Attività delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali (U.V.M.D.) di cui alla DGR 3242/01 - Approvazione linee di indirizzo alle AULSS”
DGR n. 39 del 17 gennaio 2006 “Il sistema della domiciliarità. Disposizioni applicative”
DGR n. 5273 del 29 dicembre 1998 “Linee guida regionali sull’attivazione delle varie forme di A.D.I. ex allegato “H” del DPR n. 484/96 e art. 32 punto 2 lett. A del DPR n. 613/96: ADIMED e relative previsioni di fabbisogno assistenziale. Direttive regionali sulla fornitura ed erogazione dei farmaci in ADIMED”

COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO del cantiere «ADI e Cure Palliative»
(riferimenti Decreti del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 32/2023, 67/2023)

Il gruppo di lavoro del cantiere «ADI E CURE PALLIATIVE» è costituito da un *gruppo composto* dal Coordinatore del progetto, da rappresentanti di Regione del Veneto e da professionisti esperti provenienti dalle Aziende ULSS 4, ULSS 8, ULSS 9, AOPD e Azienda Zero:

Nominativo	Ruolo	Ente
Achille Di Falco	Direttore dei Servizi Socio Sanitari	AULSS 8 Berica
Anna Zambon	UOC Formazione e Sviluppo delle Professioni Sanitarie	Azienda Zero
Claudio Costa	Direttore Direzione Risorse Umane SSR	Regione del Veneto
Elena Fanton	Dirigente Direzione Risorse Umane SSR	Regione del Veneto
Giuseppina Capirossi	Direttore di Distretto	AULSS 9 Scaligera
Maria Grazia Cengia	Direttore Direzione Professioni Sanitarie	AULSS 9 Scaligera
Maria Teresa Padovan	Direttore Dipartimento di Prevenzione	AULSS 8 Berica
Pierina Lazzarin	Coordinatore Hospice Pediatrico	Azienda Ospedaliera di Padova
Pierpaolo Di Santo	Coordinatore Direzione Medica	AULSS 4 Veneto Orientale
Pietro Manno	Direttore UOC Cure Palliative	AULSS 8 Berica
Silvia Manea	Direttore UOC Cure Primarie	AULSS 8 Berica



ba3b0950

