

Deliberazione della Giunta Regionale 16 maggio 2019, n. 91-9000

D.P.C.M 12 gennaio 2017 art. 22. Nuove procedure e modalita' organizzative delle Cure Domiciliari Riabilitative in Piemonte – Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 80-10902 del 3 febbraio 1987 e s.m.i..

A relazione dell'Assessore Saitta:

Premesso che:

con il D.P.C.M. del 29 novembre 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza, al punto 1.C “Area integrazione socio-sanitaria” è stata definita, quale macro livello, l’Assistenza territoriale ambulatoriale e a domicilio, specificandone le prestazioni, tra queste sono elencate le prestazioni riabilitative al domicilio.

Con la D.G.R. n. 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i. avente come oggetto “Linee guida per l’attivazione del Servizio di Cure domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte” è stato definito un modello assistenziale unico di assistenza sanitaria erogata al domicilio del paziente in modo continuo ed integrato, al fine di fornire cure appropriate da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS) e di altri operatori sanitari e sociosanitari – quali ad esempio Medici specialisti, Psicologi, Infermieri, Terapisti della riabilitazione, Operatori Socio Sanitari (OSS) secondo le necessità rilevate attraverso la valutazione multidimensionale. Tale nuovo modello integrato di Cure Domiciliari è modulato su livelli di intensità delle cure domiciliari sanitarie e socio-sanitarie, che devono essere erogate in relazione alla complessità dei bisogni assistenziali espressi dalle persone.

Con la D.G.R. n. 10-5605 del 2 aprile 2007 è stata approvata la riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte, fornendo le prime direttive alle Aziende Sanitarie Regionali, nel cui ambito sono previste, tra le attività riabilitative territoriali, le funzioni riabilitative domiciliari.

Con il D.M. 17 dicembre 2008 “Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio dell’Assistenza Domiciliare (SIAD)” è stata uniformata a livello nazionale la raccolta delle informazioni relative alle prese in carico di Cure Domiciliari.

In seguito all’emanazione del Decreto ministeriale di cui sopra, con la D.G.R. n. 69-481 del 2 agosto 2010 “Modifiche ed integrazioni della DGR 42-8390 del 10 marzo 2008, della DGR 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., DGR 55-13238 del 3 agosto 2004 e DGR 44-12758 del 17 dicembre 2009” è stato istituito il flusso SIAD in Regione Piemonte, in ottemperanza alle disposizioni ministeriali.

Con la D.G.R. n. 62 - 9692 del 16 giugno 2003 è stato definito il modello per l’attribuzione di un “peso” ai singoli casi di Cure Domiciliari correlato al consumo di risorse impiegate.

Con la D.G.R. n. 51 - 11389 del 23 dicembre 2003 è stata individuata un’articolazione graduale e progressiva della risposta domiciliare riferita all’area della post-acutiae (fase intensiva e/o estensiva) e all’area della cronicità con pesatura dei casi in riferimento ai criteri della summenzionata D.G.R. n. 62-9692/2003.

Con D.G.R. n. 55 - 13238 del 03 agosto 2004 è stato stabilito di utilizzare il peso totale del singolo caso rapportato al valore del caso di riferimento, così come definito dalla succitata D.G.R. n. 62-9692/2003 e sono state definite le tipologie di cura nell'ambito delle Cure Domiciliari.

Fatto salvo che presupposto essenziale di un progetto di Cure Domiciliari è la proposta di sua attivazione da parte del MMG/PLS al Servizio Cure Domiciliari dell'ASL, nonché la relativa presa in carico da parte dello stesso, nel modello erogativo del sistema sanitario regionale piemontese le Cure Domiciliari sono suddivise in diverse tipologie di intervento: Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Assistenza Domiciliare Integrata + Unità Operativa Cure Palliative (ADI+UOCP), Assistenza Domiciliare Programmata (ADP), Servizio Infermieristico Domiciliare (SID), Lungoassistenza (LA).

Con D.G.R. n. 37-14908 del 28 febbraio 2005 è stata individuata una nuova tipologia di cura nell'ambito delle Cure Domiciliari denominata "Prestazioni Infermieristiche Estemporanee" (P.I.E.), che costituisce il contenitore di tutte le prestazioni occasionali effettuate a pazienti per i quali non è prevista una presa in carico continuativa con relativo piano assistenziale e conseguente apertura di cartella.

Con D.G.R. n. 21-7391 del 12 novembre 2007 sono stati rivalutati i parametri di riferimento per l'attribuzione del "peso" ai casi di Cure domiciliari correlato al consumo delle risorse impiegate e, nell'Allegato A) della medesima, la valorizzazione delle singole prestazioni delle figure professionali, tra queste anche il Fisioterapista.

Il D.P.C.M. 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. 50" all'art. 22 Cure Domiciliari comma 1 stabilisce che *"Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, 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. L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio."*

Alla luce delle disposizioni di cui sopra si rende ora necessario definire in modo specifico i percorsi di attivazione ed erogazione delle Cure Riabilitative Domiciliari per adulti e per minori che ad oggi sono state ricondotte, in mancanza di indicazioni puntuali, all'interno delle tipologie definite con la summenzionata D.G.R. n. 55 - 13238/2004 in particolare alla tipologia Servizio Infermieristico Domiciliare (SID). Pertanto, con il presente provvedimento, al fine di annoverare tra le tipologie di Cure Domiciliari anche quella riabilitativa, già in essere e da sempre erogata, ma non codificata, si istituisce la tipologia: Servizio Riabilitativo Domiciliare relativo al Recupero e alla Riabilitazione Funzionale per gli adulti (SRD-RRF) e all'intervento della Neuropsichiatria Infantile (SRD-NPI) per i minori. Altresì, si rende necessario fornire specifiche indicazioni in merito alle procedure e modalità organizzative di erogazione delle relative Cure Domiciliari Riabilitative (SRD), così come descritto nell'Allegato A "Cure Domiciliari Riabilitative", parte integrante e sostanziale del presente atto deliberativo, demandando a successivo provvedimento del Direttore Regionale della Direzione Sanità l'adozione della modulistica relativa al PPRI-PRI modificato, e alle Schede di valutazione di fine trattamento riabilitativo in Cure Domiciliari Riabilitative per adulti e per minori.

La definizione della tipologia di Cura Riabilitativa Domiciliare (SRD-RRF adulti e SRD-NPI minori) è data dalla conoscenza degli uffici regionali di materia, supportata e condivisa da figure sanitarie in ambito della riabilitazione e rieducazione funzionale del SSN.

Nello specifico il provvedimento definisce:

- i destinatari delle Cure riabilitative domiciliari
- i criteri di eleggibilità
- i setting di provenienza
- le scale di valutazione per la presa in carico
- le figure professionali.

Altresì, vengono definiti in modo puntuale i Percorsi da ogni setting di cura per l'attivazione della Cura Riabilitativa Domiciliare (SRD-RRF adulti e SRD-NPI minori):

- da Presidi ospedalieri pubblici (ASL, AOU, AO)
- da Case di Cura, Presidi Ospedalieri privati, IRCCS, CAVS
- da domicilio.

Dato atto che:

- con la D.G.R. n. 80-10902 del 3 febbraio 1987, avente ad oggetto "Definizione degli standard assistenziali e delle rette conseguenti ai sensi del DM 18 maggio 1984 da corrispondere ai Centri convenzionati ex art. 26 L. 833/1978 sono state determinate, tra l'altro, le rette per le varie tipologie di prestazioni riabilitative, tra cui quella domiciliare, oltreché quella residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale singolo, ambulatoriale di piccolo gruppo, visita di accertamento;
- con la D.G.R. n. 43- 23753 del 29 dicembre 1997 avente ad oggetto "Provvisorio accreditamento del D.Lgs. 502/1992 e smi, integrazione ed attuazione dei Centri ed Istituti art. 26 della Legge 833/1978" sono state determinate le tariffe giornaliere per attività residenziale;
- con la D.G.R. n. 14-10598 del 30 ottobre 2003 avente ad oggetto "Accordo anno 2003 con l'Associazione di categoria ARIS per gli istituti ex art. 26 Legge 833/1978 – Approvazione tariffario", sono state ridefinite, tra l'altro, le tariffe dei Centri di riabilitazione ex art. 26, tra cui anche il trattamento domiciliare;
- con la D.G.R. n. 13-2022 del 5 agosto 2015 "Approvazione degli schemi di contratto/accordo contrattuale per il triennio 2014-2016 da stipulare ex art. 8 quinquies D.lgs 502/1992 con le case di cura private ed i presidi ospedalieri ex artt. 42 e 43 L. 833/78" è stata prevista l'emanazione di ulteriori disposizioni regionali in materia di prestazioni domiciliari;
- con la D.G.R. n. 17-4167 del 7 novembre 2016 sono state approvate le Disposizioni per la revisione delle procedure di accesso, degli strumenti operativi e delle procedure di verifica dell'attività di post acuzie.

Pertanto, le Cure Riabilitative Domiciliari (SRD- RRF / SRD- NPI) possono essere erogate anche attraverso Strutture ex artt. 26 e 43 L. 833/1978, autorizzate ed accreditate per l'attività di recupero e riabilitazione funzionale o per funzioni di tipo riabilitativo; le modalità di presa in carico ed erogazione delle prestazioni sono descritte nell'Allegato A, parte sostanziale ed integrante del presente atto deliberativo, al punto *Cure Riabilitative Domiciliari SRD- RRF / SRD- NPI con coinvolgimento di Strutture ex artt. 26 e 43 L. 833/1978*.

La tariffa riconosciuta a favore delle Strutture ex art. 26 L. 833/1978 approvata con la DGR n. 14-10598 del 30 ottobre 2003, viene ad essere riconosciuta, con la presente deliberazione, anche a favore delle Strutture ex art. 43 L.833/1978, come segue: "la tariffa di Euro 46,98= , individuata

con la già citata DGR n. 14-10598/2003, si riferisce alle prestazioni rese dalle figure professionali, di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, comprensiva di spese accessorie, quali spese di trasporto, tempo di percorrenza e raccolta ed imputazione dati per alimentazione flussi informativi”.

Ritenuto opportuno stabilire che le disposizioni al presente provvedimento si applicano per le Strutture ex artt. 26 e 43 L. 833/1978, autorizzate ed accreditate per l'attività di recupero e riabilitazione funzionale o per funzioni di tipo riabilitativo, a far data dal 1 ottobre 2019 al fine di consentire l'adeguamento contrattuale e la formazione degli operatori per l'utilizzo dei sistemi informativi per i flussi ministeriali.

Dato atto che il presente provvedimento non comporta un incremento della spesa sanitaria regionale e di conseguenza non comporta oneri aggiuntivi al bilancio regionale in quanto:

- per le prestazioni rese dagli Erogatori privati accreditati di cui ai precedenti capoversi, ai sensi dell'articolo 3, comma 11, dello schema tipo di contratto approvato con DGR n. 37-7057 del 14 giugno 2018, *“I tetti di spesa complessivi e invalicabili delle AASSLL, i valori di riferimento assegnati all'erogatore e i tetti di spesa per i residenti fuori regione e per il recupero della mobilità passiva si mantengono anche in caso di variazione comunque intervenuta dei valori delle tariffe di riferimento, sia per modifica della fascia di accreditamento, sia per revisione dei tariffari regionali, intendendosi in tal caso rideterminate le prestazioni oggetto del contratto nella misura necessaria a mantenere i valori fissati”;*

- per le prestazioni rese dagli Erogatori pubblici gli oneri sono ricompresi nelle risorse annualmente assegnate con provvedimento di Giunta Regionale alle ASL.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17 ottobre 2016.

Tutto ciò premesso e motivato, la Giunta Regionale a voti unanimi espressi nelle forme di legge

delibera

- di approvare le nuove procedure e modalità organizzative delle Cure Domiciliari Riabilitative così come descritto nell'Allegato A *“Cure Domiciliari Riabilitative”*, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, a modifica ed integrazione della DGR n. 80-10902 del 3 febbraio 1987 e s.m.i.;

- di demandare a successivo provvedimento del Direttore della Direzione Sanità l'adozione della modulistica relativa al PPRI-PRI e alle Schede di valutazione di fine trattamento riabilitativo in Cure Domiciliari Riabilitative per adulti e per minori, sulla base delle nuove procedure;

- di stabilire che le Cure Riabilitative Domiciliari (SRD- RRF / SRD- NPI) possono essere erogate anche attraverso Strutture ex artt. 26 e 43 L. 833/1978, autorizzate ed accreditate per l'attività di recupero e riabilitazione funzionale o per funzioni di tipo riabilitativo, e che le modalità di presa in carico ed erogazione delle prestazioni sono descritte nell'Allegato A, parte sostanziale ed integrante del presente atto deliberativo, al punto *Cure Riabilitative Domiciliari SRD- RRF / SRD- NPI con coinvolgimento di Strutture ex artt. 26 e 43 L. 833/1978;*

- di stabilire che la tariffa di Euro 46,98= riconosciuta a favore degli ex art. 26 L. 833/1978, con D.G.R. n. 14-10598 del 30 ottobre 2003, si applichi anche a favore degli ex art 43 L. 833/78 per le

prestazioni rese dalle figure professionali - di cui all'Allegato A parte integrante e sostanziale della presente deliberazione - comprensiva di spese accessorie, quali spese di trasporto, tempo di percorrenza e raccolta ed imputazione dati per alimentazione flussi;

- di stabilire che le disposizioni di cui al presente provvedimento si applicano per le Strutture ex artt. 26 e 43 L. 833/1978, autorizzate ed accreditate per l'attività di recupero e riabilitazione funzionale o per funzioni di tipo riabilitativo, a far data dal 1 ottobre 2019 al fine di consentire l'adeguamento contrattuale e la formazione degli operatori per l'utilizzo dei sistemi informativi per i flussi ministeriali;

- di dare atto che il presente provvedimento non comporta un incremento della spesa sanitaria regionale e di conseguenza non comporta oneri aggiuntivi al bilancio regionale:

- per le prestazioni rese dagli Erogatori privati accreditati di cui ai precedenti capoversi, ai sensi dell'articolo 3, comma 11, dello schema tipo di contratto approvato con DGR n. 37-7057 del 14 giugno 2018, *“I tetti di spesa complessivi e invalicabili delle AASSLL, i valori di riferimento assegnati all'erogatore e i tetti di spesa per i residenti fuori regione e per il recupero della mobilità passiva si mantengono anche in caso di variazione comunque intervenuta dei valori delle tariffe di riferimento, sia per modifica della fascia di accreditamento, sia per revisione dei tariffari regionali, intendendosi in tal caso rideterminate le prestazioni oggetto del contratto nella misura necessaria a mantenere i valori fissati”*;

- per le prestazioni rese dagli Erogatori pubblici gli oneri sono ricompresi nelle risorse annualmente assegnate con provvedimento di Giunta Regionale alle ASL.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

(omissis)

Allegato

Cure Domiciliari Riabilitative

Le Cure Domiciliari

Le Cure Domiciliari sono una modalità di assistenza sanitaria erogata al domicilio del paziente in modo continuo ed integrato, al fine di fornire cure appropriate, da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS) e di altri operatori sanitari e sociosanitari, quali ad esempio medici specialisti, psicologi, infermieri, tecnici della riabilitazione, Operatori Socio Sanitari (OSS), dei servizi territoriali ed ospedalieri, secondo le necessità rilevate attraverso la valutazione multidimensionale.

Gli obiettivi specifici delle Cure Domiciliari sono:

- la cura delle persone con patologie trattabili al domicilio, il recupero ed il mantenimento delle capacità di autonomia e di relazione, al fine di migliorare la loro qualità di vita;
- la continuità assistenziale alle persone dimesse dalle Strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- la prevenzione dei ricoveri impropri;
- l'educazione terapeutica del paziente – *Therapeutic Patient Education* o TPE. Secondo la definizione dell'OMS del 1998, l'educazione terapeutica del paziente è un'attività finalizzata ad aiutare il paziente e la sua famiglia a capire la natura della malattia e dei trattamenti, a collaborare attivamente alla realizzazione di tutto il percorso terapeutico e a prendersi cura del proprio stato di salute per mantenere e migliorare la propria qualità di vita;
- il supporto al *caregiver*.

Presupposti essenziali per l'attivazione di un progetto di Cure Domiciliari sono:

- la presa in carico da parte del MMG/PLS per le problematiche di tipo sanitario;
- la condizione di non autosufficienza, anche temporanea, di fragilità e con patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili al domicilio;
- il consenso informato da parte della persona e della sua famiglia, dal quale emerga anche l'accettazione dell'intervento di operatori al domicilio;
- la presenza di un *caregiver*/supporto a domicilio e/o di una rete di aiuto informale in rapporto alle necessità del paziente;
- l'idonea condizione abitativa;
- la compatibilità delle condizioni cliniche con la permanenza a domicilio e con gli interventi sanitari necessari.

Le Cure Domiciliari, nel modello erogativo regionale piemontese, sono suddivise in diverse tipologie di intervento quali: Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Assistenza Domiciliare Integrata + Unità Operativa Cure Palliative (ADI+UOCP), Assistenza Domiciliare

Programmata (ADP), Servizio Infermieristico Domiciliare (SID), Servizio Riabilitativo Domiciliare relativo al Recupero e alla Riabilitazione Funzionale per gli adulti (SRD-RRF) e all'intervento della Neuropsichiatria Infantile (SRD-NPI) per i minori, nonché Lungoassistenza (LA), Prestazioni Infermieristiche Estemporanee (PIE).

Le Cure Domiciliari così organizzate hanno come finalità:

- garantire il governo complessivo di questo ambito di cura territoriale;
- razionalizzare l'uso delle risorse e non ultimo la loro sostenibilità nel tempo;
- garantire ai cittadini la continuità dei servizi erogati.

Destinatari delle Cure Domiciliari Riabilitative

Le Cure Domiciliari Riabilitative sono destinate ad adulti e minori con disabilità complessa **codice disabilità 2** "disabilità complesse che non richiedono ricovero, ma un intervento, per competenza ed attrezzatura, altamente sofisticato" o **codice disabilità 3** "disabilità di entità rilevante, croniche o in fase di stabilizzazione che richiedono un intervento riabilitativo non complesso, né intensivo, ma protratto nel tempo", di cui all'Allegato A della D.G.R. n. 42-941 del 3 novembre 2010.

Quindi, i destinatari, adulti o minori, delle Cure Domiciliari Riabilitative possono presentare:

- disabilità a medio alto gradiente di modificabilità in fase post-acuta di recupero;
- disabilità maggiore cronica stabilizzata o evolutiva, in condizione di intrasportabilità;
- disabilità maggiori progressive e/o terminali nell'ambito di progetti di cure palliative.

Criteri di eleggibilità

Sono eleggibili alle Cure Domiciliari Riabilitative i pazienti che:

- sono intrasportabili per motivi clinici ovvero pazienti che non possono usufruire di un trattamento ambulatoriale perché il trasporto comprometterebbe l'intervento stesso o sarebbe di nocimento alla salute degli stessi;
- necessitano di un progetto riabilitativo estensivo, con modalità, tempi ed esiti definibili.

I setting di provenienza

I destinatari delle Cure Domiciliari Riabilitative possono provenire da setting di cura ospedalieri (pubblici o privati accreditati) o extraospedalieri (CAVS) oppure dal domicilio.

Scale di valutazione per la presa in carico

Scale di valutazioni validate per la presa in carico Cure Domiciliari Riabilitative sono:

- per il paziente adulto l'Indice di Barthel;
- per il paziente età evolutiva si raccomanda l'utilizzo di scale validate (a titolo di mero esempio, Scale Vineland II, Movement ABC 2, DP3, etc.).

Figure professionali

Le figure professionali possono essere: fisiatra, foniatra, neuropsichiatra infantile, fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale, terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva.

Ogni figura professionale che accede al domicilio del paziente per effettuare le prestazioni previste deve compilare il diario clinico, conservato presso il domicilio del paziente e fornito dal Servizio Cure Domiciliari dell'ASL (in base all'organizzazione dell'ASL può essere a livello aziendale o distrettuale), annotando il Servizio/Struttura di appartenenza, la data, l'ora di ingresso e di uscita, tipologia e tempo della prestazione erogata, la figura professionale, il nome, il cognome e la firma leggibile dell'operatore.

Le prestazioni erogate devono essere inserite nel Portale regionale FARSIAD-RP per soddisfare il debito informativo ministeriale e regionale del flusso SIAD "Sistema Informativo Assistenza Domiciliare" istituito con il DM 17 dicembre 2008 e con la DGR n. 69-481 del 2 Agosto 2010.

Soggetti erogatori

- le Aziende Sanitarie Locali (ASL)
- le Strutture ex artt. 26 e 43 L. 833/1978, autorizzate ed accreditate per l'attività di recupero e riabilitazione funzionale o per funzioni di tipo riabilitativo.

I PERCORSI

Da Presidi ospedalieri pubblici (ASL, AOU, AO) alle Cure Domiciliari Riabilitative (SRD-RRF / SRD-NPI)

Il Reparto Ospedaliero (RO) richiede una consulenza del medico specialista, fisiatra di norma ed in casi specifici sulla base della particolare disabilità/patologia, per la compilazione della Proposta Percorso Riabilitativo Individuale (PPRI).

Se il paziente rientra nelle condizioni elencate al punto "Criteri di eleggibilità", il medico specialista può proporre le Cure Domiciliari Riabilitative.

Il RO trasmette il PPRI al Nucleo Ospedaliero della Continuità delle Cure (NOCC), che a sua volta lo invia al Nucleo Distrettuale della Continuità delle Cure (NDCC).

Successivamente il NDCC attiva il Servizio Cure Domiciliari della propria ASL, il quale contatta il MMG/PLS e il Servizio RRF o NPI per concordare l'attivazione della tipologia di Cure Domiciliari SRD (SRD-RRF o SRD-NPI).

Concordata la tipologia di Cure Domiciliari tra il MMG/PLS, il Servizio Cure Domiciliari e il medico specialista del Servizio RRF o NPI dell'ASL, quest'ultimo predispone il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) o valida il PPRI, individua le figure professionali interessate con la conseguente attivazione delle prestazioni al domicilio. Il Servizio Cure Domiciliari comunica al NDCC l'avvenuta Presa in Carico.

Terminate le Cure Domiciliari SRD (SRD-RRF o SRD-NPI) previste dal PRI, ciascun operatore della riabilitazione coinvolto segnala al medico del Servizio RRF o al medico del Servizio NPI l'opportunità di concludere o proseguire mediante la compilazione dell'apposito modulo. Il medico del Servizio RRF o NPI valuta l'appropriatezza della richiesta e definisce o la conclusione del progetto riabilitativo erogato o la necessità di un percorso successivo mediante una rivalutazione del PRI.

Nel corso della presa in carico SRD (RRF o NPI) può emergere la necessità di attivare altre tipologie di Cure Domiciliari, pertanto il medico specialista (Fisiatra o Neuropsichiatra Infantile) contatta il Servizio di Cure Domiciliari che a sua volta contatta il MMG/PLS per attivare altra tipologia di Cura Domiciliare a cui ricondurre le prestazioni riabilitative domiciliari.

Da Case di Cura, Presidi Ospedalieri privati, IRCCS, CAVS alle Cure Domiciliari Riabilitative (SRD-RRF)

Il medico fisiatra della Struttura o altro specialista in casi specifici sulla base della particolare disabilità/patologia in prossimità della dimissione, se il paziente rientra nelle condizioni elencate al punto "Criteri di elegibilità" per l'attivazione delle Cure Domiciliari Riabilitative, compila la Proposta Percorso Riabilitativo Individuale (PPRI).

Il Direttore sanitario della Struttura o suo delegato trasmette il PPRI al Nucleo Distrettuale della Continuità delle Cure (NDCC), che attiva il Servizio Cure Domiciliari della propria ASL

A sua volta il Servizio Cure Domiciliari contatta il MMG e il Servizio RRF per concordare l'attivazione della tipologia di Cure Domiciliari SRD-RRF.

Concordata la tipologia di Cure Domiciliari tra il MMG il Servizio Cure Domiciliari e il medico specialista del Servizio RRF dell'ASL, quest'ultimo predispone il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) o valida il PPRI, individua le figure professionali interessate

con la conseguente attivazione delle prestazioni al domicilio. Il Servizio Cure Domiciliari comunica al NDCC l'avvenuta Presa in Carico.

Terminate le Cure Domiciliari SRD-RRF previste dal PRI, ciascun operatore della riabilitazione coinvolto segnala al medico del Servizio RRF l'opportunità di concludere o proseguire mediante la compilazione dell'apposito modulo. Il medico del Servizio RRF valuta l'appropriatezza della richiesta e definisce o la conclusione del progetto riabilitativo erogato o la necessità di un percorso successivo mediante una rivalutazione del PRI.

Nel corso della presa in carico SRD-RRF può emergere la necessità di attivare altre tipologie di Cure Domiciliari, pertanto il medico specialista Fisiatra contatta il Servizio di Cure Domiciliari che a sua volta contatta il MMG per attivare altra tipologia di Cura Domiciliare a cui ricondurre le prestazioni riabilitative domiciliari.

Dal domicilio alle Cure Domiciliari Riabilitative (SRD-RRF / SRD-NPI),

Il MMG/PLS, se soddisfatte le condizioni elencate al punto "Criteri di elegibilità", richiede una visita fisiatrica/neuropsichiatrica infantile a domicilio all'ASL di competenza territoriale per la compilazione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).

Il medico specialista di struttura pubblica, che effettua la visita a domicilio, valutata la necessità di un percorso appropriato in Cure Domiciliari Riabilitative (SRD-RRF o SRD-NPI), compila e invia il PRI al NDCC che attiva il Servizio Cure Domiciliari della propria ASL.

A sua volta il Servizio Cure Domiciliari contatta il Servizio RRF o NPI per concordare l'attivazione Cure Domiciliari SRD (SRD-RRF o SRD-NPI).

Concordata la tipologia di Cure Domiciliari tra il MMG/PLS, il Servizio Cure Domiciliari e il medico specialista del Servizio RRF o NPI dell'ASL, individua le figure professionali interessate con la conseguente attivazione delle prestazioni al domicilio. Il Servizio Cure Domiciliari comunica al NDCC l'avvenuta Presa in Carico.

Terminate le Cure Domiciliari SRD (SRD-RRF o SRD-NPI) previste dal PRI, ciascun operatore della riabilitazione coinvolto segnala al medico del Servizio RRF o al medico del Servizio NPI l'opportunità di concludere o proseguire mediante la compilazione dell'apposito modulo. Il medico del Servizio RRF o NPI valuta l'appropriatezza della richiesta e definisce o la conclusione del progetto riabilitativo erogato o la necessità di un percorso successivo mediante una rivalutazione del PRI.

Nel corso della presa in carico SRD (RRF o NPI) può emergere la necessità di attivare altre tipologie di Cure Domiciliari, pertanto il medico specialista (Fisiatra o Neuropsichiatra Infantile) contatta il Servizio di Cure Domiciliari che a sua volta contatta il MMG/PLS per

attivare altra tipologia di Cura Domiciliare a cui ricondurre le prestazioni riabilitative domiciliari.

Cure Riabilitative Domiciliari SRD- RRF / SRD- NPI con coinvolgimento di Strutture ex artt. 26 e 43 L. 833/1978

Il Servizio RRF o il Servizio NPI, nell'attuazione del PRI, può avvalersi di risorse provenienti da Strutture ex artt. 26 e 43 L. 833/1978, autorizzate ed accreditate per l'attività di recupero e riabilitazione funzionale o per funzioni di tipo riabilitativo, che, in presenza di accordi contrattuali ai sensi dell'art. 8 quinquies del D. lgs 502/1992, possono erogare prestazioni in Cure Domiciliari Riabilitative attraverso le figure professionali previste dalla presente A Allegato, parte integrante e sostanziale della deliberazione a cui si riferisce.

È opportuno che ogni Struttura individui le figure professionali disponibili per le Cure Domiciliari riabilitative e l'ambito territoriale di intervento – quest'ultimo modificabile solamente per singoli e motivati casi dettati da necessità organizzative dell'ASL o dalla Struttura stessa sempre e comunque concordati e con il nulla osta del NDCC/Servizio Cure Domiciliari dell'ASL sentiti i Servizi RRF o NPI interessati – da inserire nell'accordo contrattuale, rimodulabile a ogni possibile modifica delle condizioni di assegnazione di budget, in modo tale che sia la Struttura sia i Servizi RRF o NPI dell'ASL interessata possano programmare, di conseguenza, le rispettive attività di Cure Riabilitative Domiciliari SRD (SRD- RRF / SRD- NPI).

Il medico specialista (RRF o NPI) dell'ASL, predisposto il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), individua le figure professionali interessate con la conseguente attivazione delle prestazioni al domicilio avvalendosi delle Strutture che hanno dato disponibilità a operare sul territorio del domicilio del paziente ed a erogare le prestazioni richieste, in conformità del contratto stipulato.

Nella situazione in cui vi sia sovrapposizione di ambiti territoriali da parte di più Strutture, il Servizio RRF o il Servizio NPI assegnano il caso prioritariamente alla Struttura che dichiara di poter effettuare una presa in carico più tempestiva; a parità di tempistica dichiarata si applicano criteri di rotazione.

Ogni figura professionale che accede al domicilio del paziente per effettuare le prestazioni previste deve compilare il diario clinico, conservato presso il domicilio del medesimo, fornito dal Servizio Cure Domiciliari dell'ASL, annotando la Struttura ex artt. 26 o 43 L. 833/1978 per cui opera, la data, l'ora di ingresso e di uscita, tipologia e tempo della prestazione erogata, la figura professionale, il nome, il cognome e la firma leggibile dell'operatore.

Anche le prestazioni erogate tramite le Strutture ex artt. 26 e 43 L. 833/1978 devono essere inserite nel Portale regionale FARSIAD-RP per soddisfare il debito informativo ministeriale e regionale del flusso SIAD “Sistema Informativo Assistenza Domiciliare” istituito con il DM 17 dicembre 2008 e con la DGR n. 69-481 del 2 Agosto 2010.

Pertanto, ogni Struttura deve collezionare le informazioni inerenti alle prestazioni riportate nel diario clinico di ogni paziente, nonché inserirle nel Portale stesso entro il giorno 5 del mese successivo a quello di effettuazione delle prestazioni medesime. L’inserimento delle prestazioni sul Portale regionale FARSIAD-RP è a carico delle Strutture ex artt. 26 e 43 L. 833/1978, previa profilatura del Direttore Sanitario e di massimo tre figure professionali sanitarie e tre amministrative, designate dal Legale rappresentante in base alle modalità e all’apposita modulistica presente sul Portale regionale FARSIAD-RP. Il profilo di accesso al Portale attribuito alle figure profilate, di cui sopra, permetterà di operare esclusivamente sulle Prese in Carico assegnate dal Servizio RRF o dal Servizio NPI alla propria Struttura di appartenenza. La formazione è a carico degli operatori del Portale FARSIAD/RP.

La puntuale registrazione delle prestazioni nel diario clinico è condizione necessaria per la corretta rendicontazione da parte della Struttura e la conseguente relativa liquidazione da parte dell’ASL.

Al fine di una corretta programmazione delle attività Cure Domiciliari Riabilitative tipologia SRD, entro il giorno 5 del mese successivo dall’effettuazione delle prestazioni la Struttura deve comunicare all’ASL quante di queste sono state effettivamente erogate, distinte per paziente, con il relativo valore economico.

Terminate le Cure Domiciliari SRD (SRD-RRF o SRD-NPI) previste dal PRI, ciascun operatore della riabilitazione coinvolto segnala al medico del Servizio RRF o al medico del Servizio NPI l’opportunità di concludere o proseguire mediante la compilazione dell’apposito modulo. Il medico del Servizio RRF o NPI valuta l’appropriatezza della richiesta e definisce o la conclusione del progetto riabilitativo erogato o la necessità di un percorso successivo mediante una rivalutazione del PRI.