

Deliberazione della Giunta Regionale 17 luglio 2023, n. 13-7239

D.M. 23/01/2023 "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)" - Adozione Piano Operativo Regionale cure domiciliari sanitarie - CUP J64E23000110002.



Seduta N° 379

Adunanza 17 LUGLIO 2023

Il giorno 17 del mese di luglio duemilaventitre alle ore 09:40 in Torino presso la sede della Regione Piemonte, via Nizza 330 - Torino si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di Alberto Cirio Presidente, Fabio Carosso Vice Presidente e degli Assessori Matteo Marnati, Maurizio Raffaello Marrone, Marco Gabusi, Andrea Tronzano, Chiara Caucino, Elena Chiorino, Luigi Genesio Icardi con l'assistenza di Guido Odicino nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

Assenti, per giustificati motivi: gli Assessori
Vittoria POGGIO - Marco PROTOPAPA - Fabrizio RICCA

DGR 13-7239/2023/XI

OGGETTO:

D.M. 23/01/2023 “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)” – Adozione Piano Operativo Regionale cure domiciliari sanitarie – CUP J64E23000110002.

A relazione di: Icardi

Premesso che :

- il D.P.C.M. 12 gennaio 2017, declinando i Livelli Essenziali di Assistenza, definisce le cure domiciliari come l’insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico, erogati a domicilio dei destinatari, necessari per stabilizzarne il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita;
- l’assistenza domiciliare integrata è un servizio per persone di tutte le età con una o più malattie croniche o una condizione clinica terminale che richiede un’assistenza sanitaria e sociale professionale continua e altamente specializzata;
- l’incremento della popolazione over 65 ha comportato un aumento progressivo delle malattie cronico/degenerative che richiedono servizi di assistenza a lungo termine, supportando l’assistito e la sua famiglia;
- le cure domiciliari sono presenti in tutte le ASL piemontesi, hanno valenza distrettuale, e, in relazione ai bisogni sanitari del paziente, contemplano tre livelli d’intervento (bassa, media e alta intensità sanitaria);
- la richiesta di attivazione viene avanzata dal medico di medicina generale e dal pediatra di libera scelta, che assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, oppure dall’U.V.G./Medico di distretto, che formula un progetto di assistenza individuale (PAI) adeguato al trattamento domiciliare valutato.

Considerato che all’interno del PNRR, la “Missione 6 Salute” è finalizzata a potenziare e riorientare

il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone attraverso due Componenti:

- Componente 1: reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale;
- Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Preso atto che:

- l'investimento < *M6.C1 1.2.1 "Casa come primo luogo di cura e Telemedicina"* > mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro il T2 2016 (Target Unico Europeo) almeno 800.000 nuovi pazienti over 65, corrispondente al 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni, rispetto all'attuale 5% di media fra tutte le regioni italiane;
- l'obiettivo di individuare strategie di intervento orientate a rendere la casa il luogo privilegiato dell'assistenza, raggiungendo lo standard del 10% di assistiti over 65 entro il 31/12/2025, come previsto nel DM 77/2022 "*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*", implica un potenziamento sia delle prestazioni mono-professionali che di quelle sviluppate in modalità multi-professionale;
- vi è la necessità di rafforzare il sistema di assistenza territoriale, di cui i servizi domiciliari costituiscono una componente cruciale, che ha assunto una nuova rilevanza nell'ambito dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, imponendo tramite il c.d. "decreto rilancio", decreto legge n. 34 del 19 maggio 2020, coordinato dalla legge n. 77 del 17 luglio 2020, un importante stanziamento di risorse finalizzato a privilegiare percorsi di cura e assistenza nei luoghi di vita della persona, modulati sul bisogno di salute del paziente, evitando il ricorso a forme di assistenza e cura istituzionalizzate, sia nell'ambito dei ricoveri ospedalieri, sia nelle strutture residenziali territoriali.

Considerato che nella realtà piemontese, la presenza massiccia di presidi destinati ad anziani e disabili ha condizionato pesantemente l'offerta di servizi rivolti a questa fascia della popolazione, favorendo risposte in residenzialità e meno attraverso servizi domiciliari.

Tenuto conto che:

- alla luce del PNRR, i nuovi indirizzi impongono il potenziamento e lo sviluppo di forme alternative al ricovero e la promozione dell'assistenza continuativa e integrata fra territorio e ospedale, di tipo sanitario e socio-assistenziale;
- il raggiungimento dell'ambizioso obiettivo, previsto dal PNRR, del 10% della popolazione over 65 assistita a domicilio presuppone il potenziamento dei servizi domiciliari effettuati direttamente dalle Aziende Sanitarie Locali nonché l'effettuazione di servizi domiciliari attraverso appalti di servizi e con operatori pubblici e privati autorizzati ed accreditati in tale senso;
- al fine della compiuta attuazione dell'investimento < *M6C1 1.2.1 "Casa come primo luogo di cura e Telemedicina"* >, il Ministero della Salute ha previsto che ogni regione, in quanto soggetto attuatore, rediga e trasmetta un Piano Operativo Regionale (POR), di cui all'allegato A, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, redatto secondo uno schema ministeriale appositamente composto e che illustri la conformità della programmazione regionale agli obiettivi definiti dal PNRR, dal Decreto 23 gennaio 2023 e alla normativa vigente in materia di assistenza domiciliare;
- l'art.2, comma 2, del Decreto 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)*", prevede che la Regione Piemonte, come soggetto attuatore degli interventi sotto la voce "*PNRR M6C11.2.1 ASSISTENZA DOMICILIARE*", richieda il codice unico di progetto (CUP), dettagliando i relativi importi (RRF e altre fonti) per l'intero periodo 2022-2025.

Dato atto che:

- il CUP assegnato all'intervento è J64E23000110002, reso definitivo in data 25 maggio 2023, il quale identifica la Direzione Sanità come la struttura responsabile del coordinamento della realizzazione, da parte di ciascuna Azienda Sanitaria Locale, delle cure domiciliari, in grado di garantire il raggiungimento degli obiettivi;
- il citato Piano Organizzativo Regionale, come esplicitato dalla circolare del 17 marzo 2023 dell'Unità di Missione per l'attuazione degli interventi PNRR, doveva essere obbligatoriamente redatto e trasmesso secondo lo schema previsto dalla circolare stessa, per essere valutato dalla Commissione Tecnica costituita presso Agenas;
- il Ministero, con la medesima nota, ha reso disponibili il format necessario per comunicare il CUP, nonché le anagrafiche degli utenti da profilare in ReGiS per dare seguito alle attività di monitoraggio e rendicontazione tramite le opzioni di costo semplificate (OCS), secondo le indicazioni che verranno successivamente dettagliate all'interno di specifica Guida operativa;
- la trasmissione dello schema di Piano Operativo Regionale, che la circolare ministeriale del 17 marzo 2023 aveva inizialmente previsto entro il 18 aprile, è stata prorogata al 5 maggio 2023 per dar modo di consolidare i dati del flusso SIAD (Sistema Informativo Assistenza Domiciliare) dell'anno 2022, necessari per il monitoraggio degli obiettivi intermedi e per l'erogazione delle relative quote di finanziamento.

Richiamati i confronti costanti e continuativi che la Direzione regionale competente in sinergia con Azienda Sanitaria Zero, ha avviato con le Aziende Sanitarie Locali e che si sono formalizzati con le seguenti note attuative:

- nota del 10 novembre 2022 (prot. 42431), con la quale è stato trasmesso alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali un primo piano di progressivo adeguamento agli standard del DM 77/2022 con cui venivano comunicati i target/obiettivo individuati per ogni singola ASL;
- nota del 18 aprile 2023 (prot. 22118,) con cui si comunicava alle stesse Direzioni Generali le istruzioni operative per il raggiungimento dei target, specificando le forme di assistenza e i servizi contemplati dai flussi SIAD, nonché le risorse economiche di riferimento suddivise per ciascuna fonte di finanziamento (Fondo sanitario indistinto, DL 34 e PNRR);
- nota del 5 maggio 2023 (prot. 25712) con cui si è provveduto ad una prima trasmissione al Ministero dello schema di Piano Operativo Regionale, successivamente integrato, su richiesta di Agenas, con nota del 12 maggio 2023 (prot. 27721);
- nota del 17 maggio 2023 (prot. 1213) con la quale Azienda Sanitaria Zero ha trasmesso alle Aziende Sanitarie Locali la proposta trasmessa al Ministero del "Piano attuativo per l'assistenza domiciliare in Regione Piemonte".

Preso atto che il Piano Operativo Regionale, comprensivo del Codice Unico di Progetto (CUP), è stato infine validato definitivamente da Agenas e dal Ministero della Salute - "Unità di Missione per l'attuazione degli interventi PNRR" in data 30 maggio 2023.

Dato atto che l'assunzione delle obbligazioni giuridiche conseguenti al presente provvedimento sono subordinate agli adempimenti derivanti dall'art. 3 del D.M. 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)*" nonché alla variazione di bilancio finalizzata a recepire gli stanziamenti dei fondi comunitari approvata con la D.G.R. del 20 giugno 2023 n. 20-7081.

Richiamati i seguenti atti regionali riferiti al PNRR:

- la D.C.R. del 20 dicembre 2022, n. 257-25346, "*Decreto del Ministero della salute 23 maggio*

2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale). Recepimento e approvazione del provvedimento generale di programmazione "Assistenza territoriale nella Regione Piemonte";

- la D.G.R. del 4 maggio 2023, n. 4-6815 “PNRR – Investimento 1.2.3. Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici. Approvazione del Piano operativo e del fabbisogno per i servizi minimi di telemedicina, sottoposto a valutazione di congruità dalla Commissione tecnica di valutazione ai sensi del Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro delegato per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale del 30 settembre 2022”;

- la D.G.R. del 20 giugno 2023 n. 20-7081 “Bilancio di previsione finanziario 2023-2025. Iscrizione di risorse statali relative al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), destinate alla realizzazione del Sub-investimento M6C1 - 1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (ADI)".

Visto:

- il Decreto 23 maggio 2022 n. 77, sul “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale”;

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della DGR n. 1-4046 del 17/10/2016, come modificata dalla DGR 1-3361 del 14 giugno 2021.

la Giunta regionale, all'unanimità dei voti espressi nelle forme di legge,

DELIBERA

1) Di adottare il Piano Operativo Regionale (POR), di cui all'allegato A, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, redatto sulla base dello schema previsto dalla circolare del Ministero della Salute - “Unità di Missione per l'attuazione degli interventi PNRR”, del 17 marzo 2023, contenente le indicazioni operative, le misure e le tempistiche degli interventi, coerentemente con la programmazione regionale degli obiettivi dell'investimento definiti dal PNRR e dal Decreto 23 gennaio 2023, già validato definitivamente da Agenas e dal Ministero della Salute - “Unità di Missione per l'attuazione degli interventi PNRR” in data 30 maggio 2023;

2) di procedere alla trasmissione del citato Piano Operativo al Ministero della Salute - “Unità di Missione per l'attuazione degli interventi PNRR” e ad Agenas, a cui è stato assegnato il Codice Unico di Progetto J64E23000110002, reso definitivo in data 25 maggio 2023;

3) di trasmettere il Piano Operativo alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Regionali, in quanto parti attive nella realizzazione degli interventi necessari al raggiungimento degli obiettivi programmati;

4) di demandare, in raccordo con la Direzione regionale competente e secondo le funzioni definite dall'art. 23, comma 3, lettera f) della LR 18/2007 e s.m.i, all'Azienda Sanitaria Zero le attività di monitoraggio e di rendicontazione, da realizzarsi tramite le opzioni di costo semplificate (OCS), secondo le indicazioni che saranno successivamente dettagliate dal Ministero all'interno di una specifica guida operativa;

5) di demandare alla Direzione Sanità, e ai settori di appartenenza competenti, ogni atto susseguente necessario per gli adempimenti discendenti dal D.M. 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)” tra cui i riparti di risorse definite per ciascuna Azienda

Sanitaria Locale all'interno del P.O.R. approvato con il presente atto e per l'attuazione degli interventi di cui all'investimento del presente PNRR ;

6) di dare atto che le risorse di cui al presente provvedimento trovano copertura nell'ambito delle risorse previste dal D.M. 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)*” iscritte nei rispettivi esercizi di competenza nella Missione 13 Programma 8 ai sensi dell'articolo 3 del decreto sopracitato, per un importo complessivo pari a euro 184.692.167,00 e dei fondi previsti dal Decreto Legge n. 34/2020, art. 3 e 4, pari a euro 169.755.728,00 iscritti, come da D.G.R. 20-7081 del 20 giugno 2023, nei rispettivi esercizi di competenza nella Missione 13 Programma 1, oltreche' nell'ambito delle risorse annualmente assegnate alle aziende in sede di riparto del fondo sanitario per un importo pari a 338.097.195,96.

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

Sono parte integrante del presente provvedimento gli allegati riportati a seguire ¹, archiviati come file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

DGR-7239-2023-All_1-
Piano_operativo_ADI__versione_FINALE_allegato_DGR_2docx.pdf

1.

(omissis)



Allegato

1 L'impronta degli allegati rappresentata nel timbro digitale QRCode in elenco è quella dei file pre-esistenti alla firma digitale con cui è stato adottato il provvedimento



Piano operativo regionale

Missione 6 Salute Componente 1 - Investimento 1.2: Case casa come primo luogo di cura e telemedicina

Sub-investimento 1.2.1 – Assistenza domiciliare



1. Premesse

La Missione 6 Salute mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica, ed è articolata in due Componenti:

- **Componente 1:** Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale;
- **Componente 2:** Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La *Componente 1* ha l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

L'investimento è ricompreso nella linea

- M6C1 1.2.1 “*Casa come primo luogo di cura e Telemedicina*” – sub investimenti

Il decreto interministeriale del 23 gennaio 2023 pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 6 marzo 2023 assegna le risorse riconducibili al sub- investimento M6 C1 - 1.2.1 “Casa come primo luogo di cura (ADI)” determinate in euro 2.720.000.000, in qualità di soggetti attuatori come indicato nell'Allegato 1 allegata al decreto.

Il presente Piano Operativo è comprensivo dello specifico Action Plan riferito all'investimento “PNRR M6C1I1.2.1 ASSISTENZA DOMICILIARE”.

6.2.1 Componente 1 - Investimento 1.2: Case casa come primo luogo di cura e telemedicina

Sub-investimento 1.2.1 – Assistenza domiciliare

Action plan

C1 - 1.2.1. Case come primo luogo di cura – Assistenza domiciliare

OBIETTIVO PNRR

TARGET EU

800.000 nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare

TARGET MASSIMO

Definito a livello nazionale

DESCRIZIONE CID

L'investimento ha l'obiettivo di aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro T2 2026 (unico Target Europeo), almeno 800.000 nuovi pazienti 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.

REQUISITI CID TARGET M6 C1-6

Aumento delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni (1,5 milioni di persone stimate nel 2026). Per raggiungere tale obiettivo dovrà essere aumentato di almeno 800 000 unità entro il 2026 il numero di persone di età superiore ai 65 anni che ricevono assistenza domiciliare. L'assistenza domiciliare integrata è un servizio per persone di tutte le età con una o più malattie croniche o una condizione clinica terminale che richiede un'assistenza sanitaria e sociale professionale continua e altamente specializzata.

Ciascuna Regione contribuisce al target secondo quanto indicato all'interno dell'Allegato 1 del decreto interministeriale 23 gennaio 2023.

INDICAZIONI OPERATIVE

MODALITÀ ATTUAZIONE INVESTIMENTO E MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO

- Il Ministero della salute ha emanato la circolare in data 17 marzo 2023 ai soggetti attuatori
- Il Ministero della salute ha pubblicato in GU n. 55 del 6 marzo 2023 il Decreto di ripartizione delle risorse alle regioni e alle province autonome (DI 23 gennaio 2023).
- Il Ministero della salute ha pubblicato in G.U. n. 144 del 22 giugno 2022 il DM 23 maggio 2022 n. 77 sul Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale.
- Il Ministero della salute ha pubblicato in G.U. n. 120 del 24 maggio 2022 delle Linee Guida sul modello digitale Assistenza Domiciliare; perseguendo la Milestone EU di giugno 2022 (M6 C1 4).
- Intesa Stato Regioni 4 agosto 2021 rep. atti n. 151/2021 sul documento recante "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per 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".
- Il Ministero della salute ha pubblicato in G.U. n. 298 del 22 dicembre 2022 il DM 30 settembre 2022 sulle Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle linee d'indirizzo per i servizi di telemedicina.
- D.C.R.1 99-3824 Approvazione della programmazione relative alle strutture di prossimità ed intermedie nelle Aziende Sanitarie Locali: localizzazione dei siti delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali.
- D.G.R.n.1-4892 del 20 aprile 2022,). PNRR Missione 6 Salute. Approvazione del piano operativo regionale (POR).
- D.G.R. n.23-5124 del 27 Maggio 2022 PNRR Missione 6 Salute. Approvazione schema del contratto istituzionale di sviluppo (CIS)
- Le cure domiciliari possono essere erogate dalle ASL nel rispetto dei provvedimenti regionali, ed in particolare possono essere:
 - realizzate e condotte direttamente dalle Aziende Sanitarie, anche attraverso l'impiego di singoli professionisti sanitari;

- realizzate attraverso appalti di servizi, effettuati in autonomia dalla singola Azienda, per identificare operatori economici che possano prestare le attività domiciliari;
- attivate dall'Azienda Sanitaria attraverso la contrattualizzazione degli operatori economici, appositamente accreditati, secondo il percorso di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale 12 settembre 2022, n. 22-5599.

OBIETTIVI REGIONALI

TARGET REGIONALE

Incrementale: 10,21% assistiti al 2025 cure domiciliari (over 65)

Assoluto: 116.188

IMPORTO ASSEGNATO RRF 184.692.167




IMPORTO ALTRE FONTI (DL


34/2020 – All.1 DI 23 maggio 2023

169.755.728

CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Milestone	Pubblicazione in G.U. n. 120 del 24 maggio 2022 delle Linee Guida sul modello digitale Assistenza Domiciliare	T2 2022	
Target	Trasmissione del Piano Operativo	5 maggio 2023	
Target	Trasmissione della delibera di adozione del Piano Operativo	17 luglio 2023	
Target	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione ADI	T2 2023	
Target	Trasmissione dell'atto con cui si attiva/adegua il sistema di autorizzazione e accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari ai sensi dell'Intesa CSR del 4 agosto 2021	T2 2023	
Target	Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare (prima parte) [24.389; numero assoluto 2022: 81.366]	T1 2023	
Target	Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare (seconda parte) [40.007; numero assoluto 2023: 96.984]	T1 2024	
Target	Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare (terza parte) [55.594; numero assoluto 2024: 112.571]	T1 2025	

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare (quarta parte) [59.211; numero assoluto 2025: 116.188]	T1 2026	

POR ADI-PNNR – GANTT

ATTIVITÀ	ANNI		
	2023	2024	2025
Gruppo di lavoro e comunità di pratica inter-aziendale			
Obiettivi e traguardi definiti per ogni Azienda Sanitaria Locale			
Adozione POR e piano attuativo conseguente			
incontri della comunità di pratica inter-aziendale cure domiciliari			
rafforzamento e potenziamento cure domiciliari secondo i traguardi definiti per ogni azienda			
monitoraggio periodico flussi			
valutazione programma			
riformulazioni normative interventi cure domiciliari			

ATTIVITA' GIA' ASSOLTE
ATTIVITA' DA SVOLGERSI

CONTESTO REGIONALE

La Regione Piemonte è la seconda regione italiana per superficie, la settima per numero di abitanti, la seconda per maggior numero di comuni, e presenta il seguente contesto di riferimento:

- Popolazione: 4.274.945 abitanti
- Province: 8
- Comuni: 1.181
- Superficie complessiva: 25.387,07 kmq
- Densità abitativa (abitanti/Kmq): 169,8

L'incremento della popolazione over 65 (1.116.681 soggetti al 31.12.2022) ha comportato un aumento progressivo delle malattie cronico/degenerative che richiedono servizi di assistenza a lungo termine, supportando l'assistito e la sua famiglia.

La regione ha un elevato tasso di residenzialità e di presidi destinati alla popolazione anziana e disabile, sono infatti presenti:

- 807 presidi per anziani a cui corrispondono 47.205 posti letto dei quali 30.721 posti letto accreditati;
- 357 presidi per disabili a cui corrispondono 4.810 posti letto totalmente accreditati.

Tale dimensione di posti ha condizionato pesantemente nel corso degli ultimi anni l'offerta di servizi per la popolazione anziana e disabile a favore di risposte in residenzialità e meno attraverso servizi domiciliari.

Gli indirizzi nazionali, alla luce del PNNR, pongono ora invece tra i principali obiettivi il potenziamento e lo sviluppo di forme alternative al ricovero e la promozione dell'assistenza continuativa ed integrata tra territorio ed ospedale di tipo sanitario e socio-assistenziale.

GOVERNANCE E MODELLI ORGANIZZATIVI

Le cure domiciliari sono attivate e presenti in tutte le ASL piemontesi e consistono in un insieme multidisciplinare di servizi medici, infermieristici e riabilitativi che offrono continuità assistenziale a soggetti non autosufficienti o fragili di ogni età, affetti da patologie varie, perlopiù cronico-evolutive. In relazione ai bisogni sanitari del paziente sono contemplati tre livelli d'intervento (a bassa, alta e media intensità sanitaria) con anche un'area riguardante le cure palliative domiciliari.

Il servizio viene erogato secondo il Piano di Assistenza Individualizzato (il PAI, che stabilisce anche il livello d'intensità assistenziale da garantire) autorizzato dall'ASL.

L'art. 22 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" definisce le cure domiciliari l'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico, erogati a domicilio dei destinatari, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.

Le cure domiciliari sono richieste dal medico responsabile del processo di cura del paziente (anche attraverso il coinvolgimento diretto dell'Unità di Valutazione Geriatrica) e si articolano nei seguenti livelli:

- 0-Cure domiciliari di base, caratterizzate da un «Coefficiente di intensità' assistenziale» (CIA) inferiore a 0,14.
- 1- Cure domiciliari di primo livello, caratterizzate da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30;
- 2- Cure domiciliari di secondo livello, caratterizzate da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50;
- 3- Cure domiciliari di terzo livello, caratterizzate da un CIA maggiore di 0,50.

Nello svolgimento delle cure domiciliari il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

Le cure domiciliari possono essere attivate anche dall'U.V.G. che formula in sede di valutazione multidisciplinare un progetto di assistenza individuale formato da cure domiciliari specificatamente adeguate al trattamento a domicilio del caso valutato.

Le cure domiciliari sono offerte in varie forme, la cui scelta dipende dalle condizioni della persona da assistere e dalla situazione contingente:

- a) ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)
- b) ADP (Assistenza Domiciliare Programmata)
- c) SID (Servizio Infermieristico Domiciliare)
- d) ADI – U.O.C.P. (ADI con Unità Operativa di Cure Palliative)
- e) SRD (servizio riabilitativo domiciliare)
- f) SRD-RRF (Servizio Riabilitativo Domiciliare relativo al Recupero e alla Riabilitazione Funzionale)
- g) LA (lungo assistenza domiciliare)

L'obiettivo delle cure domiciliari è quello di fornire a domicilio tutti gli interventi professionali necessari per l'attuale condizione di salute del utente, sostenere le capacità di auto-cura dell'individuo e della famiglia, che rappresentano il contributo continuo alla propria esistenza, alla propria salute e al proprio benessere, trasmettendo loro eventuali competenze utili per una autonomia di intervento.

L'intervento a domicilio è subordinato alla impossibilità della persona, per motivi sanitari, di recarsi presso le sedi ambulatoriali. Tale situazione può essere variabile nel tempo.

Il distretto sanitario coordina e dispone l'esecuzione delle cure domiciliari in sinergia con l'MMG.

Secondo il D.M. 77/2022, recepito nella Regione Piemonte con DCR 20 dicembre 2022, n. 257-25346, le cure domiciliari sono 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 assistenziale individuale.

Standard: 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente.

La casa come primo luogo di cura viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale quale *setting* privilegiato dell'assistenza territoriale. Vanno tenute distinte le forme di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) dalle Cure Palliative Domiciliari definite come un livello essenziale specifico e denominate come Unità di Cure Palliative Domiciliari, nell'ambito delle reti locali di cure palliative per l'adulto e per il bambino. Tuttavia, tale distinzione può non essere presente a livello organizzativo aziendale nella composizione dell'équipe purché i professionisti siano specificatamente formati in cure palliative come previsto dalla normativa vigente.

Con la DD 887/A1400A del 19/04/2023 è stato approvato il crono-programma per l'attuazione della D.C.R. 20 dicembre 2022, n. 257-25346, Allegato A avente ad oggetto "D.M. 77/2022 – Assistenza territoriale della Regione Piemonte – Cronoprogramma di attuazione DCR 257-25346/2022" e del documento d'indirizzo metodologico, Allegato B avente ad oggetto "Analisi e descrizione dei principali strumenti presenti/previsti per la stratificazione dei bisogni della popolazione" è stato consolidato il crono-programma per l'attuazione della DCR n. 257-25346/2022, elaborato dalla Direzione regionale Sanità e Welfare e dall'Azienda Zero, previo confronto con le AA.SS.RR. e tenuto conto delle osservazioni dalle stesse formulate.

La Regione nel ruolo di programmazione e attraverso le Aziende Sanitarie Locali, garantisce l'accesso ai servizi sanitari, la presa in carico della persona, la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione dei percorsi assistenziali integrati sotto il profilo clinico, funzionale, nonché procedure e strumenti di valutazione multidimensionale, scientificamente validati, garantendo uniformità sul proprio territorio. Al fine di individuare standard assistenziali comuni e monitorare lo sviluppo quali-quantitativo delle Cure Domiciliari, nonché caratterizzare e misurare attraverso specifici indici le condizioni di fragilità dell'assistito, è necessario definire un criterio omogeneo a livello nazionale.

Per il perseguimento degli obiettivi programmatici del PNRR, avendo rilevato dei livelli di presa in carico dei Pazienti over 65 in assistenza domiciliare per ogni classe di CIA disomogenei tra ASL, si provvede a definire target da perseguire con risorse del fondo sanitario e risorse del DM 23.01.2023.

I traguardi minimi d'incremento fissati per ciascuna Azienda Sanitaria Locale sono:

Le ASL nel rispetto dei vincoli di equilibrio del bilancio aziendale, dei principi di economicità, efficienza ed efficacia adotteranno un piano di interventi che prevede l'utilizzo delle risorse necessarie per la realizzazione delle cure domiciliari e per raggiungere i traguardi come indicato nelle successive tabelle.

In particolare, per la quantificazione economica, si è tenuto conto del costo medio ponderato per la presa in carico a domicilio pari a euro 1.977,94 di cui al Decreto 23 gennaio 2023 mentre con riferimento delle spese incrementalmente da coprire con le risorse del PNRR si identificano almeno le seguenti:

- assunzione del personale necessario;
- acquisizione di beni e infrastrutture (anche informatiche) necessarie per la realizzazione degli interventi domiciliari;
- prestazioni di servizio e incarichi professionali necessari per il completo svolgimento delle cure domiciliari;
- accordi e contratti con professionisti sanitari anche per l'espletamento di funzioni di supporto alle cure domiciliari;
- accordi locali con gli MMG per l'implementazione dei servizi domiciliari;
- oneri generali diretti/indiretti sostenuti dalle ASL per l'implementazione delle cure domiciliari quantificati in proporzione alla popolazione assistita.

Risorse Economiche da destinare alla presa in carico dei Pazienti over 65 in assistenza domiciliare per ogni classe di CIA (Coefficiente di Intensità Assistenziale), ai sensi del DPCM PNRR MISSIONE 6 - SALUTE 12 gennaio 2017 art. 22 e art. 23

Anno 2023

Codice Asl	Descrizione Asl	Fondo sanitario da quota capitaria (1)	DL 34 commi 4 e 5 (1)	PNRR	TOTALE
301	ASL CITTA' DI TORINO	22.291.383,80	8.462.644,00	7.190.773,16	37.944.800,96
203	TO3	15.317.167,36	5.707.797,00	5.048.240,72	26.073.205,08
204	TO4	13.186.925,98	5.029.905,00	4.230.810,08	22.447.641,06
205	TO5	7.729.789,52	3.030.245,00	2.395.244,42	13.155.278,94
206	VC	4.608.600,20	1.626.625,00	1.607.306,90	7.842.532,10
207	BI	4.841.997,12	1.621.191,00	1.776.909,92	8.240.098,04
208	NO	8.354.818,56	3.403.919,00	2.462.651,04	14.221.388,60
209	VCO	4.614.534,02	1.638.989,00	1.600.876,72	7.854.399,74
210	CN1	10.285.288,00	4.096.895,00	3.124.563,94	17.506.746,94
211	CN2	4.163.563,70	1.688.643,00	1.236.730,26	7.088.936,96
212	AT	5.334.504,18	1.962.030,00	1.784.188,36	9.080.722,54
213	AL	11.970.492,88	4.170.049,00	4.234.218,06	20.374.759,94
TOTALE		112.699.065,32	42.438.932,00	36.691.735,00	191.830.510,90

(1) Risorse ripartite con DGR riparto 2023

Anno 2024

Codice Asl	Descrizione Asl	Fondo sanitario da quota capitaria	DL 34 commi 4 e 5	PNRR	TOTALE
301	ASL CITTA' DI TORINO	22.292.162,80	8.462.644,00	13.287.983,18	44.042.789,98
203	TO3	15.317.167,36	5.707.797,00	9.237.517,64	30.262.482,00
204	TO4	13.186.925,98	5.029.905,00	7.838.572,64	26.055.403,62
205	TO5	7.731.767,46	3.030.245,00	4.507.684,34	15.269.696,80
206	VC	4.610.578,14	1.626.625,00	2.867.254,68	9.104.457,82
207	BI	4.841.997,12	1.621.191,00	3.102.273,78	9.565.461,90
208	NO	8.354.818,56	3.403.919,00	4.749.149,68	16.507.887,24
209	VCO	4.614.534,02	1.638.989,00	2.862.802,44	9.116.325,46
210	CN1	10.285.288,00	4.096.895,00	5.937.194,62	20.319.377,62
211	CN2	4.163.563,70	1.688.643,00	2.378.001,64	8.230.208,34
212	AT	5.334.504,18	1.962.030,00	3.243.908,08	10.540.442,26
213	AL	11.970.492,88	4.170.049,00	7.509.686,70	23.650.228,58
TOTALE		112.703.800,20	42.438.932,00	67.522.029,00	222.664.761,62

Anno 2025

Codice Asl	Descrizione Asl	Fondo sanitario da quota capitaria	DL 34 commi 4 e 5	PNRR	TOTALE
301	ASL CITTA' DI TORINO	22.292.162,80	8.462.644,00	14.702.210,28	45.457.017,08
203	TO3	15.317.167,36	5.707.797,00	10.210.664,12	31.235.628,48
204	TO4	13.186.925,98	5.029.905,00	8.675.241,26	26.892.072,24
205	TO5	7.731.767,46	3.030.245,00	4.998.213,46	15.760.225,92
206	VC	4.610.578,14	1.626.625,00	3.159.989,80	9.397.192,94
207	BI	4.841.997,12	1.621.191,00	3.409.440,42	9.872.628,54
208	NO	8.354.818,56	3.403.919,00	5.279.237,60	17.037.975,16
209	VCO	4.614.534,02	1.638.989,00	3.155.537,56	9.409.060,58
210	CN1	10.285.288,00	4.096.895,00	6.589.914,82	20.972.097,82
211	CN2	4.163.563,70	1.688.643,00	2.641.067,66	8.493.274,36
212	AT	5.334.504,18	1.962.030,00	3.582.135,82	10.878.670,00
213	AL	11.970.492,88	4.170.049,00	8.273.171,54	24.413.713,42
TOTALE		112.703.800,20	42.438.932,00	74.676.824,00	229.819.556,54

I soggetti, sulla base di quanto disposto dalla D.G.R. n. 22-5599 del 12 settembre 2022, che erogano Cure Domiciliari devono possedere i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi previsti per l'autorizzazione e per l'accreditamento sulla base della normativa vigente, da ultimo definita con apposito provvedimento regionale (D.D. 991 del 8/05/2023). Tali soggetti devono disporre di una sede organizzativa ed operativa per garantire l'accessibilità alle cure, il coordinamento dell'équipe assistenziale, l'integrazione tra professionisti e servizi assicurando la necessaria continuità dell'assistenza in particolare in sede di dimissione ospedaliera protetta e al fine di evitare ricoveri inappropriati. Tale integrazione deve avvenire per il tramite del Distretto che, attraverso i suoi servizi e professionisti, governa le transizioni degli assistiti tra i diversi setting assistenziali. Il servizio di Assistenza Domiciliare costituisce una delle articolazioni distrettuali con cui la Centrale Operativa Territoriale si interfaccia e raccorda attraverso piattaforme digitali che facilitino l'inserimento dei dati relativi alle persone prese in carico nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

Il servizio di cure domiciliari, in sinergia con gli altri servizi di continuità assistenziale e utilizzando gli strumenti di telemedicina, segue l'utente in carico 7 giorni su 7 e 24 ore su 24. Tali interventi si integrano con quelli previsti dall'articolo 1 comma 162, lettera a), della legge 20 dicembre 2021, n. 234 di competenza degli Ambiti Territoriali Sociali (A.T.S.).

Il governo dell'assistenza domiciliare è assicurata dalla Direzione dell'ASL tramite il Distretto, con l'esercizio della funzione coordinamento della rete territoriale in continuità con quella ospedaliera a garanzia del percorso di salute complessivo dei pazienti. Tale funzione ha carattere di trasversalità nell'ambito dell'organizzazione aziendale e deve concretizzare il principio della prossimità rispetto alla comunità di riferimento.

La collocazione del Distretto nell'organigramma dell'ASL è individuata nell'Atto aziendale, in coerenza con le esigenze e le caratteristiche del proprio territorio, con la contestuale razionalizzazione delle strutture oggi operanti in ambito territoriale o a supporto delle relative attività:

- riconducendo al Distretto tutte le funzioni allo stesso attribuite ai sensi dell'art. 3-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., ivi comprese le relative attività organizzative, di governo e monitoraggio della spesa, dovendo garantire la funzionalità descritta;
- garantendo il necessario supporto tecnico-amministrativo per lo svolgimento delle attività distrettuali ed interdistrettuali.

RAFFORZAMENTO E DIFFUSIONE CURE DOMICILIARI

Nello svolgimento delle cure domiciliari il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

Le cure domiciliari possono essere attivate anche dall'U.V.G. e dal medico responsabile del distretto sanitario che formulano in sede di valutazione multi-disciplinare un progetto di assistenza individuale formato da cure domiciliari specificatamente adeguate al trattamento a domicilio del caso valutato.

Tra le numerose tipologie di assistenza domiciliare esistenti si possono individuare tre differenti livelli di complessità assistenziale

Bassa complessità assistenziale

A questo gruppo possono essere ricondotti le persone che necessitano di interventi programmati mensili, quindicinali o settimanali del medico di medicina generale (ADP) o di accessi programmati dell'infermiere (SID). Per questa tipologia di persone viene richiesto in genere un lungo periodo di presa in carico.

Di norma corrisponde ad un livello basso di intensità sanitaria.

Media complessità assistenziale

A questo gruppo possono essere ricondotte le persone che necessitano di interventi domiciliari medici ed infermieristici almeno settimanali per periodi in genere medio-lunghi.

Si tratta per lo più di pazienti, generalmente anziani, affetti da polipatologie con periodiche riacutizzazioni (ADI di primo livello).

Di norma corrisponde ad un livello medio di intensità sanitaria: se il “caregiver” e/o la famiglia sono precari, può essere necessario il coinvolgimento dei servizi sociali, anche ad un livello medio-alto.

Alta complessità assistenziale

A questo gruppo possono essere ricondotti le persone che richiedono un intervento coordinato ed intensivo consistente in più accessi alla settimana di tipo medico ed infermieristico e di altre figure professionali (ad esempio, il terapista della riabilitazione) per periodi di norma brevi. La consulenza specialistica è, nella maggioranza dei casi, una componente importante a causa della complessità e della peculiarità dell'intervento sanitario richiesto.

Si tratta per lo più di persone per le quali è stata programmata una dimissione protetta dall'ospedale, o affette da patologie evolutive gravi in fase terminale di malattia (ADI di secondo livello).

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

- presa in carico da parte del medico curante (MMG/PLS) e/o del Distretto per le problematiche di tipo sanitario;
- consenso informato da parte della persona e della sua famiglia;
- verifica della presenza di un valido supporto familiare e/o di una rete di aiuto informale;
- verifica dell'esistenza di una idonea condizione abitativa;
- compatibilità delle condizioni cliniche con la permanenza a domicilio e con gli interventi sanitari e socio assistenziali necessari;

Postulati fondamentali per la riuscita del progetto sono:

- attivazione della rete dei servizi;
- l'integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari territoriali ed ospedalieri;
- l'ampliamento ed il rafforzamento della rete familiare e del volontariato;
- l'utilizzo di strumenti idonei alla valutazione ed al miglioramento della qualità dell'assistenza;
- la formazione continua, l'ottimizzazione, la valorizzazione delle figure professionali coinvolte.

Ciò detto, le linee d'azione che la regione persegue per il forte potenziamento delle cure domiciliari nel triennio 2023/2025 sono sinteticamente riassumibili nelle seguenti:

1) Potenziamento ADP/Attivazione ADP in RSA : vanno implementate le attività già delineate dalla D.G.R. 16 dicembre 2022 n 37-6241 “Assistenza di medicina generale agli ospiti in residenze sanitarie assistenziali”.

2) Potenziamento CURE DOMICILIARI base (CIA < 0,14): in questa categoria devono essere incluse tutte le prestazioni di natura mono-professionale

- attivazione di SID per esecuzione di prelievi, prestazioni diagnostiche (ECG, esami radiologici), prestazioni specialistiche ambulatoriali
- monitoraggio parametri vitali anche utilizzando i servizi di telemedicina

- prestazioni infermieristiche, rivolte primariamente all'intervento dell' IFoC (Infermiere di Famiglia o Comunità) rispetto alle seguenti tematiche: promozione della salute e di corretti stili di vita, prevenzione primaria/secondaria, educazione e aderenza terapeutica, monitoraggio parametri vitali, follow-up di soggetti con patologie croniche come figura di case-manager, educazione-addestramento del caregivers. Tali interventi possono essere realizzati anche mediante la piattaforma di telemedicina (servizi di teleassistenza e telemonitoraggio)
- raccordo con i servizi sociali territoriali al fine di attivare, se necessario, cure domiciliari sanitarie di supporto alle prestazioni già fornite a domicilio ai sensi della D.G.R. n.3-2257/2020 Programmazione regionale degli interventi e dei servizi per l'attuazione del Piano Nazionale non autosufficienza per il triennio2019-2021di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 novembre 2019. Approvazione delle "Disposizioni attuative della Regione Piemonte", e anche a favore degli utenti richiedenti il voucher "scelta sociale" di cui alla D.G.R. 27-6320/2022 e s.m.i.

3) Azioni di potenziamento dell'ADI per tutti i livelli di intensità aventi sia CIA < 0,14 che CIA > 0,14; si specifica che le attività con CIA >0,14 devono essere di natura multiprofessionale.

- proposta di attivazione di assistenza domiciliare per i soggetti non autosufficienti in lista di attesa per l'inserimento in strutture residenziali (RSA);
- proposta di attivazione di assistenza domiciliare per gli anziani non autosufficienti in lista di attesa per la lungo-assistenza domiciliare (D.G.R 3-2257/2020);
- proposta di attivazione di assistenza domiciliare successiva all'inserimento in percorsi protetti di continuità assistenziale in CAVS/ RSA (DGR 10-5445/2022).

Attraverso la valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica o l'Unità Multidisciplinare di Valutazione della Disabilità, si riconosce la condizione di non autosufficienza, si identifica un progetto di tipo socio assistenziale che può essere di lungoassistenza domiciliare, semiresidenziale, residenziale.

La modalità di valutazione e di attribuzione del progetto si effettua sulla base della normativa regionale (D.G.R. 45-4248/2012 D.G.R. 14-5599/2013, D.G.R. n. 34-3309/2016, DGR 18-6575/2023).

Le valutazioni, per l'utente anziano, vengono registrate sul programma FAR-SIAD sul quale sono pertanto visualizzabili tutti i valutati nelle rispettive tipologie di progetto assegnato (D.G.R. n. 69-481/2010). Questa fascia di popolazione costituita da anziani non autosufficienti ed in attesa di attivazione del progetto ha un punteggio sanitario minimo di 5 (punteggio massimo 14) e per coloro che sono valutati per progetto Residenziale un punteggio totale (sanitario + sociale) minimo di 19 (punteggio massimo 28) (D.G.R. 34-3309/2016, D.G.R. 14-5999/2013).

A maggior rischio di accesso inappropriato in PS sono i valutati UVG che presentano punteggi totali più elevati in quanto sono stati rilevati maggiori bisogni rispetto alla perdita di autonomia e/o rispetto alla condizione socio economica ma che non hanno ancora la possibilità di vedersi attuare il progetto socio sanitario in modo prioritario. Si tratta di quelli presenti nelle fasce di priorità "Non Urgente" e "Differibile" per la residenzialità (D.G.R. 14-5999/2013) e quelli con grado di non autosufficienza grave per la lungo-assistenza domiciliare (D.G.R. 3-2257/2020)

Prendendo quindi come parametro di riferimento tutti i valutati che sono al proprio domicilio ed in lista di attesa per progetti di lungo-assistenza domiciliare, semi-residenziale e residenziale con punteggio totale uguale o superiore a 19, escludendo quindi quelli in fascia di priorità Urgente per la Residenzialità e con riconoscimento del grado di non autosufficienza gravissimo per la Lungoassistenza domiciliare, si viene ad individuare una parte di popolazione di anziani non autosufficienti da sottoporre a monitoraggio .

Il monitoraggio e l'azione sinergica dei servizi (COT, UVG, Cure Domiciliari, Ambulatorio Fragilità, CDCD) e del MMG, potrà intercettare problematiche cliniche intercorrenti trattabili con attivazione di cure

domiciliari e/o variazioni delle condizioni sanitarie o sociali che necessitano di rivalutazione della progettualità da parte dell' UVG.

Tutto ciò al fine di consentire la corretta e tempestiva gestione del caso da parte dei servizi coinvolti nel periodo di attesa per l'attuazione del progetto socio assistenziale, evitando così l'accesso improprio in Ospedale e andando incontro ai bisogni dell'anziano e della famiglia che lo gestisce

Da includersi nel monitoraggio anche i casi per i quali vi è stata l'autorizzazione all'accesso ai servizi ma non accettati dalla famiglia/utente.

FLUSSI INFORMATIVI CURE DOMICILIARI

Il flusso FAR-SIAD (Flusso Assistenza Residenziale e Sistema Informativo Assistenza Domiciliare) è stato istituito dal Ministero della Salute nel 2010. Per rispondere a questo debito informativo, che ricade su ciascuna Azienda Sanitaria Locale, la Regione Piemonte ha definito un sistema strutturato di raccolta dei dati traccianti l'attività richiesta. Il sistema è in titolarità alle Aziende Sanitarie Locali che detengono i dati in esso inseriti.

I flussi informativi regionali per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (flusso SIAD-RP) e residenziale e semi-residenziale (flusso FAR-RP) erogati dalle strutture sanitarie della Regione Piemonte, seguono un'ampia normativa per l'Assistenza domiciliare (SIAD) come illustrati nei disciplinari tecnici in periodico aggiornamento (FAR-CAVS/SIAD - Disciplinare flussi V17 - DD 569/A1416C del 1/04/2022), nonché nelle "istruzioni operative sulle modalità di inserimento delle prestazioni di telemedicina in ADI" diffuse da Azienda Regionale Zero, in data 27/01/2023.

Sono oggetto di rilevazione le informazioni relative alle seguenti macro-attività del processo di assistenza domiciliare:

- richiesta o segnalazione
- presa in carico
- valutazione iniziale
- prestazioni
- rivalutazione
- sospensione
- conclusione.

I flussi di monitoraggio regionale sono articolati in flusso SIAD-RP, relativo all'assistenza domiciliare costituito dal tracciato di "Anagrafica e Presa in carico" (ANAG) e dal tracciato "Eventi di assistenza domiciliare" (DOM).

Rientrano nella rilevazione anche i casi volti ad assicurare continuità assistenziale al paziente precedentemente ricoverato presso una struttura ospedaliera (o un CAVS, o una Casa di cura, etc.) e le "cure palliative domiciliari" in quanto caratterizzata da presa in carico, valutazione multidimensionale, definizione di un progetto di assistenza individuale e responsabilità clinica in capo al MMG, al PLS o al medico della terapia del dolore, o al medico delle cure palliative o al medico del distretto.

Le informazioni riferite a ciascun assistito devono essere organizzate in una "Cartella" identificata da anno e progressivo (anno di presa in carico e progressivo assoluto per Azienda).

Ogni cartella si riferisce a uno specifico periodo di presa in carico e tipologia di cura.

La cartella si apre a ogni nuova presa in carico e si chiude alla conclusione dell'assistenza.

In ogni caso, la cartella si chiude non oltre 12 mesi dalla data di apertura, con eventuale riapertura di una nuova cartella il giorno seguente alla chiusura della precedente in capo al medesimo assistito.

La cartella viene, altresì, chiusa in caso di cambio di tipologia di cura, di residenza, di domicilio sanitario o di MMG/PLS.

Per la domiciliarità occorre precisare quanto segue: il flusso SIAD del NSIS non prevede una classificazione per tipologie di Cure Domiciliari, ma rileva l'attività quotidianamente erogata in modo programmato da operatori sanitari e socio-sanitari nell'ambito delle Cure Domiciliari Sanitarie erogate a beneficio di assistiti, per i quali sia stato attivato dal MMG o dal PLS o dal distretto sanitario uno specifico progetto di cura, nell'ambito dei processi di cura di cui ha la responsabilità clinica.

Il flusso informativo regionale, prevede una rilevazione ripartita in sei tipologie di cura domiciliare, le quali sono ricondotte all'unica tipologia ministeriale in fase di invio al flusso nazionale SIAD. Questo è il motivo per cui in capo a uno stesso assistito e in un medesimo periodo può risultare attiva una sola presa in carico tra le seguenti sei tipologie di cura, individuata sulla base dell'esigenza prioritaria di cura:

1=Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

2=Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)

3=Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)

4=Assistenza Domiciliare Cure Palliative (ADI+UOCP)

14 = Cure domiciliari riabilitative RRF (SRD-RRF)

15 = Cure domiciliari riabilitative NPI (SRD-NPI)

La qualità del dato non dovrebbe mai essere ritenuta un fine ma uno strumento di lavoro orientato al miglioramento continuo. La correzione è un processo sistematico che consente una maggiore attendibilità dei dati inseriti, costantemente sottoposti a periodiche revisioni che sovrascrivono quanto inserito nelle 24 ore antecedenti. Esistono 72 tipologie di controlli definiti notifiche, ai quali si associano degli score legati alla compromissione che tale segnalazione può riflettere sulla qualità del dato, fino a comprometterne la valorizzazione nel flusso ministeriale.

Le anomalie così registrate si possono suddividere in tre aree:

- gravità bassa, con valori da 1 a 3, che non compromettono la qualità del dato
- gravità media, con valori da 4 a 6, che compromettono la qualità del dato in modo non significativo
- gravità alta, con valori da 7 a 10, che compromettono la qualità del dato in modo significativo

Ogni presa in carico (PIC) può essere interessata da più notifiche, la somma di tutti i pesi delle notifiche determina un indicatore sulla qualità della cartella in esame. Il superamento di un limite soglia, determina l'esclusione della PIC dalle analisi e dalla reportistica per evitare che possa influenzare i conteggi eseguiti su tutte le altre.

Molte informazioni non richiedono ulteriori verifiche in quanto sono validate già in fase di inserimento e non verranno più modificate; altre possono essere rimodulate e corrette nel tempo.

Le notifiche che hanno un peso maggiore sono quelle che analizzano i seguenti aspetti:

- Controllo sulle date di inizio e fine PIC (coerenza cronologica)
- Controllo sulla data di decesso dell'assistito rispetto al periodo di inizio e fine PIC (coerenza cronologica)

- Controlli sulla coerenza tipologie di cura e progetto
 - Controlli su informazioni anagrafiche duplicate
 - Controlli su informazioni storicizzate con periodi errati
 - PIC non accettate dal flusso per qualche motivo inconsueto
 - Controlli su strutture e centri di costo non validi
 - Controlli su PIC senza nessun accesso domiciliare
 - Elenco PIC sovrapposte nello stesso periodo di cura
- Controlli sui periodi di sospensione non chiusi o fuori periodo

Le aziende, nei referenti autenticati ad accedere al flusso FAR-SIAD, ricevono periodicamente degli “alert” rispetto alle notifiche presenti, al fine di rettificarle in maniera tempestiva. Ogni azienda può disporre di un report inclusivo della componente qualitativa e quantitativa del dato inserito.

Ogni Azienda è responsabile del dato inserito e risponde del mancato raggiungimento dei traguardi incrementali fissati dai provvedimenti regionali, nonché del mancato aggiornamento o correzioni periodiche richieste dagli “alert” sopra citati.

MONITORAGGIO

La messa in atto di un sistema governo e di monitoraggio delle azioni di riorganizzazione è una fase fondamentale del sistema di sviluppo della rete sanitaria territoriale, secondo la logica audit-feedback. Gli elementi qualitativi e gli indicatori relative alle diverse aree di sviluppo sono raccolti ed elaborati per i vari aspetti, da quelli di bisogno a quelli di struttura, di processo, di risultato, di soddisfazione e, in generale, di performance.

La complessità dei sistemi sanitari, nei quali l’aumento esponenziale dei bisogni e l’evoluzione delle tecnologie determina un consumo crescente di risorse, richiede strumenti di governo e valutazione complessi, in grado di misurare i risultati con modalità multidimensionali.

Ai fini del miglioramento, le attività relative all’assistenza territoriale sono sottoposte a monitoraggio sistematico, anche con l'utilizzo di indicatori.

Attraverso le attività di valutazione e di audit sono periodicamente verificati, in un contesto multi-professionale e multidisciplinare, sia nei contenuti che nella loro applicazione, le attività territoriali, i risultati raggiunti, lo sviluppo dei PSDTA, i protocolli e le procedure operative per il passaggio dei pazienti e delle relative informazioni tra i vari setting assistenziali.

L'attività di monitoraggio e di misurazione dei risultati deve consentire di mettere in evidenza eventuali aree di criticità, cui vanno rivolte le attività di miglioramento, da sottoporre anch'esse periodicamente a verifica e monitoraggio.

In questo contesto il monitoraggio del nuovo assetto dei servizi e delle attività territoriali previsto dal PNRR e dettagliato nel D.M. 77/2022 e nella DCR 20 dicembre 2022, n. 257 – 25346, include la dimensione organizzativa, che fa riferimento a standard organizzativi e tecnologici, accanto alle dimensioni della qualità e dei risultati conseguiti.

Tale azione si connette con il “Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria” (NSG), introdotto in sostituzione della cosiddetta “Griglia di indicatori LEA”, con la quale è stata valutata l’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza dal 2001 al 2021.

Nell'ambito dell'adozione del DM77/2022 a livello aziendale, Azienda Zero ha stipulato un accordo di collaborazione con AGENAS finalizzato al supporto delle attività da promuovere e coordinare per il raggiungimento della copertura del 10% in assistenza domiciliare integrata (ADI) per tutti i soggetti over 65 (standard previsto dal DM 23.05.2022 n.77, ALL. 1 capitolo 10). Nelle varie declinazioni delle azioni di coordinamento previste, è stata istituita presso Azienda Zero una comunità di pratica regionale con tutti i referenti aziendali delle cure domiciliari. La Comunità di pratica sta definendo un piano di attività che nell'ambito della "predisposizione di atti di programmazione volti a istituire modalità di potenziamento dell'assistenza domiciliare sul territorio" preveda un evento formativo aziendale con tutti gli stakeholders (MMG, specialisti territoriali ed ospedalieri etc.) sulla gestione dell'assistenza domiciliare e periodici incontri con finalità informative e formative sulle attività da avviare e/o consolidare.

RIFERIMENTI NORMATIVI CURE DOMICILIARI

D.G.R. 7 maggio 2002, n. 41-5952 con cui sono state approvate le linee guida per l'attivazione del servizio di cure domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali del Piemonte;

D.G.R. 14 ottobre 2002 n. 15-7336 con la quale è stato recepito il programma regionale di cure palliative e sono state approvate le disposizioni sulle cure palliative domiciliari;

D.G.R. 16 giugno 2003 n. 62-9692 con la quale è stato definito il modello per l'attribuzione dei pesi ai casi di cure domiciliari;

D.G.R. 23 dicembre 2003 n. 51-11389 Applicazione LEA all'area dell'integrazione socio-sanitaria

D.G.R. 3 agosto 2004, n. 55-13238 con la quale sono state integrate le linee guida regionali precedentemente identificate;

D.G.R. 2 febbraio 2009, n. 26-10669 con cui sono state nuovamente integrate le linee guida sopra richiamate;

D.G.R. 25 giugno 2013 n. 14-5999 Interventi per la revisione del percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente in ottemperanza all'ordinanza del TAR Piemonte n.141/2013

D.G.R. 16 maggio 2016 n. 34-3309 Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica;

D.G.R. 16 maggio 2019, n. 91-9000 ad oggetto "D.P.C.M 12 gennaio 2017 art. 22. Nuove procedure e modalità 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." con cui sono state definite le nuove procedure e modalità organizzative delle cure riabilitative domiciliari;

D.G.R. 13 novembre 2020 n 3-2257 Programmazione regionale degli interventi e dei servizi per l'attuazione del Piano Nazionale non autosufficienza per il triennio2019-2021di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 novembre 2019. Approvazione delle "Disposizioni attuative della Regione Piemonte".

D.G.R. 12 settembre 2022, n. 22-5599 Recepimento Intesa, art.8, c.6 della L. 131/2003, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'art. 1, c. 406, della L. 178/2020" (151/CSR del 4 agosto 2021) – Primi indirizzi per l'attuazione;

D.G.R. 16 dicembre 2022 n. 37-6241 Assistenza di medicina generale agli ospiti in residenze sanitarie assistenziali;

D.C.R. 20 dicembre 2022 n. 257-25346 DM 23.05.2022 n.77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale. Recepimento e approvazione del provvedimento generale di programmazione "Assistenza territoriale nella Regione Piemonte";

D.G.R. 22 dicembre 2022 n. 27-6320 Atto di indirizzo relativo al voucher "scelta sociale" e s.m.i.

DO NO SIGNIFICANT HARM

Il principio "non arrecare un danno significativo" si basa su quanto specificato nella "Tassonomia per la finanza sostenibile" (Regolamento UE 2020/852) adottata per promuovere gli investimenti del settore privato in progetti verdi e sostenibili nonché contribuire a realizzare gli obiettivi del Green Deal. Il Regolamento individua i criteri per determinare come ogni attività economica contribuisca in modo sostanziale alla tutela dell'ecosistema, senza arrecare danno a nessuno dei seguenti obiettivi ambientali:

- mitigazione dei cambiamenti climatici;
- adattamento ai cambiamenti climatici;
- uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine;
- transizione verso l'economia circolare, con riferimento anche a riduzione e riciclo dei rifiuti;
- prevenzione e riduzione dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- protezione e ripristino della biodiversità e della salute degli eco-sistemi.

Tutte le misure inserite nel PNRR, che siano investimenti o riforme, devono essere conformi al principio DNSH ed è compito degli Stati membri (art. 25 del Regolamento (UE) 2021/241) dimostrare il rispetto di tale principio. Ai fini di agevolare gli Stati membri nella valutazione e presentazione del principio DNSH nei loro piani nazionali, a febbraio 2021, la Commissione ha pubblicato delle linee guida con gli orientamenti tecnici a cui fare riferimento.

La Regione/P.A., nell'attuazione degli interventi, procede pertanto a rispettare le indicazioni tecniche riferite all'attuazione del principio di "non arrecare danno significativo" (cd. DNSH) secondo le indicazioni fornite attraverso le circolari del Ministero dell'economia e delle finanze.
