DETERMINAZIONI IN ORDINE ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA: RICLASSIFICAZIONE DEI PROFILI ASSISTENZIALI NEI PERCORSI DI CURE DOMICILIARI DI BASE E DI ADI INTEGRATA DI I, II E III LIVELLO, IN ALLINEAMENTO AL DPCM LEA 2017 E DEFINIZIONE DEL NUOVO SISTEMA TARIFFARIO, NELLA CORNICE PROGRAMMATORIA DI CUI ALLA MISSIONE 6 DEL PNRR, AL DM 77 DEL 23 MAGGIO 2022 DI APPROVAZIONE DEL REGOLAMENTO RECANTE LA DEFINIZIONE DI "MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE", AL DM 29 APRILE 2022 DI APPROVAZIONE DELLE LINEE GUIDA ORGANIZZATIVE CONTENENTI IL «MODELLO DIGITALE PER L'ATTUAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE» E NEL PIÙ GENERALE QUADRO DEL POTENZIAMENTO DELLA SANITÀ TERRITORIALE DISPOSTO CON L.R. 22/2021

1. INTRODUZIONE

All'esito di un importante processo sperimentale avviato in Lombardia nel 2012 viene attuato con il presente allegato il riordino dell'assistenza domiciliare (ADI) entro il nuovo perimetro normativo costituito dalle leggi e dai provvedimenti di seguito richiamati:

- Legge n. 833/1978: l'art.25 della legge istitutiva del SSN prevede che le prestazioni specialistiche possano essere erogate anche al domicilio dell'utente in forme che consentano la riduzione dei ricoveri ospedalieri;
- DPR 28 luglio 2000, n. 270: Il DPR regolamenta la complessiva riorganizzazione della Medicina Generale nell'ambito del riordino del SSN. L'allegato H disciplina il ruolo del MMG nell'ADI;
- Legge n. 328/2000: Prevede che il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali determini ogni anno una quota economica esplicitamente destinata al sostegno domiciliare di persone anziane non autosufficienti,
- DM 17.12.2008: L'istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD) è il risultato di un lungo percorso di condivisione ed approfondimento sul tema, iniziato nel 2003 nell'ambito "Programma Mattoni del SSN" (Mattone 13 – Assistenza Primaria e Prestazioni Domiciliari). Il decreto disciplina la rilevazione delle informazioni relative agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati in maniera programmata da operatori afferenti al SSN, nell'ambito dell'assistenza domiciliare, e descrive le modalità di trasmissione di tali dati dalle Regioni e Province Autonome al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS);
- DPCM 12 gennaio 2017 ("Definizione e aggiornamento dei LEA"): All'art. 22 definisce le cure domiciliari integrate di I, II e III livello, esplicitando la loro integrazione con prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona (comma 4) e da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.
- Intesa del 4 agosto 2021 sancita nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, con atto n. 151/CSR del 4 agosto 2021 sul documento "Aspetti normativi e criteri di riferimento per il sistema di autorizzazione e di accreditamento delle cure

domiciliari (Allegato A)"; sulla "Proposta di requisiti di autorizzazione per lo svolgimento delle cure domiciliari (Allegato B)"; sulla "Proposta dei requisiti di accreditamento per lo svolgimento delle cure domiciliari (Allegato C)";

- la decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia - PNRR e notificata all'Italia dal Segretariato generale del Consiglio con nota LT161/21, del 14 luglio 2021 e, in particolare, la parte di piano di cui al PNRR M6-C11 "*Casa come primo luogo di cura e di telemedicina*";
- L.R. 22/2021 "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII delle L.R. 33/2009 (Testo unico delle leggi regionali in materia sanitaria);
- DM 77 del 23/05/2022 "*Regolamento recante la definizione di modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario nazionale*";
- Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare», ai fini del raggiungimento della Milestone EU M6C1-4, di cui all'Annex alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia. (22A03098);
- DGR XI/5373 dell'11 ottobre 2021 recante oggetto "Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - missione 6c1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – definizione del quadro programmatorio e approvazione della fase n. 1: identificazione delle strutture idonee di proprietà del Servizio Socio Sanitario Regionale";
- DGR n. XI/5723 del 15 dicembre 2021 recante "Ulteriori determinazioni in merito all'attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza – missione 6c1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – localizzazione dei terreni e degli immobili destinati alla realizzazione di Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali"
- DGR XI/5872 del 24/01/2022: "Determinazioni relative al nuovo sistema per la gestione digitale del territorio";
- DGR XI/6080 del 7 marzo 2022: "Modifica delle tabelle di cui all'allegato alla DGR n. XI/5723 del 15.12.2021 "Ulteriori determinazioni in merito all'attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza - missione 6c1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – localizzazione dei terreni e degli immobili destinati alla realizzazione di case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali"
- DGR XI/6282 del 13 aprile 2022: "Ulteriori determinazioni in merito all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - missione 6c1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – stanziamento delle risorse destinate agli interventi finalizzati alla realizzazione di case di comunità (1.1), ospedali di comunità (1.3.) e centrali operative territoriali (1.2.2 COT) ex DGR n. 6080/2022";
- DGR XI/6426 del 23 maggio 2022 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR - Missione 6 Component 1 e Component 2 e PNC – approvazione del Piano Operativo Regionale (POR) e contestuale individuazione degli interventi, con ripartizione delle corrispondenti quote di finanziamento PNRR/PNC -

individuazione dei soggetti attuatori esterni";

- DGR XI/6609 del 30 giugno 2022 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza missione 6 componente 2, intervento 1.1.1 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (digitalizzazione DEA I E II) - Realizzazione della cartella clinica elettronica regionale";
- Decreto 29 aprile 2022 Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «*Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare*», ai fini del raggiungimento della Milestone EU M6C1-4, di cui all'Annex alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021;
- il DM 77 del 23 maggio 2022 "*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*" in particolare il paragrafo 10) sull'Assistenza Domiciliare;
- DGR XI/6760 del 25 luglio 2022 "Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del Decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale";

Entro il quadro dello sviluppo in corso delle nuove articolazioni territoriali della sanità territoriale a livello distrettuale, Case di Comunità (CdC), Ospedale di Comunità (OdC), Centrale Operativa Territoriale (COT), il riordino vuole rafforzare le cure domiciliari lavorando sull'omogeneizzazione dei percorsi clinici più frequenti, sul raccordo tra ambulatori dei medici di famiglia e le equipe ADI delle case di comunità, sull'incremento delle risorse per la remunerazione dei processi assistenziali domiciliari. Attraverso il riordino delle cure domiciliari e delle logiche di attivazione degli interventi e servizi territoriali, Regione Lombardia intende infatti implementare una leva importante per concorrere all'evoluzione del paradigma del sistema ospedale-centrico, non per realizzare il concetto "meno ospedale e più territorio" ma per costruire leve/driver di effettiva integrazione/collegamento ospedale-territorio.

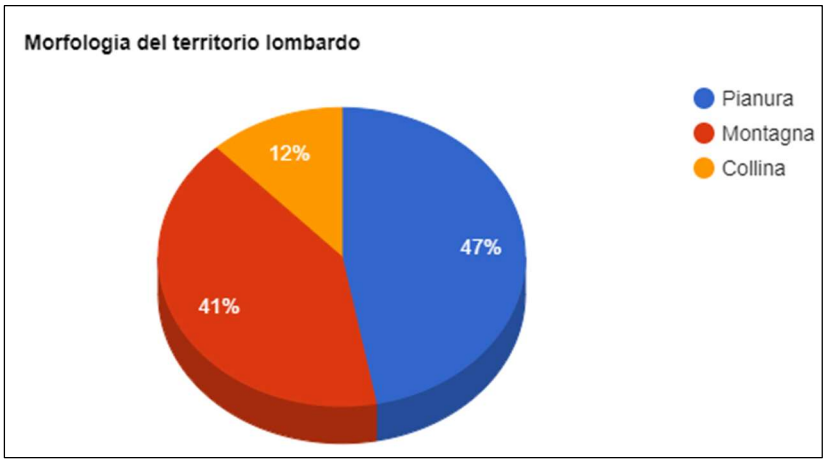
Considerato il rischio del burden sanitario futuro prodotto sul SSR dalle cronicità legate all'età, è necessario infatti cambiare la metrica con cui misuriamo i risultati del nostro SSR, passando dalla domanda quanto si produce a quella di quanti pazienti cronici e pazienti fragili sono stati presi in carico e quanti di questi hanno migliorato i propri esiti di salute intermedi, attraverso politiche di prevenzione attuate nella logica della presa in carico proattiva, prossima, continuativa.

Come previsto al paragrafo 10) del DM 77/2022 infatti la casa come primo luogo di cura viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale. Le cure domiciliari, nelle sue forme previste nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato.

2. IL TERRITORIO E LA POPOLAZIONE, LA STRUTTURA SOCIODEMOGRAFICA

La Lombardia si colloca, ai piedi delle Alpi ed al centro della Pianura Padana, nel cuore delle principali vie di collegamento tra l'area mediterranea e l'Europa centrale. Il suo territorio si estende per una superficie di 23.860 kmq che si caratterizza per una quasi equa suddivisione tra la zona montagnoso-collinare (53%) e la zona pianeggiante (47%).

Figura 1. Morfologia del territorio lombardo.

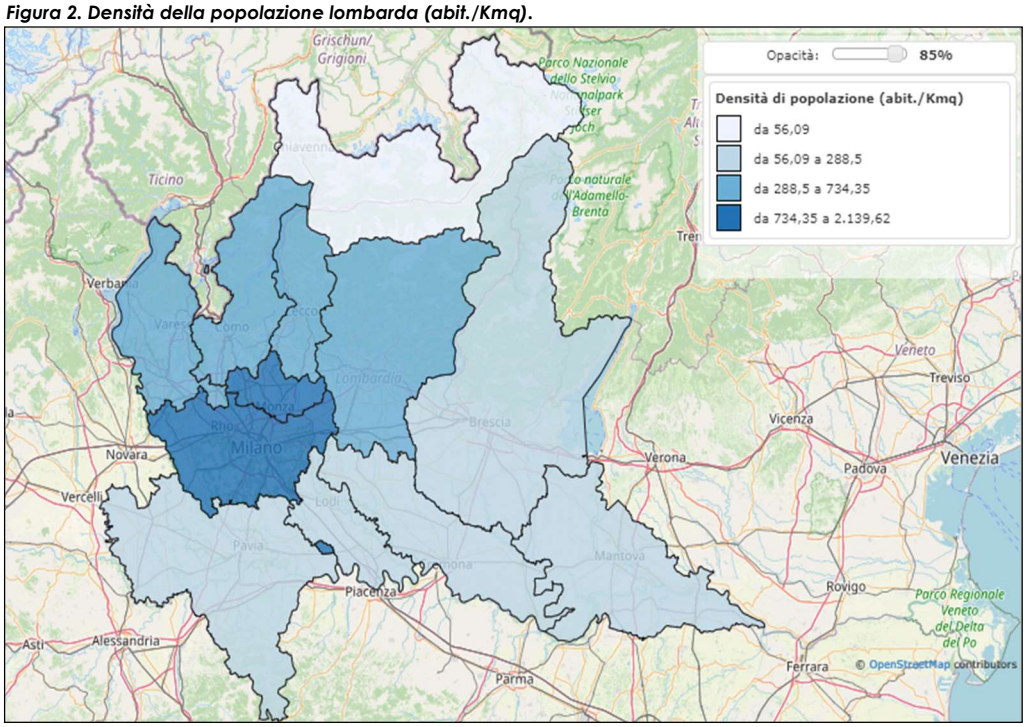


La distribuzione della popolazione regionale per zona altimetrica evidenzia delle differenze tra provincie, dovute alle caratteristiche del territorio. La conoscenza delle caratteristiche geo-politiche e della distribuzione della popolazione sono rilevanti per cogliere le differenze che rispettivamente possono:

- incidere sui flussi di mobiliti sanitaria;

- influire sulle modalità di organizzazione dell'offerta dei servizi sanitari.

Figura 2. Densità della popolazione lombarda (abit./Kmq).



La popolazione lombarda, che nel corso del 2020 ha subito una importante diminuzione a causa della pandemia, ha ripreso, seppur di poco, la tendenza di crescita degli ultimi anni dovuto ad un saldo migratorio positivo. Una prima evidenza è costituita dal fatto che, dopo la battuta d'arresto subita nel primo anno della pandemia, la popolazione residente è tornata ad essere in aumento.

Figura 3. Popolazione afferente al territorio delle singole ATS lombarde 2012 – 2021.

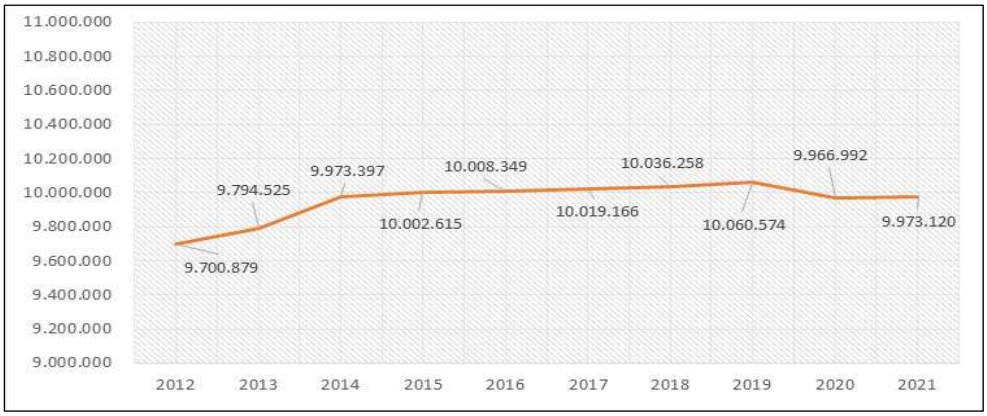
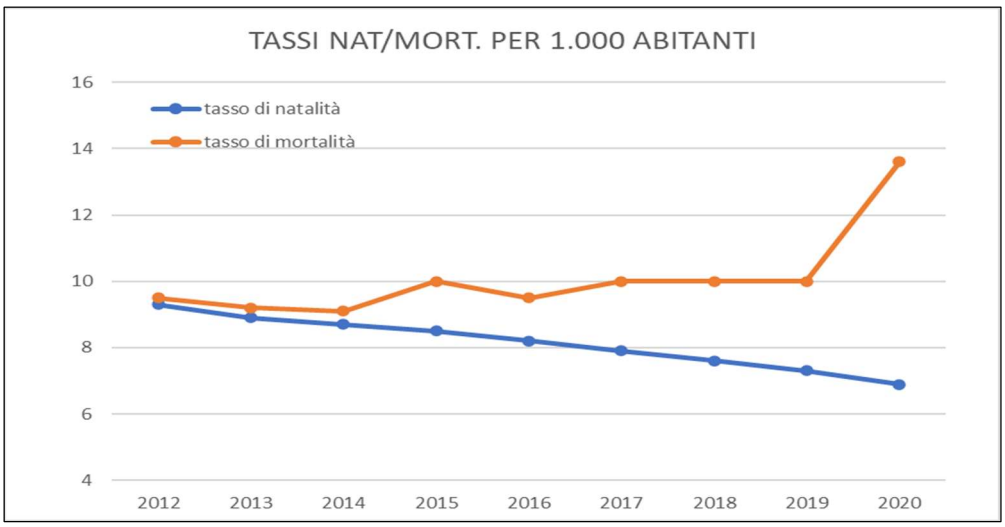


Figura 4. Popolazione afferente al territorio delle singole ATS lombarde 2016 – 2021.

ANNO	321 ATS CITTA' METROPOLITANA MILANO	322 ATS INSUBRIA	323 ATS BRIANZA	324 ATS BERGAMO	325 ATS BRESCIA	326 ATS PAVIA	327 ATS VALPADANA	328 ATS MONTAGNA	TOTALE
2016	3.437.922	1.434.852	337.302	1.205.330	1.108.298	1.163.407	773.312	547.926	10.008.349
2017	3.447.539	1.435.442	336.555	1.208.097	1.109.933	1.162.351	771.998	547.251	10.019.166
2018	3.464.423	1.435.054	336.339	1.211.082	1.111.035	1.162.241	770.274	545.810	10.036.258
2019	3.480.513	1.472.796	298.271	1.211.315	1.114.590	1.165.954	771.247	545.888	10.060.574
2020	3.475.706	1.457.834	294.726	1.200.014	1.099.621	1.148.857	755.283	534.951	9.966.992
2021	3.463.360	1.457.054	294.237	1.203.682	1.103.556	1.157.127	758.303	535.801	9.973.120

Continua ad essere negativo, come a livello nazionale, il saldo naturale, ossia il bilancio tra morti e nati, in parte per un eccesso di mortalità peculiare del 2015 e nel 2020, ma anche per un indice di fecondità basso da anni. L'invecchiamento, simile a quello italiano, cresce e contestualmente cresce il carico assistenziale.

Figura 5. Tasso natalità/mortalità per 1000 abitanti Anni 2012 -2020.



L'aumento di soggetti anziani e fragili rende inevitabile la sfida di realizzare una maggiore presa in carico a livello territoriale, nonché di una maggiore integrazione tra gli ambiti sanitari, sociosanitari e assistenziali.
Ad oggi si attesta intorno ai 2,3 milioni la popolazione ultra 65enne in Lombardia (22.9% della popolazione regionale), con un aumento al ritmo di 40-50 mila soggetti l'anno, popolazione colpita da due anni di pandemia non solo dal punto di vista sanitario ma anche economico, sociale, nelle relazioni e nella possibilità di aiuto, nell'uso del tempo e delle risorse che il territorio offre.
All'inizio del nuovo millennio la percentuale di anziani sul totale della popolazione è aumentata del 25% (era pari al 18,2% nel 2002) e, secondo le previsioni demografiche elaborate dall'Istat, potrebbe arrivare a quota 32% entro il 2050.
Tale crescita, da sola, non è sufficiente a rappresentare il cambiamento in atto nella struttura demografica regionale: ciò che accanto all'indice di vecchiaia dà maggiormente conto di tale cambiamento in atto è l'indice di dipendenza degli anziani, che misura quanti anziani over 65 ci sono ogni 100 adulti in età lavorativa (15-64 anni).

Figura 6. Trend indice di vecchiaia 2012 - 2021.

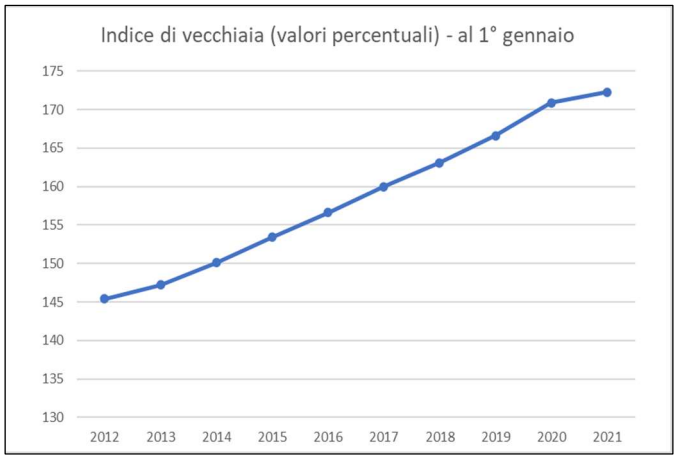
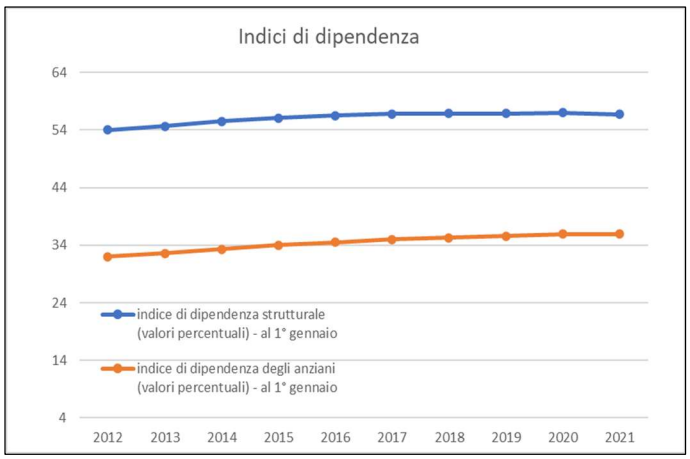


Figura 7. Trend indice di dipendenza strutturale 2012 – 2021.



Leggendo gli indicatori relativi all'indice di vecchiaia e quelli di dipendenza strutturale risulta evidente come la quota dei giovani sul totale della popolazione sia molto contenuta, mentre il peso assoluto e relativo della popolazione anziana si fa via via più consistente anche se si considerano le età più avanzate.

L'indice di dipendenza strutturale, dato dal rapporto tra i cittadini appartenenti a fasce d'età considerate non autonome/attive (≤ 14 anni, ≥ 65 anni) e i cittadini in età attiva tra i 15 e 64 anni, in Lombardia è simile a quello nazionale, ed evidenzia che per ogni 2 adulti in potenziale età lavorativa è presente un anziano o una bambina da seguire.
Un trend analogo si osserva anche per l'indice di dipendenza strutturale per la sola fascia di anziani (>65 anni), che fornisce quindi un'idea del carico sociale ed economico della popolazione anziana che grava e graverà sulla popolazione attiva.
Se tale indice all'inizio del terzo millennio era pari al 26,6% (ovvero c'era circa un anziano ogni quattro adulti in età lavorativa) oggi è giunto a quota 35,9% e si stima che raggiungerà il 58% nel 2050.

Riguardo alla distribuzione territoriale per ATS, l'invecchiamento è più alto nelle aree

meridionali (ATS di Pavia e della Val Padana) e meno accentuata nella parte est della regione (ATS di Bergamo e Brescia).

Questo indice va considerato nella distribuzione delle risorse, tenuto conto del diverso impatto di malattie e di pazienti cronici. Anche la mortalità grezza segue la medesima distribuzione dell'invecchiamento, mentre la natalità è viceversa più alta nelle ATS di Bergamo e Brescia e più bassa in quelle di Pavia e della Val Padana: per quest'ultimo indicatore, tuttavia, la differenza tra valore massimo e minimo è di circa 1 per 1.000.

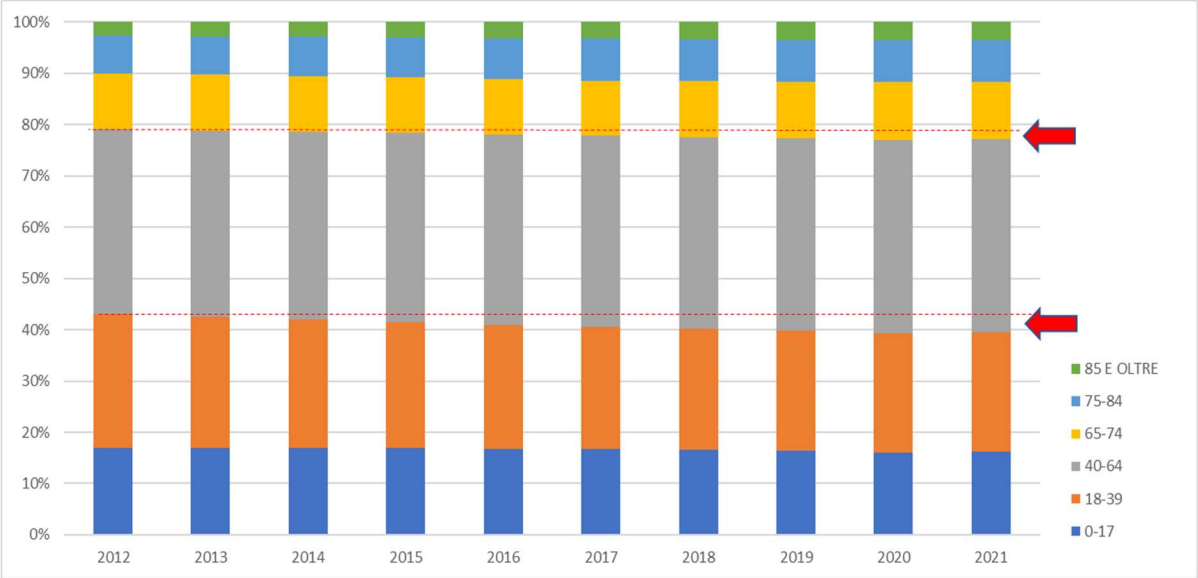
Figura 8. Distribuzione territoriale per ATS della popolazione lombarda over 65 anni 2016 – 2021.

CODICE ATS	ATS	FASCIA POPOLAZIONE	2016	2017	2018	2019	2020	2021
321	ATS METROPOLITANA DI MILANO	65-74	371.842	369.493	369.435	369.693	377.066	372.042
		75-84	285.118	289.195	291.585	292.485	289.344	286.199
		85 E OLTRE	107.314	112.451	116.690	121.419	128.272	125.270
		Totale	764.274	771.139	777.710	783.597	794.682	783.511
322	ATS INSUBRIA	65-74	157.986	158.723	160.334	166.473	169.785	170.091
		75-84	116.854	118.990	120.237	124.230	121.608	122.262
		85 E OLTRE	45.564	47.594	49.253	52.042	53.962	53.733
		Totale	320.404	325.307	329.824	342.745	345.355	346.086
323	ATS BRIANZA	65-74	38.109	38.592	39.163	35.228	36.449	36.459
		75-84	27.344	27.706	27.872	24.763	24.208	24.306
		85 E OLTRE	11.143	11.608	12.013	10.646	10.871	10.858
		Totale	76.596	77.906	79.048	70.637	71.528	71.623
324	ATS BERGAMO	65-74	130.198	131.255	132.430	134.184	137.373	137.927
		75-84	96.447	98.487	99.749	100.397	98.729	99.108
		85 E OLTRE	34.766	36.862	38.435	40.697	41.820	41.588
		Totale	261.411	266.604	270.614	275.278	277.922	278.623
325	ATS BRESCIA	65-74	113.596	115.215	116.522	118.883	122.411	122.582
		75-84	78.217	79.913	81.355	82.429	80.910	81.016
		85 E OLTRE	29.265	30.515	31.576	32.741	32.839	33.007
		Totale	221.078	225.643	229.453	234.053	236.160	236.605
326	ATS PAVIA	65-74	119.990	120.583	121.534	122.607	125.458	126.273
		75-84	84.514	86.433	87.857	89.082	87.604	88.063
		85 E OLTRE	34.215	35.540	36.524	37.333	37.338	37.410
		Totale	238.719	242.556	245.915	249.022	250.400	251.746
327	ATS VALPADANA	65-74	85.819	86.288	87.195	88.203	90.695	91.031
		75-84	65.559	65.948	66.126	66.150	63.044	63.224
		85 E OLTRE	28.338	29.067	29.478	30.009	29.796	29.854
		Totale	179.716	181.303	182.799	184.362	183.535	184.109
328	ATS MONTAGNA	65-74	60.895	61.271	61.773	62.449	64.266	64.299
		75-84	49.157	49.051	48.549	48.067	45.323	45.776
		85 E OLTRE	20.768	21.595	22.018	22.626	22.360	22.503
		Totale	130.820	131.917	132.340	133.142	131.949	132.578
Regione Lombardia		**65-74**	**1.078.435**	**1.081.420**	**1.088.386**	**1.097.720**	**1.123.503**	**1.120.704**
		75-84	**803.210**	**815.723**	**823.330**	**827.603**	**810.770**	**809.954**
		85 E OLTRE	**311.373**	**325.232**	**335.987**	**347.513**	**357.258**	**354.223**
		Totale	**2.193.018**	**2.222.375**	**2.247.703**	**2.272.836**	**2.291.531**	**2.284.881**

Analizzando gli andamenti dei tre indicatori è possibile prevedere come nei prossimi decenni si assisterà ad un ulteriore aumento del peso relativo ed assoluto della popolazione anziana dovuto sia all'aumento della speranza di vita (non solo alla nascita, ma anche alle età avanzate), sia allo "slittamento verso l'alto" (ossia

all'invecchiamento) delle coorti assai numerose che, oggi, si trovano nelle classi di età centrali. In tale contesto si assisterà sempre di più all'aumento di cittadini portatori di patologie croniche, ma anche ad un aumento della numerosità di anziani fragili e/o non autosufficienti che presentano bisogni sempre più complessi.

Figura 9. Trend della popolazione lombarda suddivisa per fasce d'età 2012 – 2021.



Nella suddivisione nelle diverse fasce d'età, nel corso degli anni mentre aumentano gli over 65 e gli over 85, si riducono i soggetti in condizione attiva (15-64 anni) o formativa (< 15 anni). Sebbene nel 2020 per effetto della pandemia la speranza di vita alla nascita si sia ridotta rispetto al 2019 negli uomini a 78,99 anni (-2,6 anni) e nelle donne a 83,9 (-2 anni), considerando il trend "fisiologico" degli anni precedenti è possibile prevedere una ripresa dell'aumento del peso relativo ed assoluto della popolazione anziana nei prossimi anni, con incremento di cittadini portatori di patologie croniche e di bisogni complessi (sia mono che pluripatologici) che rappresentano le maggiori responsabili della perdita di anni di vita in buona salute e dei consumi di risorse socio sanitarie. Il carico di cronicità oltre i 65 anni è mediamente almeno del 74% e oltre gli 80 anni giunge al 85-86%.

Figura 10. Piramide dell'età popolazione Regione Lombardia Anno 2021.

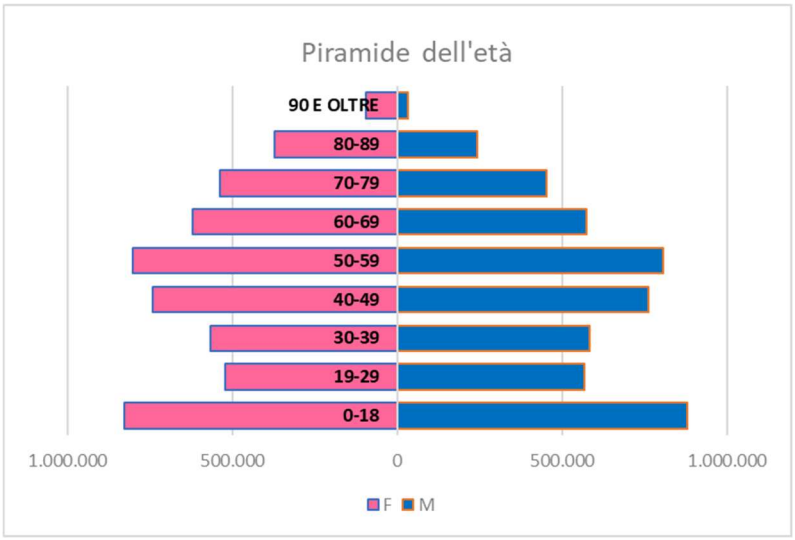
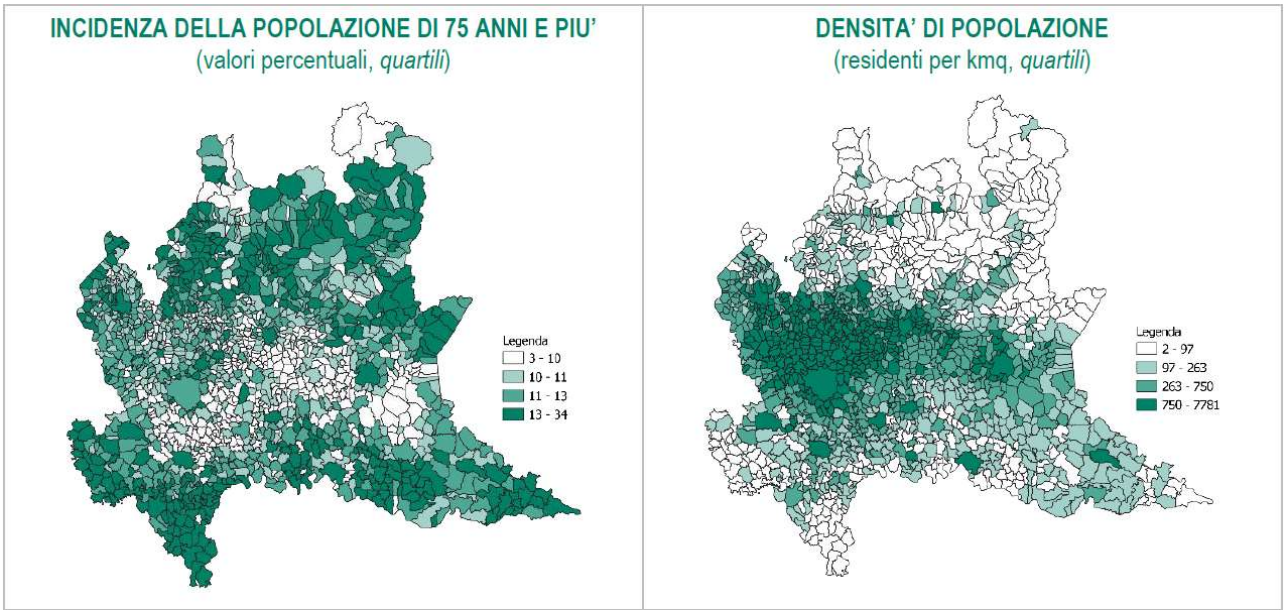


Figura 11. Evoluzione popolazione residente Regione Lombardia 2010 vs 2020.

Struttura demografica	2010	2020
Residenti	9.917.714	10.027.602 (9.967.000 al 1/01/2021)
Età media	43,5	45,5
Popolazione ≥ 65 anni (%)	20,3	22,9
Popolazione ≥ 85 anni (%)	2,4	3,6
Indice di vecchiaia (x 100)	143,1	170,9
Indice di dipendenza degli anziani (x 100)	31,1	35,9
Indice di dipendenza strutturale (x 100)	52,8	57

Figura 12. Comuni per incidenza della popolazione over 75 anni e più e per densità di popolazione 1° Gennaio 2019 (Fonte ISTAT).



Il quadro sopra descritto mette in luce le rilevanti modifiche della struttura della popolazione lombarda che, secondo le stime ISTAT, produrranno anche negli anni a venire un inesorabile e progressivo invecchiamento per effetto dell'allungamento della speranza di vita e ulteriori dinamiche che impoveriscono la popolazione, quali ad esempio la denatalità che erode la consistenza quantitativa delle nuove generazioni.

Partendo dal contesto sopra descritto nel 2020 anche la pandemia da Covid-19 ha prodotto marcati effetti sulla dinamica demografica di Regione Lombardia. Mentre negli anni precedenti la popolazione residente era in costante aumento soprattutto grazie ad un saldo migratorio positivo che ha controbilanciato parzialmente il saldo naturale negativo (nascite-decessi), nel corso del 2020 il trend si è invertito e al 01/01/2021 i residenti risultavano diminuiti dello 0,6% su base annua. La riduzione della popolazione è effetto del saldo naturale negativo dovuto all'aumento dei decessi

soprattutto durante la prima ondata (+36,3%) e alla riduzione delle nascite soprattutto nella seconda ondata (-5,5%).

La prospettiva è di anziani più vecchi, più soli e con supporti familiari meno presenti e meno disponibili, tenuto conto che le risorse di cura familiare nei prossimi 20 anni andranno riducendosi, in un quadro demografico in continua evoluzione.

Il numero di caregiver familiari è in calo: la generazione dei baby-boomers – i sessantenni di oggi – avvicinandosi alla terza età, avrà a disposizione una rete di aiuti parentali più limitata di adesso, spesso inesistente. La rarefazione delle nascite e l'ascesa dei figli unici porteranno ad un aumento degli anziani soli: già oggi un anziano su tre in Lombardia vive da solo (32%) e, se si considerano anche le coppie di anziani, si supera il 70%.

Figura 13. Famiglie per dimensione e tipologia (media anni 2017-2018).

Tavola 5

Famiglie per dimensione e tipologia. Lombardia e Italia. Media anni 2017-2018 (composizione percentuale)

	Lombardia	Italia
DIMENSIONE		
Un componente	34,1	33,0
Due componenti	28,1	27,1
Tre componenti	20,2	19,5
Quattro componenti	13,3	15,1
Cinque o più componenti	4,3	5,3
Totale	**100,0**	**100,0**
TIPOLOGIA		
Famiglia senza nucleo	36,4	35,2
Persone sole fino a 59 anni	15,6	15,2
Persone sole di 60 anni e oltre	18,5	17,8
Altre famiglie	2,3	2,2
Famiglie con un solo nucleo	62,5	63,2
Monogenitore	9,1	9,9
Coppia con figli	32,1	33,2
Coppia senza figli	21,3	20,1
Famiglie con più nuclei	1,1	1,5
Totale	**100,0**	**100,0**

Fonte: Istat, Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"

Questo è un elemento di potenziale fragilità da non sottovalutare: la rarefazione delle relazioni familiari, spesso peraltro accompagnata da una scomparsa progressiva dei rapporti di amicizia e vicinato, possono ostacolare una vita attiva in termini di scambi e relazioni sociali che progressivamente potrebbe trasformarsi in una minore cura di sé con conseguenze importanti dal punto di vista del decadimento psico fisico.
È un dato che, se aggregato alla quota di coloro che vivono in coppia senza altri componenti, va a costituire un bacino importante di anziani che, insorgenza di un grave problema di salute, si trovano soli o in compagnia di un coniuge che è altrettanto anziano/a.
La famiglia rimane dunque ad oggi un sostegno fondamentale per le persone anziane, anche se la rete degli aiuti familiari e quella degli aiuti informali hanno subito nel tempo un forte ridimensionamento per le dinamiche demografiche e i mutamenti

sociali; basti pensare al calo della capacità dei potenziali caregiver (individui tra i 50 e i 74 anni) di prendersi cura dei grandi anziani ultra-ottantacinquenni, allo spostamento dei tempi di vita dal lavoro domestico verso il lavoro per il mercato soprattutto per i soggetti di sesso femminile sui quali ricade la maggior parte dell'attuale lavoro di cura.

A questo si aggiungono situazioni sempre più complesse poiché alle condizioni di fragilità e non autosufficienza dei soggetti anziani si affiancano delle problematiche di tipo sociale, economico ed abitativo, accentuate ad oggi dalla emergenza pandemica da Covid-19 e dalle altre emergenze in atto, che colpiscono sia i soggetti fragili che le stesse famiglie di loro supporto.

La prevenzione e la presa in carico complessiva del paziente cronico/fragile acquisiscono così ancor più importanza poiché finalizzate, da un lato, a prevenire l'insorgere delle patologie croniche ed a ritardarne l'aggravarsi, dall'altro a soddisfare i bisogni sempre più complessi di soggetti fragili con un approccio sempre più integrato nell'erogazione dei servizi sociosanitari.

Inoltre, l'emergenza pandemica da COVID-19 ha accentuato la consapevolezza che lo stato di "buona salute" non è soltanto un valore per l'individuo in sé ma contribuisce al patrimonio collettivo in termini di crescita economica e sociale.

Intercettare, oltre ai bisogni sanitari e sociosanitari, anche la domanda economica e sociale di questo "popolo" di anziani spesso soli, con scarse disponibilità economiche e senza aiuto, traducendola in un'offerta di servizi di sostegno, prioritariamente presso l'abitazione e sul territorio, oltre ad assicurare loro una migliore qualità di vita, permette di evitare che la loro condizione di svantaggio si trasformi in un ulteriore e futura domanda di servizi di welfare.

3. LA RIORGANIZZAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI NEL QUADRO DELL'ATTUALE SCENARIO DEMOGRAFICO

La dinamica demografica descritta nei precedenti capitoli vede costantemente in crescita il numero di soggetti in condizione di cronicità e/o fragilità, ponendo quindi la necessità di una riorganizzazione dei servizi con un focus prioritario su coorti sempre più numerose di malati cronici e cronici/fragili, al fine di prevenire fasi di riacutizzazione o instabilità clinica e migliorarne gli esiti intermedi di salute. Per rispondere a persone che non presentano problematiche unicamente sanitarie, ma necessitano anche di risposte assistenziali appropriate alla multidimensionalità dei loro bisogni, anche di carattere psico-sociale (fatica emotiva/assistenziale del caregiver, contesti relazionale intra-famigliari problematici, etc.), che rendono i percorsi di malattia estremamente variabili al mutare della natura e della tipologia dei bisogni stessi nel tempo e sono responsabili, in particolare durante l'ultimo anno di vita, di un elevato assorbimento di risorse, soprattutto attraverso ricoveri ospedalieri ripetuti e decessi in ospedale.

Questo scenario richiede una capacità di lettura puntuale e dinamica nel tempo delle problematiche multidimensionali (dimensione fisica, sociale, psicologica). Il governo di traiettorie di malattie complesse necessita non solo di risposte di salute fornite dalle strutture ospedaliere, luoghi ad alta intensità e tecnologia che rimangono

di elezione per la gestione dell'acuzie ma anche, spesso prevalentemente, della capacità di assicurare lunghi periodi di assistenza domiciliare o in strutture residenziali attraverso le opportunità fornite dalla rete delle unità di offerta sociosanitarie che devono operare in una logica di rete insieme alle ASST. Si richiede quindi un **nuovo paradigma** di cura in grado di garantire una risposta positiva ai «nuovi» bisogni, agendo in modo precoce, coordinato e integrato, così da assicurare la necessaria continuità assistenziale tra i professionisti, tra i luoghi delle cure e il tempo delle cure. I pilastri in grado di supportare un modello di servizio sanitario che possa soddisfare questa complessità sono: la continuità assistenziale, il care-management e la cooperazione, in un sistema a Rete, tra tutti gli stakeholder coinvolti nella filiera, supportati dalle tecnologie dell'informazione e delle comunicazioni (ICT).

Il processo di riordino e potenziamento del sistema delle cure domiciliari in Lombardia declinato attraverso il presente atto, nell'ambito della più ampia riorganizzazione della sanità territoriale, si sta pertanto sviluppando attraverso la ricerca della definizione delle migliori condizioni organizzative che, **in una logica evolutiva di gradualità** funzionale alla piena sostenibilità in itinere del percorso, garantisca una presa in carico autenticamente integrata del bisogno della persona e della famiglia, fondata sul principio di **prevenzione**, del **continuum assistenziale** e della costante valorizzazione di tutte le risorse formali e informali a disposizione sul territorio.

A livello regionale è stata adottata la L.R. 22/2021 per l'attuazione della nuova sanità territoriale, con l'istituzione dei distretti e delle relative articolazioni organizzative (CdC, COT, OdC), dando piena applicazione alla programmazione espressa nel PNRR. E' in corso adesso lo sviluppo del sistema di gestione digitale del territorio e la realizzazione fisica delle strutture della nuova sanità territoriale distrettuale. E' altresì in corso l'elaborazione del documento regionale attuativo del DM 77/2022. Si dà poi avvio all'attuazione delle Linee guida della telemedicina in ambito domiciliare, come previsto al capitolo 16 del presente allegato.

4. DEFINIZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

La programmazione sanitaria nazionale definisce l'assistenza domiciliare come setting privilegiato dell'assistenza territoriale. Secondo il DPCM 12 gennaio 2017, le cure domiciliari (CD) rispondono ai bisogni di persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, garantendo percorsi assistenziali costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico. Fra gli obiettivi, la stabilizzazione del quadro clinico, la gestione integrata di problemi specifici, il rallentamento del declino funzionale e il miglioramento della qualità della vita. L'offerta domiciliare contribuisce alla prevenzione dell'utilizzo inappropriato o intempestivo dell'ospedalizzazione e dell'istituzionalizzazione.

L'Intesa Stato Regioni del 4 agosto 2021 (n. 151/CSR) riconosce che le CD "*richiedono una peculiare e complessa organizzazione, un lavoro di rete che coordina e integra le varie figure professionali (medici, infermieri, professionisti della riabilitazione, operatori sociali e altre), definendo la necessità che le organizzazioni erogatrici rispondano a precisi requisiti di sicurezza e qualità, a garanzia della tutela della salute dei cittadini*".

L'art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017 articola le risposte assistenziali domiciliari in

differenti livelli di intensità e complessità assistenziale, individuati a partire dalla Valutazione multidimensionale (VMD). La VMD permette di identificare i bisogni e le risorse delle persone e definire Progetto individuali (PI), che guidano la scelta dei setting di cura più appropriati e la formulazione e implementazione dei Piani di assistenza individualizzati (PAI). Lo stesso art. 22, comma 3, distingue le CD in:

- CD di livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo;
- CD integrate (ADI) di I, II e III livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati, caratterizzate da un CIA superiore a 0,14. Richiedono la VMD e la definizione di un PAI o PRI. La differenziazione per livelli di intensità assistenziale, a CIA crescenti, è proporzionata al livello di complessità assistenziale.

Si riporta di seguito l'articolo del DPCM che descrive la nuova classificazione:

ART. 22 Dpcm 12/1/2017

In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli:

*a) **cure domiciliari di livello base**: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle province autonome, sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» (CIA (1)) inferiore a 0,14;*

*b) **cure domiciliari integrate (ADI) di I^ livello:** costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di primo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI) che definisce i bisogni riabilitativi della persona, e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. 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;*

*c) **cure domiciliari integrate (ADI) di II^ livello:** costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI), e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. 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;*

*d) **cure domiciliari integrate (ADI) di III^ livello:** costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver. Le cure domiciliari ad elevata intensità sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI). 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 hanno come obiettivi:

- la stabilizzazione del quadro clinico;
- la stabilizzazione del quadro clinico della persona a seguito di dimissione ospedaliera;
- garantire la continuità dell'assistenza tra sistema sanitario, sociosanitario e sociale;
- il miglioramento della qualità della vita quotidiana e il rallentamento del declino funzionale;
- la prevenzione dell'utilizzo inappropriato o intempestivo dell'ospedalizzazione o di setting residenziali territoriali;
- prevenire/limitare il deterioramento della persona in condizione di fragilità, rispondendo ad una logica di prevenzione del carico di cronicità/fragilità e di inclusione della persona attraverso il sostegno al suo mantenimento nel

proprio contesto di vita.

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) si colloca quindi nella rete di servizi sociosanitari volti a garantire alle persone, in condizione di fragilità, prestazioni sociosanitarie integrate "a domicilio", anche in contesti di residenzialità individuale/collettiva, alternativa alla propria casa, eletti dalla persona a dimora abituale.

Le prestazioni, che saranno declinate all'interno del Piano di Assistenza Individuale (PAI) redatto all'esito della definizione del progetto Individuale, devono essere erogate da personale qualificato ed in possesso degli specifici titoli professionali, e sono complementari e non sostitutive del caregiver familiare. Le specifiche prestazioni, fornite attraverso i caregiver professionali (a mero titolo esemplificativo: infermieri, tecnici della riabilitazione quali fisioterapisti, terapisti occupazionali, logopedisti ecc.) possono quindi sostenere e/o integrare presenze familiari (parenti e/o loro collaboratori) esistenti e disponibili, non sostituirle.

Nell'ambito del DM 77 del 23/05/2022 il paragrafo 10 è dedicato all'assistenza domiciliare dove è definito un indice progressivo di copertura del 10% della popolazione over 65 anni.

Il documento dell'Intesa Stato-Regioni del 4 agosto 2021 definisce gli indirizzi nazionali per l'offerta di CD, indicando quali elementi fondanti:

- Percorso assistenziale integrato;
- Accesso unitario ai servizi sanitari e sociali;
- Presa in carico attraverso la Valutazione Multidimensionale (VMD);
- Predisposizione del PAI;
- Approccio per percorsi (art. 21, dpcm 12 gennaio 2017).

5. LA SPERIMENTAZIONE DELL'ATS BRIANZA CON ASST LECCO, MONZA E VIMERCATE ED ENTI GESTORI PRIVATI, EX DGR 7770/2018, 1046/2018 E 1681/2019

L'attuale classificazione regionale è quella avviata, in via sperimentale, con Decreto n. 6032 del 6/7/2012. In quell'occasione erano stati definiti due profili prestazionali (prestazionale/prestazionale prelievi) e quattro profili assistenziali (profilo 1, 2, 3, 4).

Il modello di Cure domiciliari sviluppato dalla Regione Lombardia adotta questi principi già dal 2003 e a seguire con atti deliberativi successivi progressivamente attualizzati allo sviluppo dei bisogni e degli aggiornamenti scientifici. In particolare, nel 2018 la DGR X/7770 del 17 gennaio 2018 ha avviato l'iter necessario a sviluppare un nuovo modello di erogazione ADI.

La DGR XI/1046 del 17 dicembre 2018 ha assegnato all'ATS Brianza l'obiettivo di sperimentare nuovi modelli di erogazione. In modo più specifico, la DGR XI/1681 del 27 maggio 2019 ha previsto tra gli obiettivi specifici assegnati all'ATS Brianza: "*L'applicazione sperimentale dei percorsi ADI e il coordinamento della fase di sperimentazione dei percorsi ADI da parte dell'équipe di valutazione delle ASST, con l'obiettivo di validare operativamente i percorsi proposti e definire le modalità con cui possono essere adottati a livello regionale*".

La sperimentazione è stata avviata nel primo semestre del 2019; ha coinvolto 3 ASST (Monza, Lecco, Vimercate) e 27 dei 38 erogatori attivi sul territorio. È stato attivato un gruppo di lavoro integrato multidisciplinare che ha analizzato le caratteristiche

(patologie principali e secondarie, bisogni rilevati, CIA, prestazioni erogate, tempi e risorse impegnate) delle tipologie di assistenza maggiormente rappresentate in ADI sia a livello regionale che in ATS Brianza. È stato quindi progettato un modello di attivazione ed erogazione che è stato applicato a tutte le nuove prese in carico nel secondo trimestre 2019. Sono state escluse dalla sperimentazione le prestazioni riferite a prelievi, prestazionali occasionali e alle cure palliative domiciliari (dal 1° ottobre 2017 soggette a riclassificazione ex DGR X/5918/2016) ed è stata preceduta dalla formazione di 110 professionisti.

La sperimentazione è stata condotta in doppio cieco, per valutare indipendentemente la concordanza fra valutazione e assegnazioni dei profili di cura fra ASST e erogatori del territorio. La sperimentazione si è conclusa il 30 giugno 2019.

I risultati e le proposte del gruppo di lavoro hanno quindi rappresentato la base per la ridefinizione del modello di Cure Domiciliari, proposto alla Regione Lombardia e analizzato alla luce degli indirizzi dell'Intesa Stato Regioni del 4/08/2021. La sperimentazione ha permesso di definire una proposta testata a livello locale, analizzata operativamente da un gruppo di progetto attivato in ATS, formato da esperti, che ne ha costantemente monitorato ed analizzato sviluppo ed esiti.

6. I RISULTATI DELLA SPERIMENTAZIONE

Sono state effettuate 8.880 valutazioni su 4.242 persone, per il 60,68% eseguite dalle ASST. Il modello sperimentato ha evidenziato che, fra i percorsi standardizzati elaborati dal gruppo di lavoro, il **73%** delle persone valutate ha avuto necessità di attivare **un solo percorso;** le restanti si distribuiscono come descritto nella tabella successiva. In particolare, il **3%** circa dei pazienti ha richiesto **3 percorsi**. Si tratta di una popolazione che è stata ritenuta riconducibile a situazioni di "complessità" non inizialmente identificate nei due profili inizialmente previsti. In fase di revisione sono stati quindi riportati a un **terzo livello di ADI complessa**, che più comunemente **riguarda situazioni con stabilità clinica ma ad alta fragilità**, che impongono un monitoraggio continuo ed interventi specialistici.

N° persone valutate	N° valutazioni effettuate
4242	**8.880**

Distribuzione degli 8.880 casi valutati per ASST ed Erogatori		
ASST/Erogatore	**CASI Valutati**	**%**
ASST Lecco/CeAD	2.082	**60,68**
ASST Monza	1.215	
ASST Vimercate	2.091	

Erogatori ADI privati	3.079	**39,32**
Erogatore ADI pubblico (DIFRA – ASST Lecco)	413	
	8.880	**100%**

Percorsi assegnati/individuati sul totale delle valutazioni

Numeri di percorsi individuati per lo spesso paziente valutato	Numero percorsi	%
1 Percorso Standard	6.515	73,37%
2 Percorsi Standard	1.161	13,07%
3 o + Percorsi Standard	248	2,79%
Percorso complesso	480	5,41%
Percorso non individuato	333	3,75%
Rivalutazione percorsi in seconda fase	143	1,61%
	8.880	**100,00%**

La sperimentazione conferma che la **principale causa di presa in carico in ADI** è rappresentata dalle **lesioni cutanee**, sia da pressione che vascolari. Complessivamente, si tratta del **45%** dei 10.368 percorsi assegnati. Nel **19%** dei casi i bisogni sono invece legati alla **gestione di cateteri vescicali**; a questo percorso è stata ricondotta anche la gestione delle **stomie**, che rappresentano circa il **2%** dei casi valutati; nel **17%** dei casi è stato invece affrontato un **bisogno riabilitativo**.

L'**ADI complessa**, intendendo con questa definizione tutto quanto non è riconducibile a standardizzazione e che richiede un approccio valutativo e di presa in carico specifico, ha interessato il 14% dei casi. Nello specifico, nel 5% dei casi le valutazioni hanno assegnato un profilo complesso definito nel quadro della sperimentazione, mentre nel restante 9% dei casi le valutazioni hanno determinato la richiesta di **3 o più profili** o non hanno esistato nell'individuazione di uno dei percorsi definiti dalla sperimentazione.

Totale percorsi assegnati: 10.368			
Codifica	**Percorso assistenziale**	**Numero**	**%**
1-GA	Gestione alvo	452	4,36%
2-GT	Gestione terapia	581	5,60%
3-GCV-St	Gestione catetere vescicale	1995	**19,24%**
4-GES	Gestione educazione sanitaria	461	4,45%
5-GLDD/GLVV	Gestione Lesioni DD e Vascolari	4624	**44,60%**
6-GTR	Gestione Trattamento riabilitativo	1767	**17,04%**
7-CPA	ADI complessa post acuta	168	1,62%

8-CEC	ADI complessa evolutiva cronica	320	3,09%

Per ulteriore controllo, è stata effettuata la comparazione dei casi in sperimentazione con i dati riferiti alle prestazioni erogate e ai bisogni individuati ricavabili dai **flussi SIAD** (sistema informativo assistenza domiciliare), che hanno dimostrato una elevata **coerenza reciproca**.

La comparazione ha anche permesso di sottoporre a nuovo controllo le situazioni non coincidenti, permettendo di mettere a fuoco le possibili ragioni o azioni correttive necessarie (errori di inserimento, insorgenza di nuovi bisogni successivamente alla valutazione, complicanze intercorrenti, variabilità implicita nei sistemi di misura).

7. MODELLO DI LAVORO PER LO SVILUPPO DEL NUOVO SISTEMA DI CURE DOMICILIARI

La sperimentazione ha permesso di verificare l'applicabilità di percorsi predefiniti per garantire le risposte ai bisogni più diffusi, secondo un modello che è risultato efficace ed efficiente. In ugual misura sono emersi sottogruppi di popolazione con indicazioni appropriate per interventi di maggiore complessità e durata, sia di tipo post-acuto che di tipo evolutivo cronico. Contestualmente, sono stati dimostrati risultati simili nelle valutazioni e assegnazioni di percorso fra erogatori pubblici e erogatori privati con comune addestramento. Sembra quindi possibile applicare questi risultati alla revisione dell'attuale modello di erogazione dei servizi ADI, con l'obiettivo di:

- semplificare il processo di presa in carico riducendo la burocratizzazione anche attraverso modelli di valutazione più agevoli, che richiedono tempi più contenuti nell'esecuzione;
- implementare quanto previsto dagli Artt. 21 e 22 del DPCM del 12.01.17, tenuto conto della classificazione delle cure domiciliari in base al CIA, al GEA (Giornate di Effettiva Assistenza) e GdC (Giornate di Cura) e dagli indirizzi dell'Intesa Stato-Regioni;
- standardizzare i profili di cura, in modo da favorire la costruzione di modelli di erogazione e remunerazione diversificati per i profili di prestazioni più frequenti e ripetibili;
- definire percorsi standardizzati per le prestazioni di CD di base o di CD integrate, utili a rendere più efficiente, efficace e misurabile sia il percorso di attivazione, che quello di erogazione e di valutazione degli esiti. La standardizzazione permette di includere nel percorso gli elementi fondamentali, condivisi con gli erogatori e sperimentati sul campo, dei diversi percorsi, inclusi gli obiettivi della valutazione e la struttura del Piano di assistenza semplificato, previsto anche dal documento dell'Intesa Stato-Regioni del 4 agosto 2021.

8. IL MODELLO DI CURE DOMICILIARI DELLA REGIONE LOMBARDIA

Il presente allegato ha l'obiettivo di definire la riorganizzazione e il funzionamento delle Cure domiciliari di base e delle Cure domiciliari integrate (ADI) in attuazione del DPCM 12 gennaio 2017, applicando a livello regionale le conclusioni della sperimentazione condotta dall'ATS Brianza, tenendo conto dell'evoluzione del

Sistema Socio Sanitario Lombardo ai sensi della L.R. n. 22 del 14 dicembre 2021 e in accordo con le linee di indirizzo dell'Intesa Stato Regioni del 4 agosto 2021 (n. 151/CSR) e il DM 77/2022.

Regione Lombardia ha avviato nel 2012 una nuova fase sperimentale dell'erogazione dell'ADI e nel tempo, attraverso una serie di atti, ha definito:

- requisiti specifici per l'esercizio e l'accreditamento (DGR n. 3541/2012 e DGR n. 3584/2012);
- un nuovo modello di valutazione del bisogno (Decreto n. 6032/2012);
- nuovi profili e tariffe sperimentali (DGR n. 3851/2012, DGR n. 3971/2012);
- uno strumento validato e unico su tutto il territorio regionale per la valutazione multidimensionale (DGR n. 1185/2013).

La fase sperimentale ha consentito lo sviluppo di un sistema valutativo e di erogazione consolidato ed ha permesso di disporre di dati e informazioni utili all'evoluzione del modello di ADI, che è stato recepito dalla DGR X/7770/2018. La DGR X/1681 del 27 maggio 2019, in attuazione della DGR XI/1046/2018 ha poi assegnato all'ATS Brianza l'obiettivo specifico relativo alla "*Applicazione sperimentale dei percorsi ADI e il coordinamento della fase di sperimentazione dei percorsi ADI da parte dell'équipe di valutazione delle ASST, con l'obiettivo di validare operativamente i percorsi proposti e definire le modalità con cui possano essere adottati a livello regionale*".

Il metodo, i contenuti e i risultati della sperimentazione sono descritti nel paragrafo precedente. La sperimentazione è stata conclusa il 30 giugno 2019. Ha coinvolto **3 ASST (Monza, Lecco, Vimercate**) e **27 dei 38 erogatori attivi sul territorio**, con il supporto del Dipartimento Fragilità (DIFRA), erogatore pubblico dell'ASST di Lecco. I risultati e le proposte del gruppo di lavoro hanno rappresentato la base per la ridefinizione del modello di Cure Domiciliari, proposto alla Regione Lombardia e analizzato alla luce della Riforma del sistema sociosanitario lombardo, del PNRR e degli indirizzi dell'Intesa Stato Regioni. La sperimentazione ha permesso di definire una proposta testata a livello locale, analizzata operativamente da un gruppo di progetto attivato in ATS, formato da esperti, che ne ha costantemente monitorato ed analizzato sviluppo ed esiti.

In particolare, la sperimentazione ha permesso di evidenziare che:

- nel 96% dei casi è stato individuato il percorso sperimentale tra quelli definiti dal protocollo rispetto ai profili in uso, confermandone la validità per i percorsi di presa in carico. La restante percentuale è stata rivalutata e ricondotta all'ADI complessa;
- è possibile la standardizzazione dei principali percorsi, semplificando l'intero processo e riducendo i tempi della presa in carico e dell'erogazione del servizio;

La valutazione multidimensionale di II livello può essere riservata ai casi complessi (circa il 12 %). Per gli altri bisogni è appropriata una valutazione multidimensionale di I livello.

Nell'80% dei casi il paziente ADI è stato individuato anche nella BDA-PIC Il dato può suggerire una evoluzione del percorso di presa in carico del paziente cronico, completato dall'offerta di servizi sociosanitari e territoriali. Si tratta di un ambito di

possibile evoluzione alla luce delle connessioni fra i due sistemi e il nuovo assetto dei servizi territoriali (Case della Comunità, COT, MMG, IFeC) definito dalle linee di riforma più recenti. In questo senso, i percorsi assistenziali individuati dalla sperimentazione, possono configurarsi come PDTA dell'ADI, da declinare in attività all'interno di un PAI, integrabili con le altre funzioni di follow up clinico (laboratorio, diagnostica di base e avanzata, medicina specialistica) già integrate nella PIC.

Dei percorsi assistenziali sperimentati da ATS Brianza, sono 4 quelli che vengono adottati con il presente atto, oltre ai percorsi di ADI integrata (ADI post acuta e ADI evolutiva cronica).

1. gestione Alvo;
2. gestione Catetere-Stomie;
3. percorso Lesioni (articolato in Lesioni A, B, C);
4. percorso Fisioterapia (articolato in Fisioterapia A, B, C, D);

9. CRITERI DI ACCESSO E DESTINATARI

Le CD di base e le CD integrate (ADI) si rivolgono a persone residenti in Regione Lombardia, di qualunque età, che necessitano di cure domiciliari. Per accedere al servizio devono essere presenti le seguenti condizioni:

- bisogni sanitari e sociosanitari gestibili al domicilio;
- non autosufficienza, parziale o totale, di carattere temporaneo o definitivo;
- impossibilità a deambulare e non trasportabilità, con i comuni mezzi, presso i servizi ambulatoriali territoriali;
- presenza di una rete familiare formale e/o informale di supporto;
- caratteristiche abitative che garantiscano la praticabilità dell'assistenza.

10. IL NUOVO SISTEMA REGIONALE DI CLASSIFICAZIONE E IL RACCORDO TRA VECCHIO E NUOVO SISTEMA

Alla luce delle modifiche intervenute a livello nazionale, è innanzi tutto necessario allineare la classificazione sperimentale regionale dell'assistenza domiciliare alla nuova classificazione LEA.

La figura che segue schematizza la relazione tra classificazione nazionale e quella regionale con riferimento alla riclassificazione per intensità assistenziale:

<table>
<tr><td></td><td colspan="30">GEA/MESE</td></tr>
<tr><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Profili RL</td><td colspan="7">prestazionale</td><td colspan="8">prof_1</td><td colspan="4">prof_2</td><td colspan="6">prof_3</td><td colspan="5">prof_4</td></tr>
<tr><td colspan="7">0-0,25</td><td colspan="8">0,26-0,50</td><td colspan="4">0,51-0,65</td><td colspan="6">0,66-0,85</td><td colspan="5">0,86-1</td></tr>
<tr><td>LEA</td><td colspan="3">base</td><td colspan="5">I
0,14-0,3</td><td colspan="7">II
0,31-0,50</td><td colspan="13">III
0-51-1</td></tr>
<tr><td>NUOVA CLASSIFIC.RL</td><td colspan="3">prestazionale</td><td colspan="5">LIVELLO I</td><td colspan="7">LIVELLO II</td><td colspan="4">LIVELLO III A</td><td colspan="6">LIVELLO III B</td><td colspan="5">LIVELLO III C</td></tr>
</table>

La nuova classificazione regionale risulta dalla combinazione di diversi fattori:

- l'intensità assistenziale (CIA), secondo le categorie definite dal DPCM LEA 2017;

- la tipologia di fabbisogno individuato, in particolare la necessità o meno di interventi multidimensionali/multiprofessionali;
- i protocolli individuati nella sperimentazione dell'ATS Brianza basati su interventi standardizzati in risposta a specifici bisogni clinico-assistenziali al domicilio, come illustrata ai paragrafi precedenti.

La logica di classificazione parte innanzi tutto dalla distinzione tra bisogni semplici (prestazionali) e complessi (compositi), con ulteriore sub articolazione nelle rispettive categorie:

Risposte a bisogni prestazionali (mono professionali e/o mono prestazionali):

1. prelievi;
2. prestazionale generico;
3. percorso gestione Alvo;
4. percorso gestione Catetere;
5. percorso gestione Stomie;
6. percorso Lesioni (articolato in Lesioni A, Lesioni B, Lesioni C);
7. percorso Fisioterapia (articolato in Fisioterapia A, Fisioterapia B, Fisioterapia C, Fisioterapia D).

Risposte a bisogni compositi (multidimensionali e/o multiprofessionali):

1. Livello I;
2. Livello II;
3. Livello III (articolato in IIIA, IIIB, IIIC);
4. Alta Intensità.

La riclassificazione nelle **<u>nuove tipologie prestazionali</u> - CD BASE** - è stata attuata utilizzando le indicazioni di seguito riportate:

- la nuova categoria "prestazionale prelievi" coincide con l'ex profilo prelievi;
- nelle nuove categorie (gestione alvo/gestione catetere vescicale/stomie) confluiscono le prestazioni che in base alla loro natura rispondono ai nuovi percorsi specifici e che, in precedenza venivano classificate nel profilo prestazionale (occasionale/continuativo), oppure nei profili di assistenza domiciliare integrata;
- nelle nuove categorie (lesioni/fisioterapia) confluiscono le prestazioni che in base alla loro natura rispondono ai nuovi percorsi specifici e che, in precedenza, venivano classificate nel profilo prestazionale (occasionale/continuativo) oppure nei profili di assistenza domiciliare integrata;
- nella nuova tipologia "prestazionale generico" confluiscono le prestazioni che, in base alla loro natura non risultano classificabili nei nuovi protocolli specifici e, in ogni caso, prevedono un CIA<0,14, indipendentemente dalla precedente classificazione.

la riclassificazione in **ADI integrata** è stata attuata come di seguito indicato:

1. **<u>ADI integrata di livello I - vi confluisce:</u>**
   - parte dell'ex profilo prestazionale continuativo (con un CIA compreso tra 0,14 e 0,25);
   - parte dell'ex ADI di primo profilo (con un CIA compreso tra 0,25 e 0,30);

2. **ADI integrata di livello II - vi confluisce:**
   - l'ex ADI di primo profilo (con un CIA da 0,31 e 0,50);
3. **ADI integrata di livello III - vi confluisce l'ex ADI secondo, terzo e quarto profilo, (con CIA > di 0,51), con i sottolivelli di voucher così definiti:**
   - livello III A) con CIA compreso tra 0,51 e 0,65;
   - livello III B) con CIA compreso tra 0,66 e 0,85;
   - livello III C) con CIA compreso tra 0,86 e 0,1.

Si ricorda che la riclassificazione degli utenti deve avvenire non esclusivamente in base al livello del CIA, ma occorre tenere conto del contenuto assistenziale, confrontandolo con il bisogno sotteso ai protocolli allegati al presente atto. Ad esempio, l'essere precedentemente classificati nel profilo 1 non significa che, automaticamente, si debba essere ricollocati nel livello I o nel livello II; prima di essere classificati nei livelli occorre accertarsi che il bisogno non sia classificabile nei protocolli assistenziali approvati con il presente atto e, in ogni caso, possono di regola essere classificati nei livelli di ADI integrata solo pazienti con ricorrenti bisogni multiprestazionali e/o multiprofessionali.

La riclassificazione tra vecchi e nuovi profili è rappresentata nel seguente grafico riportato all'inizio del presente capitolo dove per semplicità visiva non è riportata la declinazione dei percorsi su CD base e CD integrate.

<table>
<tr><td></td><td colspan="30">GEA/MESE</td></tr>
<tr><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Profili RL</td><td colspan="7">prestazionale</td><td colspan="8">prof_1</td><td colspan="4">prof_2</td><td colspan="6">prof_3</td><td colspan="5">prof_4</td></tr>
<tr><td colspan="7">0-0,25</td><td colspan="8">0,26-0,50</td><td colspan="4">0,51-0,65</td><td colspan="6">0,66-0,85</td><td colspan="5">0,86-1</td></tr>
<tr><td>LEA</td><td colspan="3">base</td><td colspan="5">I
0,14-0,3</td><td colspan="8">II
0,31-0,50</td><td colspan="14">III
0-51-1</td></tr>
<tr><td>NUOVA CLASSIFIC.RL</td><td colspan="3">prestazionale</td><td colspan="5">LIVELLO I</td><td colspan="8">LIVELLO II</td><td colspan="4">LIVELLO III A</td><td colspan="6">LIVELLO III B</td><td colspan="5">LIVELLO III C</td></tr>
</table>

Nel caso di un bisogno mono professionale/mono prestazionale, occorre prioritariamente verificare, in base alle prestazioni necessarie, se lo stesso risulta riconducibile a uno dei percorsi standardizzati (Gestione Alvo, Gestione catetere-stomie, Percorso Lesioni o Percorso Riabilitazione) oppure alla categoria "prelievi". Altrimenti lo stesso risulterà classificabile nella categoria "prestazionale Generico", se il numero di accessi necessari per garantire la risposta non superi i 4/mese (CIA <0,14).

In generale è possibile attivare contemporaneamente un massimo di due percorsi standardizzati, mono professionali (il profilo fisioterapia è pertanto incompatibile con la contestuale attivazione degli altri percorsi infermieristici). L'attivazione del secondo percorso potrà avvenire qualora la prestazione non possa essere altrimenti erogata durante gli accessi programmati nel primo percorso standardizzato.

Nel caso di bisogni multidimensionali/multiprofessionali, la classificazione tra i livelli si baserà sull'intensità assistenziale (CIA) definita in fase di valutazione multidimensionale.

Sulla base della frequenza degli accessi previsti nei percorsi definiti dalla sperimentazione dell'ATS Brianza, alcune delle categorie sopra descritte saranno riconducibili alla classificazione LEA "cure domiciliari di base (CIA < 0,14) ", mentre altre a quella "adi integrata" (CIA >= 0,14).

Si definisce inoltre il livello "Alta Intensità", che richiede un impegno assistenziale elevato in termini di accessi, da garantire con una frequenza anche eventualmente pluri-giornaliera, per l'erogazione di un mix di prestazioni (infermieristiche, specialistiche, riabilitative etc.) per una durata limitata (max 15 giorni ripetibile una seconda volta). Sul livello "Alta Intensità" confluisce il precedente profilo "Post Acuta Domiciliare" di cui alla DGR X/5954/2016.

Di seguito si riporta una tabella che sintetizza i concetti esposti:

CURE DOMICILIARI	Accessi mese/GEA	CIA	CLASSIFICAZIONE LEA	SISTEMA DI REMUNERAZIONE	MODALITA' DI ATTIVAZIONE	ATTORI ATTIVAZIONE
PRELIEVO	<=4	<0,14	CD di base (cia <0,14)	Ad accesso	VMD 1° LIV.TRIAGE <=7	MMG/ASST
PRESTAZIONALE GENERICO	<=4	<0,14	CD di base (cia <0,14)	Ad accesso	VMD 1° LIV.TRIAGE <=7	MMG/ASST
GESTIONE ALVO	<=4	<0,14	Percorso di CD di base (cia <0,14)	Ad accesso	VMD 1° LIV.TRIAGE <=7	MMG/ASST
GESTIONE CATETERE VESCICALE	<=4	<0,14	Percorso di CD di base (cia <0,14)	Ad accesso	VMD 1° LIV.TRIAGE <=7	MMG/ASST
GESTIONE STOMIE	<=4	<0,14	Percorso di CD di base (cia <0,14)	Ad accesso	VMD 1° LIV.TRIAGE <=7	MMG/ASST
LESIONI A	8	0,27	Percorso di CD integrate (cia >=0,14)	Ad accesso	VMD 1° LIV.TRIAGE <=7	MMG/ASST
LESIONI B	12	0,4	Percorso di CD integrate (cia >=0,14)	Ad accesso	VMD 1° LIV.TRIAGE <=7	MMG/ASST
LESIONI C	16	0,53	Percorso di CD integrate (cia >=0,14)	Ad accesso	VMD 1° LIV.TRIAGE <=7	MMG/ASST
FISIOTERAPIA A	6	0,2	Percorso di CD integrate (cia >=0,14)	Ad accesso	VMD 1° LIV.TRIAGE <=7	MMG/ASST
FISIOTERAPIA B	8	0,27	Percorso di CD integrate (cia >=0,14)	Ad accesso	VMD 1° LIV.TRIAGE <=7	MMG/ASST
FISIOTERAPIA C	10	0,33	Percorso di CD integrate (cia >=0,14)	Ad accesso	VMD 1° LIV.TRIAGE <=7	MMG/ASST
FISIOTERAPIA D	12	0,4	Percorso di CD integrate (cia >=0,14)	Ad accesso	VMD 1° LIV.TRIAGE <=7	MMG/ASST
LIV I	5<=GEA<=9	0,14<CIA<=0,30	adi integrata (>=0,14)	A giornata di cura	VMD 2° LIV	MMG/ASST
LIV II	10<=GEA<=15	0,31<CIA<=0,5	adi integrata (>=0,14)	A giornata di cura	VMD 2° LIV	MMG/ASST
LIV IIIA	16<=GEA<=19	0,51<CIA<=0,65	adi integrata (>=0,14)	A giornata di cura	VMD 2° LIV	MMG/ASST
LIV IIIB	20<=GEA<=25	0,66<CIA<=0,85	adi integrata (>=0,14)	A giornata di cura	VMD 2° LIV	MMG/ASST
LIV IIIC	26<=GEA<=30	0,86<CIA<1	adi integrata (>=0,14)	A giornata di cura	VMD 2° LIV	MMG/ASST
ALTA INTENSITA'	>=30	1	adi integrata (>=0,14)	Ad accesso	VMD 2° LIV	MMG/ASST

11. ATTIVAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI ENTRO IL QUADRO DELLA NUOVA SANITA' TERRITORIALE DI CUI AL DM 77/2022 E DELLA LEGGE REGIONALE 22/2021 ATTUATIVA DEL PNRR

11.1 ASPETTI GENERALI DELLA VMD NELL'AMBITO DELLE CASE DI COMUNITA'

Il riordino dell'ADI, come abbiamo più sopra descritto, è attuato in un contesto di profonda evoluzione normativa dell'assetto della sanità territoriale a livello nazionale e regionale. Un contesto in cui la logica di attivazione degli interventi e servizi dovrà evolutivamente:

- "*ordinarsi*" sulla progressiva definizione di un modello stratificato di lettura del bisogno delle persone che vivono nelle comunità del distretto;
- fondarsi, con riferimento alle condizioni di cronicità e fragilità, alla valutazione multidimensionale del bisogno della persona nel suo contesto di vita, in allineamento a quanto previsto dal DM 77/2022;

- garantire, in un ambito come quello lombardo qualificato da una rete molto ampia di servizi/interventi sociosanitari e sociali gestiti prevalentemente da ETS, la migliore integrazione nella risposta al bisogno della persona in condizione di cronicità e fragilità e della sua famiglia, lungo il ciclo naturale di vita, sviluppando qualità di vita/inclusione delle persone che vivono sui territori delle comunità distrettuali;
- fondarsi sullo sviluppo di tecnologia a supporto dell'incremento della presa in carico sul territorio e della relazione tra i professionisti che vi operano (reti del terzo settore, Comuni enti gestori sanitari, sociosanitari), attraverso lo sviluppo di connessioni giuridico/digitali funzionali all'integrazione e, con essa, alla prevenzione del carico di cronicità/fragilità sul SSR.

In questo contesto, con ferimento alle persone in condizione di cronicità e fragilità, occorre evidenziare la centralità della valutazione multidimensionale. L'assessment multidimensionale prevede la valutazione degli aspetti più significativi della persona in condizione di cronicità e fragilità, attraverso un **approccio** anche **multiprofessionale**. Consente di leggere le esigenze dei cittadini/utenti con bisogni sanitari e sociali complessi con l'obiettivo di rilevare e classificare le condizioni di bisogno, per poter disegnare il migliore percorso di trattamento della persona. Ciò in quanto le persone compromesse nell'autonomia, presentano problemi e bisogni correlati di diversa tipologia, che richiedono spesso l'attivazione di più servizi e il coinvolgimento di vari attori del sistema. Le risposte assistenziali, differenziate per intensità e complessità, sono riportate in un **Progetto Individuale (PI)** che comprende, quando necessario, anche il Progetto di Riabilitazione Individuale (PRI). La valutazione è effettuata dall'equipe di Valutazione Multi-Dimensionale (EVM) nell'ambito delle articolazioni organizzative dei distretti delle ASST in corso di sviluppo in attuazione del DM 77/2022, garantendo anche la rivalutazione periodica della persona assistita e definendo anche i criteri di dimissione o di passaggio ad altri setting assistenziali anche attraverso la COT.

L'EVM è costituita da un nucleo di base così composto: medico curante di riferimento, infermiere, assistente sociale. L'équipe distrettuale del polo territoriale di ASST opera proattivamente anche per il raccordo con gli operatori comunali nella risposta al bisogno della persona e si avvale, quando necessario, della collaborazione di specialisti. Il progetto è condiviso con la persona e/o il suo caregiver. La VMD, quando richiesto dalla famiglia, deve consentire l'attivazione/l'accompagnamento per tutta la rete dei servizi, anche attraverso la COT, semplificando i passaggi successivi. In particolare, con riferimento al sistema degli interventi e servizi afferenti all'ambito allargato dell'assistenza domiciliare:

SISTEMA ALLARGATO DI CURE DOMICILIARI
ADI
ASSISTENZA DOMICILIARE EROGATA DA MMG E PLS
CURE PALLIATIVE DOMICILIARI
RIABILITAZIONE DOMICILIARE
NUTRIZIONE ARTIFICIALE ENTERALE
NUTRIZIONE ARTIFICIALE PARENTERALE
OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE
VENTILOTERAPIA DOMICILIARE

FORNITURA AUSILI PER INCONTINENZA
FORNITURA AUSILI PER STOMIE
FORNITURA AUSILI PER IL DIABETE
FORNITURA AUSILI PROTESICI PERSONALIZZATI
FORNITURA AUSILI PROTESICI NON PERSONALIZZATI
RSA APERTA
VOUCHER MISURA B1
SAD COMUNALE
SADH COMUNALE
MISURE DOPO DI NOI
MISURE PER LA VITA INDIPENDENTE
BUONO MISURA B1
BUONO MISURA B2

e nell'ambito di tutta la rete sociosanitaria territoriale di seguito illustrata:

Target	Tipo UDO	REGIME		
			Contr.	Contr.
Anziani	RSA	Residenziale	666	57.580
	CDI	Diurno	290	6.401
Disabili	RSD	Residenziale	100	4.111
	CDD	Diurno	262	6.610
	CSS	Residenziale	170	1.528
	SRM	Residenziale	5	152
Anziani/ Disabili	ADI	Domiciliare	306	0
	Riabilitazione ex art.26	Ambulatoriale	80	
		Domiciliare		
		DAY HOSPITAL		126
		Diurno		1.241
	CURE INTERMEDIE	Residenziale		2.815
Palliative	HOSPICE/UOCP RESIDENZIALI	Residenziale	73	828
	Unità cure palliative domiciliari	Domiciliare	171	0
	Day hospice	DAY HOSPITAL	22	37
Dipendenze	COMUNITA' PER LE DIPENDENZE	Residenziale	161	2.475
		Diurno		197
	Servizi Multidisciplinari per le dipendenze	Ambulatoriale	12	0
	SERT	Ambulatoriale	73	
Materno infantile	CONSULTORI PRIVATI	Ambulatoriale	86	0

	CONSULTORI PUBBLICI	**Ambulatoriale**	129	0
	TOTALE		**2.606**	**84.101**

Il processo di valutazione multidimensionale del bisogno si inserisce pertanto in un più complesso processo che ha come obiettivo prioritario quello di facilitare l'accesso della persona e della sua famiglia alle diverse unità d'offerta sociali e/o sociosanitarie, anche attraverso l'informazione, l'orientamento e l'accompagnamento della persona in condizioni di fragilità, garantendo risposte appropriate ai bisogni rilevati. Per le situazioni complesse è fondamentale che sia identificato dall'ente erogatore pubblico/privato un **referente del caso**, professionista di riferimento per l'assistito, la famiglia/caregiver e i servizi coinvolti. Il referente garantisce la continuità del percorso di cura e di assistenza attraverso la supervisione dei processi, la loro messa in rete, la rivalutazione e l'adeguamento continuo del progetto individuale. Tale funzione è svolta in allineamento a quanto definito con DGR XI/6760 del 25/07/2022. Il Piano Assistenziale Individuale/Piano Educativo Individuale **(PAI/PEI)** viene invece redatto a cura **dell'ente erogatore** che prende in carico l'utente, sulla base della libera scelta del cittadino. La coerenza tra P.I. e PAI/PEI rientra tra i criteri di monitoraggio e verifica della appropriatezza delle prestazioni erogate agli utenti. Il progetto individuale deve indicare gli obiettivi assistenziali. Il PAI/PEI deve dichiarare se gli obiettivi assistenziali sono stati raggiunti.

In questo contesto le Direzioni Generali di ASST, attraverso le rispettive Direzioni Sociosanitarie, si attivano affinché nelle articolazioni organizzative territoriali distrettuali venga sviluppata la capacità di risposta al bisogno delle persone e delle famiglie delle comunità di riferimento, attraverso un modello orientato a cogliere e valorizzare le **risorse formali e informali** e del **terzo settore** in essi presenti, co-progettando con esse welfare di prossimità **al servizio del progetto individuale** che le EVM concorrono a definire con la persona e la sua famiglia, così implementando le opportunità, la qualità e la forza di risposta territoriale ai bisogni della comunità di riferimento. Con specifico riferimento all'area della disabilità, si attivano perché sia garantita l'organizzazione di un modello di sanità territoriale in cui le Case di Comunità concorrono con i Comuni le famiglie e le loro associazioni, gli Enti del Terzo Settore, gli enti gestori dei servizi per la disabilità che hanno in carico la persona, alla **co-costruzione del progetto individuale** della persona con disabilità di cui **all'art. 14 della L. 328/2000** in capo ai comuni, nella logica del budget di salute, così concorrendo alla nascita di un modello organizzativo autenticamente orientato a produrre qualità e significato nella vita della persona con disabilità, partecipando proattivamente al processo dinamico di combinazione/ricomposizione delle risorse formali e informali disponibili sul territorio per il progetto di vita della persona, realizzando la migliore coerenza con le aspettative/bisogni/desideri della persona e della famiglia, nella logica del **Dopo di Noi, "durante noi",** secondo la prospettiva del **Fondo unico per la Disabilità**, nell'ambito delle risorse disponibili.

Al fine dello sviluppo di tale logica di approccio al bisogno di inclusione delle persone con disabilità, Regione Lombardia ha investito nel corso del 2020 specifiche risorse destinate alla formazione mirata degli operatori/associazioni familiari/famiglie/operatori comunali etc. del territorio sugli strumenti del dopo di Noi. Le Direzioni Generali e Sociosanitarie delle ASST sono pertanto tenute a capitalizzare tale investimento nell'ambito dello sviluppo della nuova sanità territoriale, garantendo che gli operatori beneficiari di tale specifica formazione mettano a servizio dei

progetti individuali delle persone con disabilità gli strumenti così acquisiti.

Le cure domiciliari devono quindi inserirsi in una organizzazione territoriale distrettuale in cui è presente, secondo quanto verrà più specificamente definito sotto il profilo organizzativo con il provvedimento diretto a dare attuazione in Lombardia al DM 77/2022, **la funzione di una equipe di valutazione** operante sulla base della **conoscenza:**

- delle **risorse formali e informali del territorio**, del processo e degli strumenti di valutazione finalizzati all'attivazione dei diversi interventi e servizi;
- in particolare dell'**assetto del sistema di offerta territoriale di comunità**, declinato nelle diverse tipologie di servizi sanitari, unità di offerta sociosanitarie consolidate e sperimentali, interventi sociali diretti e indiretti e servizi socioassistenziali, che progressivamente saranno implementate all'interno del sistema per la gestione digitale del territorio di cui alla DGR XI/5872 del 24/01/2022, in funzione della disponibilità delle necessarie informazioni da parte della COT finalizzate alla gestione della transizione tra i setting;
- delle **regole di eleggibilità/compatibilità** tra i diversi interventi/servizi, secondo il quadro delle determinazioni nazionali e/o regionali di riferimento.

A tal fine l'equipe opera in back office tramite la COT per l'attivazione integrata degli interventi e servizi appropriati per la risposta al bisogno della persona, in una logica di integrazione e ricomposizione delle politiche regionali (ad es. raccordo con gli specialisti della ASST per la valutazione finalizzata all'attivazione dell'assistenza protesica, integrativa, della nutrizione artificiale; raccordo con la scuola al fine di concorrere a realizzare il diritto all'inclusione scolastica dei minori in condizione di grave e gravissima disabilità; in generale, raccordo con il Comune/ETS del territorio sulla migliore inclusione delle persone in condizione di gravissima disabilità o affette da demenza, attivando anche le risorse informali della comunità).

11.2 L'ATTIVAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI

L'attivazione delle cure domiciliari avviene con prescrizione del MMG/PDF su ricettario regionale per utenti che necessitano di assistenza/riabilitazione e non possono recarsi presso strutture sanitarie poiché impossibilitati a spostarsi dal domicilio con i comuni mezzi di trasporto. Può essere attivata anche all'esito della dimissione ospedaliera.

La prescrizione deve indicare:

- la diagnosi di patologia o di condizione;
- i bisogni o le motivazioni della richiesta di attivazione delle CD, con modalità differenziate per le CD erogabili in forma di percorsi standardizzati e per l'ADI integrata.

La scheda unica di triage (come definita nel successivo paragrafo 11.4) è compilata dal MMG/PLS nell'ambito del sistema di gestione digitale del territorio in corso di sviluppo e trasmessa, attraverso il sistema stesso, al Distretto di residenza o di domicilio dell'assistito. Nelle ipotesi in cui il MMG/PLS non possa procedere a tale compilazione, ferma restando in capo allo stesso la prescrizione sulla ricetta, vi provvede l'EVM del distretto ai fini della formulazione del Progetto individuale (PI).

Ogni riammissione al servizio, a seguito di precedente dimissione, richiede una nuova prescrizione medica.

Non occorre una nuova prescrizione per le seguenti casistiche:

- rivalutazione periodica;
- sospensione temporanea del servizio;
- rivalutazione a fronte di mutate condizione cliniche.

In tal caso è necessaria la ridefinizione del PI da parte dell'EVM del distretto. In sede di rivalutazione (non di sospensione) è garantita dall'EVM l'alimentazione dei dati richiesti dal tracciato SIAD come riportati nell'appendice al presente allegato.

Ferma restando la necessità di prescrizione medica, l'accesso al servizio per i cittadini non residenti in Lombardia, avviene:

- nel rispetto della normativa vigente in tema di compensazioni interregionali;
- per i cittadini stranieri non iscritti al SSN, secondo le specifiche normative in materia di erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- a seguito di una valutazione multidimensionale di 1° o 2° livello, effettata dalla ASST in raccordo con il MMG/PLS, unitamente alla rilevazione dei dati necessari alla rendicontazione delle cure domiciliari nei flussi regionali e nazionali. Flussi che costituiscono la fonte per la rilevazione del livello di avanzamento delle regioni nell'attuazione dell'obiettivo target di PNRR al 2026 della presa in carico in cure domiciliari del 10% della popolazione over 65 anni.

Il percorso valutativo avviene attraverso alcune tappe principali:

- l'accoglienza della richiesta, pervenuta da utenti/familiari, da MMG/PDF, ospedale, segnalazione del Comune, ecc.;
- la valutazione multidimensionale del bisogno secondo gli strumenti definiti nel presente allegato.

11.3 LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DI PRIMO E SECONDO LIVELLO PER L'ATTIVAZIONE DELLE NUOVE CURE DOMICILIARI

Sotto il profilo operativo, nel paragrafo precedente sono stati descritti:

- i principi informatori della presa in carico territoriale e **le logiche del lavoro territoriale: prevenzione**, **proattività**, **continuità assistenziale**, **prossimità**, multidimensionalità della valutazione dei bisogni, **progetto individuale**, **progetto di vita per le persone con disabilità** con conseguente rivalutazione del bisogno dinamicamente agganciata all'evoluzione del bisogno stesso lungo il ciclo naturale di vita della persona e della famiglia.
- il contesto organizzativo entro il quale deve collocarsi anche la VMD per l'attivazione delle cure domiciliari.

Con specifico riferimento alle cure domiciliari, gli strumenti di valutazione del bisogno introdotti con la riforma dell'ADI del 2012 restano confermati in una logica che, tuttavia, introduce alcuni elementi di semplificazione e razionalizzazione. Tali strumenti consentono di definire:

- il livello di dipendenza (non autosufficienza), mediante una valutazione multidimensionale (bisogno sociosanitario, funzionale e sociale);
- il livello di integrazione e di pianificazione degli interventi, finalizzati entrambi alla scelta del percorso assistenziale più appropriato.

A seguito della richiesta di attivazione descritta al capitolo 11.2 del presente allegato, previa verifica dei criteri di accesso e di eventuali incompatibilità, deve essere effettuata, nel rispetto dei tempi previsti, la valutazione multidimensionale (VMD) dei bisogni. La valutazione è, infatti, premessa per la definizione del Progetto individuale di assistenza (PI) e del Piano di Assistenza Individuale (PAI).

Alla luce dei risultati della sperimentazione ex DGR X/7770/2018, viene confermata l'utilità di una valutazione per livelli differenziati, per guidare la selezione dei percorsi e dei livelli assistenziali più coerenti con i bisogni delle persone. Il modello si è rivelato capace di cogliere globalmente i bisogni della persona fragile nel suo contesto di vita, relazionale e sociale. Si ritiene pertanto di confermare che la valutazione, ai fini dell'ammissione al servizio di cure domiciliari/ADI, venga effettuata secondo i seguenti livelli e strumenti:

- **Valutazione di primo livello:** prevede l'utilizzo della **Scheda unica di Triage**. Ha funzioni di screening e di rapida identificazione delle popolazioni eleggibili per le CD di base e per i percorsi standardizzati o per le quali non sia indispensabile la VMD di II livello;
- **VMD di secondo livello**: prevede l'utilizzo dello strumento di VMD di terza generazione **InterRAI Home Care (RAI/HC).** È necessaria di regola per l'ammissione alle CD integrate (ADI) e per l'identificazione dell'intensità assistenziale necessaria.

Per la richiesta della sola prestazione "prelievo domiciliare", per le persone compatibili con l'ammissione alle CD, va sempre effettuata la valutazione di primo livello, in modo da assicurare sia la verifica dell'effettivo bisogno che il debito informativo (item previsti dal Sistema Informativo Assistenza Domiciliare – SIAD - di cui al D.M. 17 dicembre 2008 e s.m.i).

Secondo il modello sperimentato, anche per le persone ammesse alle CD di base e ai percorsi standardizzati è prevista la possibilità, da parte dell'erogatore pubblico o privato accreditato prescelto dalla famiglia, di chiedere una rivalutazione quando durante lo svolgimento delle attività previste dal PAI, emergano nuovi eventi o bisogni di maggiore complessità, tali da suggerire la revisione del Progetto individualizzato e del PAI.

11.4 FOCUS SULLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DI PRIMO LIVELLO

Viene confermato l'utilizzo della **Scheda Unica di Triage**, quale scheda di valutazione multidimensionale di primo livello, come riportata nell'ambito del sub allegato 1) al presente documento. Lo strumento valutativo di primo livello si articola in otto domande, che presuppongono una risposta su 4 livelli di gravità: a) assente o lieve b) moderato c) grave d) molto grave. Ad ogni area e ad ogni livello di gravità, è associata una diversa pesatura. La scheda di valutazione di primo livello può essere somministrata da personale sanitario adeguatamente formato. Si tratta di uno strumento già in uso dal 2012.

La valutazione di primo livello viene effettuata in occasione di ogni primo contatto fra chi esprime la domanda/richiesta di cure domiciliari e ogni professionista delegato nel nuovo assetto dei servizi territoriali (MMG, PLS, Casa della Comunità, COT, infermiere di comunità, operatori dei reparti di degenza o dei servizi di PS). Ha l'obiettivo di discriminare rapidamente i bisogni o le condizioni (morbilità, disabilità, vulnerabilità sociale, comportamento) di specifica complessità che rendano appropriata la VMD di II livello. Permette anche di selezionare le persone i cui bisogni possano essere affrontati con percorsi standardizzati o prestazioni mono-professionali limitate nel tempo.

Nell'ambito del processo di riordino dell'ADI operato con il presente atto, la Scheda Unica di Triage è stata oggetto di uno specifico sviluppo, attraverso un lavoro di riponderazione dei valori degli item che la costituiscono, con l'obiettivo di semplificare l'attivazione degli interventi di cure domiciliari all'esito di una lettura pienamente appropriata del livello di complessità del bisogno oggetto della valutazione, ri-perimetrando l'area delle casistiche in cui è invece necessaria una valutazione multidimensionale di secondo livello, puntata esclusivamente ai casi effettivamente qualificati da particolare complessità. La VMD di secondo livello, basata sulla sommatoria di più scale singole (Barthel, CIRS, ICA), assorbe infatti risorse umane ed economiche. Occorre quindi gestirla nell'ambito di contesti multi-professionali, in cui si lavora per mettere in campo risposte articolate ai bisogni clinici, assistenziali, sociali. Permette infatti di orientare risposte complesse a bisogni complessi, giustificando le risorse umane ed economiche investite nella sua esecuzione, guidando il processo di presa in carico.

Fatto salvo le casistiche in cui non è possibile l'attivazione di cure domiciliari e viene valutata la necessità di orientare la persona e la famiglia verso altri setting di assistenza, la VMD di 1° livello con un punteggio (cut-off) fino a 7 esclude la necessità di una VMD di 2° livello. Punteggi pari o superiori a 8 identificano invece persone di regola appropriate per la valutazione di II livello.

La scheda unica di triage è compilata dal MMG/PLS nell'ambito del sistema di gestione digitale del territorio in corso di sviluppo e trasmessa, attraverso il sistema stesso, al Distretto della residenza o del domicilio dell'assistito. Nelle ipotesi in cui il MMG/PLS non possa procedere a tale compilazione, ferma restando in capo allo stesso la prescrizione sulla ricetta, vi provvede l'EVM del distretto ai fini della formulazione del Progetto individuale (PI).

L'EVM del distretto, insieme al MMG/PLS, operanti anche da remoto con modalità CdC hub/ambulatorio spoke, definisce il Progetto Individuale e acquisisce da parte della famiglia la scelta dell'ente gestore per l'erogazione dell'assistenza. Occorre qui evidenziare che le modalità di raccordo tra MMG/PLS e CdC ai fini della VMD possono quindi attuarsi anche attraverso collegamenti a distanza tra gli operatori della CdC Hub e lo spoke dell'ambulatorio del MMG/PLS, nonché collegamenti da remoto con l'assistente sociale del comune, la persona e/o il suo caregiver.

Il progetto individuale redatto dall'equipe di valutazione riporta:

- il percorso assistenziale "da protocollo" come previsto nell'allegato 3) del presente atto, qualora individuato come appropriato per la risposta al bisogno valutato;
- ovvero l'esplicitazione della tipologia di prestazioni da erogare, qualora diverse

da quelle previste nei protocolli standard approvati con il presente atto (con indicazione dei profili professionali da impegnare nelle cure domiciliari progettate);

- il numero degli accessi mensili da effettuare (frequenza/intensità/CIA);
- la durata della presa in carico in cure domiciliari (massimo 3 mesi);
- l'obiettivo/i assistenziali da perseguire;
- il valore economico del percorso.

L'EVM provvede alla rivalutazione periodica o per il mutare della situazione, finalizzata all'aggiornamento del Progetto Individuale.

Oltre che in fase di prima attivazione delle cure domiciliari, la VMD deve essere ripetuta o effettuata:

- sempre dopo un ricovero;
- in presenza di nuovi eventi o altre variazioni delle condizioni clinico-assistenziali o sociali, rilevate dagli operatori domiciliari, dal MMG/PLS, dagli infermieri di comunità, tali da richiedere cambiamenti del livello di intensità assistenziale;
- dopo una sospensione superiore a 15 giorni;
- periodicamente, in relazione alle indicazioni regionali e nazionali, e comunque ogni 90 giorni durante la presa in carico.

L'ente erogatore prescelto dalla famiglia contatta l'utente/famiglia per concordare il primo accesso a domicilio, anche finalizzato alla stesura del Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) coerente con il P.I.

Qualora la VMD rilevi un bisogno anche di natura sociale ovvero la contestuale necessità di attivare altri interventi e servizi di cure domiciliari (es. nutrizione, protesica, ventiloterapia, RSA aperta, etc.) l'equipe EVM, con il MMG/PLS:

- comincia a prescrivere il percorso come sopra descritto, al fine di velocizzare la presa in carico del bisogno della persona;
- attiva - in prospettiva nell'ambito del sistema digitale del territorio in corso di sviluppo - la COT al fine di programmare la valutazione in ordine all'attivazione di ulteriori interventi e servizi da parte dei competenti uffici di ASST o del comune/ambito territoriale dei PDZ. Il distretto, per il tramite della CdC/COT, comunica all'ente gestore prescelto dalla famiglia anche l'eventuale attivazione in corso di altri interventi e servizi, al fine della migliore contestualizzazione di tutti gli attori nell'ambito del processo di presa in carico del bisogno della persona.

A livello operativo, si prevede che sui territori delle ATS che non hanno ancora completato il percorso di organizzazione in ASST della valutazione avviato con il modello sperimentale dell'ADI, l'attuazione della VMD da parte degli operatori della Casa di Comunità e la loro integrazione con il MMG/PLS sarà perseguita in una logica di progressiva implementazione, tenuto conto della gradualità necessaria, sotto il profilo organizzativo, al superamento dell'attuale modello organizzativo operante per l'attivazione delle cure domiciliari. Su tali territori quindi, le Direzioni Generali perseguono gradualmente ma fermamente l'obiettivo di condurre l'organizzazione dell'attivazione delle cure domiciliari, all'esito della prescrizione del MMG, in capo alla responsabilità dei direttori di distretto di ASST anche ai fini del governo del relativo

budget.

Nelle more dell'implementazione del nuovo sistema di gestione digitale del territorio, gli attori della valutazione e dell'erogazione delle cure domiciliari garantiscono l'alimentazione del flusso SIAD secondo la regia definita da ATS, evitando in ogni caso *duplicazioni e appesantimenti burocratici* legati a interpretazioni locali non supportate da necessità definite a livello di sistema. In particolare, non è richiesta la trasmissione di documentazione cartacea ai fini della liquidazione/validazione delle prestazioni effettuate. Si ribadisce che la rendicontazione quali quantitativa delle prestazioni di assistenza domiciliare e della relativa gestione deve essere esclusivamente rendicontata attraverso i flussi/modelli amministrativi appositamente definiti a livello di sistema: SIAD, FE, Scheda struttura.

I dati della Valutazione di primo livello (Scheda Unica di Triage e valutazione SIAD) effettuata a livello distrettuale dalla ASST, sono resi disponibili – nella logica del graduale sviluppo del sistema digitale di gestione del territorio in corso di implementazione - all'ente gestore prescelto dalla famiglia per l'erogazione del percorso di cure domiciliari individuato.

L'ente gestore prescelto dalla famiglia visualizza - in prospettiva anche attraverso il nuovo sistema digitale di gestione del territorio - gli esiti della valutazione effettuata dalla CdC/ MMG, effettua il primo acceso al domicilio e definisce il PAI, precisamente individuando:

- i profili professionali individuati per l'erogazione delle prestazioni, in coerenza con quanto previsto nel PI;
- la tipologia di prestazioni da erogare (riferimento al protocollo definito per il percorso laddove prescritto nel PI);
- frequenza e timing degli accessi al domicilio;
- indicatori di esito rispetto agli obiettivi assistenziali definiti all'esito della valutazione nel PI.

11.5 FOCUS SULLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DI SECONDO LIVELLO

Qualora il punteggio/cut-off della scheda triage fosse superiore a 7, è necessario di regola procedere alla VMD di secondo livello. L'attivazione dell'ADI integrata di 3° livello richiede sempre la VMD di secondo livello. LA VMD di secondo livello, come anticipato al capitolo 11.3 del presente allegato, utilizza lo strumento InterRAI/HC. Supportato da un'ampia validazione scientifica tale strumento permette di:

- esplorare tutte le dimensioni utili a definire il profilo di complessità della persona: condizioni di malattia, stabilità clinica, funzionalità motoria e cognitiva, tono dell'umore, comportamento, vulnerabilità sociale, risorse personali e ambientali;
- restituire misure standardizzate, stratificate per livelli di fabbisogno e complessità assistenziale, utili a definire l'appropriatezza degli interventi e la stima degli esiti.

La VMD di secondo livello effettuata con lo strumento InterRAI/HC permette di identificare i profili di rischio della persona, anche sul versante psico-sociale e su quello

del rischio di istituzionalizzazione o ospedalizzazione. Definisce inoltre i livelli di stabilità clinica e di gravità prognostica e gli obiettivi utili a guidare la progettazione del PAI.

Tale sistema individua **otto domini di valutazione**, riconosciuti come essenziali per impatto e trasversalità, svincolati quindi dalla patologia causante e dall'età della persona valutata, rispetto ai quali si definiscono, mediante l'applicazione di scale validate e appropriate per gli ambiti da valutare, alcuni parametri standard di compromissione funzionale suddivisi per livelli di gravità. I domini individuati sono:

1. Respirazione
2. Nutrizione (deglutizione e capacità ad alimentarsi)
3. Comunicazione (parola, scrittura)
4. Motricità (deambulazione/spostamenti, passaggi posturali, cura del sé, vestirsi)
5. Controllo sfinterico (minzione, defecazione)
6. Sfera sensoriale (vista, udito, sensibilità superficiale, vestibolare, dolore)
7. Cognitività e/o comportamento
8. Tono dell'umore

La sua applicazione è fondata su una logica di multiprofessionalità della valutazione, incardinata nell'ambito della CDC, attraverso il raccordo con il MMG/PLS della persona, il coinvolgimento della persona/care giver, del Comune.

In questa prospettiva la **valutazione** dell'**impatto** della malattia non è graduato sulla sola **perdita funzionale**, anche ai fini di una corretta "pesatura delle risorse" sia professionali che economiche: non sono, infatti, da trascurare le **implicanze psicologiche** e le **influenze socio-ambientali** che tali condizioni patologiche comportano sia per la persona che per la sua famiglia. Vengono pertanto introdotte anche scale di valutazione in grado di rilevare queste componenti ad integrazione di quelle abitualmente utilizzate in campo medico al fine di attuare una sempre più reale personalizzazione delle cure e dei piani di assistenza.

I risultati di InterRAI/HC permettono di identificare e tradurre in indici sintetici e di fabbisogno assistenziale:

1) Il livello di compromissione delle autonomie di base (BADL) e cognitive:
    a) ADL Hierarchy: da indipendenza a massima dipendenza
    b) Cognitive performance scale (CPS): da normalità a compromissione molto grave
2) Il livello di salute, stabilità clinica e il rischio di aggravamento o prognostico:
    a) Changes in Health, End-Stage Disease, Signs and Symptoms Scale (CHESS): da assolutamente stabile a elevata instabilità (NB: CHESS ha anche valore prognostico quoad vitam);
    b) la necessità di interventi specifici, anche di supporto vitale;
3) L'assegnazione per gruppi di rischio e di priorità assistenziale:
    a) Clinical Assessment Profile (CAPs): possono orientare il progetto personalizzato e assegnare priorità agli erogatori pubblici e privati;
    b) Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): assegna un livello di priorità di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari residenziali o ospedalieri oppure di rischio di istituzionalizzazione o ospedalizzazione (da basso a molto alto);
4) La consistenza e solidità della rete sociale, la qualità abitativa e le preferenze di persone e famiglie nella scelta del setting o del tipo di risposte.

In questo senso:

- i profili sono collegati primariamente al livello di complessità definita dagli indicatori 1) e 2)
- la priorità degli interventi (PAI) dall'indicatore 3 a);
- la scelta del setting può essere favorita dalle indicazioni degli indicatori 3 b) (RSA, RSD), 2 a) (Cure Palliative) e 4;
- soprattutto gli indicatori 3 b) (MAPLe) e 2 a) (CHESS) sono utili per la progettazione condivisa con le famiglie e la pianificazione anticipata delle cure. Gli stessi e gli indicatori 4) anche per la priorità di attivazione delle diverse forme di protezione giuridica.

Nella prospettiva sopra richiamata della impostazione multiprofessionale, il modello di valutazione multidimensionale di secondo livello deve essere gestito da una équipe preferibilmente composta dai seguenti profili professionali: medico, infermiere ed assistente sociale, nell'ambito della Casa di Comunità e, gradualmente, attraverso il sistema di gestione digitale del territorio in corso di sviluppo. Può essere eseguita da un unico operatore addestrato, che può avvalersi, in caso di necessità, della consulenza di altri professionisti o specialisti appartenenti alla Casa della Comunità o attivabili, tramite il MMG/PLS. In presenza di necessità riabilitative è necessaria la valutazione fisiatrica per la definizione del PRI.

Sotto il profilo operativo, l'EVM, in presenza di un scheda unica di triage con valore > 7, procede quindi - progressivamente attraverso il sistema digitale di gestione del territorio in corso di sviluppo e implementazione - all'effettuazione della VDM di secondo livello gestibile anche con modalità a distanza tra operatori (infermiere di comunità, altri operatori della CdC) della CdC hub/Ambulatori MMG/PLS spoke/assistenti sociali del Comune/Ambito territoriale/ la persona ovvero il suo care giver o l'amministratore di sostegno.

Alle sedute dell'EVM per l'effettuazione della VMD di secondo livello possono essere invitati a partecipare, (anche con modalità a distanza) anche eventuali ETS del distretto con cui sono state coo-progettate ex ante o potrebbero coo-progettarsi possibili azioni di sostegno a vantaggio della risposta ai bisogni della comunità distrettuale che potrebbero risultare rilevanti e qualificare la risposta al bisogno nel singolo caso, potenziandone l'efficacia in termini di qualità della vita e di inclusione della persona e della famiglia.

I dati rilevati attraverso la valutazione multidimensionale di secondo livello saranno alimentati dagli operatori dell'equipe di valutazione nel gestionale Interrai Homecare e verranno in prospettiva resi disponibili/fruibili, tramite cooperazione applicativa, all'interno del sistema digitale di gestione del territorio in corso di sviluppo e implementazione a livello regionale,

In relazione ai risultati della VMD di secondo livello viene definito dalla EVM il **Progetto Individualizzato (PI),** che contempla aree di intervento, obiettivi perseguibili, figure professionali coinvolte, tipologia degli interventi e loro tempi e durata. Queste variabili dovranno quindi essere **tradotte e applicate nel PAI/PRI**.

Oltre che in fase di prima attivazione delle cure domiciliari, la VMD deve essere ripetuta o effettuata:

- sempre dopo un ricovero;
- in presenza di nuovi eventi o altre variazioni delle condizioni clinico-assistenziali

o sociali, rilevate dagli operatori domiciliari, dal MMG/PLS, dagli infermieri di comunità, tali da richiedere cambiamenti del livello di intensità assistenziale;

- dopo una sospensione superiore a 15 giorni;
- periodicamente, in relazione alle indicazioni regionali e nazionali, e comunque ogni 90 giorni durante la presa in carico.

11.6 PERCORSI E LIVELLI

Sulla base dei bisogni rilevati attraverso la VMD e considerando anche il coefficiente di intensità assistenziale (CIA), viene definito il profilo di assistenza cui corrisponde una valorizzazione economica. Il CIA, indicatore appositamente pensato per l'Assistenza domiciliare, è calcolato come rapporto tra il numero di Giornate Effettive di Assistenza (GEA) e il numero di Giornate di Cura (GeA/GdC), ovvero tra il numero di giornate in cui viene eseguito almeno un accesso al domicilio e il numero totale di giornate di presa in carico. Il valore del CIA può variare da 0 a 1, laddove 0 indica nessuna necessità di assistenza ed 1 la necessità di assistenza quotidiana.

Le prestazioni dovranno essere distribuite nell'arco di tempo definito in coerenza con gli obiettivi previsti dal PI e dal PA Il D.P.C.M. del 12 gennaio 2017, sulla base del CIA, prevede la definizione dei seguenti livelli assistenziali:

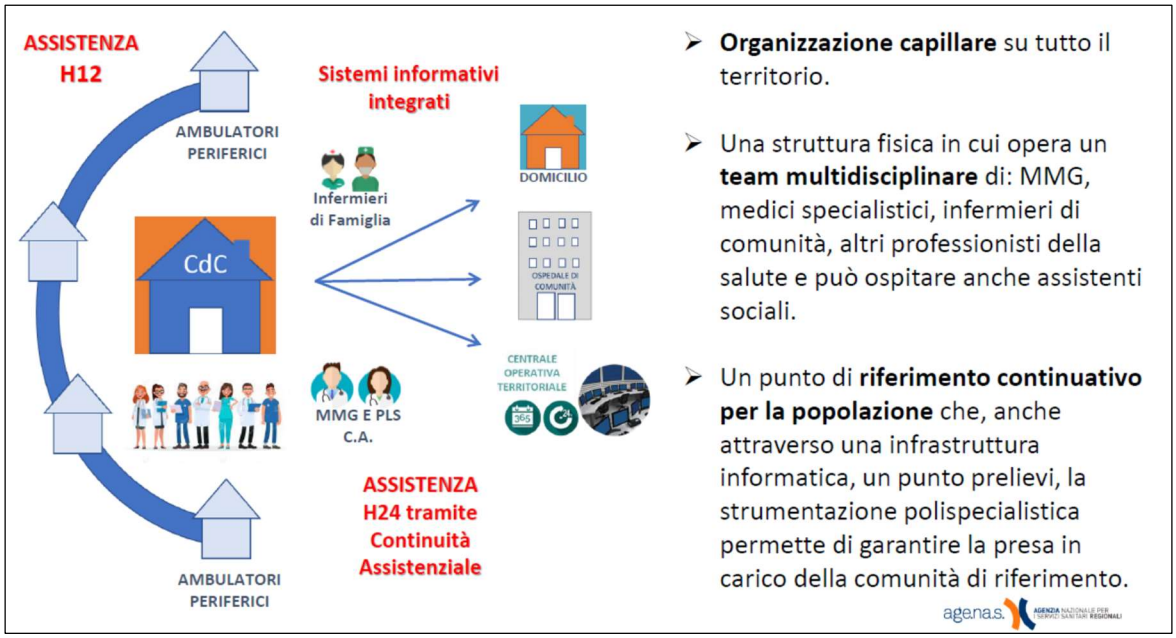
- Cure domiciliari di base: CIA < 0,14
- Cure domiciliari integrate (ADI):
  - I° Livello: CIA 0,14 – 0,30;
  - II° Livello: CIA 0,31 – 0,50;
  - III° Livello: CIA > 0,50.

Tenuto conto di questi livelli, sulla base dei risultati della sperimentazione condotta nell'ATS di Monza e Brianza, i livelli assistenziali sono ridefiniti e dettagliati come decritto nei successivi capitoli e nell'allegato 3 al presente atto.

12. IL PROCESSO DI PRESA IN CARICO, LA SCELTA DEI PROFILI DI CURA E DEL SETTING, LA DEFINIZIONE DEL PI E DEL PAI/PRI

12.1 PUNTO UNICO DI ACCESSO E PERCORSO DI ATTIVAZIONE

Il punto unico di accesso, in conformità a quanto previsto dalla DGR XI/6760/2022, è il luogo di accoglienza dei cittadini alla CdC integrato con l'ecosistema della COT (attivata a seguito della definizione degli interventi necessari). Il **sistema opera in rete** con gli **erogatori pubblici e privati** del **sistema sociosanitario e sociale.**


ASSISTENZA
H12
AMBULATORI
PERIFERICI
CdC
Sistemi informativi
integrati
Infermieri
di Famiglia
DOMICILIO
OSPEDALE DI
COMUNITÀ
CENTRALE
OPERATIVA
TERRITORIALE
MMG E PLS
C.A.
ASSISTENZA
H24 tramite
Continuità
Assistenziale
AMBULATORI
PERIFERICI
Organizzazione capillare su tutto il territorio.
Una struttura fisica in cui opera un team multidisciplinare di: MMG, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e può ospitare anche assistenti sociali.
Un punto di riferimento continuativo per la popolazione che, anche attraverso una infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica permette di garantire la presa in carico della comunità di riferimento.
agenas.

La riorganizzazione territoriale
118
NUMERO UNICO EUROPEO
116117
PER CURE NON URGENTI
CENTRALE
OPERATIVA
TERRITORIALE
OSPEDALE DI
COMUNITÀ
OSPEDALE DI
COMUNITÀ
HOSPICE
HOSPICE
Popolazione
over 65
23.000 (23%)
Standard 10%
2.300 over 65
ASSISTENZA
DOMICILIARE
Cure domiciliari di base: 1.380 pz (60%)
ADI di I livello: 460 pz (20%)
ADI di II livello: 230 pz (10%)
ADI di III livello: 92 pz (4%)
Cure Palliative domiciliari: 138 pz (6%)
CASA DELLA
COMUNITÀ
CdC
DOMICILIO
RSA
DISTRETTO (100.000 abitanti)
agenas.

12.2 PROCESSO DI ATTIVAZIONE DEL PERCORSO DI CURE DOMICILIARI DI BASE O DEI PERCORSI STANDARDIZZATI

Le CD di base e i percorsi domiciliari standardizzati di base comprendono prestazioni sanitarie in risposta a bisogni di bassa complessità o comunque standardizzabili, che non richiedono di norma integrazione sociosanitaria. Questo livello di assistenza si caratterizza per l'erogazione di interventi mono-professionali, spot o continuativi, che prevedono la VMD di primo livello effettuata attraverso la Scheda Unica di Triage integrata dalla scheda SIAD semplificata riportata in fondo al presente allegato. La scheda SIAD è necessaria per assicurare sia la verifica dell'effettivo bisogno che il debito informativo (item previsti dal Sistema Informativo Assistenza Domiciliare – SIAD - di cui al D.M. 17 dicembre 2008 e s.m.i).

I percorsi standardizzati attengono sia al livello delle CD di base che delle CD integrate, secondo il CIA stimato nella fase sperimentale. Si tratta dei percorsi riportati nell'allegato 3) del presente atto. Ogni percorso identifica le indicazioni appropriate, la/le figure professionali di regola coinvolte, le risorse di regola necessarie, la durata del pacchetto, gli accessi minimi. Tutti i percorsi comprendono:

- l'addestramento del familiare e l'informazione rispetto alle regole di vita e di attenzione correlate al processo oggetto del percorso;
- la valutazione del dolore con scala validata coerente con l'eventuale presenza di compromissione cognitiva;
- l'osservazione professionale di eventuali cambiamenti o variabili che possano suggerire la necessità di una rivalutazione o la proposta di passaggio a profili assistenziali a maggiore intensità o complessità.

I percorsi costituiscono il riferimento per la stesura del PAI da parte dell'ente gestore.

Sotto il profilo operativo:

1. le richieste di attivazione sono presentate dalla persona, dalla sua famiglia o da altre figure o servizi professionali abilitati: MMG/PLS, infermieri di famiglia, reparti ospedalieri, servizi di PS, centrali di dimissione protetta, servizi di degenza ospedaliera o extra-ospedaliera (cure intermedie, ospedali di comunità). Il MMG/PLS e l'EVM del distretto procedono come descritto ai capitoli 11.3, 11.4, 11.5 del presente allegato, e in sintesi richiamato di seguito. Se la richiesta avviene a cura di figure diverse dal MMG/PLS della persona, il Distretto (CdC) trasmette la necessaria comunicazione e la relativa documentazione al MMG/PLS.
2. se il risultato della scheda unica di triage somministrata dal MMG/PLS del distretto è inferiore o uguale a 7 non si procede alla VMD di secondo livello, fatte salve le diverse determinazioni dei professionisti sanitari impegnati nella valutazione del bisogno nel singolo caso; l'EVM compila altresì la scheda SIAD semplificata riportata nell'appendice al presente allegato;
3. ricevuta dal MMG/PLS la prescrizione di CD di base e la scheda unica di triage, l'EVM del distretto procede, in prospettiva nell'ambito del sistema digitale del territorio, alla stesura del progetto individuale.
4. la persona o la sua famiglia ricevono quindi comunicazione dell'avvenuta

conclusione del processo e la lista dei possibili erogatori pubblici e privati attivi nel proprio territorio. La persona/famiglia può quindi procedere alla propria libera scelta e comunicare tale decisione - anche per via telefonica o digitale – al Distretto e all'erogatore selezionato.

5. l'erogatore selezionato:
   a) dispone la prima visita domiciliare;
   b) verifica a domicilio la situazione complessiva della persona e definisce il PAI in linea con il protocollo definito per il percorso (qualora si tratti di un percorso di base standardizzato) e lo applica, verificando quindi il raggiungimento degli obiettivi assegnati;
6. se durante lo svolgimento del percorso, emergono necessità di livello superiore, propone – indicandone le relative motivazioni – una rivalutazione del caso;
7. l'EVM del distretto prende atto della richiesta e:
   a) rigetta la richiesta, confermando il percorso se non la ritiene motivata;
   b) accoglie la richiesta e dispone la VMD di secondo livello.
8. la VMD di secondo livello prevede sempre la valutazione domiciliare della persona. Se la VMD di secondo livello conferma la revisione del Progetto personalizzato, viene ridefinito il profilo ADI;
9. è rilevante sottolineare che, definito il bisogno, in relazione al processo di attivazione delle cure domiciliari, non devono essere richiesti alla persona o alla famiglia ulteriori adempimenti diversi dalla libera scelta dell'erogatore pubblico o privato effettuata dalla famiglia e comunicata all'EVM.

12.3 PROCESSO DI ATTIVAZIONE DEL PERCORSO DI CURE DOMICILIARI INTEGRATE, PERCORSI STANDARDIZZATI E ADI INTEGRATA DI I, II III LIVELLO

Le CD integrate rispondono a bisogni di maggiore complessità o con specifiche necessità di integrazione sociale o continuità assistenziale. Per questi livelli i servizi sanitari possono integrarsi con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, di competenza degli Enti Locali.

Rientrano nel capitolo delle Cure domiciliari integrate (ADI) i percorsi di cure domiciliari rivolte a pazienti che presentano un bisogno complesso nelle dimensioni sanitaria, funzionale e psicosociale. L'attività erogata va ad integrarsi con quella svolta dagli altri servizi della rete con l'obiettivo di sostenere la continuità delle cure, favorire i percorsi di dimissione protetta, impattando favorevolmente sulla durata delle degenze ospedaliere, sulla riduzione di ricoveri impropri e sul ricorso ad altri setting a maggiore intensità.

Le Cure domiciliari integrate, si differenziano da quelle di base o a percorso standardizzato, perché richiedono:

- una VMD di secondo livello in grado di rilevare in modo puntuale, standardizzato e confrontabile:
  a) tutte le dimensioni del bisogno, misurandole e rivalutandole nel tempo;
  b) stabilire in maniera predittiva l'intensità assistenziale in funzione dei bisogni;
- una presa in carico che si realizza con l'attivazione di un PI/PRI strutturato di

regola attraverso l'intervento di un'equipe che lavora in maniera integrata, condividendo obiettivi e metodologia e che, oltre ad erogare prestazioni appropriate in risposta al bisogno rilevato, svolgono una funzione di governo clinico del percorso.

L'allegato 3) approfondisce gli elementi rilevati nell'ambito dell'attivazione dell'ADI integrata di I, II e III livello e del livello ad alta intensità.

Sotto il profilo operativo

1. le richieste di attivazione sono presentate dalla persona, dalla sua famiglia o da altre figure o servizi professionali abilitati: MMG/PLS, infermieri di famiglia, reparti ospedalieri, servizi di PS, centrali di dimissione protetta, servizi di degenza ospedaliera o extra-ospedaliera (cure intermedie, ospedali di comunità). È previsto anche l'accesso diretto alla Casa della Comunità;
2. se il risultato della Scheda unica di triage è superiore o uguale a 8 o se la presa in carico richiede 3 o più percorsi standardizzati ovvero la contestuale attivazione dei percorsi lesione e riabilitazione, viene effettuata la VMD di secondo livello; l'attivazione dell'ADI integrata di III livello richiede sempre l'effettuazione a sistema della VMD di secondo livello;
3. la VMD dovrà essere effettuata a livello domiciliare. Se il o i valutatore/i necessita di informazioni aggiuntive procede, con modalità proattiva, alla relativa acquisizione dagli eventuali attori di competenza (comuni, INPS, degenze, altre) in prospettiva anche attraverso il sistema digitale del territorio;
4. l'EVM, valutato il bisogno della persona, provvede quindi alla identificazione del livello di ADI appropriato alla risposta al bisogno valutato;
5. i risultati sono comunicati alla persona/famiglia insieme alla lista dei possibili erogatori pubblici e privati accreditati e a contratto attivi nel proprio territorio. Possono quindi procedere alla propria libera scelta e a comunicare tale decisione - anche per via telefonica o digitale – al Distretto e all'erogatore selezionato.
6. l'erogatore comunica tale decisione al Distretto. Riceve dal distretto, in prospettiva attraverso il sistema digitale del territorio – i dati della VMD e il PI; effettua la prima valutazione domiciliare di attivazione del servizio; definisce il PAI, lo trasmette - in prospettiva attraverso il sistema digitale del territorio in corso di sviluppo - al Distretto per la necessaria autorizzazione e procede quindi alla sua esecuzione.
7. se durante lo svolgimento del percorso, emergono necessità di livello superiore, propone – indicandone le relative motivazioni – una rivalutazione del caso;
8. l'EVM del distretto prende atto della richiesta e la valuta.

È rilevante sottolineare che, definito il bisogno, in relazione al processo di attivazione delle cure domiciliari, non devono essere richiesti alla persona o alla famiglia ulteriori adempimenti diversi dalla libera scelta dell'erogatore pubblico o privato effettuata dalla famiglia e comunicata all'EVM.

12.4 FOCUS SULLA DEFINIZIONE DEL PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE (PAI) DA PARTE DELL'ENTE GESTORE PRESCELTO DALLA PERSONA/FAMIGLIA

Sulla base dei bisogni emersi con la VMD è prevista la definizione del progetto individuale e del PAI. Il primo, di competenza di dell'EVM del distretto, definisce gli obiettivi di cura, la tipologia degli interventi, la relativa durata, le figure professionali coinvolte e l'impegno assicurato dal care giver familiare/informale che, in maniera coerente, dovranno poi tradursi in un PAI. Il PAI di competenza dell'ente gestore prescelto dalla persona/famiglia, definisce in coerenza con il PI la **pianificazione** degli **interventi appropriati**, delle **prestazioni da erogare**, delle relative **tempistiche** e **frequenze.** In particolare, la presa in carico dell'assistito da parte dell'erogatore prende avvio dalla valutazione e prevede:

- la definizione del PAI che, nel caso della presa in carico con percorso standardizzato, viene steso anche in linea con quanto indicato nel percorso;
- l'individuazione del case manager, ossia di un operatore, cui viene affidato il compito di assicurare la regia ed il coordinamento dell'intero processo assistenziale;
- l'erogazione degli interventi coerenti con i bisogni rilevati e con il progetto;
- il monitoraggio continuo;
- la dimissione che deve essere sempre motivata.

Le prestazioni devono essere erogate da personale qualificato ed in possesso dei titoli professionali previsti dalla normativa sull'esercizio e l'accreditamento e sono complementari e non sostitutive dell'attività del caregiver familiare/informale. Nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata, infatti, è di fondamentale importanza prevedere il **coinvolgimento dei familiari/caregiver** che, nel rispetto dei ruoli e delle competenze, previo training da parte degli operatori qualificati, possono diventare parte attiva del processo assistenziale. Data la specificità degli interventi domiciliari, **progetto e PAI** devono essere condivisi e **sottoscritti tra le parti** (interessato/familiare/Amministratore di sostegno/Tutore ed erogatore). Il PI e il PAI secondo le tempistiche definite nell'allegato 1) e in allineamento alo sviluppo in corso del sistema di gestione digitale del territorio, dovranno essere disponibili nel FaSAS (fascicolo digitale), e, in prospettiva, nel Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE. Devono essere aggiornati e conservati nel rispetto delle norme vigenti.

13. FOCUS SU L'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO: LIVELLO DI IMPLEMENTAZIONE DELLA DIMISSIONE PROTETTA

E' stata effettuata a livello regionale una specifica analisi del livello di attivazione di protocolli di dimissione protetta all'interno della rete delle ASST. A tutte le ASST è stata fornita, per il tramite e sotto la regia delle ATS, una griglia omogenea di rilevazione delle modalità di effettuazione del processo di dimissione protetta dall'ospedale. Dall'analisi della rilevazione effettuata emergono i seguenti elementi di inquadramento.

13.1 PREMESSA

Il potenziamento delle cure domiciliari, finalizzato a rendere la casa il luogo privilegiato dell'assistenza, è uno dei punti cardini del nuovo modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN (DM n. 77 del 23 maggio 2022).

Nel garantire alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità percorsi assistenziali a domicilio che stabilizzino il quadro clinico, limitino il declino funzionale e migliorino la qualità di vita dell'assistito è fondamentale che il sistema sanitario regionale assicuri la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera ed assistenza territoriale a domicilio, così come espressamente richiesto dai livelli essenziali di assistenza (Art. 22 DPCM 12 gennaio 2017).

La predisposizione e l'adozione di percorsi di Ammissione/Dimissione protetta rappresenta il presupposto fondamentale per la garanzia di continuità assistenziale ospedale-territorio, specialmente per i soggetti fragili, non autosufficienti, affetti da più patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità, da vulnerabilità sociale, con bisogni assistenziali complessi per i quali è quindi necessario un accompagnamento alla ammissione/dimissione ospedaliera (anche in Day Hospital e Pronto Soccorso) secondo un percorso protetto volto ad individuare il setting di cura più appropriato che favorisca il benessere del paziente e della sua famiglia.

La specifica presa in carico della persona anziana e/o fragile, non autosufficiente, con bisogni assistenziali complessi da o verso un reparto ospedaliero che garantisca la continuità di assistenza e cura nel delicato passaggio dall'ospedale al domicilio o in altro contesto di cura e viceversa è finalizzata a:

- garantire la continuità dell'intervento clinico – assistenziale nel setting di cura più appropriato ed una presa in carico differenziata;
- favorire una tempestiva conoscenza e presa in carico di situazioni "complesse" sotto il profilo sanitario e sociale, da parte degli operatori coinvolti, al fine di attivare gli interventi più adeguati;
- aumentare la compliance e la soddisfazione del paziente/famiglia nel rientro al domicilio o nel passaggio in altro contesto residenziale;
- favorire la collaborazione e la comunicazione tra le UUOO Ospedaliere, MMG/PLS, Equipè territoriali per la valutazione multidimensionale, Infermieri di famiglia e di comunità, UPG, Servizi della rete territoriale (RSA, RSD, Hospice, ADI, etc.) mediante modalità di lavoro efficaci e condivise;
- favorire, promuovere ed orientare il corretto utilizzo della rete dei servizi territoriali;
- potenziare il ruolo valutativo territoriale anche prevedendo lo sviluppo di una sorveglianza post- dimissione con l'obiettivo di un rientro al domicilio sempre più precoce e che riduca l'improprio prolungamento delle degenze ospedaliere;
- ridurre la probabilità di ri-ospedalizzazione a breve termine e gli accessi improprio al Pronto Soccorso;
- diminuire le complicanze post-ricovero.

Risulta evidente, dunque, come lo sviluppo e l'implementazione di percorsi di Ammissione/Dimissione protetta rappresenti un elemento qualificante del servizio assistenziale, in grado, non soltanto di assicurare un'assistenza appropriata e di

qualità, ma anche di ridurre significativamente i disagi di pazienti e familiari.

Tali percorsi, oltre ad assicurare un tempestivo processo di valutazione multidimensionale e la pianificazione complessiva degli interventi e/o dei servizi attivabili a seguito della dimissione, consentono infatti di:

- accompagnare gli assistiti e le famiglie nei percorsi per l'accertamento dell'invalidità e per l'eventuale nomina dell'amministratore di sostegno;
- provvedere alla prescrizione per la fornitura di protesi, ausili e servizi sanitari complementari (ossigeno-ventilo terapia, nutrizione artificiale, etc.);
- provvedere alla prescrizione di farmaci da assumere o di indagini diagnostiche da effettuarsi nel breve periodo;
- sostenere le famiglie nella scelta del percorso più appropriato per la gestione delle problematiche sociosanitarie dell'utente;
- garantire un adeguato addestramento/educazione dell'utente e/o dei familiari rispetto alla gestione delle problematiche assistenziali in funzione del rientro al domicilio;
- provvedere alle certificazioni/prescrizioni finalizzate all'accertamento dell'invalidità, all'esenzione della partecipazione alla spesa sanitaria;
- coinvolgere i servizi sociali dei Comuni per gli interventi assistenziali di competenza.

Proprio in riferimento al coinvolgimento dei servizi sociali e assistenziali (welfare sociale locale) sarà necessario a livello regionale prevedere un raccordo ed un coordinamento dei percorsi di dimissione protetta adottati dalle ATS/ASST con i progetti ammessi e finanziati in Regione Lombardia a seguito delle domande presentate da parte degli Ambiti e dei Comuni lombardi (DD 98/2022 Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali) nell'ambito del PNNR – Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 - Sottocomponente 1, Investimento 1.1 "Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti", Sub-Investimento 1.1.3 "Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione".

Nell'ambito della linea di investimento destinata al rafforzamento dei servizi sociali a favore della domiciliarità allo stato attuale in Regione Lombardia sono stati ammessi e finanziati n. 33 progetti nell'ambito del Sub investimento 1.1.3 per un totale di circa 10,7 milioni di euro, pari a circa il 10% delle risorse ammesse al finanziamento per Regione Lombardia all'interno dell'Investimento 1.1 "Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti.

13.2 I PERCORSI DI AMMISSIONE/DIMISSIONE PROTETTA IN REGIONE LOMBARDIA

Gli enti del sistema socio sanitario regionale lombardo hanno negli anni predisposto linee guida, protocolli, procedure e implementato, in ogni ambito di ricovero, servizi orientati alle "ammissioni/dimissioni protette", intesi come servizi multiprofessionali con competenze nella valutazione multidimensionale e nel "case management", capaci di individuare, nel rispetto delle scelte e della famiglia, percorsi di cura post dimissione adeguati ai bisogni sanitari, sociosanitari e socioassistenziali emersi in fase di

valutazione multidimensionale.

Come più sopra richiamato, in collaborazione con le ATS e le ASST del SSR la DG Welfare ha proceduto ad una ricognizione sul territorio regionale di tali dei protocolli/linee guida/procedure/istruzioni operative, finalizzata sia a mettere in evidenza l' impegno che negli anni il sistema sanitario regionale lombardo ha assunto a garanzia della continuità ospedale-territorio sia a disegnare lo stato dell'arte dei percorsi organizzativi esistenti in vista della loro evoluzione e integrazione con le nuove articolazioni previste dal nuovo modello di sanità territoriale definito dal DM n. 77 del 23 maggio 2022 (Ospedali di Comunità (OdC) - Case di Comunità (CdC)- Unità di Continuità Assistenziale (UCA) - la Centrale Operativa Territoriale (COT)- Infermiere di Famiglia o Comunità (IFeC) e loro raccordo con MMG/PLS.

Il primo aspetto che si evidenzia dalla ricognizione è che la quasi totalità delle ASST di Regione Lombardia ha già da anni adottato procedure/protocolli aziendali specifici di dimissione protette, condivisi con DSS di ATS/altre ASST che dettagliano i percorsi, i soggetti coinvolti, gli strumenti di eleggibilità e di valutazione multidimensionale adottati, gli strumenti di raccordo e monitoraggio tra gli attori coinvolti, gli eventuali software o applicativi a supporto della presa in carico e le azioni differenziate, nella maggior parte delle procedure/protocolli, per i differenti setting di destinazione a seguito della dimissione (ADI, Cure Intermedie, Cure Palliative, Riabilitazione, RSA/RSD, Sub Acute, etc.).

Laddove non è stata riscontrata la presenza di una procedura/protocollo specifico a livello aziendale di ASST si è comunque riscontrata l'adesione a procedure quadro/linee guida/accordi di collaborazione/atti di intesa di ammissione/dimissione protetta sviluppati ed adottati a livello di ATS, congiuntamente alle ASST afferenti allo stesso territorio di competenza della ATS.

A livello di ATS si sottolinea che nella totalità delle esperienze la stesura e adozione delle suddette procedure/protocolli/linee guida è avvenuta, oltre che con la condivisione delle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e con le rappresentanze dei MMG/PLS anche con le rappresentanze dei Sindaci, gli Uffici di Piano degli gli Ambiti Territoriali, e i rappresentanti del Terzo Settore.

I servizi territoriali principalmente attivabili a seguito del percorso di dimissione protetta nelle varie esperienze risultano essere:

- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- Cure Intermedie
- Cure Palliative (Hospice, Unità di cure Palliative Domiciliari)
- Strutture Riabilitative
- RSA/RSD
- Strutture Sub acute
- Strutture Post Acute
- SAD e servizi territoriali a sostegno della domiciliarità
- Sostegno all'allattamento materno

Spostando l'attenzione sulle cure domiciliari una varietà di ASST distingue all'interno delle proprie procedure una specifica e distinta procedura di dimissione protetta in ADI, che delinea principalmente il forte coordinamento e la collaborazione tra le strutture ospedaliere di presa in carico della dimissione protetta e le Equipe di Valutazione Multidimensionale territoriali e i Servizi Sociali ospedalieri o dei Comuni di

afferenza.

In riferimento ai servizi a supporto di una dimissione protetta si rilevano, invece, la presenza di alcune procedure specifiche per la gestione integrata del paziente in Nutrizione Artificiale in ambito ospedaliero e territoriale o sulla tempistica di erogazione dei presidi e ausili in soggetti in dimissione da ospedale. Altre aziende dettagliano nelle procedure tutti i servizi da attivare a supporto della continuità delle cure (protesica maggiore e minore, ossigenoterapia, nutrizione artificiale domiciliare) indicando le modalità operative, i soggetti responsabili dell'attivazione e i loro riferimenti e le tempistiche di attivazione.

Al contrario si rilevano un ridotto numero di procedure specifiche di "ammissione protetta" rispetto al numero totale di ASST lombarde. La necessità di "ammissione protetta" si manifesta per quei soggetti multiproblematici, già in carico ai servizi territoriali, per i quali l'MMG propone e concorda con l'equipé territoriale per la valutazione multidimensionale l'accesso ad una struttura secondo delle modalità concordate, in ragione della particolare fragilità della persona.

Tali soggetti possono necessitare di:

- permanenza in struttura sanitaria residenziale (es. sub-acute);
- approfondimenti/accertamenti diagnostici;
- interventi finalizzati al soddisfacimento di bisogni di base (es. posizionamento PEG, di CVC, etc.);
- terapie non gestibili a domicilio;
- impostazione o adeguamento della terapia del dolore;

Laddove tali procedure sono previste, si riscontra un'articolazione e strutturazione della procedura e degli strumenti operativi al pari dei più consolidati percorsi di dimissione protette. Tutte le ASST, d'altro canto, ravvisano la necessità e l'esigenza di avviare sperimentazioni e tavoli di lavoro per la strutturazione e la messa a sistema di percorsi di "ammissioni protette" come ambito di miglioramento.

Infine, dalla ricognizione effettuata si evince l'importanza della tempestività e celerità nella individuazione del paziente eleggibile ad una presa in carico di dimissione protetta e nella presa in carico vera e propria.

Le indicazioni prevalenti suggeriscono l'individuazione della necessità di attivazione del percorso di dimissione protetta entro 3 gg dal ricovero del paziente (impiego degli strumenti di valutazione dell'eleggibilità) e l'attivazione della presa in carico entro 48/72 h dalla richiesta da parte della UO di ricovero.

A supporto di ciò alcune ASST prevedono anche la possibilità di un contatto/confronto preliminare sull'appropriatezza delle segnalazioni con le equipé territoriali di valutazione multidimensionale e/o la possibilità di accessi in reparto settimanali o su richiesta delle UU.OO. di ricovero da parte degli operatori dei servizi/centrali di dimissioni protette o delle stesse equipe di valutazione.

In aggiunta risulta molto diffusa l'individuazione all'interno delle strutture di un "Referente operativo delle dimissioni protette" mentre nella totalità delle esperienze troviamo la presenza di una modulistica molto strutturata che ricomprende:

- Schede di segnalazione/attivazione dimissioni protette, la maggior parte delle volte specifiche per il setting di destinazione della dimissione protetta
- Griglie di valutazione
- Schede di identificazione del paziente fragile

- Schede uniche condivise a livello regionale (es. Cure Intermedie).

Per quanto riguarda le schede uniche condivise a livello regionale troviamo la "Scheda tipo per l'arruolamento del paziente nella struttura subacuta" (DGR n. 1479/2011) la quale prevede l'Indice di intensità assistenziale (IIA) quale criterio di eleggibilità all'ingresso e la "Scheda unica di invio e valutazione per ricovero in unità di cure intermedie" (DGR n. 3383/2015) la quale, invece, prevede la definizione di un profilo di cura sulla base di una matrice che prevede congiuntamente la valutazione dell'Indice di Complessità Assistenziale (ICA), della instabilità clinica (Scala SIC), della dipendenza pre-evento (Scala RANKIN pre-evento) e della disabilità comunicativa (Scala SDC).

Tutte le ASST ricomprendono all'interno dei loro percorsi di presa in carico di dimissioni protette le due schede definite a livello regionale con le relative scale per l'inserimento in sub acute e in cure intermedie, a dimostrazione dell'efficacia dell'adozione di strumenti definiti e condivisi a livello regionale.

Molti di questi strumenti, a supporto dell'eleggibilità e dell'avvio della presa in carico in dimissioni protette vengono condivisi tra i vari attori del percorso di presa in carico attraverso intranet aziendali o attraverso portali web dedicati che hanno proprio lo scopo di rendere le informazioni relative al paziente disponibili in tempo reale e condivisibili tra i vari soggetti che partecipano alla valutazione di eleggibilità ed alla presa in carico.

In merito alla valutazione di eleggibilità, considerata la varietà degli strumenti specifici adottati da ciascuna ASST, gli strumenti più diffusi, ad esclusione di quelli sopra ricordati per la valutazione dell'ingresso in sub acute/cure intermedie, risultano ad oggi essere:

1. SCALA BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening);
2. GRIGLIA DI RILEVAZIONE DEL RISCHIO SOCIALE;
3. SCALA ADL/IADL;
4. SCALA BARTHEL/BARTHEL MODIFICATO;
5. SCALA BRADEN;
6. SCALA CONLEY.
7. SCALA CIRS;
8. SCALA DI VALUTAZIONE NEWS per la stabilità clinica.

I più diffusi strumenti strumenti di raccordo tra i vari attori protagonisti della presa in risultano invece essere:

- le comunicazioni telefoniche;
- posta elettronica (indirizzi e-mail dedicati);
- i colloqui tra operatori e tra operatori/paziente e la sua famiglia;
- visite/briefing in reparto con case manager e medico specialista;
- i briefing periodici e strutturati tra le UUOO ospedaliere e le centrali di dimissione protetta;
- riunioni di equipé tra UUOO ospedaliere, centrali dimissioni protette, servizi sociali ospedalieri/territoriali;
- raccordo con il Bed Manager;
- le visite congiunte (Infermiere/Assistente Sociale);
- incontri formativi periodici per operatori.

La molteplicità degli strumenti condivisi e delle modalità di raccordo tra i professionisti coinvolti nel percorso di presa in carico per la dimissione protetta ribadisce la forte necessità di definizione dei ruoli e delle responsabilità all'interno del percorso e l'importanza del confronto continuo tra professionisti e tra professionisti e paziente/famiglia che miri alla definizione del percorso e dei servizi appropriati da attivare a seguito della dimissione.

La forte esigenza di sviluppare "rete" tra operatori e tra operatori e paziente/famiglie nell'ambito della presa in carico deve passare certamente, oltre che dai percorsi e dagli strumenti operativi messi a disposizione, attraverso quattro direttive:

- percorsi organizzativi condivisi/gestionali condivisi anche a livello regionale e che coinvolgano tutti gli istituti ricovero e cura pubblici e privati accreditati;
- percorsi di formazione continua dei professionisti e degli operatori;
- empowerment del paziente/famiglia, sia attraverso l'informazione sui percorsi esistenti sia attraverso indagini che monitorino il livello di soddisfazione e di qualità percepita dei servizi;
- sviluppo di strumenti informatici a supporto della presa in carico in grado sempre più di fornire informazioni relative al paziente in tempo reale a tutti gli attori coinvolti nel percorso di presa in carico e che consentano il monitoraggio della presa in carico stessa.

13.3 LA DIMISSIONE PROTETTA E L'ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

Il rientro al domicilio e la contestuale attivazione di ADI in un percorso di dimissione protetta si rivolge a soggetti fragili, caratterizzati dalla presenza di una situazione di non autosufficienza parziale o totale di carattere temporaneo o definitivo e/o da una condizione di non deambulabilità e di non trasportabilità che soddisfano precisi criteri di eleggibilità alla dimissione "protetta", la quale deve prevedere prioritariamente:

1. il tempestivo riconoscimento, al momento del ricovero e/o prima della dimissione, delle situazioni di fragilità, individuando quelle che nel rientro al domicilio necessitano di accompagnamento nel passaggio tra ospedale e territorio;
2. la tempestiva ed appropriata segnalazione all'equipé territoriale per la valutazione multidimensionale ed al MMG/PLS, perché sia effettuata la valutazione dei bisogni e siano attivati i servizi più appropriati (richiesta di attivazione ADI);
3. il tempestivo processo di valutazione multidimensionale e la pianificazione complessiva degli interventi a seguito della dimissione protetta (Definizione del Progetto Individuale da parte delle equipé di valutazione multidimensionale/Progetto Riabilitativo Individuale da parte dello specialista fisiatra);
4. l'attivazione degli interventi domiciliari più adeguati in accordo con l'utente e/o i familiari e l'Ente gestore prescelto dagli stessi;
5. l'eventuale fornitura di protesi, ausili e servizi sanitari complementari (ossigeno-ventiloterapia, nutrizione artificiale, ecc.) e presidi necessari;

6. l'indicazione del piano terapeutico e la prescrizione di farmaci da assumere e/o delle indagini diagnostiche da effettuarsi nel breve periodo;
7. un adeguato addestramento/educazione dell'utente e dei familiari rispetto alla gestione delle problematiche assistenziali in funzione del rientro al domicilio;
8. l'accompagnamento degli assistiti e delle famiglie nei percorsi per l'accertamento dell'invalidità, l'esenzione dalla partecipazione alla spesa e per l'eventuale nomina dell'amministratore di sostegno;
9. il coinvolgimento dei servizi sociali dei Comuni per gli interventi assistenziali di competenza;
10. la fornitura, al momento dell'eventuale ammissione protetta, degli elementi indispensabili al corretto inquadramento clinico-assistenziale del paziente a cura del MMG/PLS e dell'equipé di valutazione multidimensionale;
11. il monitoraggio dei casi segnalati e della presa in carico territoriale.

L'identificazione del setting ADI come idoneo e appropriato a seguito della dimissione comporta nella maggior parte dei percorsi analizzati la segnalazione del caso alle equipe territoriali di valutazione le quali, attraverso la valutazione multidimensionale del bisogno, definiscono il progetto di cura personalizzato (Progetto Individuale – PI) o l'eventuale Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), con l'individuazione degli obiettivi di cura, delle tipologie di intervento e della frequenza degli accessi. Sarà poi l'Ente erogatore, prescelto dall'utente/famiglia a declinare il PAI sulla base del progetto individuale predisposto.

Gli strumenti indicati per la valutazione multidimensionale dei soggetti eleggibili al percorso di dimissioni protette ADI sono quelli utilizzati per la VMD del tradizionale percorso di attivazione ADI ovvero: Triage e InterRAI Home Care – VAOR.

In riferimento invece agli strumenti informatici più diffusi a supporto del percorso di dimissione protetta in ADI che consentono la condivisione delle schede di segnalazione e delle informazioni relative al paziente tra i vari attori e il monitoraggio della presa in carico, esistono diverse piattaforme a livello locale.

Oltre alla definizione degli interventi si evidenzia, nelle esperienze analizzate, la diffusa prassi di identificazione della figura del Care Manager che ha il compito di supportare la famiglia e di assicurare il raccordo tra il centro specialistico, il MMG/PLS e gli Enti erogatori ADI.

Analizzando le varie esperienze di ASST si riscontra anche che alcune aziende hanno distinto, sulla base del bisogno rilevato, i percorsi di dimissione protetta in ADI e/o in ADI Cure Palliative da quelli di dimissione ospedaliere verso altri setting di destinazione. Tali percorsi specifici prevedono il forte coordinamento delle centrali/servizi di dimissione ospedaliere con i Sevizi Fragilità territoriali che devono assicurare che il paziente al rientro al domicilio trovi tutto ciò di cui necessita anche interfacciandosi con l'Ente Erogatore prescelto per l'attivazione del servizio nelle tempistiche necessarie previste. Gli Enti erogatori da parte loro garantiscono, secondo il proprio modello organizzativo, la continuità delle cure concordando le modalità e i tempi per la dimissione e collaborando con la ASST per il monitoraggio e la rivalutazione del PAI.

Altre aziende hanno, all'interno delle procedure specifiche ADI distinto ulteriormente

progetti di dimissioni in ADI sulla base della tipologia del paziente (ADI Minori, ADI per pazienti con problemi respiratori, ADI per pazienti con ferite complesse, ecc.) per i quali sono state elaborate anche specifiche schede di rilevazione cliniche che consentono il monitoraggio dell'assistenza in condivisione con gli specialisti del reparto. Una azienda ha previsto la distinzione organizzativa dei servizi prevedendo Centrali di dimissione protetta specifiche per l'ADI, le quali sono deputate prioritariamente alla continuità di cura verso le unità di offerta della Rete Locale di Cure Palliative (Hospice e UCP DOM) e verso le unità di offerta che erogano Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e principalmente composte da figure professionali quali Infermieri e Fisioterapisti.

13.4 LE AZIONI PROGRAMMATE

L'attività di ricognizione dello stato dell'arte dei percorsi di "ammissione/dimissione protetta" svolta in collaborazione con le ASST del SSR lombardo e sotto la regia delle ATS consente di individuare alcune traiettorie di sviluppo, in linea con le logiche del quadro normativo rappresentato dalla L.R. 22/2021 e dal DM 77/2022. Verrà pertanto costituito un GDL al fine di lavorare su questi ambiti, composto da rappresentanti di MMG/PLS, ATS, ASST e da AREU, associazioni degli enti gestori.

Si sintetizzano di seguito le principali aree da sviluppare su cui lavorerà il GDL:

1. predisposizione e condivisione di un modello che possa sostenere e rafforzare l'uniformità della presa in carico per ammissioni/dimissioni protette sul territorio tenendo conto delle esperienze già in atto, delle realtà locali e dello sviluppo di Case di Comunità (CdC), Centrali Operative Territoriali (COT) e Ospedali di Comunità (OdC).

   in particolare, il lavoro si focalizzerà nei seguenti ambiti:
   - criteri di eleggibilità;
   - strumenti di Valutazione Multidimensionale (VMD);
   - supporti informatici e di monitoraggio della presa in carico;
   - percorsi di attivazioni dei servizi aggiuntivi a supporto della presa in carico (ausili/presidi, prescrizioni terapie ed esami diagnostici, ecc.)
   - percorsi di formazione per i professionisti.

   la garanzia di uniformità sul territorio passa attraverso l'adozione e/o l'aggiornamento di procedure da parte di tutte le ASST, elaborate all'esito del confronto con ATS, MMG/PLS, AREU, Ambiti Territoriali, Servizi sociali dei Comuni, enti gestori del territorio sviluppando di un lavoro di rete finalizzato alla presa in carico della persona e della sua famiglia nella logica dell'attivazione del setting appropriato alla migliore prevenzione in termini di evoluzione negativa della condizione clinica.

2. implementazione di percorsi di presa in carico mirati per target specifici di pazienti, per i quali i trasferimenti in altri setting, gli interventi di protezione e le dimissioni risultano di difficile attuazione, a partire dalle esperienze già attive sul territorio (ad es. pazienti minori, persone in condizione di grave disabilità, con particolari problemi respiratori, con ferite complesse, pazienti dializzati, i soggetti senza fissa dimora o soggetti affetti da patologie oncologiche non autonomi ma non ancora in fase terminale, ecc.);

3. identificazione forte della "*rete*" nei percorsi di ammissione/dimissione protetta: questi percorsi si fondano su un lavoro in rete che vede a confronto e in raccordo professionisti di diversa formazione, appartenenti a realtà organizzative a volte molto diverse tra loro, spesso in territori diversi e che coinvolgono cittadini, ambito sanitario, ambito sociosanitario e ambito sociale. L'identificazione della rete, dei ruoli e delle responsabilità è direttamente funzionale al ì raccordo tra la rete dei referenti di ammissione/dimissione protetta attualmente presente ed attiva sul territorio regionale e le Centrali Operative Territoriali di nuova costituzione che rappresenteranno il vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti (transitional care). L'identificazione chiara dei responsabili del percorso all'interno delle realtà territoriali e ospedaliere rappresenta un fattore chiave per facilitare e rendere più efficace la comunicazione tra ospedale e territorio.

4. sviluppo di percorsi di dimissioni protette anche da Pronto Soccorso: questo consentirebbe la presa in carico di pazienti fragili al fine di designarli a percorsi più appropriati alternativi al ricovero presso il reparto ospedaliero fin dall'accesso al PS (es. Ospedale di Comunità). L'implementazione di un equipé di continuità assistenziale che identifichi i soggetti a rischio di dimissione protetta già a partire dal PS consentirebbe anche di prendere in carico subito il soggetto in caso di ricovero ospedaliero e di approfondire gli aspetti sociali e assistenziali che potrebbero interferire sul percorso post dimissione.

5. il processo di "ammissione protetta", quale supporto importante per i soggetti già in carico ai servizi territoriali (ADI, UCP DOM, SAD, ecc.) e che presentano alta complessità clinico – assistenziale e/o fragilità sociale.

6. rafforzamento del collegamento con i Servizi Sociali: rafforzare la collaborazione con gli Uffici di Piano degli Ambiti Territoriali nella realizzazione e condivisione di progetti di ammissione/dimissione protetta, sviluppando modelli organizzativi che promuovano l'integrazione tra i Servizi Sociosanitari di ASST e la rete dei Servizi Sociali (Terzo Settore/Privati/Comune).

7. follow up e monitoraggio del paziente preso in carico in ammissione/dimissione protetta: sviluppo di indicatori di valutazione e monitoraggio della presa in carico in ammissione/dimissione protetta e loro misurazione, anche a livello di ATS di riferimento e monitoraggio degli esiti degli interventi e della presa in carico attraverso il confronto con i servizi territoriali, il telemonitoraggio ed il teleconsulto. In riferimento al monitoraggio e valutazione della presa in carico già alcune ASST, come evidenziato dalla indagine svolta, hanno indicato all'interno delle loro procedure indicatori di misurazione, inserendo anche il valore atteso di riferimento. Altre prevedono la produzione appositi report di monitoraggio periodici (trimestrali/annuali).

INDICATORE	EVENTUALE VALORE ATTESO
N° Dimissioni protette gestire/N° Dimissioni protette richieste	> 90%
N° di attivazioni % pervenute	
Intervallo di tempo tra segnalazione e dimissione dal ricovero	
N° di attivazioni per reparto segnalante rispetto al totale delle attivazioni	
N° di dimissioni per tipologia di destinazione rispetto al totale di dimissioni gestite	
Numero di report trimestrali inviati per debito informativo ATS	n° 4/anno
N° rilevazioni di rischio sociale anno in corso/N° rilevazioni rischio sociale anno precedente	
N° UU.OO segnalanti/totele delle UU.OO ASST	100%
N° segnalazioni effettuati entro 72h/Totale segnalazioni annue	60%
N° schede di consulenza sociale restituite alle UU.OO/N° rilevazioni di rischio effettuate	90%
Mantenimento/Implementazione del numero di dimissioni protette attivate per struttura con riferimento all'anno precedente (rilevazione ATS)	
Rispetto dei tempi di contatto da parte delle UU.OO segnalante	non > 48h/72h dal ricovero
N° di dimissioni protette attivate per caratteristiche di genere M/F (rilevazione ATS)	
Grado di soddisfazione delle UU.OO verso le centrali di dimissioni protette	
N° di dimissioni protette attivate per fasce di età (rilevazione ATS) (≥ 65 anni; ≥ 75 anni; ≥ 85 anni; ≥ 100 anni)	

Indicatori proposti nelle varie procedure ASST analizzate.

8. valutazione del livello di soddisfazione dell'utenza: predisposizione di indagini di customer satisfaction che permettano di valutare la qualità percepita del percorso da parte dell'utenza.
9. promozione della conoscenza e dell'informazione dei pazienti rispetto ai percorsi di ammissione/dimissione protetta nell'ambito della continuità assistenziale: aumento dell'empowerment dell'utenza e implementazione di percorsi di co-progettazione con gli utenti stessi che permettano un utile revisione dei modelli attualmente in uso.
10. formazione continua degli operatori: garantire la diffusione e la conoscenza dei protocolli di ammissioni/dimissioni protette e della modulistica in uso da parte di tutti gli operatori che vi prendono parte (anche attraverso incontri, momenti formativi, ecc.)
11. sviluppo e rafforzamento della formazione sul campo svolta presso i reparti ospedalieri di degenza e finalizzata all'introduzione della cultura della continuità assistenziale e della definizione precoce del miglior setting di cura per il paziente.
12. sviluppo di strumenti informatici condivisi con tutti gli attori della rete territoriale: sviluppo di uno strumento informatico condiviso affinché tutti gli operatori possano avere accesso diretto e facilitato a tutte le informazioni sul paziente in tutte le fasi del percorso di ammissione/dimissione protetta.
13. implementazione e sviluppo della Telemedicina come strumento di supporto alla presa in carico ed al monitoraggio del paziente in carico per Dimissione Protette

Costituisce un fattore chiave abilitante rispetto ai processi di dimissione/ammissione protetta, lo sviluppo del Nuovo Sistema per la gestione digitale del territorio previsto dalla DGR XI/5872 del 24/01/2022, che prevede la progettazione e l'implementazione di un nuovo ecosistema digitale regionale per supportare l'erogazione dei servizi sociosanitari sul territorio e rendere disponibili strumenti informatici e tecnologie digitali per la gestione delle nuove articolazioni organizzative previste dalla L.r. 22/2021, Case di Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità. Il nuovo sistema, infatti, oltre a garantire la gestione informatizzata dei processi sociosanitari del territorio e la digitalizzazione di dati e documenti rappresenterà la piattaforma regionale di telemedicina.

ALLEGATO 2) Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata: riclassificazione dei profili assistenziali nei percorsi di cure domiciliari di base e di adi integrata di I, II e III livello, in allineamento al dpcm lea 2017 e definizione del nuovo sistema tariffario, nella cornice programmatoria costituita dalla missione 6 del PNRR, dal dm 77 del 23 maggio 2022, dal dm 29 aprile 2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare» e nel quadro del potenziamento della sanità territoriale definito con L.R. 22/2021

ATS	PROCEDURE/LINEEGUIDA/ACCORDI A LIVELLO DI ATS	ASST	PROCEDURA/ISTRUZIONE OPERATIVA A LIVELLO DI ASST	EVENTUALE PRESENZA DI PROCEDURA DI AMMISSIONE PROTETTA	STRUMENTI DI VALUTAZIONE DELL'ELEGGIBILITA' ALLA PRESA IN CARICO IN DIMISSIONE PROTETTA	PRINCIPALI STRUMENTI DI RACCORDO E MONITORAGGIO TRA ATTORI COINVOLTI	SOGGETTO DEPUTATO ALLA PRESA IN CARICO IN DIMISSIONE PROTETTA	SOGGETTI COINVOLTI NEL PERCORSO DI AMMISSIONE/ DIMISSIONE PROTETTA	STRUMENTI IN USO (ANCHE INFORMATICI)
ATS INSUBRIA	Presenti prassi operative condivise tra ATS/ASST/Uffici di Piano degli Ambiti Territoriali e l'individuazione congiunta degli snodi operativi <u>Progettualità in atto per</u>: 1. Costituzione e attivazione di organismi di coordinamento ed operativi - Tavolo di Governance e di Coordinamento istituzionale - Tavolo Tecnico Distrettuale - Equipè Multi disciplinare Territoriale 2. Stesura e condivisione di un Atto di Intesa e sperimentazione di un Protocollo Operativo 3. Utilizzo del protocollo operativo condiviso nell'ambito delle Equipe Multi disciplinare Territoriale per favorire la lettura precoce del bisogno e la configurazione tempestiva della risposta.	ASST LARIANA	- Protocollo per la presa in carico ADI tra ATS/ASST - Linee guida/Protocolli operativi/Procedire interne per le Dimissioni protette ospedaliere	In corso l'elaborazione di un percorso per ingresso/uscita in Ospedale di Comunità	-Scala ADL/IALD - Scala Barthel semplificata per ADI - Scala BRASS	- Comunicazioni telefoniche - Posta elettronica	CENTRALE OPERATIVA UNICA PER LE DIMISSIONI PROTETTE ADI (CODP ADI) CENTRALE OPERATIVA OSPEDALIERA PER DIMISSIONI SERVIZIO OSPEDALIERO SOCIALE	- ATS - ASST - MMG/PLS - Strutture di ricovero accreditate - Enti erogatori sociosanitari - Comuni/Ambiti - Terzo Settore	- Scheda di segnalazione - FASAS per ADI - Sistema gestionale locale per ADI - Cartella Clinica - Portale PRIAMO
		ASST SETTE LAGHI	- Istruzione Operativa Generale "DIMISSIONI post-ospedaliere" (Rev. 04/12/2020) - Procedura Generale "Percorsi di presa in carico case manager ospedaliero" (Rev. 15/06/2019) - Procedura Generale "Rilevazione Rischio Sociale (adulto, gravida-puerpera, neonato-minore) - Collaborazione con gli Uffici di Piano per la realizzazione del Progetto "Dimissioni protette e Accompagnamento Residenziale Integrato"	In attesa di attuazione di una progettualità condivisa con gli Uffici di Piano degli Ambiti Territoriali per la "messa a sistema" di un percorso di ammissione protetta	- Scala BRASS - Scheda del Rischio Sociale - Scala BARTHEL	- Discharge planning - Istruzione, addestramento pazienti e/o caregiver	CASE MANAGER OSPEDALIERO (CMO) CASE MANAGER DI CENTRALE(CMC)	- ATS - ASST - MMG/PLS - Strutture di ricovero accreditato - Enti erogatori sociosanitari - Comuni/Ambiti - Terzo Settore	- Schede di valutazione validate - Portale PRIAMO - Data base aziendale dedicato per le attività di Case Management Ospedaliero - Sistema gestionale locale per ADI - Sistema gestionale locale per la presa in carico - Cartella Clinica Informatizzata
		ASST VALLE OLONA	- Procedura Aziendale "Gestione delle dimissioni protette in ASST Valle Olona" (Rev. 04/11/2021)	-	- Schede di rilevazione del rischio socio assistenziale - Scheda di segnalazione per dimissione protetta ADI	- Cartella Clinica Digitale - Posta elettronica - Comunicazioni telefoniche	NUCLEO DIMISSIONI PROTETTA (NDP) del Presidio Ospedaliero	- ATS - ASST - Strutture di ricovero accreditato - Enti erogatori socio sanitari - Comuni/Ambiti - Terzo Settore	- Scheda di rilevazione del rischio socio assistenziale - Scheda di segnalazione per la dimissione protetta ADI - Cartella clinica digitale

ALLEGATO 2) Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata: riclassificazione dei profili assistenziali nei percorsi di cure domiciliari di base e di adi integrata di I, II e III livello, in allineamento al dpcm lea 2017 e definizione del nuovo sistema tariffario, nella cornice programmatoria costituita dalla missione 6 del PNRR, dal dm 77 del 23 maggio 2022, dal dm 29 aprile 2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare» e nel quadro del potenziamento della sanità territoriale definito con L.R. 22/2021

ATS	PROCEDURE/LINEEGUIDA/ACCORDI A LIVELLO DI ATS	ASST	PROCEDURA/ISTRUZIONE OPERATIVA A LIVELLO DI ASST	EVENTUALE PRESENZA DI PROCEDURA DI AMMISSIONE PROTETTA	STRUMENTI DI VALUTAZIONE DELL'ELEGGIBILITA' ALLA PRESA IN CARICO IN DIMISSIONE PROTETTA	PRINCIPALI STRUMENTI DI RACCORDO E MONITORAGGIO TRA ATTORI COINVOLTI	SOGGETTO DEPUTATO ALLA PRESA IN CARICO IN DIMISSIONE PROTETTA	SOGGETTI COINVOLTI NEL PERCORSO DI AMMISSIONE/ DIMISSIONE PROTETTA	STRUMENTI IN USO (ANCHE INFORMATICI)
ATS BERGAMO	PROCEDURA QUADRO Continuità assistenziale Ospedale-Territorio per le persone fragili e vulnerabili (Rev. 11.12.2018)	ASST BERGAMO EST	- Processo di presa in carico dei pazienti presso la Centrale di Continuità (Rev. Marzo 2018)	-	- Scala BRASS - Griglia di rilevazione del rischio sociale	- Sistema gestionale locale per ADI - Comunicazioni telefoniche - Posta elettronica - Visite domiciliari congiunte (Enti erogatori ADI, IFeC e/o Assistenti sociali di Ambito o Comuni)	CENTRALE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE SERVIZI TERRITORIALI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (STVM) SERVIZIO INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITA' (IFeC)	- ATS - ASST - MMG/PLS - Strutture di ricovero accreditate - Enti erogatori sociosanitari - Comuni/Ambiti - Terzo Settore	- Schede di attivazione - Scale di valutazione (Brass, Rischio sociale, ecc,) - Sistema gestionale locale per ADI - File di registrazione delle attività con lo stato di avanzamento della gestione dei casi in attesa (software dedicato)
		ASST BERGAMO OVEST	- Istruzione operativa Continuità Assistenziale Ospedale Territorio per le persone fragili e vulnerabili (Rev. 15/11/ 2019)	-	Soggetti che presentano due dellec seguenti condizioni: '-Età > 65 anni - Scala BARTHEL < 50 - Paziente che vive solo e/o senza rete familiare adeguata SOMMINISTRAZIONE Scala BRASS	- Sistema gestionale locale per ADI - Comunicazioni telefoniche - Posta elettronica - Briefing periodici e strutturati tra UO di ricovero e Centrale Dimissioni Protette (CDP)	CENTRALE DIMISSIONI PROTETTE (CDP) SERVIZI TERRITORIALI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (STVM)	- ATS - ASST - MMG/PLS - Strutture di ricovero accreditate - Enti erogatori sociosanitari - Comuni/Ambiti - Terzo Settore	- Scheda identificazione paziente fragile ed attivazione dimissioni protette - Scala BRASS - Fascicolo paziente - Sistema gestionale locale per ADI - Data base azinedale a gestione diretta del soggetto attivatore della presa in carico (CDP e STVM)
		ASST PAPA GIOVANNI XXIII	Si adotta dal 2018 la Procedura Quadro ATS "Continuità assistenziale Ospedale-Territorio per le persone fragili e vulnerabili"	-	- Scala BRASS - Griglia di rilevazione del rischio sociale	- Comunicazioni telefoniche - Posta elettronica - Riunioni di equipe Unità Assistenziali/ CDP/SAS	CENTRALE DIMISSIONI PROTETTE (CDP) SERVIZIO ASSISTENZA SOCIALE SERVIZI TERRITORIALI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (STVM)	- ATS - ASST - MMG/PLS - Strutture di ricovero accreditate - Enti erogatori sociosanitari - Comuni/Ambiti - Terzo Settore	Database aziendale per la raccolta dei dati relativi alla dimissione dei pazienti dalla ASST con la redazione di una relazione annuale

ALLEGATO 2) Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata: riclassificazione dei profili assistenziali nei percorsi di cure domiciliari di base e di adi integrata di I, II e III livello, in allineamento al dpcm lea 2017 e definizione del nuovo sistema tariffario, nella cornice programmatoria costituita dalla missione 6 del PNRR, dal dm 77 del 23 maggio 2022, dal dm 29 aprile 2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare» e nel quadro del potenziamento della sanità territoriale definito con L.R. 22/2021

ATS	PROCEDURE/LINEEGUIDA/ACCORDI A LIVELLO DI ATS	ASST	PROCEDURA/ISTRUZIONE OPERATIVA A LIVELLO DI ASST	EVENTUALE PRESENZA DI PROCEDURA DI AMMISSIONE PROTETTA	STRUMENTI DI VALUTAZIONE DELL'ELEGGIBILITA' ALLA PRESA IN CARICO IN DIMISSIONE PROTETTA	PRINCIPALI STRUMENTI DI RACCORDO E MONITORAGGIO TRA ATTORI COINVOLTI	SOGGETTO DEPUTATO ALLA PRESA IN CARICO IN DIMISSIONE PROTETTA	SOGGETTI COINVOLTI NEL PERCORSO DI AMMISSIONE/ DIMISSIONE PROTETTA	STRUMENTI IN USO (ANCHE INFORMATICI)
ATS MONTAGNA	Avviato un percorso di revisione congiunto delle istruzioni operative interrotto nel 2020 per l'emergenza COVID-19 e in fase di ri-attivazione	ASST VALLECAMONICA	- Gestione attivazione Equipe Dimissioni Protette (Rev. 11.05.2022)	-	- Rilevazione del rischio sociale - TRIAGE (per setting ADI) - Scale IALD e ADL - CIRS, Barthel modificato, Valutazione cognitiva e di comportamento GBS	- Modulistica interna - Comunicazioni telefoniche - Posta elettronica	EQUIPE DIMISSIONI PROTETTE UNITA' DI VALUTAZIONE per ADI	- ATS - ASST - MMG/PLS - Strutture di ricovero accreditate - Enti erogatori sociosanitari - Comuni/Ambiti	- Modulo presa in carico dimissioni protette - Richiesta Dimissione Protetta Sociosanitaria - Scheda valutazione sanitaria - Richiesta attivazione ADI a seguito di dimissione ospedaliera - Diario presa in carico dimissioni protette - Sistema gestionale locale per ADI - Portale PRIAMO
	Protocollo ATS-ASST Valtellina e Alto Lario che prevedeva una fase di sperimentazione, all'interno del Progetto A.R.N.I.C.A., di una procedura operativa "Percorso delle Dimissioni Protette"	ASST VALTELLINA E ALTO LARIO	- Istruzione operativa "Percorso di segnalazione utente fragile in dimissione verso il servizio di fragilità (Rev. 29.12.2017)	-	Identificazione precoce del paziente fragile/complesso in ospedale all'accettazione o al massimo entro la seconda/terza giornata di degenza. Svolta generalmente dal Coordinatore infermieristico o dal Medico di reparto	- Colloqui - Comunicazioni telefoniche - Posta elettronica	SERVIZO FRAGILITA' DEL TERRITORIO	- ATS - ASST - MMG/PLS - Strutture di ricovero accreditate - Enti erogatori sociosanitari - Comuni/Ambiti - Terzo Settore	- Scheda di segnalazione paziente fragile - Scale di valutazione

ALLEGATO 2) Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata: riclassificazione dei profili assistenziali nei percorsi di cure domiciliari di base e di adi integrata di I, II e III livello, in allineamento al dpcm lea 2017 e definizione del nuovo sistema tariffario, nella cornice programmatoria costituita dalla missione 6 del PNRR, dal dm 77 del 23 maggio 2022, dal dm 29 aprile 2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare» e nel quadro del potenziamento della sanità territoriale definito con L.R. 22/2021

ATS	PROCEDURE/LINEEGUIDA/ACCORDI A LIVELLO DI ATS	ASST	PROCEDURA/ISTRUZIONE OPERATIVA A LIVELLO DI ASST	EVENTUALE PRESENZA DI PROCEDURA DI AMMISSIONE PROTETTA	STRUMENTI DI VALUTAZIONE DELL'ELEGGIBILITA' ALLA PRESA IN CARICO IN DIMISSIONE PROTETTA	PRINCIPALI STRUMENTI DI RACCORDO E MONITORAGGIO TRA ATTORI COINVOLTI	SOGGETTO DEPUTATO ALLA PRESA IN CARICO IN DIMISSIONE PROTETTA	SOGGETTI COINVOLTI NEL PERCORSO DI AMMISSIONE/ DIMISSIONE PROTETTA	STRUMENTI IN USO (ANCHE INFORMATICI)
ATS PAVIA	Protocollo operativo "Percorso Dimissioni Protette - Continuità assistenziale dei pazienti fragili in dimissione dalle strutture ospedaliere del territorio della ATS Pavia" (Decreto n. 4221 del 22/12/2017) <u>Progettualità in atto:</u> - Progetti premiali sovranazionali (Area Policy D - Domiciliarità) degli Ambiti Territoriali in collaborazione con ATS e ASST per operare in modo integrato sulle dimissioni protette - Sperimentazione territorio Broni-Stradella "CdC di Broni" (Intervento dell'Infermiere di famiglia CdC di Broni in casi di particolari fragilità dimissibili in domiciliarità) -Progetto "Dimissioni protette in allattamento materno"	ASST PAVIA	- Protocollo condiviso con ATS "Percorso Dimissioni Protette - Continuità assistenziale dei pazienti fragili in dimissione dalle strutture ospedaliere del territorio della ATS Pavia" (Decreto n. 4221 del 22/12/2017)	-	- Scala BRASS - Indice prognostico di FLUGELMAN - Griglia di rilevazione del rischio sociale (Servizio Sociale Professionale ospedalieto - SSPO o Comune di residenza) - Scala CIRS	- Comunicazioni telefoniche - Posta elettronica	- EQUIPE DI VALUTAZIONE DEL REPARTO OSPEDALIERO - SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE OSPEDALIERO (SSPO) - CeAD (Centro di Assistenza Domiciliare) dell'ASST	- ATS - ASST - MMG/PLS - Strutture di ricovero accreditate - Enti erogatori sociosanitari - Comuni/Ambiti - Terzo Settore	- Scheda di segnalazione Dimissione Protetta al Domiclio - Scheda di accesso alla Rete Locale di Cure Palliative di Pavia per la segnalazione alla Rete Cure Palliative - Sistema gestionale locale per ADI - Portale PRIAMO

ALLEGATO 2) Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata: riclassificazione dei profili assistenziali nei percorsi di cure domiciliari di base e di adi integrata di I, II e III livello, in allineamento al dpcm lea 2017 e definizione del nuovo sistema tariffario, nella cornice programmatoria costituita dalla missione 6 del PNRR, dal dm 77 del 23 maggio 2022, dal dm 29 aprile 2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare» e nel quadro del potenziamento della sanità territoriale definito con L.R. 22/2021

ATS	PROCEDURE/LINEEGUIDA/ACCORDI A LIVELLO DI ATS	ASST	PROCEDURA/ISTRUZIONE OPERATIVA A LIVELLO DI ASST	EVENTUALE PRESENZA DI PROCEDURA DI AMMISSIONE PROTETTA	STRUMENTI DI VALUTAZIONE DELL'ELEGGIBILITA' ALLA PRESA IN CARICO IN DIMISSIONE PROTETTA	PRINCIPALI STRUMENTI DI RACCORDO E MONITORAGGIO TRA ATTORI COINVOLTI	SOGGETTO DEPUTATO ALLA PRESA IN CARICO IN DIMISSIONE PROTETTA	SOGGETTI COINVOLTI NEL PERCORSO DI AMMISSIONE/ DIMISSIONE PROTETTA	STRUMENTI IN USO (ANCHE INFORMATICI)
ATS BRESCIA	ACCORDO DI COLLABORAZIONE per le dimissioni e ammissioni protette ospedale-territorio (Decreto ATS n. 534 del 23/12/2016)	ASST FRANCIACORTA	- Procedure/Protocolli definiti per l'attuazione operativa dell' ACCORDO DI COLLABORAZIONE per le dimissioni e ammissioni protette ospedale-territorio (Decreto ATS n. 534 del 23/12/2016)	SI	- Scale di valutazione multidimensionale (Es. Barthel, Conley, Cirs ed IDA) - Scheda di rischio sociale - Scheda per la valutazione dei bisogni alla dimissione (ADI, Cure Palliative domiciliari/residenziali) - Valutazione multidimensionale ospedaliera per la valutazione dei bisogni sociali - Valutazione eleggibilità dell'inserimento in comunità delle persone HIV+2.4 (AIDASS) - Valutazione dei ruoli e delle relazioni del nucleo familiare (Assenza Caregiver)	- Protocolli/Accordi in uso - Scheda di segnalazione al Servizio Dimissioni/ Ammissioni protette - Colloqui in presenza o telefonici con caregiver - Comunicazioni telefoniche - Posta elettronica (Indirizzo e-mail dedicato)	SERVIZIO DIMISSIONI/ AMMISSIONI PROTETTE	- ATS - ASST - MMG/PLS - Strutture di ricovero accreditate - Enti erogatori sociosanitari - Comuni/Ambiti	- Scheda di segnalazione per dimissione protetta (anche specifica per Cure Palliative) - Scheda di segnalazione all'Equipè di valutazione multidimensionale - Segnalazione per ammissione protetta - Portale PRIAMO <u>per ASST Spedali Civili Brescia:</u> - Flusso informatico "Sintesi giornaliera segnalazioni/dimissioni" (Raccordo tra Servizio Aziendale Ammissioni/Dimissioni Protette, la Direzione Sociosanitsaria, il SITRA Rete Territoriale e il Bed Management) - Database access locale che consente la rendicontazione delle attività del Servizio Aziendale Ammissione/Dimissione Protette
		ASST GARDA	- Procedure/Protocolli definiti per l'attuazione operativa dell' ACCORDO DI COLLABORAZIONE per le dimissioni e ammissioni protette ospedale-territorio (Decreto ATS n. 534 del 23/12/2016)	SI					
		ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	- Procedure/Protocolli definiti per l'attuazione operativa dell' ACCORDO DI COLLABORAZIONE per le dimissioni e ammissioni protette ospedale-territorio (Decreto ATS n. 534 del 23/12/2016)	SI					

ALLEGATO 2) Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata: riclassificazione dei profili assistenziali nei percorsi di cure domiciliari di base e di adi integrata di I, II e III livello, in allineamento al dpcm lea 2017 e definizione del nuovo sistema tariffario, nella cornice programmatoria costituita dalla missione 6 del PNRR, dal dm 77 del 23 maggio 2022, dal dm 29 aprile 2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare» e nel quadro del potenziamento della sanità territoriale definito con L.R. 22/2021

ATS	PROCEDURE/LINEEGUIDA/ACCORDI A LIVELLO DI ATS	ASST	PROCEDURA/ISTRUZIONE OPERATIVA A LIVELLO DI ASST	EVENTUALE PRESENZA DI PROCEDURA DI AMMISSIONE PROTETTA	STRUMENTI DI VALUTAZIONE DELL'ELEGGIBILITA' ALLA PRESA IN CARICO IN DIMISSIONE PROTETTA	PRINCIPALI STRUMENTI DI RACCORDO E MONITORAGGIO TRA ATTORI COINVOLTI	SOGGETTO DEPUTATO ALLA PRESA IN CARICO IN DIMISSIONE PROTETTA	SOGGETTI COINVOLTI NEL PERCORSO DI AMMISSIONE/ DIMISSIONE PROTETTA	STRUMENTI IN USO (ANCHE INFORMATICI)
ATS VALPADANA	-	ASST CREMONA	- Protocollo Aziendale Dimissioni Protette - 2 Sperimentazioni in atto di percorso di dimissioni protette con IDR Germani e riabilitazione della Casa di Cura Ancelle della Carità - Progetto "Ruolo del Fisiatra nel progetto dimissioni protette"	SI formalizzata attraverso il "Percorso Rosa dei Venti" per l'accesso ai servizi di diagnosi e cura delle persone con disabilità grave o gravissima sia minori che in età adulta	- Scala BRASS	- Check list - Colloqui paziente/ familiari/caregiver - Comnuicazioni telefoniche - Posta elettronica	SERVIZIO DIMISSIONI PROTETTE EQUIPE' CLINICO ASSISTENZIALE (UOC SERVIZI PER LA FRAGILITA') CENTRALE OPERATICA DIMISSIONI (COD)	- ATS - ASST - MMG/PLS - Strutture di ricovero accreditate - Enti erogatori sociosanitari - Comuni/Ambiti	- Scheda di segnalazione paziente fragile - Check list per richiesta cure palliative - Sistema gestionale locale per ADI - Portale PRIAMO - Piattaforma locale gestionale e valutativa ad hoc
		ASST CREMA	- Procedura organizzativa del processo di accoglienza, accettazione, ricovero e dimissione (Rev. 18/04/2018) - Istruzione Operativa Specifica Attivazione ADI da parte dei medici UU.OO. Di degenza per i pazienti in dimissione protetta - Istruzione Operativa Specifica per l'attivazione del Servizio Sociale Ospedaliero (Rev. 27/06/2017) - Istruzione Operativa per l'attivazione delle dimissioni protette: Servizio Cure Territoriali e Servizio Assistente Sociale (Rev. 14/02/2019)	-	- Scheda valutazione dei bisogni - Scala BRASS	- Incontri formativi periodici - Intranet aziendale - Comunicazioni telefoniche - Posta elettronica	COORDINATORI INFERMIERISTICI UUOO OSPEDALIERE 'SERVIZIO CURE SOCIO SANITARIE (UVMD) SERVIZIO SOCIALE OSPEDALIERO	- ATS - ASST - MMG/PLS - Strutture di ricovero accreditate - Enti erogatori sociosanitari - Comuni/Ambiti - Terzo Settore	- Scheda informatizzata "Dimissioni Protette Ospedaliere" su piattaforma intranet aziendale - Scheda informatizzata valutazione multidimensionale percorse che richiedono ricovero RSA - Scheda di rilevazione del rischio sociale - Scheda progetto "Interventi a Supporto della Domiciliarità" (ISD) (Progettualità Piano di zona Distretto di Crema) - Scheda attivazione voucher dimissione protette - Portale PRIAMO
		ASST MANTOVA	- PDTA "Gestione del paziente fragile in dimissione protetta al domicilio" - Documento tecnico operativo "Assistenza Domiciliare Integrata" condiviso con ATS Valpadana, ASST Crema e ASST Cremona	-	- Indice di BRASS all'ingresso ed alla dimissione ≥ 20 - Presenza di un caregiver adeguato	- Colloqui Medico, operatori NDC e NTV, paziente e familiari - Sistemi gestionali locali	NUCLEO DI DIMISSIONI COMPLESSE (NDC) NUCLEO VALUTAZIONE TERRITORIALE (NVT)	- ATS - ASST - MMG/PLS - Strutture di ricovero accreditate - Enti erogatori sociosanitari - Comuni/Ambiti	- Piattaforma locale gestionale e valutativa ad hoc

ALLEGATO 2) Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata: riclassificazione dei profili assistenziali nei percorsi di cure domiciliari di base e di adi integrata di I, II e III livello, in allineamento al dpcm lea 2017 e definizione del nuovo sistema tariffario, nella cornice programmatoria costituita dalla missione 6 del PNRR, dal dm 77 del 23 maggio 2022, dal dm 29 aprile 2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare» e nel quadro del potenziamento della sanità territoriale definito con L.R. 22/2021

ATS	PROCEDURE/LINEEGUIDA/ ACCORDI A LIVELLO DI ATS	ASST	PROCEDURA/ISTRUZIONE OPERATIVA A LIVELLO DI ASST	EVENTUALE PRESENZA DI PROCEDURA DI AMMISSIONE PROTETTA	STRUMENTI DI VALUTAZIONE DELL'ELEGGIBILITA' ALLA PRESA IN CARICO IN DIMISSIONE PROTETTA	PRINCIPALI STRUMENTI DI RACCORDO E MONITORAGGIO TRA ATTORI COINVOLTI	SOGGETTO DEPUTATO ALLA PRESA IN CARICO IN DIMISSIONE PROTETTA	SOGGETTI COINVOLTI NEL PERCORSO DI AMMISSIONE/ DIMISSIONE PROTETTA	STRUMENTI IN USO (ANCHE INFORMATICI)
ATS BRIANZA	"Linee Guida Percorso di Dimissione/Ammissione Protetta (DAP)" (Delibera n. 635 del 30/12/2017) Linee Guida "Facilitazione di dimissione e presa in carico dei pazienti fragili e/o anziani dal Pronto Soccorso" (Rev. 2018) Linee Guida "Percorsi di facilitazione alla prescrizione/erogazione di presidi per le persone in dimissione protetta" (Delibera n. 770/2019)	ASST MONZA	- Recepimento Linee Guida ATS - Procedura Operativa ASI ASST Monza	SI	- Scala BRADEN (Valutazione del rischio di lesioni da pressione) - Scala CONLEY (Valutazione del rischio di caduta) - Scala BARTHEL (Valutazione del grado di autonomia)	- Colloqui con paziente/familiari - Comunicazioni telefoniche - Posta elettronica	REFERENTE/RESPONSABILE OSPEDALIERO/ TERRITORIALE DAP CENTRALE OPERATIVA EQUIPE' VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE	- ATS - ASST - MMG/PLS - Strutture di ricovero accreditate - Enti erogatori sociosanitari - Comuni/Ambiti	- Segnalazione dimissioni protette (scheda base, scheda riabilitativa, scheda sociale) - Richiesta di trasferimento per riabilitazione - Report relativo alle segnalazioni di dimissioni protette - Piattaforma locale gestionale e valutativa ad hoc - Sistema gestionale locale per ADI - Portale PRIAMO
		ASST BRIANZA	- Recepimento Linee Guida ATS - Procedura Operativa "Dimissioni Protette/Difficili"	SI	- Sscal BRASS - Scheda valutazione del rischio sociale	- Cartella clinica - Schede di Monitoraggio - Valutazioni specialistiche - Scheda dimissioni protette - Schede per attivazione degenze di transizione (Hospice/RSA/RSD) - Piattaforma Assistant RL e Moduli specifici fornitura ausili e presidi - Consulenza dei servizi sociali	SERVIZI DI DIMISSIONI PROTETTE (Inseriti gli Infermieri di Famiglia e di Comunità) EQUIPE' VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE	- ATS - ASST - MMG/PLS - Strutture di ricovero accreditate - Enti erogatori sociosanitari - Comuni/Ambiti - Terzo Settore	- Cartella Clinica - Modulistica per Dimissioni Protette - Portale PRIAMO
		ASST LECCO	- Procedura "Applicazione Linee Guida Percorso Ammissione/Dimissione Protetta (DAP) (Delibera n. 844 del 29/12/2017)	SI	- InterRAI Contact Assessment - NECPAL - Scheda Rischio Sociale	- Colloqui operatori e con pazienti/familiari - Interoperabilità tra sistemi gestionali locali in uso nei presidi ospedalieri della ASST	UOC CONTINUITA' CLINICO ASSISTENZIALE DEL DIPARTIMENTO DELLA FRAGILITA' (DIFRA) SERVIZIO SOCIALE OSPEDALIERO EQUIPE' VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE	- ATS - ASST - MMG/PLS - Strutture di ricovero accreditate - Enti erogatori sociosanitari - Comuni/Ambiti - Terzo Settore	- Piattaforma locale gestionale e valutativa ad hoc

ALLEGATO 2) Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata: riclassificazione dei profili assistenziali nei percorsi di cure domiciliari di base e di adi integrata di I, II e III livello, in allineamento al dpcm lea 2017 e definizione del nuovo sistema tariffario, nella cornice programmatoria costituita dalla missione 6 del PNRR, dal dm 77 del 23 maggio 2022, dal dm 29 aprile 2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare» e nel quadro del potenziamento della sanità territoriale definito con L.R. 22/2021

ATS	PROCEDURE/LINEEGUIDA/ ACCORDI A LIVELLO DI ATS	ASST	PROCEDURA/ISTRUZIONE OPERATIVA A LIVELLO DI ASST	EVENTUALE PRESENZA DI PROCEDURA DI AMMISSIONE PROTETTA	STRUMENTI DI VALUTAZIONE DELL'ELEGGIBILITA' ALLA PRESA IN CARICO IN DIMISSIONE PROTETTA	PRINCIPALI STRUMENTI DI RACCORDO E MONITORAGGIO TRA ATTORI COINVOLTI	SOGGETTO DEPUTATO ALLA PRESA IN CARICO IN DIMISSIONE PROTETTA	SOGGETTI COINVOLTI NEL PERCORSO DI AMMISSIONE/ DIMISSIONE PROTETTA	STRUMENTI IN USO (ANCHE INFORMATICI)
ATS MILANO	"Progetto Milano" In attuazione dell'art. 7 comma 9 della L.r. 33/2009 così comne modificato dalla L.r. 23/2015	ASST GOM NIGUARDA	- Procedura Centrale Unica per le Dimissioni Protette (Rev. 15/11/2021) - Convenzione con ASP Golgi Redaelli per la presa in carico di pazienti post dimissioni (Delibera n. 982 del 31/08/2021)	-	- Scala CIRS - Scala RANKING - Scala SIC per la valutazione dello stato funzionale - Scala BORG - Sezione relativa alla demenza e ai disturbi comportamentali - ICA (Indice Complessità Assistenziale)	- Visita/Briefing in reparto con case manager e medico specialista - Percorsi di formaizone continua - Portali aziendali sui quali allegare comunicazioni, relazioni ed eventuale PRI - Specifiche Schede di rilevazione cliniche per alcuni progetti di dimissioni in ADI che consentono il monitoraggio dell'assistenza in condivisione con specialisti del reparto (Minori, pazienti con problemi respiratori, pazienti con ferite complesse)	SC CONTINUITA' OSPEDALE TERRITORIO - CENTRALE UNICA PER LE DIMISSIONI PROTETTE (CUDP)	- ATS - ASST - MMG/PLS - Strutture di ricovero accreditate - Enti erogatori sociosanitari - Comuni/Ambiti - Terzo Settore	- Scheda di segnalazione - Sistema gestionale locale per ADI - Portale PRIAMO
		ASST FBF SACCO	- Procedura aziendale di dimissioni protette	-	- Scala BRASS - Griglia di rilevazione del rischio sociale	- Colloqui tra attori della rete/paziente/familiari-caregiver - Comunicazioni telefoniche - Posta elettronica - Monitoraggio e aggiornamento schede sui sistemi gestionali locali	CENTRALE DI DIMISSIONI PROTETTE (CDP)	- ATS - ASST - MMG/PLS - Strutture di ricovero accreditate - Enti erogatori sociosanitari - Comuni/Ambiti - Terzo Settore	- Schede per la valutazione del paziente (BRASS-Rischio sociale-Valutazione Globale Comparata (VGC)- Scheda di accoglienza e prima valutazioen) - Piattaforma locale gestionale e valutativa ad hoc - Sistema gestionale locale per ADI - Portale PRIAMO
		ASST SANTI PAOLO E CARLO	- Procedura aziendale "Il percorso del paziente cronico fragile"	-	- Scala BRASS	- Comunicazioni telefoniche - Posta elettronica - Sistema gestionale locale per ADI - Portale PRIAMO	CENTRO SERVIZI AZIENDALE (CSA) SERVIZIO SOCIALE OSPEDALIERO/TERRITORIALE UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE TERRITORIALE	- ATS - ASST - MMG/PLS - Strutture di ricovero accreditate - Enti erogatori sociosanitari - Comuni/Ambiti - Terzo Settore	- Scheda unica di invio e valutazione per ricovero di transizione- paziente Covid-19 free - Scheda unica di invio e valutazione per ricovero di transizione- paziente Covid-19 negativizzato - Scheda unica di invio e valutazione per ricovero di transizione- paziente Covid-19 - Sistema gestionale locale per ADI - Portale PRIAMO
		ASST NORD MI	- Procedura operatova dimissioni protette (Rev. Aprile 2021)	-	- Valutazione condizione di non autosufficienza, fragilità - Assenza della rete familiare/caregiver - Casi che prevedono attivazione dell'Autorità Giudiziaria	- Visita congiunta Infermiere/Assistente Sociale - Raccordo con il Bed Manager - Comunicazioni telefoniche - Posta elettronica	CENTRO SERVIZI SERVIZIO SOCIALE OSPEDALIERO	- ATS - ASST - MMG/PLS - Strutture di ricovero accreditate - Enti erogatori sociosanitari - Comuni/Ambiti - Terzo Settore	- Scheda di dimissioni protette - Indirizzo di posta elettronica dedicato - Portale PRIAMO

ALLEGATO 2) Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata: riclassificazione dei profili assistenziali nei percorsi di cure domiciliari di base e di adi integrata di I, II e III livello, in allineamento al dpcm lea 2017 e definizione del nuovo sistema tariffario, nella cornice programmatoria costituita dalla missione 6 del PNRR, dal dm 77 del 23 maggio 2022, dal dm 29 aprile 2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare» e nel quadro del potenziamento della sanità territoriale definito con L.R. 22/2021

ATS	PROCEDURE/LINEEGUIDA/ACCORDI A LIVELLO DI ATS	ASST	PROCEDURA/ISTRUZIONE OPERATIVA A LIVELLO DI ASST	EVENTUALE PRESENZA DI PROCEDURA DI AMMISSIONE PROTETTA	STRUMENTI DI VALUTAZIONE DELL'ELEGGIBILITA' ALLA PRESA IN CARICO IN DIMISSIONE PROTETTA	PRINCIPALI STRUMENTI DI RACCORDO E MONITORAGGIO TRA ATTORI COINVOLTI	SOGGETTO DEPUTATO ALLA PRESA IN CARICO IN DIMISSIONE PROTETTA	SOGGETTI COINVOLTI NEL PERCORSO DI AMMISSIONE/ DIMISSIONE PROTETTA	STRUMENTI IN USO (ANCHE INFORMATICI)
ATS MILANO	"Progetto Milano" In attuazione dell'art. 7 comma 9 della L.r. 33/2009 così comne modificato dalla L.r. 23/2015	ASST GAETANO PINI-CTO	- Procedura generale aziendale sul Percorso di continuità Ospedale Terrotorio (Rev. 30/09/2021)	-	- Scala BRASS - Scala BRADEN - Scala CONLY - Scala MUST - Scheda rilevazione del rischio sociale	- Confronto con operatori sanitari delle UU.OO. - Confronto sul caso operatori dell'equipè multidisciplinare del Servizio di Continuità Assistenziale - Colloqui con paziente e/o Caregiver - Comunicazioni telefoniche - Utilizzo piattaforme per le dimissioni protette - Monitoraggio degli esiti degli interventi	SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE EQUIPE' DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE	- ATS - ASST - MMG/PLS - Strutture di ricovero accreditate - Enti erogatori sociosanitari - Comuni/Ambiti - Terzo Settore	- Scheda disegnalazione al servizio di continuità assistenziale (SCA) - Sistema gestionale locale per ADI - Portale PRIAMO
		ASST RHODENSE	- Procedura per la Pianificazione della dimissione ospedaliera - Approvazione del Protocollo per la pianificazione della dimissione ospedaliera a seguito della Conferenza dei Sindaci (Deliberazione n. 545 del 27/04/2021)	-	- Scala BRASS (Rischio Medio o Alto)	- Momenti di raccordo e condivisione operatori coinvolti (interni/esterni) - Comunicazioni telefoniche - Posta elettronica	CASE MANAGER SERVIZIO SOCIALE OSPEDALIERO SERVIZIO FRAGILITA'/EQUIPE DEL SERVIZIO TERRITORIALE	- ATS - ASST - MMG/PLS - Strutture di ricovero accreditate - Enti erogatori sociosanitari - Comuni/Ambiti - Terzo Settore	- Schede di vautazione - Cartella clinica - Documentazione sociale
		ASST OVEST MILANESE	- Protocolli dimissioni protette (Rev. Ottobre 2018)	-	- Scala BRASS (punteggio > 13 oppure punteggio "scheda condizioni di vita e supporto sociale > 2 e/o positivi al rischio sociale)	- Confronto professionisti equipe - Accesso periodico operatori equipè dimissioni protette nei reparti ospedalieri - Comnuicazioni telefoniche - Posta elettronica	EQUIPE DI DIMISSIONI PROTETTE EQUIPE DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE	- ATS - ASST - MMG/PLS - Strutture di ricovero accreditate - Enti erogatori sociosanitari - Comuni/Ambiti - Terzo Settore	- Scheda di segnalazione dimissione protetta extra-aziendale - Cartella dimissioni protette - Diario colloqui dimissioni protette - Sistema gestionale locale per ADI - Portale PRIAMO
		ASST MELEGNANO E MARTESANA	- Procedura Dimissioni Protette ADI - Procedura sulla tempistica di erogazione dei presidi protesici ai soggetti in dimissione da ospedale - Procedura specifica assistenza specialistica protesica e cronicità	-	- Scala BRASS	- Incontri programmati tra attori coinvolti - Comnuicazioni telefoniche - Posta elettronica	CENTRALE DIMISSIONI PROTETTE	- ATS - ASST - MMG/PLS - Strutture di ricovero accreditate - Enti erogatori sociosanitari - Comuni/Ambiti - Terzo Settore	- Scheda dimissione protetta - Portale PRIAMO
		ASST LODI	- Procedura "Dimissioni Protette" (Rev. 12/10/2017) - Procedura "Dalla valutazione all'attivazione di percorsi di cura" (Rev. 31/10/2017) - Procedura "La gestione integrata del paziente in Nutrizione Artificiale (NA) in ambito ospedaliero e territoriale (Rev. 25/10/2019)	-	- Conoscenza clinica del paziente - Scala di valutazione NEWS per la stabilità clinica	- Cartella clinica informatizzata GALILEO - Visite e colloqui con paziente e/o caregiver - Valutazione congiunta con il medico di reparto - Comnuicazioni telefoniche - Posta elettronica	UOC VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEL BISOGNO	- ATS - ASST - MMG/PLS - Strutture di ricovero accreditate - Enti erogatori sociosanitari - Comuni/Ambiti - Terzo Settore	- Piattaforma locale gestionale e valutativa ad hoc - Scheda di segnalazione del caso - Portale PRIAMO - Sistema gestionale locale per ADI

14. IL SISTEMA DI REMUNERAZIONE DELLE NUOVE CURE DOMICILIARI E IL SISTEMA DI GOVERNO DEL BUDGET

La scelta dell'unità di misura indicativa dell'impegno assistenziale/assorbimento di costi da utilizzare quale driver del sistema di remunerazione è avvenuta considerando le specificità delle diverse categorie di cure domiciliari:

- per le categorie di bisogno semplice, l'unità di misura maggiormente rappresentativa dell'assistenza erogata è la numerosità degli accessi;
- per i bisogni complessi, caratterizzati da una presa in carico omnicomprensiva del paziente e da un maggior sforzo assistenziale è più appropriata una rappresentazione a giornate di cura (Gdc), fatta eccezione per le particolarità dell'"Alta Intensità" descritte nell'apposito paragrafo in materia di valorizzazione.

Nella tabella di seguito è riportata la sintesi del sistema tariffario delle nuove cure domiciliari:

AREA SISTEMA DI REMUNERAZIONE	DENOMINAZIONE ATTUALE	RICLASSIFICAZIONE 2023	A	B	C	D	E
			TARIFFA UNITARIA AD ACCESSO	SISTEMA DI REMUNERAZIONE	GEA MINIMI	GEA MAX	VALORE MENSILE/LIVELLI ADI INTEGRATA
AREA CD DI BASE E PERCORSI	PRELIEVO	CD BASE PRELIEVO	15	AD ACCESSO			
	PRESTAZIONALE	CD BASE PRESTAZIONALE GENERICO	33	AD ACCESSO	4		132
	PRESTAZIONALE	CD BASE PERCORSO GESTIONE ALVO	33	AD ACCESSO	4		132
	PRESTAZIONALE	CD BASE PERCORSO GEST CATETERE	33	AD ACCESSO	4		132
	PRESTAZIONALE	CD BASE PERCORSO GEST STOMIE	33	AD ACCESSO	4		132
	PRESTAZIONALE	CD INTEGRATE PERCORSO LESIONI A	33,3	AD ACCESSO	7		233,1
	PROFILO 1	CD INTEGRATE PERCORSOLESIONI B	38,1	AD ACCESSO	12		457,2
	PROFILO 2	CD INTEGRATE PERCORSO LESIONI C	42,9	AD ACCESSO	16		686,4
	PRESTAZIONALE	CD BASE PERCORSO FISIOTERAPIA A	38,5	AD ACCESSO	6		231
	PROFILO 1	CD INTEGRATE PERCORSO FISIOTERAPIA B	38,5	AD ACCESSO	7/8		269,5-308
	PROFILO 1	CD INTEGRATE PERCORSO FISIOTERAPIA C	40,6	AD ACCESSO	10		406
	PROFILO 1	CD INTEGRATE PERCORSO FISIOTERAPIA D	40,6	AD ACCESSO	12		487,2
AREA ADI INTEGRATA	PROFILO 1	LIVELLO I		A GIORNATA DI CURA	5	9	297,5
	PROFILO 1	LIVELLO II		A GIORNATA DI CURA	10	15	537,5
	PROFILO 2	LIVELLO IIIA		A GIORNATA DI CURA	16	19	752,5
	PROFILO 3	LIVELLO IIIB		A GIORNATA DI CURA	20	25	967,5
	PROFILO 4	LIVELLO IIIC		A GIORNATA DI CURA	26	30	1.372,0
	Post acuta domiciliare	Alta Intensità	40,6	AD ACCESSO	fino a 2/die max 1 mese		

L'impatto stimato dall'introduzione delle nuove tariffe legate alle nuove unità di offerta di cure domiciliari denominate C-DOM è pari a **25mln/euro anno**, la cui copertura è garantita nell'ambito dello stanziamento di cui alla Macroarea 4 dell'allegato 1) alla delibera di aggiornamento del quadro economico finanziario adottata in data odierna. L'entrata in vigore delle nuove tariffe è subordinata all'applicazione delle determinazioni di cui al paragrafo 18) del presente provvedimento.

Le tariffe sono state calcolate tenendo conto dei costi rilevati in scheda struttura, dalle tempistiche di gestione dei trattamenti domiciliari e dei trasferimenti per raggiungere il domicilio.

Le tariffe sono da considerare omnicomprensive di tutti gli oneri legati al presente processo di riordino, ivi compresi gli adeguamenti strutturali/organizzativi/amministrativi, anche nell'ambito del quadro normativo nazionale legato alla telemedicina e alla sua progressiva implementazione sul territorio Lombardo.

Resta in capo alle ASST il governo dei sotto-budget definiti dalle ATS in relazione al budget assegnato annualmente per l'erogazione delle cure domiciliari.

14.1 REGOLE DI VALORIZZAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI DI BASE:

Le CD di base e i percorsi domiciliari standardizzati di base – qualificate dagli specifici protocolli assistenziali di appropriatezza allegati al presente provvedimento - sono remunerate **in funzione del numero di accessi effettivi** dell'operatore al domicilio della persona, con le seguenti indicazioni:

A. prelievi (CD base: max 4 accessi/mese): si applica la tariffa prestazionale dedicata;
B. prestazionale Generico (CD base: max 4 accessi/mese): si applica la tariffa prestazionale definita;
C. gestione Alvo (CD base: max 4 accessi/mese): si applica la tariffa prestazionale dedicata e si gestisce l'assistenza secondo il protocollo di appropriatezza di riferimento;
D. gestione Catetere – Stomie (CD base: max 4 accessi/mese): si applica la tariffa prestazionale dedicata e si gestisce l'assistenza secondo il protocollo di appropriatezza di riferimento;

Agli accessi effettuati (fermo restando le ulteriori previsioni in materia di soglie di cui al capoverso successivo):

- si applica la tariffa della prestazione di riferimento, come riportata nella colonna A) della tabella sinottica di cui sopra (paragrafo 14) del presente allegato), rispettando il protocollo di appropriatezza regionale, qualora prescritto, nonché i protocolli interni definiti dall'ente gestore in conformità a quanto previsto dalle regole sull'accreditamento;
- si riconosce la tariffa della prestazione di riferimento da moltiplicare per il numero effettivo degli accessi al domicilio anche se effettuati nella medesima giornata; nel caso invece di prestazioni differenti erogate nel corso dello stesso accesso domiciliare, la tariffa per accesso si considera omnicomprensiva di tutte le prestazioni erogate nell'accesso in cui vengono eseguite.

Agli eventuali accessi straordinari effettuati **oltre** la **soglia** definita per le **cure domiciliari di base** si applicano le seguenti regole di remunerazione:

- nei casi di rendicontazione con durata della presa in carico fino a 30 giorni è consentita la remunerazione **fino a 2 accessi** oltre la soglia degli accessi standard di riferimento, senza abbattimenti;
- il numero di accessi oltre soglia per cui è consentita la remunerazione è rimodulato in 4 accessi nel caso di durata della presa in carico tra 31 e 60

giorni e in 6 accessi nel caso di durata della presa in carico tra i 61 e 90 giorni;

- per gli eventuali accessi rendicontati oltre la soglia prevista per il periodo di durata della presa in carico, la remunerazione si intende già ricompresa nell'importo riconosciuto in relazione agli accessi remunerati;
- in generale è possibile in sede di equipe EVM di ASST attivare contemporaneamente massimo di due protocolli/percorsi standardizzati, mono professionali; in tal caso l'attivazione del secondo potrà avvenire qualora la prestazione non possa essere altrimenti erogata durante gli accessi programmati nel primo protocollo/percorso standardizzato. I due percorsi saranno distintamente rendicontati e remunerati ad accesso, purché erogati in accessi distinti; resta invece esclusa l'attivazione contestuale del percorso di fisioterapia con altri percorsi ad erogazione infermieristica;

14.2 REGOLE DI VALORIZZAZIONE DEI PERCORSI DOMICILIARI STANDARDIZZATI LEGATI ALLA CURA DELLE LESIONI E ALLA FISIOTERAPIA:

All'esito della sperimentazione attuata dall'ATS Brianza con le ASST di Lecco, Brianza e Vimercate e gli enti gestori privati, sono stati individuati due percorsi mono-professionali dedicati alla gestione delle lesioni e della riabilitazione, così declinati:

- il percorso delle lesioni è stato articolato su 3 sotto-percorsi denominati lesioni A), B), C), individuando specifiche tariffe e il valore complessivo del percorso, come rispettivamente riportati nelle colonne A) ed E) della tabella sinottica di cui al paragrafo 14) del presente allegato;
- il percorso della riabilitazione è stato articolato su 4 sotto-percorsi denominati riabilitazione A), B), C), D), individuando specifiche tariffe e il valore complessivo del percorso, come rispettivamente riportati nelle colonne A) ed E) della tabella sinottica di cui al paragrafo 14) del presente allegato;

Le regole di remunerazione dei percorsi in questione sono le seguenti:

- se il numero di accessi effettuati è < al numero di accessi standard di percorso, la remunerazione è uguale al prodotto tra il numero degli accessi effettivi al domicilio della persona e la tariffa ad acceso definita per il sotto-percorso di riferimento (colonna A) della tabella sinottica di cui sopra);
- in generale è possibile in sede di equipe EVM di ASST **attivare contemporaneamente massimo due protocolli/percorsi standardizzati purché mono professionali;** in tal caso l'attivazione del secondo potrà avvenire qualora la prestazione non possa essere altrimenti erogata durante gli accessi programmati nel primo protocollo/percorso standardizzato; i due percorsi saranno distintamente rendicontati e remunerati ad accesso, purché erogati in accessi distinti; resta invece esclusa l'attivazione contestuale del percorso di fisioterapia con altri percorsi ad erogazione infermieristica;
- se il numero di accessi effettuati è > al numero di accessi standard di percorso, è riconosciuta una remunerazione pari al valore del percorso (colonna E) della tabella sinottica di cui sopra) maggiorato del 10% a titolo di integrazione a forfait;

Pertanto, con riferimento ai percorsi assistenziali legati alle lesioni e alla riabilitazione:

- si applica la tariffa dedicata al percorso attivato, riconosciuta in funzione del numero effettivo di accessi effettuati al domicilio del paziente;
- la durata del percorso è definita dal protocollo di riferimento approvato a livello regionale (massimo 3 mesi per lesioni e 3 mesi per riabilitazione);
- in generale è possibile in sede di equipe EVM di ASST **attivare contemporaneamente massimo di due protocolli/percorsi standardizzati**, **mono professionali;** in tal caso l'attivazione del secondo potrà avvenire qualora la prestazione non possa essere altrimenti erogata durante gli accessi programmati nel primo protocollo/percorso standardizzato; i due percorsi saranno distintamente rendicontati e remunerati ad accesso, purché erogati in accessi distinti; resta invece esclusa l'attivazione contestuale del percorso di fisioterapia con altri percorsi ad erogazione infermieristica;
- le eventuali prestazioni infermieristiche, che straordinariamente dovessero rendersi necessarie durante l'erogazione del percorso lesioni di natura differente da quelle specificate nel protocollo (es. insorgenza necessità di sostituzione catetere), se erogate contestualmente alla gestione della lesione (es lesioni + Catetere, lesioni + alvo, lesioni + gestione terapia) sono da ritenersi comprese nella remunerazione prevista per l'accesso della prestazione principale. Diversamente, nel caso di prestazioni non eseguibili durante l'accesso della prestazione principale, gli accessi effettuati per tali prestazioni resesi necessarie sono considerati quali ulteriori accessi rendicontabili nell'ambito del percorso, ferma restando la regola della maggiorazione del 10% qualora venga superato il numero di accessi standard di percorso.

Se in corso di erogazione si rileva la necessità ricorrente di ricevere più di due tipologie differenti di prestazioni mono professionali, deve essere richiesta dall'ente gestore prescelto dalla famiglia alla equipe di valutazione della ASS/MMG la rivalutazione per valutare l'attivazione dell'ADI integrata secondo il CIA appropriato al bisogno rilevato.

14.3 REGOLE DI VALORIZZAZIONE DEI LIVELLI I, II E III DI ADI INTEGRATA

I livelli I, II e III di ADI integrata sono di regola multiprofessionali e/o multiprestazionali. La remunerazione dei percorsi di ADI integrata è riconosciuta a giornata di cura. La durata massima del PI e del PAI relativo a prese in carico attraverso percorsi di ADI integrata è di tre mesi.

La valorizzazione dei livelli è definita come segue:

- si riconosce l'intero valore del livello (tariffa/die x GDC), purché sia stato erogato un numero di accessi/mese almeno pari a quelli previsti dal CIA di riferimento (soglie minime della colonna C) della tabella sinottica riportata al paragrafo 14) del presente allegato); gli accessi minimi dovuti sono opportunamente riproporzionati in base alla durata della presa in carico rendicontata (GDC);
- se gli accessi effettivi rendicontati sono inferiori a quelli previsti dal CIA di riferimento (soglie minime della colonna C) della tabella sinottica riportata al paragrafo 14) del presente allegato, opportunamente riproporzionati in base

alle GDC, il valore del livello viene abbattuto del 20%.

Le EVM del distretto di ASST possono autorizzare, in una logica di stretta appropriatezza con riferimento esclusivo a casi di gravissima complessità/fragilità, quale risposta a prevalenti bisogni di carattere sanitario, PI e PAI di livello III C, attraverso una progettazione personalizzata del numero di accessi anche superiore ai 30 accessi mese tenuto conto di tutte le risorse formali e informali, anche familiari, già attive/attivabili, attraverso uno specifico profilo personalizzato e autorizzato da ATS, nel quadro delle risorse di budget assegnate all'ASST.

Le EVM del distretto di ASST, per queste particolarissime gravi ed eccezionali situazioni riconducibili al livello III C, possono definire un fabbisogno di accessi aggiuntivi/mese oltre i 30 da remunerare con la tariffa prevista per gli accessi prestazionali generici. Tale remunerazione aggiuntiva rispetto a quella del livello III C è riconosciuta previa autorizzazione da parte dell'ASST e ATS, sulla base degli accessi aggiuntivi effettivamente rendicontati.

Si precisa altresì che:

- in sede di rendicontazione delle cure domiciliari di base e dei livelli di ADI integrata, la durata del percorso/livello può essere al massimo di 90 giorni, superati i quali la persona deve essere rivalutata;
- per i livelli di ADI integrata, al fine dell'applicazione dell'eventuale abbattimento del 20%, il calcolo del numero di accessi minimi attesi prevede il riproporzionamento degli accessi attesi su base mensile in relazione alle giornate di cura (GdC) rendicontate, con arrotondamento all'unità più prossima. Tale valore è il riferimento per il confronto con gli accessi effettivamente erogati e rendicontati;
- nulla è dovuto per rendicontazione di livelli con accessi pari a zero.

Il livello "Alta intensità", coerentemente a quanto descritto nell'allegato 3, si riferisce a situazioni in cui il paziente, per un periodo temporale limitato, richiede un fabbisogno di accessi particolarmente elevato. Potrebbero configurarsi esigenze molto diverse da caso a caso (da pazienti che necessitano di un intervento/die a pazienti che necessitano di due interventi/die), di volta in volta definite dall'EVM. Al fine di tenere conto della specificità della singola presa in carico, si fa riferimento all'accesso quale unità di misura rappresentativa dell'impegno assistenziale richiesto e del relativo assorbimento di risorse, prevedendo pertanto una remunerazione in base agli accessi effettivamente rendicontati per la tariffa ad accesso di cui alla colonna A) della tabella al paragrafo 14), ferma restando la coerenza con il fabbisogno accertato dall'EVM e il limite massimo di accessi remunerabili pari a 60. Dopo il 30° giorno l'eventuale esigenza di prosecuzione del servizio è subordinata alla rivalutazione/riconduzione da parte dell'EVM di ASST agli altri percorsi/profili.

15. PRIME DETERMINAZIONI NELL'AMBITO DELLA TELEMEDICINA NELL'AREA DELLE CURE DOMICILIARI IN ATTUAZIONE DEL DECRETO 29 APRILE 2022 DI APPROVAZIONE DELLE LINEE GUIDA ORGANIZZATIVE CONTENENTI IL «*MODELLO DIGITALE PER L'ATTUAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE*»

15.1 PRESTAZIONI DI TELEMEDICINA EROGABILI ATTRAVERSO I SOGGETTI GESTORI DI CURE DOMICILIARI ACCREDITATI, IN APPLICAZIONE DEI CRITERI DI CUI ALL'ALLEGATO 1) DEL PRESENTE ATTO

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria consentendo l'erogazione di servizi a distanza tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT).

Il quadro normativo di riferimento è costituito dai seguenti atti:

- Rep. Atti n. 16/CSR del 20 febbraio 2014 – Intesa sul documento "Telemedicina – Linee di indirizzo nazionali"
- Rep. Atti n. 215/CSR del 17 dicembre 2020 – Accordo ai sensi dell'art. 4, comma 1, del D.Lgs 28/8/1997, n. 281, su documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina"
- Rep. Atti n. 231/CSR del 18 novembre 2021 - Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie";
- Decreto Ministeriale del 29 aprile 2022 - Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare».

Lo sviluppo della Telemedicina va considerato quale fattore abilitante, per concorrere all'attuazione della logica di presa in carico sottesa al modello definito per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale di cui al DM 77/2022 "*Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*".

La Telemedicina si configura come una **modalità di integrazione,** e non di sostituzione, dei servizi erogati nei diversi ambiti previsti dai LEA (prevenzione, assistenza territoriale e assistenza ospedaliera), promuovendo l'equità dell'accesso e la disponibilità di un'assistenza qualificata anche in contesti geograficamente svantaggiati.

Nell'ambito della Telemedicina si individuano diversi tipi di prestazioni erogate a distanza, ciascuna delle quali deve essere ricondotta al medesimo livello assistenziale che ne vede l'erogazione anche in presenza. Nello specifico, richiamando le "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina" del 2014, sono individuate le seguenti prestazioni:

- Televisita
- Teleconsulto medico
- Teleconsulenza medico-sanitaria
- Telerefertazione
- Telemonitoraggio
- Teleassistenza
- Teleriabilitazione

Nelle more del processo evolutivo legato allo sviluppo:

- della piattaforma digitale nazionale per la telemedicina, sulla base dello stato di avanzamento dei lavori dei tavoli nazionali;
- della piattaforma digitale territoriale regionale, in attuazione della DGR XI/5872 del 24/01/2022:
  - nell'ambito della quale la telemedicina rappresenta uno dei fondamentali elementi che ne declinano il contenuto;
  - alla quale gli Enti gestori pubblici e privati accreditati dovranno fare riferimento anche in una logica di interoperabilità e integrazione dei sistemi già esistenti;
- della progressiva attuazione del modello organizzativo della nuova sanità territoriale di cui al DM 77/2022, fondato sulle nuove articolazioni distrettuali delle CdC, COT e OdC, il raccordo con gli ambulatori dei MMG/PLS quali articolazioni spoke delle CdC, l'attività degli infermieri di famiglia e di comunità;
- dell'implementazione della telemedicina nei diversi ambiti di erogazione (attività ambulatoriale e diagnostica, attività domiciliare, ecc.), anche al fine della corretta perimetrazione delle prestazioni erogabili con tale modalità in funzione delle regole amministrative che devono essere applicate alle stesse in termini di tariffa, modalità di rendicontazione, compartecipazione alla spesa se prevista, contrattualizzazione degli enti (nei rispettivi Lea di riferimento);

si avvia, in fase di prima applicazione, e all'esito dell'acquisizione da parte degli Enti Gestori di Adi dello status di accreditamento in applicazione dei nuovi requisiti di cui all'allegato 1) del presente atto, la possibilità di erogare prestazioni in modalità di telemedicina nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata limitatamente alle prestazioni rientranti nelle seguenti fattispecie:

1. visite medica di controllo (televisita)
2. colloquio psicologico paziente/famiglia (teleassistenza)
3. trattamento di fisioterapia (teleriabilitazione);

Tenuto conto che nell'ambito della rete d'offerta dei servizi erogati al domicilio rientrano anche le cure palliative domiciliari, si rimanda a successivo provvedimento la valutazione in ordine all'avvio dell'erogazione delle prestazioni in telemedicina anche in tale livello erogativo.

15.2 PROFILI PROFESSIONALI CHE POSSONO EROGARE PRESTAZIONI IN TELEMEDICINA NELL'AMBITO DELL'ORGANIZZAZIONE DEGLI ENTI GESTORI DI CURE DOMICILIARI ACCREDITATI, IN APPLICAZIONE DEI CRITERI DI CUI ALL'ALLEGATO 1) DEL PRESENTE ATTO

Con specifico riferimento alle figure professionali che intervengono al domicilio del paziente, richiamando le indicazioni nazionali di cui al DM del 29 aprile 2022 per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, si specifica che **tali prestazioni sono**

erogabili in modalità da remoto solo da parte di professionisti sanitari.

La responsabilità dell'erogazione della prestazione è in capo al professionista sanitario che eroga la prestazione in telemedicina.

15.3 LA RESPONSABILITA' SANITARIA DURANTE L'ATTIVITA' DI TELEMEDICINA

Dal punto di vista della **responsabilità sanitaria**, come previsto al paragrafo 3) dell'Accordo del 17 dicembre 2020, agire in telemedicina per i sanitari significa assumersi piena responsabilità professionale, esattamente come per ogni atto medico e sanitario condotto nell'esercizio della propria professione, tenendo conto della corretta gestione delle limitazioni dovute alla distanza fisica, nonché del rispetto delle norme sul trattamento dei dati. Ai fini della gestione del rischio clinico e della responsabilità sanitaria, il corretto atteggiamento professionale consiste nello scegliere le soluzioni operative che, dal punto di vista medico-assistenziale, offrano le migliori garanzie di proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza e nel rispetto dei diritti della persona. Alle attività sanitarie in telemedicina si applicano tutte le norme legislative e deontologiche proprie delle professioni sanitarie, nonché i documenti d'indirizzo di bioetica. In allineamento a quanto già previsto dalla DGR XI/3528 del 5/8/2020, resta nella responsabilità del sanitario la valutazione, al termine di una prestazione erogata a distanza, sul grado di raggiungimento degli obiettivi che la prestazione stessa si prefiggeva, ovvero l'obbligo di riprogrammazione della prestazione in presenza in caso di insufficienza del risultato, qualunque ne sia stato il motivo (tecnico, legato alle condizioni riscontrate del paziente o altro). Qualora lo strumento di telemedicina non permetta di mantenere inalterato il contenuto sostanziale della prestazione da erogare, gli erogatori sono tenuti ad effettuare o a completare la prestazione in modalità tradizionale, senza oneri aggiuntivi a carico del SSN. In tal caso, in sede di rendicontazione dovrà essere indicata solo la prestazione erogata in modalità tradizionale.

15.4 ELEMENTI NECESSARI

L'erogazione di prestazioni in telemedicina è subordinata alla chiusura con esito positivo del procedimento di riclassificazione/accreditamento degli enti gestori secondo i nuovi requisiti di cui all'allegato 1) e nel quadro delle tempistiche definite nell'allegato stesso.

Le tre tipologie di prestazioni individuate al paragrafo 15.1 del presente allegato nell'ambito dell'accreditamento delle cure domiciliari devono essere effettuate attraverso strumenti che consentano di interagire con il paziente attraverso un collegamento audio/video via internet e di condividere eventuale documentazione medica aggiuntiva a quella già presente nel Fascicolo Sanitario dello stesso paziente.

Lo/gli strumenti devono assicurare almeno le seguenti caratteristiche di base:

- alti standard di affidabilità che garantiscano l'integrità delle informazioni gestite, la coerenza tra l'informazione trasmessa e quella disponibile quando la prestazione viene erogata in modalità convenzionale, l'operatività e la continuità del servizio;

- livello di sicurezza adeguato alla gestione di informazioni sanitarie e volto a prevenire tentativi di intrusione attraverso il software o i sistemi di collegamento;
- piena compatibilità con il Regolamento Generale sulla Protezione dei dati **(GDPR – Regolamento Europeo n. 679/2016)** e tutte le normative vigenti in materia di privacy;
- sistema di profilazione e autenticazione degli utenti che garantisca un controllo degli accessi e un livello di accesso alle informazioni differenziato in base al profilo. Tale sistema deve anche assicurare una modalità di accesso che, nel rispetto dei livelli di sicurezza, sia la più semplice possibile per i pazienti;
- soluzione multipiattaforma che possa essere utilizzata sia da personal computer che da dispositivi mobili;
- interfaccia di semplice utilizzo per tutte le tipologie di utenti.

15.4.1 STRUMENTI A SUPPORTO DELLE ATTIVITÀ DEL PERSONALE SANITARIO

Dovranno essere disponibili al personale sanitario impegnato, unitamente ai consueti strumenti che supportano l'attività in presenza (quali ad esempio agende degli appuntamenti, documentazione clinica necessaria alla valutazione in atto, etc,) i seguenti strumenti:

- sistemi differenziati per comunicare con il paziente (SMS, e-mail con testi criptati, video comunicazione);
- videochiamata verso il paziente;
- centro di coordinamento tecnico che gestisca le attività del servizio in telemedicina. L'organizzazione del suddetto centro può essere di vario tipo, ma con personale di supporto ulteriore ai sanitari che gestiscono i pazienti in telemedicina.

15.4.2 STRUMENTI DI SUPPORTO PER IL PAZIENTE

Il paziente deve essere in grado di mettere a disposizione un contatto telematico per l'interazione documentale/informativa con il personale sanitario individuato dall'ente gestore e di accedere ad un sistema di comunicazione remota secondo le specifiche richieste dal servizio. Qualora il paziente non sia in grado di mettere a disposizione quanto qui richiamato, l'ente gestore procede all'erogazione delle prestazioni in modalità tradizionale.

15.4.3 STANDARD DI SERVIZIO

Come previsto al paragrafo 3) dell'Accordo del 17 dicembre 2020, per l'erogazione delle prestazioni in telemedicina di cui al paragrafo precedente, si considerano necessari, oltre ai requisiti di cui all'allegato 1) del presente atto per l'erogazione di cure domiciliari in modalità tradizionale, anche gli ulteriori requisiti generali di seguito declinati.

Tutti i trasferimenti di voce, video, immagini, files devono essere crittografati e rispettare le vigenti normative. Gli erogatori devono assicurare, altresì, quanto segue:

- inserire nella Carta dei servizi l'elenco delle prestazioni erogabili in telemedicina, le loro modalità di erogazione, l'organigramma funzionale con i diversi livelli di responsabilità;
- designare un Direttore/Responsabile Sanitario che garantisce l'organizzazione tecnico- sanitaria e la sussistenza dei dovuti standard prestazionali per le attività cliniche erogate in telemedicina, e identificazione di un soggetto professionale, di comprovata e specifica competenza, responsabile della gestione e manutenzione delle tecnologie e dell'infrastruttura informatica atta a garantire l'erogazione di servizi di telemedicina;
- assicurare un piano di formazione periodico che garantisca il mantenimento nel tempo delle competenze del personale preposto, a vario titolo alla gestione e utilizzo dei servizi di telemedicina;
- adottare una procedura per assicurare idonea e preventiva **informativa al cittadino** sull'esecuzione della prestazione "a distanza";
- adottare un piano formativo per l'addestramento del personale utilizzatore (pazienti, caregiver, operatori sanitari) all'uso delle tecnologie impiegate;
- adottare, ove possibile, procedure per l'eventuale recupero, la pulizia, **sanificazione e disinfezione** e il ricondizionamento di tecnologie provenienti dal domicilio, nei casi previsti di un loro possibile successivo riutilizzo con altri utenti;
- adottare politiche di tutela per la **sicurezza, riservatezza, conservazione e integrità dei dati,** conformemente alle direttive comunitarie e alle norme tecniche di riferimento inerenti la privacy e la sicurezza delle informazioni. I dati vengono gestiti limitatamente alle finalità di utilizzo previste;
- identificare le figure di responsabilità previste dalle normative vigenti in tema di privacy e sicurezza;
- garantire la tracciabilità delle attività di manutenzione, collaudi e controlli di sicurezza, qualora effettuati o previsti dalle normative vigenti, per le tecnologie hardware e software in uso, con relativi rapporti tecnici di dettaglio;
- adottare un piano di qualità che preveda procedure organizzative ben definite per l'espletamento dei servizi in telemedicina;
- adottare un piano di valutazione dei rischi, commisurato alla tipologia di servizi forniti specificatamente in telemedicina, che preveda:
  - la ponderazione dei rischi connessi all'utilizzo delle tecnologie in relazione alla destinazione d'uso, al quadro clinico del paziente e ai fattori ambientali (strutturali, impiantistici, igienici, ecc.) e di contesto sussistenti;
  - la presenza di procedure di mitigazione dei rischi di eventuali eventi

avversi;

- la rivalutazione periodica dei rischi connessi all'utilizzo delle tecnologie e l'eventuale ripianificazione delle procedure di mitigazione dei rischi;
- la formazione dell'utente/caregiver, in caso di servizi di telemedicina al domicilio, in merito a procedure di sicurezza e/o di mitigazione dei rischi di eventuali eventi avversi;
- l'esplicitazione delle modalità di segnalazione e notifica di eventuali incidenti o mancati incidenti.

L'ente erogatore accreditato per le cure domiciliari dovrà dotarsi di **piattaforma certificata CE medicale** secondo gli standard europei e dovrà autocertificare all'ATS di riferimento, nell'ambito del processo di riclassificazione o successivamente ad esso, la messa a sistema della piattaforma informatica, oltre alla piena operatività della cartella clinica informatizzata.

Per tutte le prestazioni erogate a distanza si applica il quadro normativo nazionale/regionale che regolamenta l'accesso ai diversi Livelli Essenziali di Assistenza.

15.5 PROCESSO DI ATTIVAZIONE DI PRESTAZIONI IN TELEMEDICINA

Per quanto riguarda il processo di attivazione della telemedicina nell'assistenza domiciliare integrata di cui all'allegato 1), il MMG/PLS/Equipe di valutazione del polo territoriale di ASST, in fase di valutazione, individuata la tipologia di prestazione/i appropriata alla risposta al bisogno, può proporne l'erogazione anche in modalità da remoto. Tale riferimento, se previsto, è riportato all'interno del Progetto Individuale, con esclusivo riferimento alle fattispecie di prestazioni di telemedicina ricomprese tra quelle individuate al paragrafo 15.1 e di seguito richiamate:

1. visite medica di controllo (televisita)
2. colloquio psicologico paziente/famiglia (teleassistenza)
3. trattamento di fisioterapia (teleriabilitazione);

L'Ente erogatore prescelto dalla famiglia procede, nell'ambito della stesura del PAI, alla verifica di idoneità del paziente, in conformità a quanto previsto dall'Accordo di cui al Rep. Atti n. 215/CSR del 17 dicembre 2020 e dal DM del 29/04/2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare».

In particolare, dovrà essere verificata la possibilità per il paziente/caregiver di accedere a sistemi ed infrastrutture tecnologiche che soddisfino almeno i requisiti minimi tecnici per una corretta e sicura fruizione della prestazione e le competenze/abilità minime che il paziente deve possedere, per poter utilizzare in modo appropriato le piattaforme tecnologiche, tenendo anche conto dell'eventuale supporto aggiuntivo che può ricevere dal caregiver.

Qualora la valutazione di idoneità al trattamento domiciliare anche con servizi di

telemedicina è positiva, l'ente gestore accreditato per cure domiciliari:

1. acquisisce dall'assistito il consenso informato espresso a seguito di specifica informativa, secondo le normative vigenti in materia di privacy e sicurezza;
2. programma all'interno del PAI l'erogazione delle prestazioni da remoto, tenendo conto che nessun PAI può essere pianificato in esclusiva modalità in telemedicina;
3. registra le prestazioni erogate all'interno del fascicolo domiciliare digitale;
4. rendiconta le prestazioni nell'ambito del flusso SIAD;

L'attivazione del servizio di telemedicina richiede **l'adesione preventiva del paziente**, al fine di confermare tra l'altro la disponibilità di un contatto telematico per l'interazione documentale/informativa con il sanitario, come previsto al paragrafo 2) dell'Accordo del 17 dicembre 2020, ed accedere ad un sistema di comunicazione remota secondo le specifiche tecniche e le normative vigenti in materia di privacy e sicurezza.

Tale adesione deve essere preceduta da una adeguata e puntuale informativa, in linea con quanto previsto dalla normativa vigente, che deve consentire al paziente di essere consapevole dei seguenti aspetti:

- in cosa consiste la prestazione, qual è il suo obiettivo, quali i vantaggi che si ritiene possa avere il paziente e quali gli eventuali rischi;
- come verrà gestita e mantenuta l'informazione e chi avrà accesso ai dati personali e clinici del paziente;
- quali professionisti saranno coinvolti;
- quali saranno i compiti di ciascuna struttura e le relative responsabilità;
- quali sono gli estremi identificativi del/dei titolare/i del trattamento dei dati personali e di almeno un responsabile se individuato, indicando le modalità per conoscere l'elenco aggiornato dei responsabili;
- quali sono le modalità con cui rivolgersi al titolare o al responsabile;
- quali sono i diritti dell'assistito rispetto ai propri dati.

Il paziente dopo aver ricevuto tutte le informazioni può scegliere se accettare o meno questa modalità erogativa.

Qualora il paziente non risponda ai requisiti di compliance clinica e/o tecnica per lo svolgimento di prestazioni in telemedicina o non aderisca alla proposta, le stesse verranno effettuate in modalità tradizionale.

Nel caso si proceda all'erogazione di prestazioni in modalità da remoto, l'accettazione dell'avvenuta prestazione può essere rilevata anche digitalmente.

Si ribadisce che:

- la programmazione degli accessi contenuta nel PAI non può prevedere trattamenti erogati unicamente in telemedicina;
- la visita erogata in telemedicina (televisita) è da intendersi limitata alle attività di controllo dei pazienti e non è mai sostitutiva della prima visita medica in

presenza;

- le prestazioni rese in modalità da remoto devono essere inserite nel fascicolo domiciliare digitale al pari di quelle rese in presenza.

15.6 RENDICONTAZIONE E REMUNERAZIONE

Analogamente ad ogni altra prestazione erogata nel setting domiciliare, anche i servizi attivati in telemedicina dovranno essere opportunamente registrati e rendicontati nell'ambito dell'alimentazione del flusso SIAD, che sarà evoluto per consentire la rilevazione completa delle informazioni sugli assistiti, inclusa la modalità di erogazione al domicilio (in presenza/a distanza).

Ai fini della remunerazione, l'accesso da remoto viene rendicontato analogamente all'accesso in modalità tradizionale e concorre al conteggio dei volumi di accessi effettivamente resi anche al fine del confronto con quelli attesi. Gli accessi da remoto concorrono in ogni caso alla determinazione del CIA della presa in carico domiciliare. Si ricorda che il Progetto Individuale e il PAI non possono mai identificarsi con una programmazione di accessi esclusivamente in telemedicina.

Nelle more della definizione di specifiche tariffe nazionali, si applica il sistema di remunerazione e tariffazione vigente per l'erogazione delle medesime attività assistenziali in modalità tradizionale.

16. IMPLEMENTAZIONE DEI DATI ALIMENTAZIONE NEL FLUSSO NAZIONALE SIAD

In una logica di progressività, tenuto conto del sistema allargato delle cure domiciliari territoriali, saranno oggetto di alimentazione nel flusso SIAD:

- le prese in carico in RSA Aperta, procedendo con successivo atto dei competenti uffici della DG Welfare all'eventuale implementazione del relativo tracciato, con decorrenza dal 2023 integrando il tracciato esistente con le variabili informative obbligatorie al momento non rilevate;
- le cure domiciliari erogate dai distretti delle ASST anche con riferimento al monitoraggio di casistiche relative a specifici target di assistiti in condizione di cronicità che verranno definiti successivamente dai competenti uffici della DG Welfare, nell'ambito del processo attuativo del DM 77/2022.

17. L'OBIETTIVO TARGET DEFINITO DAL PNRR DELLA PRESA IN CARICO DEL 10% DELLA POPOLAZIONE TARGET OVER 65 ANNI ENTRO IL 2026

Tutti gli erogatori del sistema delle cure domiciliari di cui all'intesa del 4 agosto 2021 concorrono, *entro i limiti e secondo le regole* che verranno definite a livello nazionale in sede di riparto delle risorse della missione 6 C1 del PNRR, al raggiungimento dell'obiettivo target definito dal PNRR della presa in carico del 10% della popolazione over 65 anni entro il 2026.

Il PNRR ha infatti definito la strategia e la performance attesa dal SSN. Il livello nazionale disporrà il riparto delle risorse, le regole di relativo utilizzo, gli indicatori diretti a misurare l'avanzamento intermedio nel raggiungimento dell'obiettivo target

definito da parte dei singoli sistemi regionali (flusso SIAD).

In questo contesto le singole regioni devono definire le azioni organizzative dirette a traguardare lo scenario per il miglior concorso al raggiungimento del target definito.

All'esito del riparto delle risorse del PNRR, sarà pertanto definito uno specifico programma di sviluppo delle cure domiciliari, in linea con le indicazioni che saranno definite dal livello nazionale.

In questo contesto sarà programmato a livello territoriale il concorso di ciascuna ASST al raggiungimento dell'obiettivo, a partire dall'utilizzo delle risorse di personale assegnate al territorio ex DL 34/2020 per l'ADI e per gli infermieri di famiglia e di comunità (IFeC). In questo ambito occorre evidenziare che l'inserimento graduale e progressivo degli infermieri di famiglia (IFeC) nelle Case di Comunità, consente di prefigurare un percorso di collaborazione con i MMG/PLS delle AFT di riferimento nella gestione proattiva delle persone con malattia cronica, che non sono già seguite da servizi domiciliari, garantendo una presa in carico anticipata, che possa contribuire a ridurre l'inappropriato accesso al pronto soccorso e al ricovero ospedaliero. Il percorso, a partire dalla identificazione di target prioritari può prevedere l'arruolamento da parte dei MMG/PLS e il successivo intervento dell'IFeC, sia a livello ambulatoriale, sia a livello domiciliare, anche con il supporto della medicina digitale.

Ai fini del raggiungimento del target di PNRR legato all'implementazione delle cure domiciliari nella logica del PNRR e del DM 77/2022, e, con esso, del pieno concorso di Regione Lombardia al traguardo del target definito a livello nazionale, i Direttori Generali di ASST, attraverso i Direttori Sociosanitari e di Direttori di Distretto, lavorano quindi:

- ad avviare l'accreditamento in concreto delle unità di offerta di cure domiciliari secondo quanto previsto all'allegato 1) del presente provvedimento ai fini della gestione diretta dell'ADI da parte di tutti i poli territoriali di ASST, concorrendo al raggiungimento dell'obiettivo anche attraverso le risorse di personale di cui al DL 34/2020 per l'ADI, pari a complessivi **euro 28.000.000** che verranno assegnate con successivo provvedimento di Giunta; il numero degli assistiti in carico per ogni infermiere sarà direttamente correlato alle scelte delle famiglie, all'intensità assistenziale dei singoli utenti e alle caratteristiche geografiche del territorio (tempi di spostamento); le risorse potranno essere utilizzate anche per l'assunzione di fisioterapisti/altri professionisti previsti dalle regole di accreditamento per rispondere ai diversi bisogni;
- nell'ambito delle cure domiciliari di base, per estendere la platea delle persone attualmente assistite rispetto a quelle già ad oggi eleggibili per l'ADI; il numero complessivo di assistiti reclutabili è direttamente proporzionale al numero di IFeC in servizio nel ruolo specifico, ma è anche influenzato dalla complessità dei singoli casi e dalle caratteristiche geografiche del territori; tale ipotesi si potrebbe conciliare con lo sviluppo delle altre funzioni complementari di questi professionisti, che rappresentano una delle innovazioni introdotte dal DM 77/2022, orientate a conoscere il territorio ed i bisogni che esprime (per es. attraverso la stesura dei profili di comunità), a rafforzare le collaborazioni con le istituzioni e con gli interlocutori privilegiati (terzo settore), a gestire ambulatori infermieristici di prossimità, a sviluppare progetti di promozione della salute anche

con la partecipata attiva della comunità. In questo ambito, con DGR XI/3377 del 14/07/2020, "*Determinazioni in ordine al reclutamento di personale per i Servizi Sanitari Territoriali*", è stato assegnato alle singole ASST il finanziamento per l'assunzione di 1.600 IFeC, secondo lo standard previsto dal DL 43/2020 convertito nella Legge 77/2020, di 8 infermieri ogni 50.000 abitanti. Almeno il 50% degli IFeC potrebbero avviare entro il primo trimestre 2023 tale attività in modo da strutturare il servizio in concomitanza all'attivazione delle CdC e avviare in concreto le azioni per il raggiungimento dell'obiettivo target di PNRR; i flussi di presa in carico così attuati dovranno garantire l'alimentazione del flusso SIAD al fine della rendicontazione a livello nazionale e comunitario dell'avanzamento nel raggiungimento dell'obiettivo target. Nell'ambito di tale sviluppo, la programmazione di ASST tiene conto in particolare dei dati di presa in carico in assistenza protesica, ventilazione, ossigenoterapia, nutrizione artificiale.

18. TEMPISTICHE DEL PROCESSO AMMINISTRATIVO DI RIORDINO

Il nuovo quadro regolatorio delle cure domiciliari verrà implementato sul territorio regionale secondo un processo graduale e declinato nei seguenti fondamentali step di processo amministrativo:

A. <u>per le UDO già accreditate e a contratto:</u>

- istanza di riclassificazione da presentare entro il 01/12/2022; se già operanti e a contratto su più ATS, l'istanza è presentata sulla ATS di accreditamento originaria, per le altre ATS è necessario presentare SCIA contestuale;
- istruttoria in ATS da chiudere - ricorrendone i requisiti - entro 01/02/2023 con invio in RL del provvedimento di attestazione del possesso dei requisiti e assegnazione del nuovo CUDES da AFAM;
- adozione da parte di RL del provvedimento di riclassificazione/accreditamento con contestuale iscrizione nel registro regionale (AFAM) entro il 1/03/2023, con conseguente acquisizione dello status di unità di offerta C-DOM abilitata e accreditata all'esercizio per le cure domiciliari di base e di ADI integrata di I, II e III livello;
- l'ente gestore, all'esito della riclassificazione dell'accreditamento, provvede alla chiusura delle prese in carico aperte il 31/03/2023 e alla relativa rivalutazione ai fini della riclassificazione dei profili secondo il nuovo sistema dei percorsi, da comunicare alla ASST per le verifiche di coerenza e ad ATS. Al fine di garantire la continuità assistenziale, si prevede infatti che, in fase di primo avvio, siano gli stessi gestori a riclassificare provvisoriamente gli utenti secondo le nuove regole, in attesa che le Unità di Valutazione possano completare le rivalutazioni con i nuovi criteri. Ai fini della rendicontazione della produzione a tutto il 31/03/2023 l'ente gestore utilizza il CUDES ADI pre-riclassificazione; per consentire il completamento dei processi di rendicontazione si chiede pertanto alle ATS di non procedere alla chiusura dei CUDES ADI fino a esplicite indicazioni che la DG Welfare provvederà ad emanare;
- stipula del nuovo contratto entro il 30/04/2023 con applicazione del nuovo sistema tariffario dal 01/04/2023. La contrattualizzazione dei soggetti

riclassificati, è possibile, con specifico riferimento alla sola fase di gestione del processo di riclassificazione, secondo le seguenti regole:

- il contratto è stipulato con la/le ATS di precedente contrattualizzazione rispetto alla quale viene assunto il nuovo provvedimento di accreditamento per riclassificazione e con riferimento ai distretti indicati nel provvedimento stesso; pertanto il contratto coinciderà con i soli distretti indicati nel provvedimento di riclassificazione dell'accreditamento. Con specifico riferimento ai provvedimenti di accreditamento per riclassificazione che indicano distretti confinanti di altre ATS, il contratto è mantenuto con le ATS di riferimento solo nell'ipotesi in cui la sede operativa accreditata è ubicata sul distretto di confine tra le ATS contraenti;
- processo di valorizzazione del budget 2023 conseguente al suo allineamento al nuovo sistema di accreditamento, con la rivalutazione pari al 25% del budget che sarà determinato in applicazione delle determinazioni che verranno assunte per l'esercizio 2023;

B. <u>per le UDO accreditate:</u>
   - istanza di riclassificazione da presentare **entro il 01/12/2022**;
   - istruttoria in ATS da chiudere - ricorrendone i requisiti - **entro 01/02/2023** con invio in RL del provvedimento di attestazione del possesso dei requisiti e assegnazione del nuovo CUDES da AFAM;
   - adozione da parte di RL del provvedimento di riclassificazione/accreditamento con contestuale iscrizione nel registro regionale (AFAM) **entro il 1/03/2023,** e conseguente acquisizione dello status di ente abilitato e accreditato all'esercizio per le cure domiciliari di base e di ADI integrata di I, II e III livello;

C. <u>per gli enti interessati all'avvio di nuove UDO di cure domiciliari o per gli enti che intendono estendere il numero di distretti indicati nel provvedimento di riclassificazione dell'accreditamento già assunto</u>, la relativa SCIA potrà essere presentata **a partire dal 31/03/2023**; l'eventuale contrattualizzazione potrà avvenire all'esito di eventuali specifiche successive manifestazioni di interesse indette dalle ATS nell'ambito della programmazione regionale e delle relative risorse e con riferimento ai distretti individuati come carenti sulla base dei bisogni, a valere:
   - sulle risorse del PNRR qualora, le relative regole di destinazione, ne prevedano l'utilizzo anche attraverso la rete privata accreditata e a contratto, tenuto conto dell'obiettivo fissato al 2026 dalla programmazione del piano relativo alla presa in carico del 10%;
   - sulle risorse di budget legate a contratti di eventuali enti gestori che non presenteranno domanda di riclassificazione;

Con atto adottato in data odierna è stato disposto il completamento del riparto sulle ASST del budget dei 28 mln/euro di cui al DL 34/2020 per lo sviluppo delle cure domiciliari a gestione diretta nei distretti del polo territoriale delle ASST, e allo sviluppo

di un sistema di monitoraggio del livello di avanzamento nell'attuazione dell'obiettivo target del PNRR. Le Direzioni Generali di ASST assicurano, attraverso il Direttore Socio Sanitario e i Direttori di Distretto, il pieno concorso al raggiungimento degli obiettivi target intermedi di presa in carico della popolazione over 65 anni che i competenti uffici della DG Welfare definiranno in capo alle rispettive Direzioni Socio Sanitarie. In questo ambito sarà definito uno specifico cruscotto di monitoraggio del livello di avanzamento nel raggiungimento dell'obiettivo target a livello lombardo.

Ai fini dell'individuazione del contratto di competenza a cui imputare le prestazioni, dal punto di vista territoriale, si farà riferimento al luogo in cui è avvenuta l'erogazione del servizio, fermo restando il presupposto che l'ente erogatore dovrà risultare accreditato e a contratto per quello specifico territorio (non potranno essere rendicontate prestazioni che non corrispondono ai suddetti criteri).

ALLEGATO 2) Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata: riclassificazione dei profili assistenziali nei percorsi di cure domiciliari di base e di adi integrata di I, II e III livello, in allineamento al dpcm lea 2017 e definizione del nuovo sistema tariffario, nella cornice programmatoria costituita dalla missione 6 del PNRR, dal dm 77 del 23 maggio 2022, dal dm 29 aprile 2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare» e nel quadro del potenziamento della sanità territoriale definito con L.R. 22/2021

APPENDICE

SCHEDA DI ORIENTAMENTO UNICO O DI TRIAGE

La scheda unica di triage è compilata dal MMG/PLS nell'ambito del sistema di gestione digitale del territorio

STRUMENTO FILTRO PER L'ACCESSO ALLE CURE DOMICILIARI					
1	**Morbilità**	**ASSENTE o LIEVE** Nessuna compromissione d'organo o sistema oppure la compromissione non interferisce con le normali attività	**MODERATO** La compromissione d'organo o sistema interferisce con le normali attività	**GRAVE** La compromissione d'organo o sistema produce disabilità	**MOLTO GRAVE** La compromissione d'organo o sistema mette a repentaglio la sopravvivenza
		0	*1*	*2*	*2*
2	**Alimentazione**	**AUTONOMO**	**CON AIUTO** Supervisione	**DIPENDENZA SEVERA** Imboccamento	**ENTERALE-PARENTERALE**
		0	*0*	*1*	*2*
3	**Alvo e diuresi**	**CONTINENZA**	**CONTINENZA PER ALVO, INCONTINENZA URINARIA**	**INCONTINENZA STABILE** per alvo e diuresi (uso pannoloni)	**INCONTINENZA STABILE** per alvo e diuresi (CVP e/o evacuazione assistita)
		0	*0*	*1*	*1*
4	**Mobilità**	**AUTONOMO**	**CON MINIMO AIUTO** (qualche difficoltà)	**CON AUSILI** (usa bastone, walker, carrozzina)	**ALLETTATO**
		0	*0*	*1*	*2*
5	**Igiene personale**	**AUTONOMO**	**CON MINIMO AIUTO** (qualche difficoltà)	**CON AIUTO MODERATO**	**TOTALE DIPENDENZA**
		0	*0*	*1*	*2*
6	**Stato mentale e comportamento**	Collaborante, capace di intendere e di volere	Collaborante ma con capire a comprendere le indicazioni	Non collaborante e con difficoltà a capire le indicazioni	Non collaborante e gravemente incapace di intendere e di volere / Segni di disturbi comportamentali
		0	*0*	*1*	*1*
7	**Con chi vive**	**COPPIA, NUCLEO FAMILIARE, ASSISTENTE FAMILIARE**	**SOLO** **NON necessita** di figure di riferimento	**SOLO o COPPIA** **ma necessita** di figure di riferimento (es. figli)	**SOLO** nessuna rete di riferimento
		0	*0*	*1*	*2*
8	**Assistenza diretta (Caregiver)**	**ADEGUATA** Partecipano, familiari, assistente familiare, servizi territoriali (SAD, pasto a domicilio …), vicinato, associazioni	**PARZIALMENTE ADEGUATA** affidata solo ai familiari, o solo all'assistente familiare, o solo ai servizi territoriali)	**POCO ADEGUATA** affidata a un soggetto che non assicura un'assistenza adeguata o sufficiente	**INADEGUATA** non è offerto alcun tipo di assistenza
		0	*1*	*2*	*2*

SCHEDA SIAD SEMPLIFICATA

E'compilata dall'EVM e dal MMG nell'ambito dell'ADP.

VALUTAZIONE DI BASE SIAD	PRESENTE	ASSENTE
Presenza di Rischio Infettivo		
Broncoaspirazione/ Drenaggio posturale		
Ossigeno terapia		
Ventilo terapia		
Tracheotomia		
Alimentazione assistita		
Alimentazione enterale		
Alimentazione parenterale		
Gestione della stomia		
Eliminazione urinaria/intestinale		
Alterazione del ritmo sonno/veglia		
Educazione terapeutica (addestramento/nursing)		
Ulcere da decubito di 1 e 2 grado		
Ulcere da decubito di 3 e 4 grado		
Ulcere cutanee (vascolari, traumatiche, ustioni, post chirurgiche, etc.) di 1 e 2 grado		
Ulcere cutanee (vascolari, ustioni, traumatiche, post chirurgiche, etc.) di 3 e 4 grado		
Prelievi venosi non occasionali		
Prelievi venosi occasionali		
Procedura terapeutica (accesso venoso sottocute/intramuscolo)		
Gestione catetere centrale		
Controllo del dolore		
Fragilità familiare		
Rischio sanguinamento acuto		
Lesioni della cute		
Trattamento riabilitativo neurologico in presenza di disabilità		
Trattamento riabilitativo motorio in presenza di disabilità		
Trattamento riabilitativo di mantenimento in presenza di disabilità		
Supervisione continua di utenti con disabilità		
Assistenza nelle IADL		
Assistenza nelle ADL		
Supporto al caregiver		