



REGIONE MOLISE
DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE
(L. R. 23 marzo 2010, n 10)

DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE PER LA SALUTE N. 232 DEL 26-10-2015

OGGETTO: APPROVAZIONE LINEE GUIDA PER IL POTENZIAMENTO E LA QUALIFICAZIONE DEL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI DELLA REGIONE MOLISE IN COERENZA CON LE INDICAZIONI MINISTERIALI, REGIONALI E AZIENDALI IN MATERIA.

Il Dirigente e/o il Responsabile del Procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.

L'Istruttore/Responsabile d'Ufficio
MICHELE COLAVITA

SERVIZIO PROGRAMMAZIONE RETE DEI
SOGGETTI DEBOLI (SALUTE MENTALE
DIPENDENZE E SALUTE NELLE CARCERI) E
DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
Il Direttore
MICHELE COLAVITA

Campobasso, 26-10-2015

ALLEGATI	N. 1
----------	------

Su proposta del Direttore del Servizio *“Programmazione rete dei soggetti deboli (salute mentale, dipendenze e salute nelle carceri) e dell’integrazione socio-sanitaria”* che attesta la legittimità del presente atto nella forma, nella sostanza e la coerenza con la normativa vigente e le compatibilità economiche imposte dal Piano di Rientro;

VISTA la Deliberazione di G.R. n. 588 dell’8 novembre 2014, avente ad oggetto: “Conferimento incarico di responsabilità di Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute, ai sensi dell’art.20, commi 3,4,5,6 e 7, dell’articolo 21, comma 1, e dell’articolo 33, comma 4 bis, della legge regionale 23 marzo 2010, n.10 e ss.mm.ii. Provvedimenti.”;

VISTA la Deliberazione di G.R. n. 347 del 30 giugno 2015 e successive modifiche ed integrazioni, recante: “ L.R. 23 marzo 2010, n. 10 e ss.mm.ii.- Nuovo atto di organizzazione delle strutture dirigenziali della Direzione Generale per la Salute. Provvedimenti” e s.m.i, di approvazione del nuovo assetto organizzativo della Direzione Generale per la Salute;

VISTA la Deliberazione di G.R. n. 521 del 29 settembre 2015, recante:” Applicazione articolo 20 della Legge Regionale 23 marzo 2010, n. 10 e s.m.i. Affidamento Incarichi di Funzione Dirigenziale sul nuovo atto di organizzazione delle strutture dirigenziali della Direzione Generale per la Salute”, con la quale sono stati conferiti distinti incarichi di responsabilità, in titolarità ovvero in reggenza e in supplenza, dei Servizi della Direzione Generale per la Salute, ai sensi dell’art. 20, commi 10 e 11, della L.R. 10/2010 e s.m.i., nonché dell’art. 19 del D.Lgs 165/2001 e s.m.i;

PRESO ATTO che tale proposta è conforme agli obiettivi previsti dal Piano di Rientro dal disavanzo sanitario;

VISTA D. Lgs. 502/1992 e D. Lgs. N. 229/1999 “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale”;

VISTA la Legge quadro n. 328/2000 “Legge di riforma del welfare locale” DPCM 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e di coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”;

VISTO il DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei Livelli di Assistenza Sanitaria” con cui viene richiamato *«l’uso appropriato delle risorse disponibili rende imprescindibile privilegiare forme di cura domiciliari»* e che *«la casa è il miglior luogo di prevenzione, cura e riabilitazione»*.

VISTO che nel succitato decreto, *“(…) a proposito di ADI, viene*

*afferмата l'esigenza di **definire tipologie differenziate di risposta in ragione della prevalenza dei bisogni sanitari e sociali e della loro intensità**: quelle a maggiore impegno sanitario «dovranno contare su percorsi di attivazione rapidi, soprattutto nei casi di post acuzie e di terminalità, riservando a una fase successiva l'attivazione dell'unità multiprofessionale e di predisposizione del progetto personalizzato con i completamenti organizzativi e gestionali che si renderanno necessari». Si dichiara anche che «all'interno delle strutture di ricovero accreditate per acuti andranno identificati specifici responsabili per la deospedalizzazione e per l'attivazione dell'ADI, con il compito di definire — di concerto con il medico di famiglia del paziente e con il distretto — le modalità organizzative della dimissione, la tipologia delle cure domiciliari necessarie nella prima fase dopo la dimissione, le modalità di corretta risoluzione delle problematiche burocratiche, prescrittive e certificatorie. In particolare, nel caso di persone anziane, alla fase di ricovero ospedaliero devono sovrapporsi precocemente, intorno alla terza giornata dall'ammissione, l'attivazione e l'interfaccia con le figure professionali e le strutture del distretto per la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione e organizzazione dei percorsi successivi «*

VISTO il documento del Ministero della Salute approvato dalla Commissione LEA del 2006 relativo la *“Caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio”* nel quale si prevede l'articolazione del sistema delle cure domiciliari su tre livelli in relazione alla natura ed alla complessità del bisogno della persona, all'intensità (alta, medio-alta, bassa) ed alla durata dell'assistenza;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute del 6 agosto 2012 pubblicato su G.U. n.197 del 24/8/2012, relativo a *“Modifiche al decreto 17 dicembre 2008, recante Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare”* che contiene indirizzi specifici relativi al trattamento dei dati e all'utilizzo degli stessi per la definizione degli indicatori;

VISTA L'Intesa stato regioni del 25 /07/2012 *“Intesa sulla proposta del Ministro della salute, di cui all'articolo 5 della legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore”*;

PRESO ATTO che la Regione Molise, con DGR n.556 del 30/05/2007 – *“ Piano regionale e linee guida per il Sistema delle Cure Domiciliari”* e seguente DGR n.366 del 08/04/2008, ha recepito le indicazioni riportate nel DPCM succitato e con provvedimenti successivi ha disposto la sperimentazione del sistema dei percorsi delle assistenziali delle Cure Domiciliari, nonché l'attivazione del Punto Unico di Accesso (PUA) e l'adozione della Valutazione Multidimensionale quali strumenti per l'accesso alle prestazioni di assistenza domiciliare.

CONSIDERATO che l'aumento dell'aspettativa di vita, l'invecchiamento anagrafico della popolazione molisana e l'incremento della incidenza delle patologie cronico-degenerative, impongono un aumento degli standard quali-quantitativi dell'offerta di assistenza sanitaria per una più efficace presa in carico delle non autosufficienze; infatti, l'allungamento della vita media ed il progressivo invecchiamento della popolazione molisana (23,3% - anno 2015 ISTAT- indice di invecchiamento più alto di tutte le Regioni italiane: 21,7% Italia), comportano il contestuale aumento dell'incidenza e prevalenza di poli-patologie cronico-

degenerative e la progressiva perdita dell'autosufficienza.

CONSIDERATO che la regolamentazione regionale in tema di cure domiciliari presenta, comunque, un comune dominatore che è dato dal succitato documento del 2006 della Commissione LEA, che, sulla base delle diverse esperienze territoriali ha compiutamente definito le cure domiciliari e le sue caratteristiche, distinguendo le prestazioni in esse rientranti nelle seguenti:

- cure domiciliari prestazionali;
- cure domiciliari integrate di primo, secondo e terzo livello;
- cure domiciliari palliative a malati terminali.

CONSIDERATO nel suddetto documento sono stati definiti adeguati standard ed indicatori per le attività domiciliari: le principali prestazioni domiciliari per profilo e per figura professionale del livello assistenziale, i criteri omogenei di eleggibilità, il set minimo di indicatori di verifica, le modalità di valorizzazione economica del costo medio mensile, la stima del costo pro capite per residente al raggiungimento di definiti valori standard.

RAVVISATA l'esigenza di adeguare il sistema delle Cure Domiciliari della Regione Molise agli standard previsti in coerenza con obiettivi di servizio assegnati alle Regioni dalla Commissione per i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);

CONSIDERATO che ai fini della realizzazione dei Programmi Operativi di rientro dal debito sanitario per il triennio 2015-2018 è necessario potenziare e incentivare il sistema delle cure territoriali, nonché dell'assistenza domiciliare, attraverso la realizzazione di interventi coordinati ed integrati nell'ottica della garanzia della continuità assistenziale;

RITENUTO la sempre più complessa domanda di assistenza unita alla complessa articolazione del sistema delle cure così come oggi disegnato rendono difficile il percorso assistenziale di accesso alle cure domiciliari. L'assetto attuale delle cure domiciliari, non sempre consente l'accesso al sistema in tempi rapidi al paziente/utente e alla famiglia che ne hanno necessità, creando condizioni di disagio, di rallentamento nella risposta e di inefficiente utilizzo di risorse. Si rende quindi necessario, fornire un sistema unico di riferimento per tutto il territorio che garantisca.

RITENUTO pertanto che l'attuale organizzazione delle Cure Domiciliari sul territorio sia ancora molto disomogenea e non rispondente alle esigenze di salute della popolazione molisana e che pertanto si renda necessario qualificare e rafforzare il sistema attuale dell'offerta di assistenza domiciliare attraverso una programmazione dei servizi che consenta di garantire livelli di assistenza sanitaria, favorendo la permanenza delle persone over-65 aventi diritto presso il proprio domicilio o presso strutture residenziali e semiresidenziali che assicurino la presa in carico, evitando così il ricorso ad una ospedalizzazione impropria.

RITENUTO necessario ridefinire il sistema di offerta assistenziale domiciliare nell'ottica di assicurare alle persone risposte efficaci ed appropriate lungo

tutto il percorso di cura garantendo adeguati livelli di assistenza in tutte le fasi di malattia;

RAVVISATA l'esigenza di sviluppare un approccio alle cure domiciliari di tipo "relazionale" che sia garante di una risposta assistenziale globale, efficace e mirata ai bisogni sociosanitari delle persone assistite rispetto ad un approccio di tipo meramente "prestazionale". In quest'ottica, il *chronic care model* può consentire un'efficace presa in carico globale dell'utente valorizzando, attraverso un approccio "proattivo", sia la relazione istituzione-utente che la responsabilizzazione dell'utente sul processo assistenziale.

VISTA la Legge Regionale n.13/2014 recante "*Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali*" ed il successivo Regolamento attuativo n.1 del 27/02/2015 "*Regolamento di attuazione della legge regionale n.13 del 6.05.2014 "Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali"* mediante i quali la Regione intende realizzare un "*sistema integrato di interventi e servizi sociali (...) volto a promuovere e garantire i diritti di cittadinanza sociale, la qualità della vita, l'autonomia individuale, le pari opportunità, la non discriminazione, la coesione sociale, la costruzione di comunità solidali, l'eliminazione e la riduzione delle condizioni di disagio e di esclusione*"

VISTO la Deliberazione della Giunta Regionale n.36 del 15 gennaio 2013 - Azione 10 Assistenza Tutela di Base Programma Attuativo Regionale - Fondo per lo Sviluppo e la Coesione 2007-2013 Asse IV "Inclusione sociale" - Linea di Intervento IV.B "Rete socio-sanitaria regionale" relativo al "Progetto esecutivo per l'assistenza tutelare di base" Triennio 2015-2017" avente come finalità quella di migliorare la qualità del servizio offerto agli anziani ultrasessantacinquenni residenti in Molise che necessitano di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI); ciò allo scopo di incrementare l'arruolamento di un maggior numero di anziani, dando loro la possibilità di ricevere, a domicilio, prestazioni integrate che innalzino il livello di benessere, salute e alleggeriscano il peso assistenziale familiare. Questo in considerazione, anche, del processo in atto, in ambito aziendale, finalizzato alla deospedalizzazione, alla riconversione delle strutture ospedaliere e alla vocazione verso l'acuzie dei presidi ospedalieri regionali.

RILEVATO CHE in termini finanziari, il PAR – FSC 2007/2013 ha previsto apposite risorse (13,420 milioni di euro) destinare al rafforzamento dell'ADI nei confronti delle persone anziane. La citata Linea di Intervento è stata attiva con la deliberazione della Giunta regionale n. 36 del 15 gennaio 2013, che ha previsto una specifica Azione, la n. 10 denominata "Assistenza tutelare di base", la quale costituisce il presupposto alla definizione del presente progetto esecutivo.

RITENUTO che sia pertanto necessario potenziare e sviluppare ulteriormente, in modo più complessivo, il sistema delle cure domiciliari:

- a) garantendo una gestione più efficiente ed uniforme su tutto il territorio regionale dei percorsi di accesso e di erogazione delle cure domiciliari in un'ottica di continuità assistenziale e di presa in carico globale della persona assistita;

- b) favorendo l'integrazione socio-sanitaria e lo sviluppo dell'Assistenza Domiciliare Integrata al fine di evitare e/o limitare i ricoveri ospedalieri impropri e l'ingresso in residenza in coerenza con la L.R. n.13/2014, art.46 e con il successivo Regolamento attuativo n.1/2015;
- c) favorendo la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle residue capacità di autonomia e relazionali;
- d) facilitando le dimissioni ospedaliere tempestive ed assicurando la continuità assistenziale mediante lo strumento della "dimissione protetta";
- e) supportando i "caregiver" attraverso processi informativi/educativi e di addestramento che possano tradursi in autonomia di intervento nei riguardi della persona assistita;
- f) favorendo il mantenimento delle capacità residue delle persone non autosufficienti o a rischio di perdita dell'autosufficienza attraverso interventi individualizzati mirati e programmati in coerenza con l'art.47 della suddetta L.R. 13/2014

RITENUTO necessario procedere ad una ridefinizione del sistema delle cure domiciliari dell'ASREM finalizzata a renderle funzionali e coerenti col nuovo assetto strutturale che il Sistema Sanitario Regionale è destinato ad assumere in ragione dei provvedimenti di riordino derivanti dal Piano di Rientro a cui la Regione Molise è sottoposta;

RAVVISATO pertanto di individuare opportune linee guida che consentano all'ASREM di procedere ad una più razionale e funzionale organizzazione del sistema delle cure domiciliari, in coerenza con le indicazioni ministeriali, regionali e aziendali in materia (Provvedimenti del Direttore Generale dell'ASReM n. 999, 1000 e 1001 del 2010 che definiscono e regolano l'ADI, la PUA e l'UVM.) attraverso: una adeguata strutturazione della presa in carico mediante porta unica di accesso (PUA) e l'uso sistematico della valutazione multidisciplinare e multidimensionale (UVM) e di correlati strumenti di valutazione condivisi degli utenti/pazienti (ad es: SVAMA e SVAM-di), nonché una congrua programmazione (piani assistenziali integrati e personalizzati - PAI) dei interventi mirati, coordinati ed integrati nell'ottica della garanzia della continuità assistenziale e nel rispetto dei coefficienti relativi ai differenti livelli di intensità assistenziale previsti dal Ministero (2006): bassa, media, alta.

DETERMINA

per le motivazioni espresse in premessa, che qui si intendono richiamate,

- di approvare le Linee Guida (allegato 1), le quali formano parte integrante del presente provvedimento ai fini del potenziamento e qualificazione del Sistema delle Cure Domiciliari della Regione Molise in coerenza con le indicazioni ministeriali, regionali e aziendali in materia;
- di trasmettere il presente atto alla direzione generale dell'ASREM per i successivi adempimenti.

IL DIRETTORE GENERALE PER LA SALUTE
MARINELLA D'INNOCENZO

Documento informatico sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'Art.24 del D.Lgs. 07/03/2005, 82



REGIONE MOLISE
DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

**LINEE PER L'ORGANIZZAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI NELLA REGIONE
MOLISE**

Premessa

Le Cure Domiciliari si definiscono come una “(...) *modalità d’assistenza sanitaria e sociale erogata al domicilio del paziente in modo continuo ed integrato, al fine di fornire cure appropriate da parte: del medico di famiglia e di altri operatori – medici, infermieri, terapisti della riabilitazione, operatori sociali – dei servizi territoriali e ospedalieri e delle associazioni di volontariato, secondo le necessità rilevate.*”

L'allegato 3 lett. d) del DPCM 29.11.2001 stabilisce che nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria la precisazione delle linee prestazionali a carico del SSN devono tener conto dei diversi livelli di dipendenza o non autosufficienza e che il riferimento fondamentale sul piano normativo è costituito dall'atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio sanitaria di cui al DPCM 14.2.2001. Aggiunge che “*l'erogazione delle prestazioni va modulata in riferimento ai criteri di appropriatezza, del diverso grado di fragilità sociale e dell'accessibilità*” e che risultano altresì determinanti: “*l'organizzazione della rete delle strutture di offerta, le modalità di presa in carico del problema, una omogenea rilevazione del bisogno e classificazione del grado di non autosufficienza e dipendenza*”

L'assistenza domiciliare nelle sue diverse connotazioni costituisce uno degli assi portanti del sistema di intervento delle cure primarie regionale.

Il DPCM 29/11/2001 conferma che deve essere il distretto a coordinare tutte le attività extraospedaliere di assistenza sanitaria di base e specialistiche (erogate con modalità sia residenziali sia intermedie, ambulatoriali e domiciliari) oltre alle attività di assistenza sanitaria a rilevanza sociale e a quelle a elevata integrazione sociosanitaria. Viene anche dichiarato che «*l'uso appropriato delle risorse disponibili rende imprescindibile privilegiare forme di cura domiciliari*» e che «*la casa è il miglior luogo di prevenzione, cura e riabilitazione*».

Il documento del Ministero della Salute approvato dalla Commissione LEA relativo la “*Caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*” ha previsto l'articolazione del sistema delle cure domiciliari su tre livelli in relazione alla natura ed alla complessità del bisogno della persona, all'intensità (alta, medio-alta, bassa) ed alla durata dell'assistenza:

La Regione Molise, con DGR n.556 del 30/05/2007 – “*Piano regionale e linee guida per il Sistema delle Cure Domiciliari*” e seguente DGR n.366 del 08/04/2008, ha recepito le indicazioni riportate nel DPCM succitato e con provvedimenti successivi ha disposto la sperimentazione del sistema dei percorsi delle assistenziali delle Cure Domiciliari, nonché l'attivazione del Punto Unico di Accesso (PUA) e l'adozione della Valutazione Multidimensionale quali strumenti per l'accesso alle prestazioni di assistenza domiciliare.

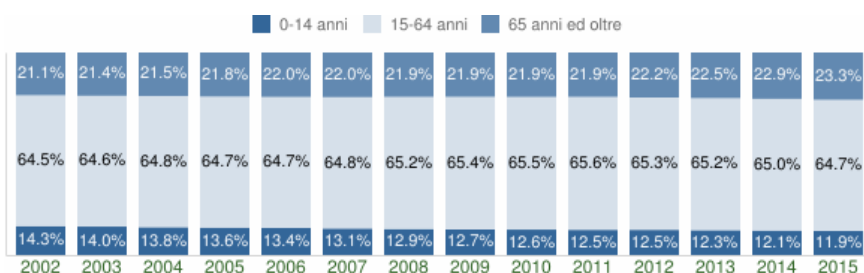
Considerato che ai fini della realizzazione dei Programmi Operativi di rientro dal debito sanitario per il triennio 2015-2018 è necessario potenziare e incentivare il sistema delle cure territoriali e domiciliari, attraverso la realizzazione di interventi coordinati ed integrati nell'ottica della garanzia della continuità assistenziale; ritenuto inoltre che l'attuale organizzazione delle Cure Domiciliari sul territorio è ancora molto disomogenea e non rispondente alle esigenze di salute della popolazione molisana, si rende necessario qualificare e rafforzare il sistema attuale dell'offerta di assistenza domiciliare attraverso una programmazione dei servizi che consenta di garantire livelli di assistenza sanitaria, favorendo la



REGIONE MOLISE
DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

permanenza delle persone over-65 aventi diritto presso il proprio domicilio o presso strutture residenziali e semiresidenziali che assicurino la presa in carico, evitando così il ricorso ad una ospedalizzazione impropria.

Infatti, l'allungamento della vita media ed il progressivo invecchiamento della popolazione molisana (23,3% - anno 2015 ISTAT- indice di invecchiamento più alto di tutte le Regioni italiane: 21,7% Italia), comportano il contestuale aumento dell'incidenza e prevalenza di poli-patologie cronico-degenerative e la progressiva perdita dell'autosufficienza.



Struttura per età della popolazione

MOLISE - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Anno	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di ricambio della popolazione attiva	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico di figli per donna feconda	Indice di natalità (x 1.000 ab.)	Indice di mortalità (x 1.000 ab.)
	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1 gen-31 dic	1 gen-31 dic
2002	147,6	55,0	97,2	90,0	24,4	8,1	10,6
2003	152,0	54,8	94,0	91,6	24,1	8,1	11,1
2004	156,1	54,4	91,9	93,3	23,6	7,9	10,7
2005	160,4	54,6	88,0	95,6	23,4	7,9	11,1
2006	164,5	54,6	85,4	98,4	23,3	7,7	11,2
2007	167,9	54,2	89,4	101,6	23,4	7,8	10,7
2008	169,9	53,4	97,1	104,6	23,2	7,8	11,1
2009	171,7	52,9	106,6	107,8	23,0	7,4	10,8
2010	174,5	52,6	115,9	111,2	22,9	7,8	10,8
2011	175,8	52,3	125,1	114,4	22,6	7,5	11,5
2012	178,3	53,1	128,3	117,2	22,5	7,4	11,6
2013	183,3	53,4	132,4	120,1	22,1	7,2	11,3
2014	189,3	53,8	133,2	122,8	22,0	7,0	11,3
2015	196,0	54,5	135,3	125,4	22,0	-	-

La sempre più complessa domanda di assistenza unita alla complessa articolazione del sistema chiamato ad erogare i servizi sanitari, rendono difficile il percorso assistenziale di accesso alle cure domiciliare. Tale scenario rende necessaria la ridefinizione del sistema di offerta assistenziale nell'ottica di assicurare risposte efficaci e appropriate lungo tutto il percorso assistenziale delle persone al fine di garantire adeguati di livelli di assistenza in tutte le fasi di sviluppo delle patologie.



REGIONE MOLISE
DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

Allo stato attuale, la complessità del sistema di riferimento relativo alle cure domiciliari, non sempre consente l'accesso immediato all'interlocutore demandato a fornire la risposta allo specifico bisogno, creando condizioni di disagio, di rallentamento della risposta e utilizzo di risorse incongrue. Si rende quindi necessario, fornire un sistema unico di riferimento per tutto il territorio che garantisca al paziente/utente e alla famiglia la puntuale risposta al bisogno espresso.

Si evidenzia quindi la necessità di un approccio alle cure domiciliari di tipo “relazionale” che sia garante di una risposta assistenziale globale, efficace e mirata ai bisogni sociosanitari delle persone assistite rispetto ad un approccio di tipo “prestazionale”. In quest'ottica, il *chronic care model* può consentire un'efficace presa in carico globale dell'utente valorizzando, attraverso un approccio “proattivo”, sia la relazione istituzione-utente che la responsabilizzazione dell'utente sul processo assistenziale.

Un sistema di assistenza domiciliare secondo livelli differenziati di intensità, mutabili nel tempo ed in grado di adattare rapidamente la loro operatività in funzione della natura dei bisogni e della complessità dei piani di cura, può garantire una significativa riduzione dei ricoveri impropri in strutture per acuti ed un mantenimento dei livelli di efficacia (anche in termini di qualità di vita) ed umanizzazione del percorso di cura.

Ma perché questo si realizzi, è necessario sviluppare anche la ricerca di strumenti capaci di caratterizzare e valorizzare economicamente “percorsi di cura” domiciliari fortemente connessi ai bisogni del paziente e non solo a prestazioni o tipologie assistenziali astrattamente predefinite.

LINEE PER LA RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI

Vista la normativa nazionale e regionale vigente in materia di assistenza domiciliare

Considerate le dinamiche demografiche, epidemiologiche, sociali ed economiche della Regione Molise;

Vista la necessità di rendere compatibili le esigue risorse disponibili del SSR con l'esigenza di garantire in modo uniforme su tutto territorio molisano le cure domiciliari a tutti i cittadini residenti;

Ritenuto che le fasce di popolazione con condizioni socio-sanitarie, livello di istruzione e/o scarsa conoscenza dei servizi, si trovano ad accedere al SSR con minore intensità e tempestività, oppure vi accedono attraverso la rete dell'emergenza urgenza, con minori possibilità di recupero.

Vista l'organizzazione attuale del servizio di assistenza domiciliare nella Regione Molise

Ravvisato che l'accesso ai servizi sanitari domiciliari da parte dei cittadini debba essere ripensato in un'ottica di equità e nella prospettiva di un riordino complessivo del sistema delle cure primarie, attraverso un approccio organizzativo basato su una globale, prevedendo ed organizzando in modo mirato e coordinato le risposte assistenziali necessarie graduate in base all'intensità assistenziale;

Si ritiene di adottare le seguenti linee guida per le cure domiciliari nella Regione Molise, formulate sulla base dell'apposito documento del Ministero della Salute approvato nel 2006 recante “*Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare*”



REGIONE MOLISE
DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

L'obiettivo strategico delle presenti linee per l'organizzazione dell'assistenza domiciliare è quello di **promuovere** un diverso e nuovo approccio organizzativo che preveda lo sviluppo ed consolidamento del servizio di assistenza domiciliare, secondo le indicazioni nazionali del Ministero della Salute, nelle diverse forme, con particolare riferimento all'Assistenza Domiciliare Integrata ed all'Ospedalizzazione domiciliare e alla realizzazione di un assetto organizzativo che consenta di organizzare il sistema delle cure domiciliari in relazione al livello assistenziale richiesto coordinando in modo congruo le risorse assistenziali disponibili.

Linee di indirizzo

L'organizzazione del sistema delle cure domiciliari della Regione Molise, dovrà essere improntata sulla base dei seguenti criteri:

1. **Definizione delle attività di cure domiciliari mediante Profili di cura e Standard qualificanti per livelli differenziati in funzione della natura del bisogno**, dell'**intensità** (Coefficiente di Intensità Assistenziale – CIA), della **complessità** (Valore Giornate Effettive di Assistenza - GEA – corrispondente al giorno nel quale è stato effettuato almeno un accesso domiciliare) in funzione del case mix e dell'impegno delle figure professionali coinvolte nel Piano Assistenziale Individuale (PAI), **della durata media** (Giornate di cura - GdC - durata del piano di cura dalla presa in carico alla dimissione dal Servizio) in relazione alle fasi temporali intensiva, estensiva e di lungo-assistenza e delle **fasce orarie di operatività** dei servizi erogatori di cure domiciliari. □ Si riportano nella tabella seguente le indicazioni ministeriali alle quali occorrerà far riferimento

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità	Durata Media	Complessità	
		(CIA= GEA/GDC) 27		Mix delle figure professionali / impegno assistenziale	Operatività del servizio (fascia oraria 8-20)
				Figure professionali previste in funzione del PAI ²⁸ e tempo medio in minuti per accesso domiciliare	
CD Prestazionali (Occasionali o cicliche programmate)	Clinico Funzionale			Infermiere (15-30') Professionisti della Riabilitazione(30') Medico (30')	5 giorni su 7 8 ore die
CD Integrate di Primo Livello (già ADI)	Clinico Funzionale Sociale	Fino a 0,30	180 giorni	Infermiere (30') Professionisti della Riabilitazione (45') Medico (30') Operatore sociosanitario (60')	5 giorni su 7 8 ore die
CD Integrate di Secondo Livello (già ADI)	Clinico Funzionale Sociale	Fino a 0,50	180 giorni	Infermiere (30-45') Professionisti della Riabilitazione(45') Dietista (30') Medico (45') Operatore sociosanitario (60-90')	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
CD Integrate di Terzo Livello (già OD)	Clinico Funzionale Sociale	Superiore a 0,50	90 giorni	Infermiere (60') Professionisti della Riabilitazione(60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o Medico Specialista (60') Operatore sociosanitario (60-90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Pronta disponibilità medica ore 8/20
Cure Palliative malati terminali (già OD CP)	Clinico Funzionale Sociale	Superiore a 0,60	60 giorni	Infermiere (60') Professionisti della Riabilitazione(60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o Medico Specialista (60') Operatore sociosanitario (60-90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Pronta disponibilità medica 24 ore

2. **Definizione di un sistema di accesso e di presa in carico secondo appositi criteri omogenei di**



REGIONE MOLISE
DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

eleggibilità:

- **L'accesso al servizio di assistenza domiciliare integrata dovrà essere garantito attraverso procedure operative unitarie e condivise tra ASREM e Comuni (Ambito Territoriale Sociale), per l'accesso, la valutazione e la presa in carico.** Dovranno essere al riguardo definiti specifici criteri/strumenti per la valutazione del bisogno (semplice e/o complesso) e per l'eventuale la presa in carico dell'istanza. Al riguardo, dovranno essere adottati appositi regolamenti che disciplinino le **funzioni del Punto Unico di Accesso e delle Unità di Valutazione Integrata (UVI) distrettuali, prevedendo una organizzazione funzionale di raccordo tra Unità Operative Distrettuali e Servizi Sociali dell'Ambito Territoriale Sociale di riferimento.** □
- **La redazione e valutazione del Progetto Personalizzato** □Alla valutazione multidimensionale integrata dovrà seguire la elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). L'UVI elabora il PAI tenendo conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e del suo ambito familiare, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e □familiari. Dovranno essere adottate apposite modalità e strumenti per la valutazione sistematica del PAI e per le dimissioni nel rispetto dei parametri previsti per i differenti livelli di assistenza domiciliare.

3. Individuazione di un set minimo di:

- **Criteri e Indicatori di valutazione delle strutture e della qualità dell'assistenza,** riferiti alle funzioni assistenziali individuate anche sulla base delle indicazioni del manuale per l'accreditamento dell'assistenza domiciliare della **Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO)** [Allegato 1].
- **Indicatori di verifica,** sulla base degli indicatori ministeriali proposti:

DIMENSIONE NORMATIVA	INDICATORE STATISTICO
Natura del bisogno	Diagnosi ICD IX – scale di valutazione
Complessità intervento (risorse professionali impiegato)	Valore della giornata effettiva di assistenza (Valore GEA*)
Durata del piano di cura	N□Giornate di cura (GDC)
Intensità assistenziale	Coefficiente intensità assistenziale (CIA) = $N□GEA / N□GDC$

* Il valore della GEA presenta valori costanti all'interno di ciascun livello assistenziale e caratterizza efficacemente il mix delle risorse professionali coinvolte nel piano di cura; mentre il coefficiente CIA assume valori notevolmente differenziati in relazione alla complessità del caso clinico, alla condizione funzionale del soggetto ed alla situazione socio-familiare che condizionano principalmente la frequenza degli accessi domiciliari necessari.



REGIONE MOLISE
DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

4. *Sviluppo ed implementazione di un sistema di valorizzazione economica delle attività domiciliari per profili di cura attraverso la determinazione Costo Medio Mensile per tipologia omogenea di prestazioni sulla base del coefficiente CIA.*

- Definizione di un sistema di remunerazione dell'assistenza in cui tariffa remunerer realmente processi di cura standard, le cui condizioni sono definite, sulla base dei bisogni. Per tali ragioni, si rende necessaria la definizione di un sistema che superi il riconoscimento di tariffe legate all'erogazione di singole prestazioni e che si orienti verso un modello in grado di rapportare la remunerazione alla complessità dei bisogni, valutati in modo il più oggettivo possibile.
- Il criterio unitario da adottare per creare gruppi omogenei dei percorsi di cura riguarda il costo totale degli stessi (che interpreta congiuntamente l'intensità assistenziale e la complessità), standardizzandone la durata su base mensile: infatti il costo totale mensile che fornisce la valorizzazione del piano di cura su base mensile, si ottiene moltiplicando il CIA per il valore GEA per 30). L'analisi dei costi deve comprendere i costi per il personale di assistenza, i costi di coordinamento e formazione degli operatori nonché i costi per i beni economici e per i presidi medico-chirurgici in dotazione alle equipe curanti; sono da escludersi invece i costi per la specialistica ambulatoriale, l'assistenza farmaceutica, l'assistenza protesica.



REGIONE MOLISE
DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

ALLEGATO 1 – CRITERI ED INDICATORI

FUNZIONE	CRITERIO	INDICATORE
Organizzazione dell'accoglienza della richiesta	Attivazione di un centro unico di riferimento (centrale operativa) con eventuali sportelli decentrati, facilmente accessibili, anche telefonicamente, per la ricezione delle richieste di attivazione del servizio e per favorire i contatti con l'utenza, la rete dei servizi e i M.M.G.	n. giorni e ore/settimana di apertura all'utenza della segreteria organizzativa.
Organizzazione della valutazione	Adozione della metodologia della valutazione multidimensionale per definire i bisogni del paziente, il conseguente piano di cura e le successive rivalutazioni	Équipe di valutazione della Centrale Operativa
	L'U.V.M. deve essere costituita da figure professionali che garantiscono in funzione della tipologia del caso valutato la diversificazione delle competenze: MMG, infermiere, terapista della riabilitazione, assistente sociale, medico specialista (geriatra- fisiatra- palliativista)	Tipologia delle figure professionali che compongono l'équipe valutativa, funzione della Centrale operativa
	L'organizzazione destina una quantità di tempo adeguato per l'adempimento dei processi valutativi e di pianificazione degli interventi	Ore dedicate / mese
Accoglienza delle richieste e presa in carico	Le modalità di accesso al servizio sono chiaramente definite e pubblicate attraverso apposito materiale informativo che descrive la tipologia dell'utenza, le modalità di accesso, le strutture della rete, le prestazioni offerte, gli eventuali oneri	Formalizzazione delle modalità di accoglienza delle richieste. Esistenza e diffusione di materiale informativo.
	Viene garantita la presenza di personale adeguato all'effettuazione dell'accoglienza: amministrativo, medico, infermiere, assistente sociale	Figure professionali dedicate
Tempestività della valutazione	L'UVM procede tempestivamente alla valutazione e alla definizione del piano assistenziale	Termine entro il quale si procede ad una valutazione preliminare
Tempestività di attivazione delle cure	L'organizzazione assicura l'attivazione delle cure domiciliari entro tempi definiti ed adeguati alle esigenze dell'assistito, concordando il piano con il suo M.M.G.	Tempo massimo entro il quale deve essere attivato il piano delle cure domiciliari dal giorno della segnalazione
Consenso del paziente e/o familiare alle cure domiciliari	L'organizzazione prevede l'acquisizione del consenso informato da parte del paziente o familiare all'effettuazione delle cure e al trattamento dei dati sensibili	Registrazione in cartella del consenso alle cure e formalizzazione del consenso al trattamento dei dati sensibili
Attuazione della valutazione multidimensionale	Dopo la valutazione preliminare ciascun paziente viene valutato secondo una metodologia globale e multidisciplinare	Utilizzo degli strumenti di valutazione per la dimensione clinica, funzionale e sociale
Pianificazione dell'assistenza	Per ogni paziente preso in carico viene steso un piano di cura concordato con il M.M.G. e con evidenziati: natura dei problemi, obiettivi di cura, modalità di realizzazione (prestazioni, operatori, tempi, metodi di lavoro), indirizzi terapeutici, ausili e presidi necessari, case manager, care giver, follow up	% dei piani assistenziali che rispondono ai criteri definiti
	Per ogni paziente preso in carico viene individuato un operatore di riferimento (tutor) con funzioni di supporto anche per il M.M.G.	Ciascun paziente ha un operatore di riferimento
Verifica e follow up	Ogni paziente secondo la periodicità indicata dal piano, o in caso di evento intercorrente, viene rivalutato	Rivalutazione adottando gli strumenti coerenti con la valutazione di ingresso o le necessità intercorrenti



REGIONE MOLISE
DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

Sistema informativo	Per ogni paziente viene compilata una cartella multidimensionale che raccoglie informazioni relative agli strumenti di valutazione adottati, il piano di cura adottato, il diario clinico-assistenziale, le problematiche psicologiche e sociali, i presidi ed ausili consegnati, l'eventuale telemonitoraggio	% di pazienti con cartella completa secondo i criteri definiti
Integrazione con il M.M.G	L'organizzazione promuove l'integrazione con il M.M.G	Applicazione di un protocollo condiviso e sottoscritto con gli organismi aziendali preposti
	I pazienti vengono presi in carico a seguito di richiesta o di consenso formalizzato del loro M.M.G. Le segnalazioni provenienti da soggetti diversi dal M.M.G vengono ricondotte allo stesso. Con il M.M.G. si concorda la consulenza continuativa del medico specialista od il passaggio in cura in caso di indisponibilità del M.M.G. titolare della scelta	% di casi presi in carico con richiesta o consenso formalizzato del MMG
Integrazione con le strutture ospedaliere	L'organizzazione promuove l'integrazione con i presidi ospedalieri di riferimento attraverso: - protocollo sulle dimissioni protette ed i ricoveri programmati sottoscritto e condiviso con i presidi del territorio di riferimento; - protocolli per il monitoraggio attraverso la telemedicina per i pazienti critici; - procedure concordate per la diagnostica di laboratorio e strumentale	Applicazione di protocolli formalizzati su dimissioni protette, telemedicina, diagnostica di laboratorio e strumentale
Integrazione con le strutture residenziali	L'organizzazione, d'intesa con il M.M.G., promuove l'integrazione con le strutture residenziali (RSA- Lungodegenza – Hospice)	Applicazione di un protocollo condiviso e sottoscritto con le strutture operanti nel territorio di riferimento
Integrazione con i servizi sociali comunali	L'organizzazione d'intesa con il M.M.G. promuove l'integrazione con i Servizi Sociali dei Comuni di riferimento	Applicazione di un protocollo sottoscritto tra Asl e Conferenza provinciale dei Sindaci
Coordinamento del Servizio	L'organizzazione dispone di una Direzione Sanitaria	Presenza di un dirigente medico a cui è attribuita la responsabilità del servizio
	L'organizzazione dispone di un coordinamento infermieristico	Presenza di un infermiere a cui sono attribuite le funzioni direttive
	L'organizzazione dispone di un coordinamento dei terapisti della riabilitazione	Presenza di un terapeuta a cui sono attribuite le funzioni direttive
	L'organizzazione dispone di personale di coordinamento per i servizi socio-assistenziali	Presenza di un Assistente Sociale a cui sono attribuite le funzioni direttive
Dotazione organica	L'organizzazione dispone di personale numericamente adeguato e di accertata competenza professionale con funzioni di line	Presenza delle figure professionali di seguito elencate: Infermiere, Fisioterapista, Logopedista, Dietista, Assistente Sociale, Geriatra, Fisiatra, Palliativista, Psicologo, Amministrativo (n. operatori)
	Disponibilità di Specialisti consulenti (pneumologo, nutrizionista, chirurgo generale, chirurgo vascolare, cardiologo)	Esistenza di apposite convenzioni per le consulenze indicate



REGIONE MOLISE
DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

Dotazione organica Cure Palliative	L'organizzazione dispone di una équipe esclusivamente dedicata alle cure palliative formata per le cure dei malati inguaribili a breve aspettativa di vita	Presenza di una équipe medica ed infermieristica dedicata
Collegamento tra paziente in carico e Centrale operativa	L'organizzazione garantisce all'utente in carico un facile accesso telefonico alla centrale operativa e/o alla reperibilità infermieristica	Orario di accessibilità telefonica e presenza di pronta disponibilità
Copertura assistenziale	L'organizzazione prevede una tutela sanitaria del Medico di Medicina generale adeguata a garantire continuità assistenziale circadiana al paziente durante tutto il percorso di cura	Effettiva disponibilità dei MMG o dei Medici continuità assistenziale
	L'organizzazione prevede la presenza in servizio degli infermieri in orari adeguati a soddisfare i bisogni dei pazienti	Fasce orarie di erogazione delle cure
	L'organizzazione prevede la presenza in servizio dei terapisti, logopedista, dietista, assistente sociale, fisiatra geriatra, psicologo e altri specialisti convenzionati in orari adeguati a soddisfare i bisogni dei pazienti	Fasce orarie di erogazione delle cure
	L'organizzazione prevede la presenza in servizio dei medici palliativisti in orari adeguati a soddisfare i bisogni dei pazienti	Fasce orarie di erogazione delle cure per tutti i pazienti, per i pazienti con consulenza continuativa e con passaggio in cura
Risorse strumentali	L'organizzazione dispone di sedi adeguate per l'accesso dell'utenza e per gli operatori del servizio: area di reception, ambulatorio, locali per colloqui, riunioni di équipe, studi professionali, deposito materiali, aula didattica, spazio per archivi, spogliatoi, collegamenti intranet ed internet, cassaforte per stupefacenti, collegamenti telefonici e telefax, fotocopiatore, spogliatoi	Disponibilità di una struttura adeguata
	L'organizzazione dispone di autovetture per gli operatori	Disponibilità di un parco auto
	L'organizzazione dispone di un adeguato equipaggiamento per gli operatori: divise invernali ed estive, calzature, borse per materiale sanitario, borse per trasporto di materiale biologico, marsupi per il personale di line	Disponibilità dei materiali indicati
	L'organizzazione ha dotato gli operatori di un cartellino di riconoscimento e di pass per l'accesso e la sosta in aree soggette a limitazioni	Esistenza dei documenti di riconoscimento e dei pass autorizzati dalle autorità competenti
	L'organizzazione mette a disposizione degli operatori apparecchiature elettromedicali, strumentazione medica e chirurgica, ausili e presidi medico-chirurgici-farmaceutici e protesici adeguati alla tipologia degli interventi previsti	Disponibilità di strumentazione adeguata alla tipologia delle prestazioni da erogare, certificata e conforme alle norme di sicurezza
	L'organizzazione ha adottato le procedure di carico e scarico dei materiali e delle attrezzature nel rispetto delle norme di legge e con controllo delle scadenze per i materiali deperibili	Esistenza di procedure codificate
	L'organizzazione ha attivato service per la consegna ed il ritiro di materiale a consumo ripetuto ausili, presidi farmaceutici e protesici e per l'assistenza continuativa dei pazienti in ventilo-ossigeno terapia a lungo termine, nutriti artificialmente	Esistenza di specifici contratti
	L'organizzazione ha adottato procedure per la raccolta e lo smaltimento dei rifiuti speciali	Esistenza di specifiche procedure



REGIONE MOLISE
DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

	L'organizzazione ha adottato procedure per la gestione dei farmaci stupefacenti per la terapia antalgica domiciliare	Adozione protocollo aggiornato alla normativa specifica
	L'organizzazione dispone di un sistema informativo atto a monitorare le attività del servizio e per rilevare in modo uniforme gli indicatori di attività e di risultato previsti dal controllo di gestione ed assicurare i debiti informativi interni ed esterni	Adozione del listino prodotti e di un protocollo per la gestione dei flussi informativi registrati in cartella o su apposita modulistica che costituisce il sistema di reporting
	L'organizzazione adotta un sistema di indicatori per la verifica periodica della propria performance	Esistenza di un sistema di indicatori con definizioni esplicite delle modalità di rilevazione
	L'organizzazione dispone di un sistema informativo per la rilevazione omogenea delle informazioni	Esistenza di un manuale contenente le definizioni operative accessibili agli operatori per le voci relative agli indicatori
	L'organizzazione dispone di un sistema informatizzato che consenta l'elaborazione di reports periodici	Esistenza di un sistema informatizzato che garantisca un rapido accesso ai dati per elaborazioni statistiche a fini gestionali ed epidemiologici
Qualità delle procedure	L'organizzazione utilizza protocolli tecnico-operativi e professionali multidisciplinari o specifici per la loro professionalità con particolare riferimento a quelli basati su evidenze scientifiche di efficacia (Ventilazione meccanica, Ulcere da decubito o vascolari, Cateterismo a circuito chiuso, Rieducazione neuromotoria, Nutrizione artificiale, Monitoraggio e controllo dei sintomi nel paziente terminale ...)	Adozione di protocolli tecnico-operativi e professionali
Educazione sanitaria del paziente e della famiglia	L'organizzazione adotta un piano per offrire interventi coordinati di educazione sanitaria al paziente ed ai suoi familiari	Esistenza di un piano per l'educazione sanitaria
Garanzie di sicurezza	L'organizzazione adotta le normative di sicurezza vigenti per la salvaguardia degli utenti del servizio	Gli operatori dispongono di protocolli operativi specifici per la protezione e la salvaguardia degli assistiti
	L'organizzazione adotta le normative di sicurezza vigenti per la salvaguardia degli addetti del servizio	Gli operatori dispongono di protocolli operativi specifici di prevenzione e protezione
Formazione del personale	L'organizzazione pianifica annualmente la formazione degli operatori	Esistenza del piano di formazione
	L'organizzazione prevede tempi adeguati per l'inserimento nel servizio di nuovi operatori	Adozione di un programma individuale di inserimento
Sostegno psicologico del personale addetto	L'organizzazione mette a disposizione personale qualificato per un supporto psicologico agli operatori attraverso riunioni plenarie, professionali e disponibilità per colloqui individuali	Adozione di un programma per il sostegno psicologico agli Operatori
Integrazione operatori della rete dei servizi	L'organizzazione pianifica periodici confronti con gli operatori del servizio: riunioni plenarie e di équipe territoriali mono e pluriprofessionali, tecniche ed organizzative gestionali	Esistenza di un programma degli incontri con cadenze diversificate



REGIONE MOLISE
DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

	Il personale di coordinamento, le équipe valutative ed il singolo operatore effettuano, in relazione alla tipologia e complessità dei casi trattati, periodici confronti con altri soggetti coinvolti nell'assistenza	Esistenza di procedure esplicite per l'integrazione tra le figure professionali nella gestione dei casi
	L'organizzazione prevede la collaborazione con il MMG o il curante individuato dall'assistito se diverso da questi	Esistenza di una procedura esplicita per le relazioni con il medico curante
	L'organizzazione assicura l'integrazione con i servizi di continuità assistenziale e di urgenza - emergenza	Esistenza di un protocollo di integrazione tra cure domiciliari e servizio di continuità assistenziale e 118
	L'organizzazione promuove accordi di collaborazione con le organizzazioni del terzo settore ed il volontariato operanti nel settore della disabilità, degli anziani e dei malati di cancro	Esistenza di accordi formalizzati-convenzione per la collaborazione con le organizzazioni di volontariato
Tutela dei diritti del cittadino	L'organizzazione promuove la tutela dei diritti del paziente, la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza	Esistenza di una carta dei servizi con una sezione specifica riguardante gli aspetti etici
Garanzia della qualità	L'organizzazione promuove una esplicita politica della qualità per il miglioramento continuo della struttura, dei procedimenti e dei risultati del servizio	Esistenza di un piano dei controlli per monitorare e verificare la qualità con indicazione della periodicità dei controlli, il campione da analizzare, gli strumenti di rilevazione e gli operatori coinvolti
Controllo di Gestione	L'organizzazione adotta un programma di controllo di gestione relativamente ad ogni tipologia, per profili di cura e per operatore con elaborazione di dati riferiti almeno a: Caratteristica dell'utenza, Durata dei trattamenti, Volume delle attività erogate, Ore lavorate a domicilio, Ore impiegate per trasferimenti, Tempo logistico, Durata accessi, Periodo di coperture, Giornate effettive di trattamento, Consumo beni farmaceutici ed economici, Costi prestazione, Costi accesso, Costi per profilo di cura	Esistenza di una procedura informatizzata per controllo di gestione
Continuità delle cure domiciliari	Le cure domiciliari hanno un forte impatto nel ridurre i ricoveri ospedalieri impropri e/o il ricorso al pronto soccorso ospedaliero	
	L'esito delle cure in termini di impatto sulla salute, l'autosufficienza, le condizioni psicologiche e la soddisfazione dell'assistito e del caregiver dipendono dalla continuità della presenza e dalla frequenza degli accessi	
	La qualità della relazione e dell'informazione migliorano il benessere psicologico degli utenti e dei caregiver	% di pazienti nei quali è rispettato il tempo standard per accesso
	Le dimissioni protette riducono la durata delle degenze	%le di pazienti presi in carico attraverso il percorso delle dimissioni protette e dimessi dall'Ospedale nei 7 giorni precedenti
	Le cure palliative permettono ai malati di essere curati a casa fino alla morte con ciò rispettando la scelta del luogo di cura, laddove la copertura assistenziale sia garantita nell'arco delle 24 ore	% di pazienti deceduti a casa
Integrazione con il M.M.G.	Una buona integrazione con il medico di medicina generale (MMG) migliora i risultati perché consente di erogare prestazioni coordinate e appropriate e consente di intervenire su situazioni meno compromesse. La condivisione degli obiettivi e delle prestazioni migliora il clima e la relazione con la famiglia.	% di MMG che utilizzano il servizio %le di pazienti inviati dal MMG %le di pazienti per i quali è stato effettuato entro 8 giorni



REGIONE MOLISE
DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

		dall'attivazione il colloquio con il MMG e concordato il piano di cura
Tempestività	Il servizio deve garantire risposte tempestive al fine di sostenere la scelta delle cure domiciliari da parte del paziente	% di pazienti che hanno ricevuto la prima visita entro 48 ore (alta intensità e CP) e 72 ore (altri) dalla richiesta
Partecipazione e sostegno della famiglia	Il coinvolgimento attivo della famiglia migliora l'efficacia delle cure	% di pazienti per i quali è stato effettuato il colloquio preliminare con i familiari
	Le cure palliative devono garantire il supporto al lutto	% di famiglie che hanno ricevuto la visita di un membro dell'équipe il giorno della morte (o nei giorni successivi) del congiunto
Percezione della salute e della qualità della vita	L'attenzione alla qualità di vita e alla salute percepita dai pazienti è elemento di qualità del servizio in quanto consente di porre l'attenzione su problemi soggettivi che possono sfuggire alla diagnosi oggettiva. Inoltre ogni variazione positiva è indice di efficacia dell'assistenza	% di pazienti in cui si è verificata una variazione positiva attraverso uno specifico questionario che esplora i sintomi, il ritmo sonno veglia, il benessere psicologico, la soddisfazione delle attese personali, la socializzazione
Qualità delle cure	Le cure palliative si propongono di fornire una risposta ai bisogni fisici, psicologici, sociali e spirituali dei malati	% di pazienti per i quali è stato evidenziato un miglioramento della qualità della vita attraverso idoneo strumento di valutazione. % di pazienti per i quali è stato documentato un appropriato livello della qualità delle cure attraverso idoneo strumento di valutazione
Appropriatezza del periodo di presa in carico ed intensità assistenziale	Il periodo di presa in carico deve essere coerente con gli obiettivi del piano di cura tenuto conto delle condizioni funzionali del paziente, della cronicità della patologia e dell'aspettativa di vita	% di pazienti con durata dell'assistenza compresa tra: 0 e 5 giorni / 6- 20 giorni / 21-90 giorni/ 91-180 giorni / >= 181 giorni Intensità assistenziale per profilo / tipologia assistenziale con determinazione del C.I.A. = gg. effettive/ gg periodo di cura
Consapevolezza	La maggiore consapevolezza da parte del malato terminale della diagnosi e della prognosi lo rende in grado di scegliere meglio le diverse opzioni terapeutiche	% di malati di ciascuna delle 5 classi relative allo strumento che esplora la consapevolezza di diagnosi e prognosi
Soddisfazione del paziente e della famiglia	La soddisfazione del paziente e della famiglia per il servizio ricevuto è un elemento di qualità in quanto consente di valutare se il servizio ha risposto adeguatamente ai suoi bisogni	% di risposte con giudizio positivo al questionario di valutazione
Ottimizzazione delle risorse	Il migliore utilizzo possibile delle risorse umane nell'erogazione dell'assistenza è elemento di qualità in quanto riduce gli sprechi e valorizza gli operatori	Carichi di lavoro, tempi di accesso
Grado di fidelizzazione	L'organizzazione è valutata anche in relazione alla capacità di attrazione nel proprio ambito di riferimento	% pazienti ultrasessantacinquenni/ pazienti ultrasessantacinquenni e di deceduti per cancro assistiti nel proprio ambito di riferimento



REGIONE MOLISE
DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

La stabilità ed il grado di motivazione degli Operatori favorisce la continuità e la qualità delle cure in termini professionali e relazionali

% turnover degli Operatori