

Ulteriori modifiche ed integrazioni della D.G.R. n. 41-5952 del 07.05.2002 della D.G.R. n. 15-7336 del 14.10.2002 e della D.G.R. n. 62-9692 del 16.06.2003 inerenti rispettivamente le linee guida regionali del Servizio Cure Domiciliari, le linee guida per l'applicazione delle cure palliative e le disposizioni per l'attribuzione di un peso ai casi di Cure Domiciliari correlato al consumo di risorse impiegate.

La D.G.R n. 41-5952 del 07.05.2002 ha definito le linee guida regionali per la realizzazione del nuovo modello integrato del servizio di Cure Domiciliari, modulato su livelli di intensità delle cure domiciliari sanitarie e sociali che devono essere erogate in relazione alla complessità dei bisogni assistenziali espressi dalle persone.

Con successiva D.G.R. n. 15-7336 del 14.10.2002 è stato recepito il Programma Regionale di Cure Palliative e sono state approvate le nuove linee guida, inerenti l'applicazione delle Cure Palliative in Piemonte, la formazione degli operatori e l'attuazione del relativo Programma Regionale che, per quanto attiene le Cure Palliative domiciliari, definisce percorsi e modalità assistenziali integrati e coerenti con quanto previsto dalle linee guida regionali attinenti tutta l'assistenza domiciliare, approvate con la D.G.R. n. 41-5952 del 07.05.2002, sopra citata.

In seguito, la D.G.R. n. 62- 9692 del 16.06.2003 ha definito il modello per l'attribuzione di un peso ai casi di cure domiciliari correlato al consumo di risorse impiegate, nonché l'istituzione di una scheda di dimissione domiciliare, senza individuare la specificità delle Cure Palliative domiciliari, né la loro valorizzazione.

La D.G.R n. 51- 1389 del 23.12.2003 ha individuato un'articolazione graduale e progressiva della risposta domiciliare riferita all'area della post-acutiae (fase intensiva e/o estensiva) e all'area della cronicità (Lungoassistenza).

Nello specifico, per quanto attiene alle Cure Palliative, risulta necessario rilevare e valorizzare le attività svolte dalle Unità Organizzative di Cure Palliative (UOCP), differenziandole dalle altre prestazioni eseguite a livello domiciliare. Infatti, la complessità dei bisogni fisici, psicologici e sociali dei malati terminali, unita all'esigenza ed alla volontà di Cure Palliative a domicilio, richiede l'organizzazione di risposte integrate, centrate sui bisogni dei pazienti e di chi li assiste, unitarie nel modo in cui vengono erogate. L'integrazione delle responsabilità ed anche di tutte le risorse disponibili sul territorio è la condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi, garantendo un'ottimale utilizzo delle risorse.

Di conseguenza, il modulo assistenziale, da garantire prioritariamente, risulta essere ad alta intensità, in quanto rivolto a pazienti in fase terminale di malattia, che richiedono interventi costanti, coordinati ed intensivi. Il Medico di Medicina Generale (MMG) è il responsabile dell'assistenza al singolo paziente e si avvale della consulenza dell'équipe dell'UOCP, con la quale è stato stabilito il piano assistenziale. La presenza di problematiche non solo fisiche, ma anche psicologiche e sociali, richiede l'organizzazione, nel corso di questo tipo di assistenza, di un supporto adeguato, sia per il malato sia per la famiglia, attraverso una stretta collaborazione anche con i servizi sociali e, quando possibile, con le risorse del volontariato. Al fine di garantire la realizzazione del programma assistenziale, è necessario il massimo livello di integrazione fra le professionalità dei Medici di Medicina Generale, del personale dell'UOCP e delle Cure Domiciliari, mediante una programmazione concordata dei rispettivi compiti e interventi (piano assistenziale).

Si rende, pertanto, necessario integrare la pesatura dei casi di Cure Domiciliari con l'introduzione delle Cure Palliative e rimodellare, di conseguenza, la Scheda di Dimissione Domiciliare (SDD), inserita nell'allegato C della D.G.R. n. 62 – 9692 del 16 giugno 2003 e già integrata nella D.G.R n. 51 - 11389 del 23.12.2003.

Per identificare l'attività svolta dall'UOCP, in associazione con l'équipe delle Cure Domiciliari, si introduce una nuova tipologia di assistenza ADI + UOCP. Si intendono, con questa voce, i casi di Cure Domiciliari con integrazione di una UOCP, la quale può essere di ASL, di ASO, o no-profit in convenzione con le Aziende Sanitarie Locali.

L'attività dell'UOCP, così come definita nell'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente atto deliberativo, deve essere misurata in parallelo a quella delle Cure Domiciliari, attraverso gli strumenti della D.G.R. n. 41 - 5952 del 07.05.2002 e della D.G.R. n. 62 - 9692 del 16.06.2003.

Vista la particolarità del lavoro di rete necessario per l'attivazione di questo tipo di assistenza congiunta, si stabilisce che il tempo di presa in carico sia svincolato dal Codice Colore Sanitario e si fissa forfaitariamente in 120 minuti.

Ai fini della valorizzazione economica dell'attività dell'UOCP, si ritiene opportuno utilizzare il criterio della singola giornata di effettiva assistenza, definita come "giornata nella quale vi è stato almeno un accesso di un operatore sanitario dell'équipe di Cure Palliative". Per "operatore sanitario" si intendono medici, infermieri, psicologi, terapisti della riabilitazione, ADEST/OSS, che svolgono la propria attività in maniera dedicata e continuativa all'interno dell'UOCP.

La valorizzazione suddetta è definita in Euro 70,00 a giornata di effettiva assistenza e deriva da una specifica analisi dei costi inerenti tutte le voci di spesa.

Le tipologie di Cure Domiciliari previste nella SDD, così come definita nella D.G.R. n. 62 - 9692 del 16.06.2003 sono:

- ADI (Assistenza Domiciliare Integrata);
- ADP (Assistenza Domiciliare Programmata);
- SID (Servizio Infermieristico Domiciliare);
- OAD (Ospedalizzazione a Domicilio).

Con il presente provvedimento viene eliminata la tipologia OAD, in quanto appartenente ad un livello di cura ospedaliera e, quindi, come tale rendicontata nel Piano di Attività annuale e vengono introdotte due nuove tipologie:

- Cure Palliative in integrazione con l'ADI (ADI + UOCP)
- Lungoassistenza

Ai sensi della D.G.R n. 51 - 11389 del 23.12.2003, in quest'ultima tipologia di cura, sono compresi quei casi in cui viene erogato un complesso di prestazioni sanitarie a rilievo sociale, nelle quali la componente sanitaria e quella socio-assistenziale sono così correlate da non risultare operativamente distinguibili.

In questi casi, l'Azienda Sanitaria Locale assume, a proprio, carico il 50% del costo delle prestazioni socio-sanitarie di assistenza tutelare, mentre il restante 50% è a carico dell'utente/Comune. Si precisa che i casi di Lungoassistenza possono essere tali fin dall'inizio, oppure possono essere la prosecuzione di una fase intensiva, tenendo conto dei criteri di accesso alla fase intensiva/estensiva della suddetta D.G.R..

Rilevate difformità di comportamento nelle Aziende Sanitarie Locali, in merito all'attribuzione del Codice Colore Sanitario per i casi SID (prestazioni infermieristiche gestibili in autonomia dall'Infermiere Professionale su prescrizione medica), si stabilisce che, per questa tipologia di cura, la presa in carico infermieristica sia svincolata dal Codice Colore Sanitario e sia fissata in un tempo forfaitario di 30 minuti.

Come conseguenza della modifica e dell'integrazione delle tipologie di cura sopracitate, si introducono tre diversi modelli di SDD, così come definiti nell'Allegato 3, parte integrante e sostanziale del presente atto deliberativo.

Nella SDD, così come indicato nella D.G.R. n. 62 - 9692 del 16.06.2003, vengono stabiliti un peso settimanale sanitario, un peso settimanale sociale e un peso settimanale totale; l'integrazione apportata dalla D.G.R n. 51 - 11389 del 23.12.2003, introduce il peso settimanale socio-sanitario di Lungoassistenza.

Dall'esperienza acquisita nell'utilizzo del sistema dei pesi, risulta che il peso medio settimanale, legato alla durata del caso, non rappresenta pienamente l'impegno correlato alla gestione del caso medesimo. Quindi, si rende necessario utilizzare il peso totale (e non quello settimanale) del singolo caso, sempre rapportato al valore del caso medio, come definito dalla D.G.R. n. 62 - 9692 del 16.06.2003. L'abolizione del peso medio settimanale comporta, di conseguenza, la necessità di contenere il periodo di presa in carico di ciascun caso, entro un arco di tempo non superiore a 12 mesi.

Pertanto:

- i casi di Lungoassistenza, che rappresentano situazioni di cronicità e possono durare anni, devono essere chiusi il 31 dicembre di ciascun anno e devono essere riaperti il 1° gennaio dell'anno successivo;
- i casi di Cure Domiciliari di lunga durata privi delle caratteristiche della Lungoassistenza, devono essere chiusi, trascorsi 12 mesi dalla data di apertura, con possibilità di riattivazione successiva in caso di persistenza del bisogno.

Si dà atto che la presente deliberazione, che approva ulteriori modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n. 41-5952 del 07.05.2002, alla D.G.R. n. 15-7336 del 14.10.2002 e alla D.G.R. n. 62-9692 del 16.06.2003, non comporta oneri di spesa aggiuntivi a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Tutto ciò premesso, il relatore propone:

- di approvare le modalità di rilevazione dell'attività dell'UOCP, così come indicate nell'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di stabilire che il tempo di presa in carico dei casi ADI+UOCP sia svincolato dal Codice Colore Sanitario e quantificato forfetariamente in 120 minuti;
- di valorizzare l'attività dell'UOCP nelle Cure Domiciliari, in base al criterio della singola giornata di effettiva assistenza, cui viene attribuito l'importo di 70,00 euro;
- di definire le seguenti tipologie di cura, nell'ambito delle Cure Domiciliari, così come indicate nell'Allegato 2, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:
 - ADI
 - ADP
 - SID
 - ADI+UOCP
 - Lungoassistenza;
- di eliminare la tipologia OAD, in quanto appartenente ad un livello di cura ospedaliera e, quindi, come tale, rendicontabile nel Piano di Attività annuale;
- di stabilire, per la tipologia di Cure Domiciliari SID, che la presa in carico sia svincolata dal Codice Colore Sanitario e sia quantificata forfetariamente in 30 minuti, al fine di superare la difformità di comportamento rilevata nelle Aziende Sanitarie Locali nell'attribuzione del Codice Colore Sanitario;

- di introdurre tre diversi modelli di SDD, così come definito nell'Allegato 3, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di utilizzare il peso totale (e non quello settimanale) del singolo caso rapportato al valore del caso medio così come definito dalla D.G.R. n. 62 - 9692 del 16.06.2003; di conseguenza l'80% del peso sanitario riportato nella D.G.R n. 51 -11389 del 23.12.2003, tra gli elementi che connotano la fase intensiva/estensiva, deve essere riferito al peso totale;
- di chiudere convenzionalmente i casi di Lungoassistenza, che rappresentano situazioni di cronicità e possono durare anni, il 31 dicembre di ciascun anno e di riaprirli il 1° gennaio dell'anno successivo;
- di chiudere i casi di Cure Domiciliari di lunga durata, privi delle caratteristiche della Lungoassistenza, trascorsi 12 mesi dalla data di apertura, con possibilità di riattivazione successiva, in caso di persistenza del bisogno;
- di chiudere e di riaprire i casi, in base al cambiamento di tipologia di Cure Domiciliari;
- di dare atto che la presente deliberazione, che approva ulteriori modifiche ed integrazioni della D.G.R. n. 41-5952 del 07.05.2002, della D.G.R. n. 15-7336 del 14.10.2002 e della D.G.R. n. 62-9692 del 16.06.2003, non comporta oneri di spesa aggiuntivi a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Visto il P.S.R. – L.R. 61/97;

visto il D.P.C.M. 29.11.2001;

visto il P.S.N. 2003/2005;

vista la D.G.R. n. 41 - 5952 del 7.05.2002;

vista la D.G.R. n. 15 - 7336 del 14.10.2002;

vista la D.G.R. n. 62 - 9692 del 16.06.2003;

vista la D.G.R n. 51 - 11389 del 23.12.2003;

acquisito il parere del CO.RE.SA, espresso in data 14 luglio 2004;

tutto ciò premesso, la Giunta Regionale, a voti unanimi,

d e l i b e r a

- di approvare le modalità di rilevazione dell'attività dell'UOCP, così come indicate nell'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di stabilire che il tempo di presa in carico dei casi ADI+UOCP sia svincolato dal Codice Colore Sanitario e quantificato forfetariamente in 120 minuti;
- di valorizzare l'attività dell'UOCP nelle Cure Domiciliari, in base al criterio della singola giornata di effettiva assistenza, cui viene attribuito l'importo di 70,00 euro;
- di definire le seguenti tipologie di cura, nell'ambito delle Cure Domiciliari, così come indicate nell'Allegato 2, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- ADI
 - ADP
 - SID
 - ADI+UOCP
 - Lungoassistenza;
- di eliminare la tipologia OAD, in quanto appartenente ad un livello di cura ospedaliera e, quindi, come tale, rendicontabile nel Piano di Attività annuale;
- di stabilire, per la tipologia di Cure Domiciliari SID, che la presa in carico sia svincolata dal Codice Colore Sanitario e sia quantificata forfetariamente in 30 minuti, al fine di superare la difformità di comportamento rilevata nelle Aziende Sanitarie Locali nell'attribuzione del Codice Colore Sanitario;
- di introdurre tre diversi modelli di SDD, così come definito nell'Allegato 3, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di utilizzare il peso totale (e non quello settimanale) del singolo caso rapportato al valore del caso medio così come definito dalla D.G.R. n. 62 - 9692 del 16.06.2003; di conseguenza l'80% del peso sanitario riportato nella D.G.R n. 51 -11389 del 23.12.2003, tra gli elementi che connotano la fase intensiva/estensiva, deve essere riferito al peso totale;
- di chiudere convenzionalmente i casi di Lungoassistenza, che rappresentano situazioni di cronicità e possono durare anni, il 31 dicembre di ciascun anno e di riaprirli il 1° gennaio dell'anno successivo;
- di chiudere i casi di Cure Domiciliari di lunga durata, privi delle caratteristiche della Lungoassistenza, trascorsi 12 mesi dalla data di apertura, con possibilità di riattivazione successiva, in caso di persistenza del bisogno;
- di chiudere e di riaprire i casi, in base al cambiamento di tipologia di Cure Domiciliari;
- di dare atto che la presente deliberazione, che approva ulteriori modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n. 41-5952 del 07.05.2002, alla D.G.R. n. 15-7336 del 14.10.2002 e alla D.G.R. n. 62-9692 del 16.06.2003, non comporta oneri di spesa aggiuntivi a carico del Servizio Sanitario Regionale.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 65 dello Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. n. 8/R/2002.