

Sanità

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 29 dicembre 1998, n. 5273.

Linee guida regionali sull'attivazione delle varie forme di A.D.I. con particolare riferimento all'A.D.I. ex allegato "H" del D.P.R. n. 484/96 e art. 32 punto 2 lett. a del D.P.R. n. 613/96: ADIMED e relative previsioni di fabbisogno assistenziale. Direttive regionali sulla fornitura ed erogazione dei farmaci in ADIMED.

L'Assessore regionale alle Politiche Sanitarie, Iles Braghetto, di concerto con l'Assessore alle Politiche e ai Servizi Sociali, Raffaele Zanon, riferisce quanto segue.

L'attivazione nella nostra regione, di nuove e diversificate modalità assistenziali territoriali risponde alla duplice esigenza di ridurre da un lato il numero eccessivo di posti letto ospedalieri e dei costi elevati a questi connessi e di fornire dall'altro un tipo di assistenza appropriato ed efficace che sia gradito agli utenti. L'intervento si esplica nella direzione di far accedere all'assistenza ospedaliera solo le patologie acute che è razionale curare in quell'ambito e di implementare correlativamente un'adeguata rete di assistenza territoriale per il cui governo nella organizzazione sanitaria regionale, ex art. 22 della L.R. n. 56/94, è deputato il distretto socio-sanitario, struttura operativa dell'Azienda U.L.S.S. che ha la funzione di garantire l'assistenza nel territorio.

Nell'ambito dell'assistenza territoriale, specificatamente per la parte che si realizza attraverso forme di assistenza fornite a domicilio del paziente, l'A.D.I., Assistenza Domiciliare Integrata, intesa quale formula assistenziale che attraverso l'intervento di più figure professionali sanitarie e sociali realizza a domicilio del paziente di qualsiasi età, un progetto assistenziale unitario, limitato o continuativo nel tempo, ha trovato un richiamo esplicito tanto in sede di programmazione sanitaria regionale (cfr. documento d'indirizzo alla L.R. n. 5/96) quanto in sede di programmazione sanitaria nazionale (P.S.N. 1998-2000). Entrambi gli indirizzi di programmazione hanno attribuito all'A.D.I. la connotazione di intervento programmatico specifico all'interno della politica sanitaria.

Ciò premesso, considerato il modulo assistenziale da un lato e l'interesse generale dall'altro diretto alla riduzione della rete ospedaliera, obiettivo costantemente presente nelle recenti leggi di accompagnamento alla finanziaria varate dallo Stato, si può affermare che le varie forme di assistenza domiciliare integrata si connotano da un lato, come un complesso di interventi socio-sanitari diretti a migliorare la qualità di vita del paziente, umanizzando il trattamento sanitario, dall'altro per le forme di intervento assistenziale più elevato, a porsi come valide alternative al ricovero ospedaliero.

Sotto il profilo strettamente finanziario, per quanto concerne le risorse organizzative da utilizzare per garanti-

re l'assistenza a domicilio, il riferimento relativo è dato dalla quota pro-capite pesata del F.S.R. per la parte riferibile all'assistenza territoriale, con revisione in riduzione della parte ospedaliera o specifica finalizzazione delle varie voci di finanziamento previste nelle disposizioni delle LL.RR. n. 28/91, n. 21/89 e n. 22/89 nonché di altre voci previste in LL.RR. varie, a suo tempo varate per garantire interventi domiciliari in favore di persone non autosufficienti. In tale contesto è altresì auspicabile una urgente revisione della partecipazione dei Comuni nell'ambito del sistema dell'assistenza domiciliare in genere, per far fronte, con maggiori risorse proprie, a bisogni attualmente soddisfatti in parte, tramite finanziamenti soprattutto tratti dal F.S.R. L'ambito privilegiato di confronto istituzionale per tale necessità viene individuato nel recepimento del Piano di Zona da parte dei Direttori Generali delle Aziende ULSS, ai sensi di quanto previsto dall'art. 4 della L.R. n. 5/96, P.S.S.R. 96/98.

1) Le varie tipologie di assistenza domiciliare

Al fine di distinguere l'A.D.I. nell'accezione sopra riportata in cui l'elemento "integrazione" multidisciplinare (sociale-sanitario) e multiprofessionale (tra operatori sanitari) costituisce elemento essenziale, dalle altre forme di assistenza a domicilio del paziente attuabili senza la predetta integrazione, si è ritenuto opportuno stendere un documento di linee guida tecniche che operativamente acconsentisse alle Aziende U.L.S.S. ed ai Comuni del Veneto, per l'apporto relativo agli interventi socio-assistenziali, di collaborare costruttivamente con l'Azienda U.L.S.S. di rispettiva afferenza territoriale, all'interno del Piano di zona dei servizi sociali, in un quadro di assistenza domiciliare chiaro ed uniforme.

Tale documento di linee guida regionali, che si allega alla presente deliberazione come parte integrante della stessa (Allegato n. 1), sulla base delle varie forme di assistenza domiciliare a tutt'oggi prodottesi nel territorio regionale, alle quali vanno correlate le rispettive normative di derivazione statale, regionale e di emanazione locale, ha individuato 6 tipologie di assistenza erogabile a domicilio, di cui 5 a valenza integrata, che per opportunità lessicale si è convenuto classificare secondo le sotto elencate formulazioni suddivise per profili, specificando a riguardo che l'ADI ex D.P.R. 484/96 e l'assistenza ospedaliera a domicilio sono state connotate in ambito regionale, rispettivamente con le sigle ADIMED e ADI-HR:

1. assistenza domiciliare socio-assistenziale
2. assistenza domiciliare riabilitativa integrata con intervento sociale: A.D.I. profilo A
3. assistenza domiciliare infermieristica integrata con intervento sociale: A.D.I. profilo B
4. assistenza domiciliare programmata integrata con intervento sociale: A.D.I. profilo C
5. assistenza domiciliare integrata ex D.P.R. 484/96 e D.P.R. 613/96 (ex D.G.R. 2996/97) - ADIMED: A.D.I. profilo D

6. assistenza ospedaliera a domicilio e riabilitazione intensiva domiciliare ADI-HR: A.D.I. profilo E

Il quadro assistenziale emerso ha portato a concludere che per ogni tipologia di A.D.I., che esprime un gradiente assistenziale, l'elemento "integrazione", dipende da due variabili: la presenza dell'intervento/bisogno socio-assistenziale (che può variare a seconda delle condizioni socio-ambientali familiari del paziente), la presenza dell'apporto multiprofessionale all'interno della collaborazione tra figure professionali sanitarie.

Per l'aspetto relativo al carico assistenziale di tipo sanitario, il quadro erogativo sopra delineato si estrinseca sostanzialmente attraverso 3 differenti livelli di intensità:

Livello 1 - A.D.I. a bassa intensità di assistenza sanitaria domiciliare: nell'ambito della quale l'intervento del medico è eventuale e comunque questo può esplicarsi attraverso accessi periodici, mentre l'assistenza infermieristica e/o tecnico-riabilitativa è necessaria, con una periodicità programmata.

Livello 2 - A.D.I. a media intensità di assistenza sanitaria domiciliare: nell'ambito della quale l'intervento periodico del medico è necessario, mentre è eventuale l'assistenza infermieristica, la quale, se interviene, si estrinseca attraverso accessi infermieristici programmati.

Livello 3 - A.D.I. ad alta intensità di assistenza sanitaria domiciliare: nell'ambito della quale, in ragione delle condizioni di grave dipendenza sanitaria in cui versa il paziente (di tutte le età), si richiede un elevato impegno medico attraverso più accessi settimanali nonchè congiuntamente l'apporto infermieristico o di altri operatori sanitari, il tutto da garantire in un quadro di pronta disponibilità diurna medica ed infermieristica all'interno di un programma di intervento definito ed autorizzato per singolo caso dell'Unità Valutativa del Distretto.

Tale terzo livello di intensità deve assicurare uno stretto collegamento con la struttura ospedaliera di riferimento, al fine di garantire la continuità delle cure specialistiche e fornire tutti i supporti terapeutici necessari. Rientrano in tale ipotesi assistenziale l'ospedalizzazione a domicilio (ADI-HR), nonchè l'A.D.I. (ADIMED) così come prevista dal D.P.R. n. 484/96 (accordo dei medici di medicina generale) recepita in ambito regionale con la D.G.R. n. 2996/97.

Questo livello rappresenta la forma superiore di "alternatività" al ricovero ospedaliero; ne discende pertanto che la relativa regolamentazione degli aspetti assistenziali, deve rispettare i principi della complessità e globalità dell'intervento, non scindibile quindi nè tramutabile in sottolivelli e/o interventi assistenziali frammentati ed autonomi, nel senso che il soggetto destinatario di tale forma di A.D.I., va tutelato nella sua pienezza, analogamente a quanto avviene in ambiente ospedaliero o residenziale dove si garantisce un "intervento assistenziale complesso".

Per quanto concerne la tipologia dei pazienti trattabili in A.D.I. ad alta intensità di assistenza sanitaria (rimandando ad un successivo provvedimento la casistica concernente l'ospedalizzazione a domicilio - ADI-HR), in attesa di una prospettazione più specifica che consideri le singole patologie alle quali correlare protocolli operativi e percorsi diagnostici, prendendo spunto dal "quadro assistenziale" delineato dall'accordo dei Medici di Medicina Generale di cui al D.P.R. n. 484/96, a tutt'oggi destinatari dell'ADIMED sono pazienti affetti dalle seguenti patologie:

- cronico degenerative
- acute temporaneamente invalidanti
- in dimissione protetta
- che richiedono nutrizione artificiale
- oncologiche in fase avanzata
- HIV correlate in fase avanzata

Nell'ambito delle suddette tipologie di pazienti, si precisa che ai fini della selezione per l'ammissione in ADIMED (A.D.I. profilo D), hanno priorità d'accesso:

1. pazienti con esiti di episodi cerebrovascolari acuti;
2. pazienti con fratture ed esiti di altri interventi ortopedici;
3. pazienti con esiti di patologie di competenza chirurgica;
4. pazienti con episodi di riacutizzazione (es. bronchite acuta in paziente con BPCO e allettamento...) di patologie croniche che necessitano di prestazioni sanitarie a carattere temporaneo e programmabile, per controllare l'episodio di riacutizzazione e favorire il recupero dell'autonomia a livello precedente dell'episodio di riacutizzazione;
5. pazienti trattati con terapia palliativa;
6. pazienti trattati con nutrizione artificiale (N.A.D.).

La polipatologia costituisce ulteriore elemento di priorità nell'ammissione al trattamento domiciliare per l'ADIMED.

2) Gli obiettivi di copertura del fabbisogno assistenziale nelle varie tipologie di A.D.I.

In considerazione della tipologia dei pazienti trattabili con tale modello assistenziale, considerando anche le previsioni del fabbisogno regionale stabilite in sede di programmazione della Residenzialità extra-ospedaliera, pari all'1% dei soggetti ultrasessantacinquenni, più il 4% dei soggetti ultrasettantacinquenni, è possibile in via di prima approssimazione stimare il fabbisogno assistenziale dell'ADIMED, in una domanda che si aggira sulle 20.000 unità pari a circa 5.000 posti di assistenza, da creare sul territorio (ambiente) extra ospedaliero della nostra Regione, corrispondente allo 0,4% - 0,5% della popolazione residente.

Relativamente alle altre tipologie di A.D.I. sopra elencate, si stima che in ambito regionale si raggiungano i

sottoriportati obiettivi di copertura assistenziale:

1. A.D.I. profilo A (ass. tecnico riabil. domiciliare) = 0,2%-0,4% (tot. utenti/tot. popolaz.)

2. A.D.I. profilo B (ass. infermieristica domiciliare) = 1,5%-1,8% (tot. utenti/tot. popolaz.)

3. A.D.I. profilo C (ass. programmata domiciliare) = 0,6%-0,8% (tot. utenti/tot. popolaz.)

4. A.D.I. profilo E (ass. ospedaliera e riabilitazione intensiva domiciliare) ADI-HR = 0,05% (tot. utenti/tot. popolaz.)

Gli obiettivi sopra riportati richiedono, che per ogni profilo di A.D.I., la relativa copertura assistenziale raggiunga il seguente numero di utenti:

- per l'A.D.I. profilo A all'incirca 13.000 utenti;
- per l'A.D.I. profilo B all'incirca 70.000 utenti;
- per l'A.D.I. profilo C all'incirca 30.000 utenti;
- per l'ADI-HR all'incirca 2.000 utenti.

Nel presupposto che le varie forme di Assistenza Domiciliare Integrata vengono erogate in ambito territoriale, e quindi ai sensi della legislazione regionale vigente, vengono garantiti dal Distretto Socio-Sanitario dell'Azienda ULSS di riferimento, elementi indispensabili affinché si realizzi in ambito ULSS l'assistenza in ADIMED, nella quantificazione sopra riportata, sono:

- l'attribuzione al Distretto Socio-Sanitario di personale infermieristico e tecnico riabilitativo e OTA/OSA in proporzioni adeguate (si stima necessario almeno un operatore ogni 5 posti di ADIMED attivati);

- la presenza di medici di medicina generale in gruppi organizzati o alternativamente il ricorso regolamentato ai medici di continuità assistenziale per la copertura dell'assistenza 24 h/24;

- l'esistenza del servizio di assistenza domiciliare di tipo sociale erogata direttamente dai Comuni o da questi delegata all'Azienda ULSS;

- la possibilità di attivare tempestivamente all'interno del Distretto socio-sanitario interventi specialistici a domicilio ricorrendo preferibilmente ai medici specialisti ambulatoriali interni o in subordine ai medici specialisti dei presidi ospedalieri;

- il collegamento con i dipartimenti ospedalieri;

- una rete precodificata di supporti sociali, di intervento solidaristico in grado di assicurare i generici bisogni di vita quotidiani (ricorso alle associazioni di volontariato.);

- l'esistenza in ciascun Distretto di un punto unico di riferimento per i cittadini e gli operatori in grado di raccogliere i bisogni sanitari e socio-sanitari degli utenti relativamente alle cure erogate presso il proprio domicilio.

3) La fornitura e la distribuzione dei farmaci in A.D.I. profilo D: "ADIMED"

L'intervento di ADIMED, per la parte concernente le modalità di attivazione/autorizzazione da parte dell'Unità Operativa Distrettuale competente per la valutazione e la presa in carico dell'assistito ed D.G.R. n. 561/98, nonché per gli aspetti organizzativi che tale modello assistenziale richiede, è stato oggetto di regolamentazione specifica all'interno della contrattazione decentrata dei DD.P.R. n. 484/96 (allegato H) e n. 613/96, formalizzata con la stessa D.G.R. n. 2996/97, alla quale si rimanda per gli aspetti relativi

La suddetta contrattazione decentrata ha previsto che la fornitura di farmaci comprensivi degli stupefacenti, del materiale di consumo, dei sostituti dietetici, per gli assistiti in ADIMED, venga garantita direttamente dall'Azienda ULSS, rimandando a successiva regolamentazione regionale la definizione delle possibili relative modalità di erogazione/distribuzione.

L'assunto in base al quale l'ADIMED si pone come alternativa al ricovero ospedaliero, considerato che tale forma di Assistenza Domiciliare (così come delineata dal documento linee guida regionale), si rivolge a "soggetti portatori di gravi patologie in condizione di notevole dipendenza" e perciò a soggetti per la quasi totalità già titolari di esenzione dalla partecipazione alla spesa per patologia ai sensi della normativa statale vigente, porta a definire che la prescrizione dei farmaci nei confronti di tali soggetti deve avvenire in regime di esenzione totale, ovvero in regime di totale gratuità e che deve comprendere tutti i farmaci contemplati nel prontuario ospedaliero regionale (P.T.O.R.V.), con il correttivo che la spesa conseguente alla prescrizione di farmaci di fascia "C" compresi i prodotti da banco eventualmente prescritti, non può superare in alcun caso il 10% della spesa totale sostenuta per i farmaci nell'ambito del complessivo programma ADIMED, attivato a livello locale.

In attuazione di quanto previsto in sede di contrattazione decentrata di cui alla D.G.R. n. 2996 del 28.8.1997, nonché da ultimo, tenendo anche conto di quanto previsto in materia di assistenza farmaceutica dalla bozza di collegato alla finanziaria statale per l'anno 1999 (art. 53 comma 5), si è provveduto pertanto a consultare da un lato il Coordinamento dei Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. del Veneto al fine di verificare la possibilità che la fornitura dei farmaci e quant'altro rivolta agli assistiti trattati in ADIMED, venga garantita tramite il Distretto Socio-Sanitario dalla farmacia ospedaliera dell'Azienda U.L.S.S.; dall'altro a sentire l'UNIFARVE (Unione Regionale dei Titolari di Farmacia del Veneto) per verificare l'altra possibile modalità di erogazione, vale a dire che i farmaci e quant'altro per i pazienti in ADIMED, vengano garantiti tanto per l'approvvigionamento quanto per la distribuzione, delle farmacie territoriali convenzionate col S.S.N.

Fermo restando che in applicazione delle specifiche regolamentazioni di settore, l'erogazione e la distribuzione dei farmaci di fascia "H" devono continuare ad essere garantite attraverso l'esclusivo ricorso alla farmacia ospedaliera, così come per i farmaci stupefacenti si dovrà ancora fare ricorso alle farmacie territoriali, le quali provvederanno alla distribuzione del farmaco stupefacente in conformità alla vigente normativa, attraverso l'esibizione della prescrizione/modulistica ministeriale redatta dal M.G., per i restanti farmaci le suddette consultazioni non hanno porato ad una univoca definizione del percorso erogativo da seguire circa l'organismo che all'interno dell'Azienda ULSS/Distretto deve occuparsi dell'approvvigionamento e della distribuzione dei farmaci per i casi in ADIMED. A fronte degli indubbi risparmi sul versante dell'acquisto dei farmaci da parte delle Aziende ULSS, che la vigente normativa consente di ottenere mediante un significativo sconto sul prezzo al pubblico, si contrappongono inevitabili aumenti nei costi di gestione connessi al maggior carico di lavoro, sia dei Servizi della farmacia ospedaliera che dei Servizi distrettuali, per la "nuova utenza ADIMED" della quale l'Azienda U.L.S.S. tramite il Distretto deve farsi carico, collegabile all'assistenza farmaceutica direttamente erogata.

Viceversa, l'alternativa di ricorrere alle farmacie convenzionate col S.S.N., sia per l'acquisto che per la distribuzione dei farmaci, pur non presentando la possibilità di beneficiare dello sconto, non richiede in seno all'Azienda ULSS, l'istituzione e la gestione di una ulteriore attività collegata al nuovo servizio ADIMED mentre consente di avvalersi di una rete distributiva già consolidata, capillare e continuativa nel territorio.

Ai riguardo, la proposta avanzata dall'UNIFARVE dettagliatamente esposta nell'Allegato n. 2, parte integrante del presente provvedimento, prevede tra l'altro, che per i farmaci di fascia "A", "B" e "C" si corrisponda il prezzo esposto al pubblico decurato di uno sconto fisso pari al 5%, risultante dalla media ponderata delle trattenute attualmente in vigore (sia per le farmacie urbane che rurali sussidiate). Tale prezzo è comprensivo anche della consegna del farmaco a domicilio del paziente, previ i necessari contatti.

Ciò premesso, in ragione degli aspetti di carattere organizzativo interno all'Azienda ULSS e delle connesse ricadute in termini di spesa, si propone che in questa fase di "implementazione" dell'ADIMED, sia il Direttore Generale dell'Azienda ULSS a valutare, in termini di costi e benefici, la "convenienza" di ricorrere ad una delle due prospettate modalità di erogazione per garantire in particolare l'erogazione dei farmaci in ADIMED, definendo in sede locale gli aspetti conseguenti alla scelta effettuata:

a) ricorso per l'approvvigionamento dei farmaci alla farmacia ospedaliera e al personale del Distretto Socio Sanitario per la relativa consegna a domicilio,

b) ricorso alle farmacie territoriali convenzionate col

S.S.N., tanto per l'approvvigionamento dei farmaci quanto per la consegna dei medesimi a domicilio del paziente.

Per quanto riguarda specificatamente i farmaci antiblastici si rinvia a quanto sarà definitivamente statuito in sede di approvazione del collegato alla Legge Finanziaria dello Stato per l'anno 1999.

Considerata la prospettiva di cui sopra, di ricorrere a due possibili modelli di approvvigionamento e distribuzione dei farmaci per i soggetti in ADIMED, relativamente alle modalità di prescrizione dei farmaci stessi, è necessario ricorrere ad un unico prototipo di "modulo prescrizione farmaceutica per i trattamenti in ADIMED" al fine di garantire che tanto a livello di Azienda sanitaria locale quanto a livello regionale, in sede di riparto delle risorse, si sia in grado di scorporare la spesa farmaceutica garantita all'interno di questo particolare modulo di A.D.I., dalla ordinaria spesa farmaceutica territoriale da un lato e dalla spesa farmaceutica destinata all'utilizzo in ambito ospedaliero, dall'altro. La competente Direzione regionale si occuperà della definizione tecnica nonché della trasmissione alle Aziende U.L.S.S., di tale prototipo di prescrizione farmaci da utilizzare come modello unico in ambito regionale, da utilizzare esclusivamente per i casi in ADIMED.

4) Progetti sperimentali per l'implementazione di assistenza domiciliare

In considerazione che il complessivo sistema di assistenza domiciliare richiede i tempi necessari di consolidamento e sviluppo, sembra opportuno prevedere progetti e iniziative sperimentali a fini di approfondimenti e definizione di modelli operativi ripetibili presso le Aziende U.L.S.S. regionali.

In particolare le aree di maggior interesse sono rappresentate dalle problematiche organizzativo-gestionali generali e di coinvolgimento del privato sociale nel sistema di Assistenza Domiciliare Integrato, dall'analisi dei costi dei trattamenti in A.D.I., dagli aspetti specifici relativi agli interventi sociali di rilievo sanitario in A.D.I., degli interventi con trattamenti palliativi nei confronti dei malati terminali di A.D.I., dal sistema di classificazione generale delle persone in trattamento A.D.I., dal sistema informativo sui trattamenti A.D.I.

A tal fine con successivo provvedimento saranno proposte e prese in considerazione sperimentazioni locali, le quali, previa selezione secondo criteri predefiniti, verranno finanziate con il ricorso alla residua disponibilità in Bilancio regionale 1998 sul Cap. 60043 "Quote del F.S.R. parte corrente in gestione accentrata ex legge regionale n. 21/89 art. 17 - realizzazione di azioni programmatiche: tutela salute anziani".

L'Assessore alle Politiche Sanitarie, Iles Braghetto, di concerto con l'Assessore alle Politiche ed ai Servizi Sociali, Raffaele Zanon, conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente

provvedimento.

La Giunta regionale

- Udito il relatore Assessore alle Politiche Sanitarie, Iles Braghetto, di concerto con l'Assessore alle Politiche e Servizi Sociali, Raffaele Zanon, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, 2° comma, dello Statuto, il quale dà atto che la Struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la legislazione regionale e statale;

- Visto l'art. 17 della L.R. n. 21/89;
- Visto l'art. 1 - comma 2 e art. 2 della L.R. n. 28/91;
- Visto l'art. 22 della L.R., n. 56/94;
- Visto l'art. 13 della L.R. n. 5/96;
- Vista la D.G.R. n. 2996 del 28.8.1997;

delibera

1. Di approvare il documento "Linee guida regionali sull'attivazione dell'A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata) ed in particolare sull'A.D.I. ex D.P.R. n. 484/96; ADIMED". Allegato 1, parte integrante del presente provvedimento.

2. Di approvare le direttive di programmazione e di governo sul fabbisogno assistenziale dell'A.D.I. in ambito regionale, secondo le stime riportate per profili esposte nella parte narrativa.

3. Di ritenere espresso e prevalente impegno dei Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. di realizzare quanto disposto ai punti 1 e 2 precedenti, mediante iniziative dirette a garantire risorse organizzative adeguate.

4. Di assumere altresì la realizzazione del sistema integrato di A.D.I. di cui al presente provvedimento quale prioritario criterio di finalizzazione dei finanziamenti regionali previsti nei capitoli:

- n. 60039 "Quota del F.S.R. di parte corrente in gestione accentrata presso la Regione - Art. 27 L. n. 833/78 e L.R. n. 28/91 - Provvidenze a favore delle persone non autosufficienti assistite a domicilio.";

- n. 60043 "Quota del F.S.R. di parte corrente in gestione accentrata presso la Regione - L. n. 730/83 e L.R. n. 21/89 art. 17 - Realizzazione di azioni programmatiche: tutela salute anziani";

- n. 60053 "Quota del F.S.R. di parte corrente in gestione accentrata presso la Regione - L. n. 833/78 e L.R. n. 21/89 art. 17 - Telesoccorso".

5. Di approvare l'erogazione dei farmaci contemplati nel prontuario ospedaliero regionale (P.T.O.R.V.) a favore dei soggetti trattati in ADIMED (A.D.I. ex D.P.R. n. 484/96 - D.G.R. n. 2996/97) in regime di totale gratuità, fermo restando che la spesa relativa ai farmaci di fascia "C" compresi i prodotti da banco eventualmente prescritti

non potrà superare il 10% della spesa totale sostenuta per i farmaci utilizzati a livello locale per garantire il complessivo programma ADIMED.

6. Di attribuire ai Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. la valutazione e la definizione relativa al canale di distribuzione dei farmaci ADIMED, ricorrendo alle farmacie ospedaliere/distretto o in alternativa alle farmacie convenzionate sul territorio secondo la complessiva proposta dell'UNIFARVE di cui all'Allegato 2, parte integrante del presente provvedimento.

7. Di precisare che la fornitura di farmaci nelle tipologie di A.D.I., di profilo "A", "B" e "C", avverrà con il ricorso alle ordinarie modalità di erogazione dell'assistenza farmaceutica territoriale; mentre nella fattispecie dell'A.D.I. profilo E (ADI-HR) la fornitura dei farmaci sarà a carico del Servizio farmaceutico aziendale.

ALLEGATO 1

LINEE GUIDA REGIONALI SULL'ATTIVAZIONE DELL'ADI (ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA)

ed in particolare sull'A.D.I. ex D.P.R. 484/96: ADIMED.

Le presenti linee guida regionali hanno per finalità quella di indirizzare operativamente le Aziende U.L.S.S. che si apprestano ad attivare sul territorio l'assistenza domiciliare integrata; le stesse linee guida regionali possono porsi quali valido momento di chiarificazione nei confronti di quei Comuni che, secondo quanto previsto nei rispettivi Piani di Zona, hanno regolamentato l'organizzazione dell'assistenza sociale a domicilio. Quale quadro generale normativo di riferimento, si ricorda che l'A.D.I., nel vigente P.S.N. 1994-1996 attualmente in fase di proroga, ha trovato una specifica previsione all'interno della struttura distrettuale, nonché un'ampia riconferma nel recente schema di D.P.R. "Approvazione del Piano Sanitario nazionale per il triennio 1998-2000", all'interno del capitolo "integrazione istituzionale" (tra Aziende U.L.S.S. e Comuni); in ogni caso l'A.D.I., per la parte relativa all'intervento del M.M.G. e del Pediatra di Libera scelta, risulta puntualmente prevista nei rispettivi allegati "H" del D.P.R. n. 484/96 e art. 32 punto 2 lett. a) del D.P.R. n. 613/96, entrambi recepiti in ambito regionale con la D.G.R. n. 2996 del 28/8/97 "Accordi regionali dell'area della Medicina Generale e della Pediatria di Libera scelta - capi VI e IV degli AA.CC.NN. resi esecutivi con DD.P.P.RR. 484/96 e 613/96".

Obiettivo principale del presente intervento regionale è quello di fornire alle Aziende U.L.S.S. (e ai Comuni) la definizione di Assistenza Domiciliare Integrata alla quale verrà affiancata l'esposizione dei relativi modelli assistenziali, al fine di adottare su tutto il territorio regionale, lo stesso linguaggio, le stesse modalità operative minime, le stesse richieste informative. Il presente documento si occuperà, pertanto, di sviluppare i seguenti punti:

- DEFINIZIONE DELL'A.D.I. (VARIE TIPOLOGIE)
- MODALITA' OPERATIVE MINIME DI GESTIONE

PER GARANTIRE L'A.D.I.

• DOTAZIONE DI UN SISTEMA DI FLUSSO INFORMATIVO SULL'ASSISTENZA DOMICILIARE

Particolare attenzione verrà attribuita all'A.D.I. ex allegato "H" del D.P.R. 484; in questo senso quanto sarà di seguito esposto va a chiarire e a specificare la parte che negli accordi regionali è stata dedicata specificatamente all'A.D.I. (particolarmente nella versione inserita nell'accordo regionale dei M.M.G.).

OBIETTIVI GENERALI DELL'ASSISTENZA A DOMICILIO

L'assistenza prestata al domicilio proprio del paziente coniuga tutta una serie di obiettivi, corrisponde all'esigenza dell'assistito e della sua famiglia di ricevere le prestazioni assistenziali nel contesto domestico, persegue l'interesse dell'Ente Pubblico di economicizzare sugli interventi da garantire al cittadino, fattori tutti che si stanno sempre più imponendo nell'attuale quadro socio-economico.

In sintesi gli obiettivi dell'assistenza a domicilio possono così riassumersi:

- Migliorare la qualità della vita del paziente e della sua famiglia;
- Favorire il più possibile una idonea permanenza dell'assistito presso il proprio domicilio;
- Evitare il ricovero durante le fasi non acute e consentire la riduzione dei tempi di ospedalizzazione;
- Perseguire il rientro nell'ambiente di provenienza dopo la permanenza in strutture residenziali;
- Promuovere azioni atte ad utilizzare e ad ottimizzare le risorse territoriali;
- Attuare un intervento socio sanitario a domicilio (medico, infermieristico e sociale) e garantire il collegamento con strutture residenziali sanitarie e socio-assistenziali (Ospedale, R.S.A e Case di Riposo);
- Fornire un supporto professionale e pratico alle necessità socio-sanitarie del paziente e della sua famiglia.

DESTINATARI DELL'ASSISTENZA A DOMICILIO

I destinatari dell'assistenza a domicilio sono soggetti di tutte le età i quali si trovano in uno stato di dipendenza sanitaria o socio-sanitaria o meramente assistenziale che porta a richiedere all'ente pubblico (U.L.S.S., Comune) degli interventi a domicilio. In genere si tratta di soggetti non autosufficienti, affetti da patologie fisiche e/o psichiche che richiedono:

- aiuto domestico;
- assistenza alla persona comprensiva degli interventi di socializzazione;
- monitoraggio delle condizioni generali per prevenire aggravamenti e complicanze;
- interventi di cura e/o riabilitazione.

A) DEFINIZIONE DI A.D.I. (all'interno dell'assistenza domiciliare)

Il primo problema da affrontare concerne la definizione di A.D.I. all'interno della macro accezione dell'assistenza a domicilio nella quale confluiscono interventi/prestazioni molto diversificate fra loro (assistenza infermieristica, assistenza medico generica e infermieristica, assistenza sociale ecc), prestazioni tutte erogate a domicilio, a favore di soggetti di ogni età che si trovano in uno stato di dipendenza sanitaria o socio-sanitaria o socio-assistenziale.

Per ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA, (generalmente denominata) deve intendersi un **MODULO ASSISTENZIALE CHE ATTRAVERSO L'INTERVENTO DI PIU' FIGURE PROFESSIONALI SANITARIE E SOCIALI REALIZZA A DOMICILIO DEL PAZIENTE, DI QUALSIASI ETA', UN PROGETTO ASSISTENZIALE UNITARIO LIMITATO O CONTINUATIVO. NEL TEMPO.**

L'A.D.I. nell'accezione sopra riportata si caratterizza pertanto, per l'elemento "Integrazione", integrazione che può essere di natura multidisciplinare (sociale-sanitario) e/o multiprofessionale (tra operatori sanitari) che si presenta quale elemento essenziale di un particolare modulo assistenziale, diverso da quello che si realizza dalle altre forme di assistenza domiciliari erogate senza la predetta integrazione.

Sulla base delle varie forme di assistenza domiciliare a tutt'oggi prodottesi nel nostro territorio regionale si possono individuare sei tipologie di assistenza erogabile a domicilio di cui cinque a valenza integrata che, per opportunità di chiarificazione lessicale, si è convenuto classificare secondo le sotto elencate formulazioni suddivise per profili, specificando a riguardo che l'ADI ex D.P.R. 484/96 e l'assistenza ospedaliera a domicilio sono state connotate in ambito regionale, rispettivamente con le sigle ADIMED e ADI-HR:

1. assistenza domiciliare socio-assistenziale
2. assistenza domiciliare riabilitativa integrata con intervento sociale: A.D.I. profilo A
3. assistenza domiciliare infermieristica integrata con intervento sociale: A.D.I. profilo B
4. assistenza domiciliare programmata integrata con intervento sociale: A.D.I. profilo C
5. assistenza domiciliare integrata ex D.P.R. 484/96 e D.P.R. 613/96 (ex D.G.R. 2996/97) - ADIMED: A.D.I. profilo D
6. assistenza ospedaliera a domicilio e riabilitazione domiciliare intensiva - ADI-HR: A.D.I. profilo E

Il quadro assistenziale emerso porta a concludere che per ogni tipologia di A.D.I., che esprime un gradiente assistenziale, l'elemento "integrazione", dipende da due variabili: la presenza dell'intervento/bisogno socio-assistenziale (che può variare a seconda delle condizioni so-

cio-ambientali familiari del paziente), la presenza dell'apporto multiprofessionale all'interno della collaborazione tra figure professionali sanitarie.

Per l'aspetto relativo al carico assistenziale di tipo sanitario, il quadro erogativo sopra delineato si estrinseca sostanzialmente attraverso 3 differenti livelli di intensità:

Livello 1 - A.D.I. a bassa intensità di assistenza sanitaria domiciliare: nell'ambito della quale l'intervento del medico è eventuale e comunque questo può esplicarsi attraverso accessi periodici, mentre l'assistenza infermieristica o tecnico-riabilitativa è necessaria, con una periodicità programmata.

Livello 2 - A.D.I. a media intensità di assistenza sanitaria domiciliare: nell'ambito della quale l'intervento periodico del medico è necessario, mentre è eventuale l'assistenza infermieristica, la quale, se interviene, si estrinseca attraverso accessi infermieristici programmati.

Livello 3 - A.D.I. ad alta intensità di assistenza sanitaria domiciliare: nell'ambito della quale, in ragione delle condizioni di grave dipendenza sanitaria in cui versa il paziente (di tutte le età), si richiede un elevato impegno medico attraverso più accessi settimanali nonché congiuntamente l'apporto infermieristico o di altri operatori sanitari, il tutto da garantire in un quadro di pronta disponibilità diurna medica ed infermieristica all'interno di un programma di intervento definito ed autorizzato per singolo caso dall'Unità Valutativa del Distretto.

Tale terzo livello di intensità deve assicurare uno stretto collegamento con la struttura ospedaliera di riferimento, al fine di garantire la continuità delle cure specialistiche e fornire tutti i supporti terapeutici necessari. Rientrano in tale ipotesi assistenziale l'ospedalizzazione a domicilio e la riabilitazione intensiva domiciliare (ADI-HR), nonché l'A.D.I. così come prevista dall'allegato "H" del D.P.R. n 484/96 recepita in ambito regionale con la D.G.R. n 2996/97 e classificata ADIMED.

Questo livello rappresenta la forma superiore di "alternatività" al ricovero ospedaliero; ne discende pertanto che la relativa regolamentazione degli aspetti assistenziali, deve rispettare i principi della complessità e globalità dell'intervento, non scindibile quindi né tramutabile in sottolivelli e/o interventi assistenziali frammentati ed autonomi, nel senso che il soggetto destinatario di tale forma di A.D.I., va tutelato nella sua pienezza, analogamente a quanto avviene in ambiente ospedaliero o residenziale dove si garantisce un "intervento assistenziale complesso".

A questo punto, al fine di ridurre al minimo i possibili momenti di confusione, è opportuno procedere a richiamare, per ciascuna tipologia di assistenza domiciliare, sociale e sanitaria, la specifica definizione con i relativi elementi caratterizzanti, riproponendo la classificazione per profili sopra riportata qualora l'intervento sanitario intervenga in funzione di integrazione multidisciplinare o multiprofessionale.

TIPOLOGIA DELLE VARIE FORME DI ASSISTENZA DOMICILIARE E RELATIVI ELEMENTI CARATTERIZZANTI

1) ASSISTENZA DOMICILIARE DI TIPO SOCIO-ASSISTENZIALE.

Definizione:

Interventi socio-assistenziali in senso stretto di competenza istituzionale e finanziaria dell'Ente Locale (con possibilità di delega all'Azienda U.L.S.S. secondo il contenuto del Piano di Zona) di natura assistenziale non collegati a condizioni patologiche e prepatologiche a rischio di alterazione permanente sia fisica che psichica;

Elementi caratterizzanti:

1. i soggetti destinatari non sono affetti da patologie o da stati prepatologici ed in genere si tratta di soggetti non abbienti;

2. le prestazioni che si erogano sono fornite direttamente dal Comune (salvo la delega all'Azienda U.L.S.S.) ed in genere comprendono:

- fornitura pasti
- aiuto domestico
- trasporto
- sostegno psico-sociale e di risocializzazione.

2) ASSISTENZA DOMICILIARE DI TIPO RIABILITATIVO.

Definizione:

Complesso di prestazioni di riabilitazione estensiva, caratterizzate da un moderato impegno terapeutico a fronte di un forte intervento di supporto assistenziale verso i soggetti in trattamento. L'impegno clinico e terapeutico di tipo fisiatrico, logopedico ecc. è comunque tale da richiedere una presa in carico specificatamente riabilitativa da parte dell'operatore sanitario tecnico e complessivamente le attività terapeutiche sono valutabili tra una e tre ore giornaliere. Talvolta, per le disabilità importanti, gli interventi di riabilitazione devono essere preceduti da un "progetto riabilitativo" che definisce i tempi di completamento dei cicli riabilitativi, escluse tutte quelle situazioni collegate a pazienti affetti da gravi patologie a carattere involutivo, e a pazienti stabilizzati i cui trattamenti non sono sottoposti a scadenze temporali. (c.f.r. Provvedimento concordato in sede di Conferenza Stato-Regioni del 07/05/1998 in G.U. n 124 del 30/05/1998 - "Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione".

Elementi caratterizzanti:

1. i soggetti destinatari sono persone affette:

- da disabilità transitorie e/o minimali che richiedono un semplice programma terapeutico-riabilitativo di prestazioni specialistiche;

- da disabilità importanti con possibili esiti permanenti e anche a carattere involutivo;

2. l'assistenza domiciliare di tipo riabilitativo è auto-

rizzata dal Distretto su richiesta del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera Scelta;

3. gli interventi di riabilitazione estensiva per le disabilità transitorie e/o minimali, nell'ambito delle funzioni dello specifico profilo professionale tecnico-riabilitativo, sono attuabili attraverso il ricorso alle prestazioni di cui alla D.G.R. n. 4776 del 30.12.1997 "Nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del S.S.R...." e successive modificazioni e integrazioni, mentre per le disabilità importanti con possibili esiti permanenti, spesso multiple, si richiede una presa in carico nel lungo termine supportata da un "progetto riabilitativo".

Tale forma di assistenza sanitaria, se integrata con l'intervento socio-assistenziale, realizza l'A.D.I. profilo A.

3) ASSISTENZA DOMICILIARE INFERMIERISTICA.

Definizione:

Assistenza infermieristica rivolta a pazienti temporaneamente o stabilmente non autosufficienti con patologia di media gravità, che necessitano di prestazioni infermieristiche occasionali o periodiche ma che non richiedono un controllo assiduo del medico di medicina generale, o del pediatra di libera scelta.

Elementi caratterizzanti:

1. I destinatari sono persone occasionalmente o stabilmente non autonome che richiedono prestazioni infermieristiche al proprio domicilio;

2. L'assistenza infermieristica è autorizzata dal Distretto su richiesta del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera Scelta;

3. le prestazioni infermieristiche domiciliari, sono quelle riconducibili al profilo dell'infermiere responsabile dell'assistenza generale infermieristica così come previsto nel D.M. 14.9.1994 n. 739.

Tale forma di assistenza sanitaria se integrata con l'intervento socio-assistenziale realizza l'A.D.I. profilo B.

4) ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA.

Definizione:

Assistenza prestata al domicilio dell'assistito non ambulabile, dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, secondo scadenze predefinite (intervento settimanale o quindicinale o mensile) previa autorizzazione del Distretto.

Le caratteristiche e le procedure di attivazione relative, sono definite nell'allegato G del D.P.R. 484/96 artt. 32-39 p. G. "ASSISTENZA PROGRAMMATA DOMICILIARE NEI CONFRONTI DEI SOGGETTI NON AMBULABILI" per i M.M.G. e nell'art. 32 punto 2 lett. a) del D.P.R. 613/96 per i Pediatri di Libera scelta.

Elementi caratterizzanti:

1. i destinatari sono soggetti non ambulabili che neces-

sitano di interventi da parte del medico di medicina generale generalmente finalizzati a monitorare lo stato di salute di un assistito non ambulabile;

2. l'assistenza programmata è autorizzata dal Distretto su richiesta del Medico di Medicina Generale con definizione della periodicità degli interventi domiciliari;

3. gli interventi domiciliari di medicina programmata comprendono prestazioni rivolte al:

- monitoraggio dello stato di salute dell'assistito
- controllo sulle condizioni igieniche e sul comfort ambientale e suggerimenti al paziente ed ai familiari
- predisposizione ed attivazione di "programmi individuali" con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica
- altre prestazioni di cui all'allegato "G" del D.P.R. n. 484/96.
- Tale forma di assistenza sanitaria se integrata con l'intervento socio-assistenziale realizza l'A.D.I. profilo C.

5) ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA ex D.G.R. 2996/97: ADIMED.

Definizione:

Assistenza destinata a pazienti portatori di patologie gravi che si trovano in una condizione di notevole dipendenza sanitaria, con o senza bisogni sociali e che richiedono una elevata intensità di assistenza prestata da più figure professionali che devono, pertanto, operare in integrazione tra di loro, su un programma definito e autorizzato dall'Unità Operativa Distrettuale, competente, ai fini della valutazione e della presa in carico del paziente stesso, ex D.G.R. n. 561 del 03.03.1998. L'ADIMED (prevista nell'allegato "H" dell'Accordo Collettivo Nazionale per i medici di medicina generale cui al D.P.R. n. 484/1996 e nell'art. 32 punto 2 lett. a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per i Pediatri di libera scelta), è stata oggetto di una dettagliata regolamentazione procedurale in ambito di contrattazione regionale decentrata per cui, per gli aspetti operativi, si rinvia all'allegato sub a) pag. 13 della D.G.R. n. 2996 del 28/8/1997.

Elementi caratterizzanti:

1. i destinatari dell'ADIMED sono pazienti portatori di gravi patologie in condizione di notevole dipendenza sanitaria; ex D.G.R. 2996/97, sono pazienti affetti dalle seguenti patologie:

- cronico degenerative
- acute temporaneamente invalidanti
- in dimissione protetta
- che richiedono nutrizione artificiale
- oncologiche in fase avanzata
- HIV correlate in fase avanzata

2. l'ADIMED è autorizzata dall'Unità Operativa Distrettuale che valuta e prende in carico il paziente ex

D.G.R. n. 561/98;

3. gli interventi a domicilio, accanto al M.M.G. devono prevedere l'apporto di altre figure sanitarie quali l'infermiere, il terapeuta, eventuali specialisti per consulto, chiamate ad intervenire secondo il programma d'intervento definito in sede di Unità Valutativa del Distretto;

4. la responsabilità del caso è attribuita al M.M.G..

6) ASSISTENZA OSPEDALIERA A DOMICILIO (OSPEDALIZZAZIONE A DOMICILIO) E RIABILITAZIONE INTENSIVA DOMICILIARE - ADI-HR

Definizione di assistenza ospedaliera a domicilio:

Assistenza prestata a domicilio del paziente, previa autorizzazione dell'Unità Operativa Distrettuale competente, ai fini della valutazione della presa in carico del paziente stesso, ex D.G.R. n. 561 del 03.03.1998. In tale forma di assistenza sanitaria a domicilio, generalmente si impiegano tecnologie e professionalità tipicamente ospedaliere. La responsabilità clinico-assistenziale ricade direttamente sul Presidio Ospedaliero, il quale opera tramite proprio personale, con la collaborazione del M.M.G. e del personale dei servizi territoriali.

Elementi caratterizzanti:

1. i destinatari di tali interventi necessitano per la gestione domiciliare di tecnologie e/o professionalità tipicamente ospedaliere;

2. l'ospedalizzazione a domicilio è autorizzata dall'Unità Operativa Distrettuale;

3. la responsabilità del caso è in capo al medico ospedaliero.

Definizione di riabilitazione intensiva domiciliare:

Assistenza domiciliare diretta al recupero di disabilità importanti, modificabili, caratterizzata da un elevato impegno diagnostico medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico in termini di complessità e/o di durata dell'intervento, rivolta a pazienti che presentano disabilità di tipo psicofisico tali da non consentire una sufficiente capacità di autogestione e che comunque pongano la famiglia in grave difficoltà a provvedervi. Tali prestazioni sono inserite all'interno del progetto terapeutico-riabilitativo individuale, predisposto dal servizio ospedaliero od extraospedaliero (neuropsichiatria infantile, psichiatria dell'adulto), nonché dai presidi extraospedalieri (ad esempio ricorrendo ai centri ex art. 26 L. 833/78). Orientativamente le relative prestazioni comportano almeno tre ore giornaliere di terapie specifiche erogate direttamente dal personale tecnico sanitario della riabilitazione, quale, ad esempio, il fisioterapista, il logopedista, il terapeuta occupazionale, l'educatore professionale e l'infermiere in quegli atti finalizzati al miglioramento delle A.D.L. - attività delle vita quotidiana. (c.f.r. Provvedimento, concordato in sede di Conferenza Stato-Regione del 07/05/1998 in G.U. n. 124 del 30/05/1998 - "Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione").

Elementi caratterizzanti:

1. i destinatari di tali interventi sono pazienti affetti da patologie complesse che richiedono la permanenza in ambiente riabilitativo dedicato specialistico e l'interazione con altre discipline specialistiche, nonché per le patologie più gravi l'utilizzo di attrezzature particolarmente complesse, di avanzata tecnologia per le quali è richiesta l'acquisizione di una adeguata esperienza;

2. la riabilitazione intensiva domiciliare è autorizzata dall'Unità Operativa Distrettuale;

3. la responsabilità del caso è in capo al medico specialista extraospedaliero od ospedaliero.

B) MODALITA' OPERATIVE MINIME DI GESTIONE PER GARANTIRE L'A.D.I.

Per attivare l'Assistenza Domiciliare Integrata (generalmente denominata), è necessario che l'Azienda U.L.S.S. provveda a:

1. DOTARSI DI UN MANUALE DI PROCEDURE SCRITTE, dove risultino dettagliate le procedure operative da seguire per ogni tipologia di assistenza domiciliare, alle quali affiancare le relative schede di rilevamento. Tale momento di chiarificazione è indispensabile affinché all'interno della singola Azienda sanitaria e con i Comuni di pertinenza, si addivenga ad un momento di certezza a favore dei vari centri di responsabilità coinvolti, nonché costituisce riferimento utile e necessario per i singoli operatori chiamati agli interventi domiciliari circa il loro ruolo e le loro funzioni nell'ambito degli interventi stessi.

2. PIANIFICARE GLI INTERVENTI DELL'ADIMED (ex D.G.R. 2996/97) in considerazione del particolare rilievo che la normativa statale e regionale ha attribuito a tale forma di assistenza domiciliare.

A tal fine l'Azienda U.L.S.S. deve procedere ai seguenti interventi:

- organizzare le risorse;
- individuare le patologie;
- individuare i compiti assistenziali.

Nello specifico la pianificazione in sede locale degli interventi da riconoscerne in ADIMED comporta i seguenti momenti per ambito di intervento:

2.1. Organizzazione delle Risorse in ADIMED:

- attribuire al Distretto Socio-Sanitario personale infermieristico, tecnico riabilitativo ed OTA/OSA in proporzioni adeguate (si stima necessario almeno un operatore ogni 5 posti di A.D.I. di tipo D attivati);
- garantire la presenza di personale infermieristico e di medici di medicina generale in gruppi organizzati o alternativamente il ricorso regolamentato ai medici di continuità assistenziale, per la copertura dell'assistenza 24 h /24 h;
- assicurare il raccordo con il servizio di assistenza domiciliare.

liare di tipo sociale erogata direttamente dai Comuni o da questi delegata all'Azienda U.L.S.S.;

- prevedere la possibilità di attivare tempestivamente all'interno del Distretto socio-sanitario interventi specialistici a domicilio ricorrendo preferibilmente ai medici specialisti ambulatoriali interni o in subordine ai medici specialisti dei presidi ospedalieri;
- assicurare il collegamento con i dipartimenti ospedalieri;
- raccordare gli interventi domiciliari con l'associazione solidaristica al fine di assicurare i bisogni di vita quotidiani (ricorso alle associazioni di volontariato...);
- prevedere l'esistenza in ciascun Distretto di un punto unico di riferimento per i cittadini e gli operatori in grado di coprire i bisogni sanitari e socio-sanitari degli utenti relativamente alle cure erogate presso il proprio domicilio.

2.2 Individuazione delle Patologie in ADIMED:

L'Azienda U.L.S.S. nell'ambito della casistica di patologie, contenuta nell'accordo dei medici di Medicina Generale, compatibilmente con le risorse di bilancio, deve dettagliare in conformità agli indirizzi programmatici regionali, le patologie assistenziali che ritiene trattabili in ADIMED, avendo cura di separare i casi relativi a pazienti ultrasessantacinquenni dagli ultrasettantacinquenni e prevedendo che la polipatologia costituisce ulteriore elemento di priorità nell'ammissione al trattamento domiciliare, attribuendo priorità assistenziale ai pazienti portatori di una o più delle seguenti specifiche condizioni:

- esiti di episodi cerebrovascolari acuti;
- fratture ed esiti di altri interventi ortopedici;
- esiti di patologie di competenza chirurgica;
- episodi di riacutizzazione (es. bronchite acuta in paziente con BPCO e allettamento...) di patologie croniche che necessitano di prestazioni sanitarie a carattere temporaneo e programmabile per controllare l'episodio di riacutizzazione e favorire il recupero dell'autonomia al livello precedente l'episodio di riacutizzazione;
- di terapia palliativa; trattamenti
- trattamenti in nutrizione artificiale.

2.3 Individuazione dei compiti Assistenziali in ADIMED:

L'Azienda U.L.S.S. deve dettagliare i compiti del personale infermieristico e tecnico di riabilitazione, chiamato a collaborare in forma integrata all'interno del suddetto modulo assistenziale. Si espone una elencazione di massima delle prestazioni socio-assistenziali domiciliari attribuibili agli operatori addetti all'assistenza socio-sanitaria prestata a domicilio.

PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI DOMICILIARI:

L'operatore di assistenza sociale e sanitaria (OTA/OSA) svolge un'attività indirizzata a soddisfare i bisogni primari della persona, con particolare riferimento alla persona non

autosufficiente, nell'ambito delle proprie aree di competenza in un contesto sia sociale che sanitario.

In tal senso collabora con gli altri operatori dell'èquipe professionalmente preposti rispettivamente all'assistenza sanitaria e sociale, in particolare:

- concorre alla pianificazione, gestione e valutazione del piano di assistenza individualizzato;

- osserva e collabora alla rilevazione dei bisogni e delle condizioni rischio/danno per porre in essere i relativi interventi assistenziali ed in particolare collabora con l'utente e la famiglia:

a) nel governo della casa e dell'ambiente di vita;

b) provvede alla sanificazione e sanitizzazione ambientale;

c) provvede all'igiene ed al cambio della biancheria.

- assiste la persona, in particolare non autosufficiente o allettata, nelle attività quotidiane e di igiene personale, mettendo in atto una relazione-comunicazione di aiuto con l'utente e la famiglia, finalizzata all'integrazione sociale e al mantenimento recupero dell'identità personale;

- educa al movimento e favorisce movimenti di mobilitazione semplici;

- provvede al trasporto di utenti anche allettati in carrozzella;

- provvede (o collabora) alla preparazione e/o assunzione di pasti, controllando anche l'osservazione di particolari diete che la persona deve seguire;

- osserva, riconosce e riferisce al medico ed ai familiari alcuni dei più comuni sintomi di allarme che l'utente può presentare (pallore, sudorazione ecc.);

- attua su indicazione del personale sanitario e medico interventi di primo soccorso. utilizza specifici protocolli per mantenere la sicurezza dell'utente riducendo al massimo il rischio;

- gestisce piccole somme di denaro con rendicontazione, quando è necessario provvede ad acquisti da recare al domicilio dell'utente;

- collabora ad attività finalizzate al mantenimento delle capacità psicofisiche residue, alla rieducazione, riattivazione, recupero funzionale, animazione, socializzazione attraverso la valorizzazione delle reti di relazione dell'utente, coinvolge vicini e parenti, si rapporta con le strutture sociali e sanitarie, ricreative e del volontariato del territorio, per tali attività si rapporta, in particolare, con l'assistente sociale di zona;

- compie attività in sostituzione e appoggio dei familiari e su indicazione del personale medico, sanitario e sociale, o comunque previste dal piano di lavoro dell'èquipe, in particolare:

a) controlla l'assunzione di farmaci prescritti, che l'utente assume autonomamente;

b) aiuta l'infermiere nella preparazione e nella effettuazione delle prestazioni sanitarie;

c) facilita le attività di animazione e che favoriscono la socializzazione, il recupero e il mantenimento di capacità cognitive e manuali;

d) accompagna l'utente per l'accesso ai servizi e cura il disbrigo delle pratiche;

e) coadiuva il personale sanitario e sociale nell'assistenza al malato anche terminale e morente.

C) ATTIVAZIONE DI UN SISTEMA DI RILEVAZIONE SULL'ASSISTENZA DOMICILIARE E SPECIFICAMENTE PER L'ADIMED

L'Azienda U.L.S.S. deve dotarsi di procedure informative che consentano di acquisire una serie di dati collegati alle attività di assistenza domiciliare di cui ai punti precedenti, che abbiano utilizzazioni dirette sia in ambito aziendale U.L.S.S. sia in ambito regionale.

Il sistema informativo dell'azienda sanitaria, (previo raccordo con i Comuni di afferenza territoriale per gli interventi socio-assistenziali), deve rilevare dati diretti a quantificare le seguenti entità:

NUMERO CASI ASSISTITI

TIPOLOGIA DI LIVELLO DI INTEGRAZIONE

RISORSE ASSORBITE.

Pertanto per ciascun tipo di assistenza domiciliare i relativi flussi informativi saranno i seguenti:

1. Flusso informativo dell'Assistenza Domiciliare Socio-Assistenziale:

- Relativamente a questa tipologia di assistenza domiciliare si rimanda al modello di rilevazione a tutt'oggi utilizzato dalla Direzione Servizi Sociali della Regione per la ripartizione dei Fondi ai Comuni del Veneto ex L.R. n. 22/89 (Piano Sociale 1989/1991). La Segreteria Regionale alla Sanità e ai Servizi Sociali entro un anno dall'adozione delle presenti linee guida, si riserva di aggiornare il modello di rilevazione di cui sopra al fine di omogeneizzare i dati informativi dell'area sociale con l'area sanitaria.

2. Flusso informativo dell'Assistenza Domiciliare di tipo Riabilitativo:

- numero casi suddivisi per sesso e per età
- numero ore del personale impiegato suddiviso per profilo, (anche in convenzione).

3. Flusso informativo dell'Assistenza Domiciliare Infermieristica:

- numero casi suddivisi per sesso e per età
- numero ore del personale infermieristico impiegato, (anche in convenzione).

4. Flusso informativo dell'Assistenza Domiciliare Programmata:

- numero casi suddivisi per sesso e per età

- numero accessi del M.M.G..

5. Flusso informativo dell'ADIMED:

- numero casi suddivisi per sesso e per età
- codice di patologia I.C.D."9" (I.C.D."10")

- numero accessi del M.M.G

- numero ore del personale infermieristico/riabilitativo

- numero giorni di ricovero ospedaliero nel periodo di trattamento

- interventi congiunti di prestazioni socio-assistenziali.

6. Flusso informativo dell'ADI-HR

- numero casi suddivisi per sesso e per età

- codice di patologia I.C.D."9" (I.C.D."10")

- numero accessi dello specialista ospedaliero

- numero ore del personale infermieristico/riabilitativo

- numero giorni di ricovero ospedaliero nel periodo di trattamento

- interventi congiunti di prestazioni socio-assistenziali.

ALLEGATO 2

Proposta dell'Unione Regionale dei titolari di farmacia del Veneto per i pazienti in A.D.I. ex allegato "H" del D.P.R. n. 484/96 e art. 32 punto 2 lett. A del D.P.R. n. 613/96

L'UNIFARVE è il Sindacato che raggruppa tutti i titolari privati delle farmacie aperte al pubblico del Veneto ed in quanto tale si propone come parte attiva per partecipare, per quanto di sua competenza, alla realizzazione di un organico e completo progetto di Assistenza Domiciliare Integrata ex allegato "H" del D.P.R. n. 484/96 e art. 32 lettera A del D.P.R. 613/96 che è in corso di attivazione nella Regione Veneto.

L'intervento delle farmacie pianificate sul territorio secondo le modalità previste dai principi organizzativi dell'"assistenza domiciliare integrata", ex allegato "H" del D.P.R. n. 484/96 e art. 32 lett. A del D.P.R. 613/96, si inquadra nello spirito del vigente Piano Sanitario Nazionale, atteso che i titolari/direttori delle farmacie convenzionate garantiscono l'assistenza farmaceutica convenzionata e garantiscono l'assistenza farmaceutica sul territorio, quali concessionari di un servizio pubblico che assicura per conto delle stesse Aziende U.L.S.S. (L. 833/1978, art. 28, comma 1 e D.L.vo 502/92, art. 8, comma 2).

Le 1.180 farmacie del Veneto, tutte aderenti all'UNIFARVE essendo distribuite capillarmente ed uniformemente su tutto il territorio regionale, sono in grado di garantire, per numero e diffusione; un servizio ad ampio raggio, della massima efficienza e continuativo, atteso che, attraverso l'intervento delle farmacie di turno, è garantito il servizio non solo nei giorni festivi, ma anche nei casi in cui la farmacia individuata dal cittadino risulti chiusa.

Inoltre, attraverso questa proposta, le farmacie sono in grado di garantire il servizio senza alcun onere per i costi di magazzino, di conservazione, per la scadenza e per la consegna dei prodotti oggetto dell'Accordo.

Al fine di partecipare fattivamente alla realizzazione del programma A.D.I. ex allegato "H" del D.P.R. n. 484/96 e art. 32 lett. A del D.P.R. 613/96, l'UNIFARVE presenta la seguente proposta operativa ed economica, articolata come segue:

Modalità di erogazione

- All'atto della prescrizione, il medico contatterà telefonicamente la farmacia, individuata preventivamente dall'Assistito, tra quelle più vicine (se chiusa, verrà attivata quella di turno più vicina) che provveder a ritirare il modulo (da definirsi, per gli aspetti tecnico-formali, in accordo con l'Amministrazione regionale e le altre Categorie interessate) ed a consegnare, nel più breve tempo possibile (fatta eccezione per i casi di forza maggiore che possono essere, tra l'altro, dovuti anche alla mancata reperibilità nei normali canali distributivi), i prodotti prescritti.

Progetti oggetto della proposta

A. Tutti i farmaci compresi nelle fasce "a", "b" e "c", compresi i prodotti da banco e i farmaci di fascia "HA";

B. prodotti compresi nel Nomenclatore Tariffario delle protesi;

C. prodotti A.I.R., compresi i prodotti dietetici;

D. i presidi medico-chirurgici e materiale di medicazione.

Compenso per il servizio

1. per i farmaci di fascia "a", "b" e "c", compresi i prodotti da banco e i farmaci di fascia "HA", e fascia "HA", corresponsione del prezzo al pubblico al quale verrà applicato uno sconto fisso calcolato sulla base di una media ponderata delle trattenute attualmente in vigore (sia per le farmacie urbane che rurali sussidiate) pari al 5%;

2. per i prodotti compresi nel Nomenclatore Tariffario delle Protesi, sconto del 10% sui prezzi, in esso indicati;

3. per i prodotti A.I.R. sconto del 10% sul prezzo al pubblico dichiarato nei listini dalle aziende;

4. per i presidi medico-chirurgici ed il materiale di medicazione verrà applicato il prezzo indicato in un apposito tariffario concordato con la Regione.

Per i suddetti prodotti le farmacie emetteranno una regolare fattura a fine mese, fermo restando che i tempi di liquidazione di queste fatture saranno contestuali a quelli previsti per le ricette spedite in regime di S.S.N.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 14 gennaio 1999, n. 36.

Corresponsione alle U.L.S.S. ed alle Aziende Ospedaliere del Veneto di una quota del F.S.R. 1999 di parte corrente a destinazione indistinta per la copertura delle spese di gestione.

La Giunta regionale

(omissis)

delibera

1) di richiedere, ai sensi dell'articolo 39 del decreto legislativo 15.12.97, n. 446, al Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica le previste anticipazioni mensili da accreditare sullo specifico conto corrente presso la Tesoreria Centrale dello Stato ai fini del versamento dell'imposta regionale sulle attività produttive e della addizionale regionale dell'imposta sul reddito delle persone fisiche;

2) di assegnare alle U.L.S.S. ed alle Aziende Ospedaliere del Veneto, sulla scorta dei criteri indicati in premessa, una quota del F.S.R. 1999 di parte corrente a destinazione indistinta, a titolo di acconto e salvo conguaglio, a valere per il mese di Gennaio 1999, di complessive lire 589.886.000.000, secondo il riparto indicato nel prospetto allegato al presente provvedimento di cui ne fa parte integrante;

3) di disporre il versamento alle U.L.S.S. ed alle Aziende Ospedaliere della quota di cui al precedente punto 2 del presente dispositivo;

4) di assumere l'impegno a carico del capitolo 60011 del bilancio di previsione per l'esercizio 1999 per la copertura degli oneri di cui al punto 2 del presente provvedimento;

5) di disporre che l'attribuzione ed il versamento alle U.L.S.S. ed alle Aziende Ospedaliere del Veneto delle anticipazioni a valere per i successivi mesi dell'esercizio 1999, fino ad avvenuta ripartizione del F.S.N. 1999 da parte del C.I.P.E., avvenga mediante specifici decreti del competente Dirigente regionale, previo impegno sul capitolo 60011 del bilancio regionale dell'esercizio corrente.

(segue allegato)