



Ministero della Salute

Autorizzazione e accreditamento delle Cure domiciliari

Dott.ssa Mariadonata Bellentani
Ufficio II Direzione generale della
Programmazione sanitaria



Casa come primo luogo di cura - Assistenza domiciliare

L'investimento mira a potenziare le cure domiciliari fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 % della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee), con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.

L'obiettivo riguarda ogni regione italiana, pur nella consapevolezza che la situazione di partenza è molto differenziata e attualmente tale standard è raggiunto solo in quattro 4 regioni. La presa in carico del paziente si realizza attraverso la definizione di un piano/progetto assistenziale individuale che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno per livello di complessità e, sulla base dei bisogni di cura dell'assistito, definisce i livelli di assistenza specifici, nonché i tempi e le modalità di erogazione per favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per la persona malata.

L'investimento mira a:

- identificare un modello condiviso per le cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione);
- realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale;
- attivare 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.

La Cure Domiciliari: tra Leps e Lea

Sistema sociale LEPS	Sistema sanitario LEA
<p>Dimissioni protette</p> <p>Come da Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 - Scheda LEPS 2.7.3 “Dimissioni protette”, che distingue due tipologie di servizio, una rivolta all’utenza che può fare riferimento ad un domicilio”, l’altra rivolta alle persone senza dimora o in condizione di precarietà abitativa.</p> <p>L.234/21 art. 1 comma 162</p> <p>Assistenza domiciliare sociale quale servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo</p>	<p>DPCM 12/01/2017 art. 22</p> <p>L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.</p> <p>Cure domiciliari di livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle province autonome, sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» (CIA (1)) inferiore a 0,14.</p> <p>Cure domiciliari integrate (ADI) di I^ livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico -infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo -assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un coefficiente intensità assistenziale (CIA) compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso.</p> <p>Cure domiciliari integrate (ADI) di II^ livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo Medico -infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo Riabilitativo -assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso</p> <p>Cure domiciliari integrate (ADI) di III^ livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci, dei dispositivi medici monouso, dell’assistenza protesica, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.</p>
<p>234/21 art. 1 comma 162</p> <p><u>Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria.</u></p>	

L'assistenza domiciliare nel PNRR

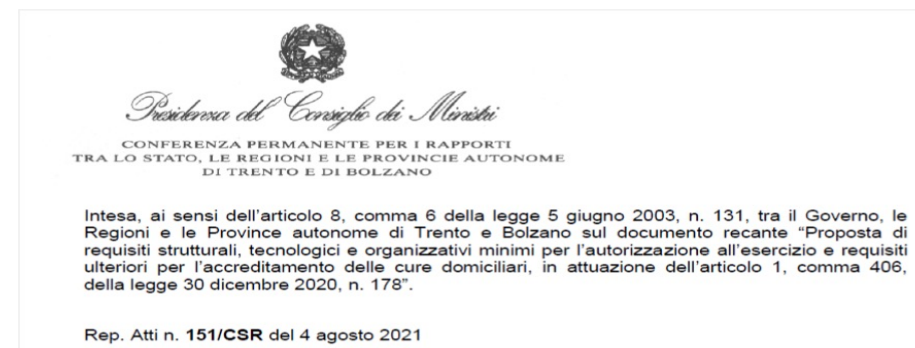
L'investimento mira a potenziare le cure domiciliari fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 % della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee), con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.

L'obiettivo riguarda ogni regione italiana, pur nella consapevolezza che la situazione di partenza è molto differenziata.

La presa in carico del paziente si realizza attraverso la definizione di un progetto assistenziale individuale che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno per livello di complessità e, sulla base dei bisogni di cura dell'assistito, definisce i livelli di assistenza specifici, nonché i tempi e le modalità di erogazione per favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per la persona malata.



Intesa del 4 agosto 2021 su autorizzazione e accreditamento delle cure domiciliari



Il contenuto si pone ad ulteriore esplicitazione della definizione dei LEA disposti con il d.p.c.m. 12 gennaio 2017.

L'art. 21 "percorsi assistenziali integrati", stabilisce che "nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili formali e informali".

I percorsi assistenziali integrati nei Lea

(DPCM 12 gennaio 2017 sui Livelli essenziali di assistenza, art. 221)

I percorsi assistenziali integrati

Il SSN garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale.

Le Regioni organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli **strumenti di valutazione multidimensionale** (VMD), anche in riferimento alle diverse fasi del progetto.

Il **Progetto di assistenza individuale (PAI)** definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'Unità di VMD, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia.

Il coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del MMG e PLS, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile di cura sia diversamente identificato.

Nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale **sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio**, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali.

La presa in
carico

La priorità delle
cure a casa



Le cure domiciliari nei LEA

(DPCM 12 gennaio 2017 sui Livelli essenziali di assistenza, art. 22)

In relazione al bisogno di salute dell'assistito e al livello di intensità (espressa in termini di CIA*), complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari si articolano nei seguenti livelli :

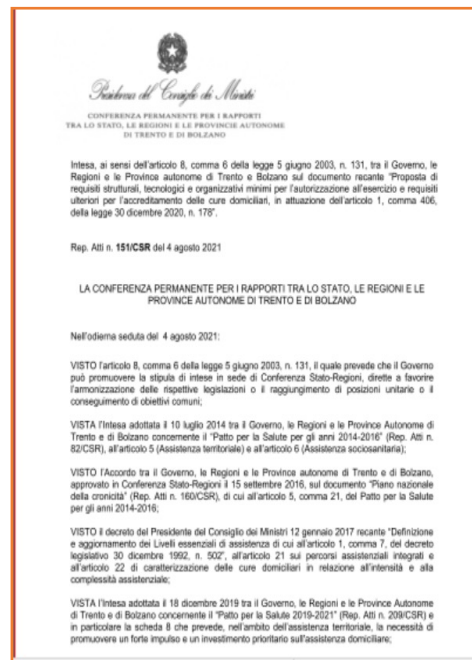
Cure domiciliari di livello base: prestazioni mediche, infermieristiche e/o riabilitative, anche ripetute nel tempo, in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità	CIA <0,14	Meno di un accesso a settimana, o fino a 4 accessi al mese
Cure domiciliari integrate (ADI) di 3 livelli: prestazioni mediche-infermieristiche-assistenziali o riabilitativo -assistenziali; in risposta a persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale e interventi programmati Richiedono la VMD, presa in carico, definizione del PAI, o PRI; responsabilità clinica del MMG o PLS, valorizzando ruolo della famiglia e caregiver; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici e la fornitura di farmaci e dei dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione artificiale	I CIA >0,14 < 0,30 in relazione alla complessità del caso	Da 1 a 2 accessi a settimana, o da 5 a 8 accessi al mese
	II CIA >0,31<0,50 in relazione alla criticità e complessità del caso	Da 3 a 4 accessi a settimana, o da 9 fino a 15 accessi al mese
	III CIA >0,50 Per persone con elevato livello di complessità e instabilità clinica	Da 4 accessi a settimana, o più di 15 accessi al mese

* CIA = Coefficiente di intensità assistenziale: n. Giornate effettive di assistenza / n. Giornate di Cura

Le prestazioni di aiuto infermieristico e ass. tutelare professionale, disciplinate dalle regioni, sono a carico del SSN per i primi 30 giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per il 50% nei giorni successivi.

Autorizzazione e Accredimento delle cure domiciliari

L'art. 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178 (l. bilancio 2019) ha modificato la disciplina del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 estendendo l'applicazione del sistema di autorizzazione all'esercizio, dell'accreditamento istituzionale degli accordi contrattuali, anche alle **organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari**



Documento elaborato da un Gruppo di lavoro con rappresentanti di 12 Regioni e Province autonome, istituito presso la Direzione generale programmazione sanitaria

Obiettivi:

- la garanzia della qualità del percorso di cura dell'assistito,
- la continuità assistenziale, in forte integrazione con i diversi servizi ed attori della presa in carico,
- la trasparenza e correttezza dell'azione amministrativa,
- la rendicontazione e il monitoraggio quali-quantitativo .

Successivamente condiviso con il Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale



Intesa sul documento recante «Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari» (Rep. Atti n.151/CSR del 4 agosto 2021)



GLI ASPETTI AUTORIZZATIVI DELLE CURE DOMICILIARI

Autorizzazione all'esercizio come requisiti minimi per erogare le CD in forma organizzata
Il livello regionale definisce il fabbisogno, i tempi, procedure, sistemi di verifica, eventuali altri requisiti

Alcuni aspetti considerati

- Presenza di un centro di organizzazione del servizio e di un call center
- Sede operativa di prossimità per i singoli professionisti (anche coincidente con la sede organizzativa)
 - Attività amministrativa almeno 5 giorni a settimana (lun-ven)
 - Attività sanitaria su 5 giorni a settimana (lun-ven) per le CD di base e di 1° livello e per 7 giorni settimanali per le cure domiciliari integrate di 2° e 3° livello;
- Direttore sanitario/Responsabile medico, che è designato dalla ASL per le organizzazioni pubbliche
- Cartella sanitaria per ogni assistito, diario assistenziale al domicilio;
- Procedure di sicurezza del trasporto e della conservazione di materiali biologici
- Nel caso di cure domiciliari integrate, è previsto un referente del caso per coordinamento del piano di cura;

- Adozione di un sistema informativo utile all'organizzazione dell'assistenza, specifico per l'attività nei diversi livelli assistenziali e che consenta l'immediata individuazione del fascicolo delle persone assistite e il controllo aggiornato del profilo di assistenza;
- Supporti tecnologici in termini di apparecchiature telefoniche e un sistema integrato di telecomunicazione e tecnologie audio-video con i relativi software, per creare, elaborare, archiviare, proteggere e scambiare dati elettronici comprese le prestazioni di telemedicina;



GLI ASPETTI DI Accreditazione delle cure domiciliari

Gli 8 criteri del disciplinare tecnico per l'accredimento



Sono requisiti prevalentemente focalizzati su aspetti organizzativi che possono determinare importanti ricadute sulla qualità assistenziale:

8 criteri, 26 requisiti, 72 evidenze

- Evidenza del percorso di cura in coerenza con i nuovi LEA
- competenze del personale,
- valorizzazione dell'esperienza maturata sul campo e aggiornamento professionale individuale e per l'equipe;
- coinvolgimento dell'utente e della famiglia al percorso di cura;
- reportistica sull'attività svolta
- procedure per la promozione della sicurezza e la gestione del rischio clinico
- procedure condivise per lesioni da decubito, infezioni correlate all'assistenza, sindrome da immobilizzazione, prevenzione delle cadute dei pazienti, somministrazione dei farmaci, corretta alimentazione e idratazione.

I requisiti di accreditamento delle cure domiciliari, di cui all'Allegato C, sono stati declinati tenendo conto dello schema degli 8 criteri indicati nel Disciplinare tecnico dell'accredimento previsti nell'Intesa del 20 dicembre 2012

La Cure Domiciliari e Accreditamento: Intesa Stato regioni 4 agosto 2021

Impegni delle Regioni:

- entro 12 mesi dalla sottoscrizione dell'Intesa provvedono ad attivare il sistema di autorizzazione e di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari, determinando, in particolare, il fabbisogno secondo le funzioni di assistenza individuate in sede di programmazione sanitaria per garantire i livelli essenziali di assistenza;
- le Regioni che hanno già adottato un proprio sistema di autorizzazione e di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari stanno provvedendo ad adeguare tale sistema;
- nelle more dell'individuazione del sistema tariffario da parte della competente Commissione nazionale, le tariffe sono definite dalle singole Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano;

L'intesa prevede anche un monitoraggio annuale dell'attuazione dell'Intesa tramite le attività del "Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale" previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR).

Regione	Recepimento	Provvedimenti attuativi	Attivazione
Abruzzo	D.G.R. nr. 769 del 29.11.2021		
Basilicata	D.G.R. nr. 106 del 14.03.2022		
Calabria	D.G.R. n. 10 del 24.02.2022		
Campania	D.G.R. nr. 421 del 03.08.2022		
Emilia Romagna	D.G.R. nr. 2049 del 20.11.2022		
Friuli venezia Giulia			
Lazio			
Liguria	D.G.R. nr. 27 del 18.01.2022		
Lombardia	D.G.R. nr. 6867 del 02.08.2022		
Marche	D.G.R. nr. 1608 del 03.12.2022		
Molise	D.C.A. nr. 113 del 20.12.2021		
PA Bolzano	D.G.P. nr. 907 del 06.12.2022		
PA Trento	D. G.P. nr. 953 del 26.05.2023		
Piemonte	D.G.R. nr. 5599 del 12.09.2022		
Puglia	D.G.R. nr. 134 del 15.02.2022		
Sardegna			
Sicilia	D.A. nr. 874 del 03.09.2021		
Toscana			
Umbria	D.G.R. nr. 172 del 02.03.2022		
Veneto	D.G.R. nr. 1780 del 15.12.2021		
Valle D'Aosta			

CURE PALLIATIVE

II DM 77/2022 e le Cure Palliative

22-6-2022

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 144

12. RETE DELLE CURE PALLIATIVE

La rete delle cure palliative è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

Standard:

- 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti;
- Hospice: 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti

La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) è un'aggregazione funzionale integrata delle attività di CP erogate nei diversi setting (ospedale, ambulatorio, domicilio, hospice) assistenziali in un territorio, alla quale corrispondono le seguenti funzioni:

- coordina e integra le CP nei diversi livelli di assistenza, in collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale, i Punti Unici di Accesso, l'ADI e l'Assistenza Primaria;
- definisce un sistema di erogazione di CP, per l'attuazione dei percorsi di presa in carico e di continuità delle cure e dell'assistenza favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e sociali;
- adotta sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e controllo dei percorsi di cura erogati;
- raccoglie e trasmette i dati al sistema informativo;
- attiva percorsi formativi aziendali specifici;
- partecipa a iniziative di Ricerca.

La governance della RLCP, ai sensi della normativa vigente, è demandata a livello aziendale, attraverso l'istituzione di un organismo di coordinamento, composto da: un coordinatore di rete, referenti delle singole strutture e una rappresentanza delle associazioni di volontariato di settore.

La rete nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale agisce, pertanto, sul territorio di riferimento assicurando l'erogazione dell'assistenza:

- nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera attraverso équipe di cure palliative della rete che erogano consulenza, facilitano l'attivazione dei percorsi di cure palliative per garantire la continuità ospedale-territorio, supportano l'équipe dell'unità operativa ospedaliera nelle strategie per la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici;
- nell'ambito ambulatoriale dove sono erogate cure palliative precoci e simultanee da équipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative che operano all'interno della RLCP;
- a domicilio del paziente, attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD), con la previsione di un'équipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unità di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per assicurare la continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7. Tale équipe può essere, dal punto di vista organizzativo, integrata con l'équipe dell'assistenza domiciliare integrata;
- nelle strutture residenziali e negli Hospice, con standard di riferimento di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Questi servizi devono essere garantiti sulla base dei criteri e requisiti previsti dalla normativa e dagli accordi vigenti, tra cui l'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, l'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 119/CSR e Rep. Atti n. 118/CSR) e l'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021.

Alis

II DM 77/2022 e le Cure Palliative

La rete delle cure palliative è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O.), ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

Standard strutturali

1 di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti e 1 Hospice, 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti

Standard di personale: nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, l'erogazione dell'assistenza è assicurata: nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera da un'équipe di cure palliative; nell'ambito ambulatoriale da équipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative; a domicilio del paziente - attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari(CPD) - da un'équipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unità di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7; all'interno delle strutture residenziali e degli Hospice di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti

Requisiti tecnologici e strutturali

Definisce un sistema di erogazione di CP, per l'attuazione dei percorsi di presa in carico e di continuità delle cure e dell'assistenza favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e sociali

Adotta sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e controllo dei percorsi di cura erogati.

Raccoglie e trasmette i dati al sistema informativo.

La legge 29 dicembre 2022 , n. 197 (legge di bilancio 2023)

29-12-2022

Supplemento ordinario n. 43/L alla GAZZETTA UFFICIALE

Serie generale - n. 303

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 29 dicembre 2022, n. 197.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA




la seguente legge:

PARTE I
SEZIONE I: MISURE QUANTITATIVE
PER LA REALIZZAZIONE DEGLI
OBIETTIVI PROGRAMMATICI

2023 pubblicato dalla Cassa per i servizi energetici e ambientali ai sensi del decreto del Ministro dello sviluppo economico 21 dicembre 2017, della cui adozione è stata data comunicazione nella *Gazzetta Ufficiale* n. 300 del 27 dicembre 2017, i cui costi per

« 4-bis. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano presentano, entro il 30 gennaio di ciascun anno, un piano di potenziamento delle cure palliative al fine di raggiungere, entro l'anno 2028, il 90 per cento della popolazione interessata. Il monitoraggio dell'attuazione del piano è affidato all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, che lo realizza a cadenza semestrale. La presentazione del piano e la relativa attuazione costituiscono adempimento regionale ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato ».

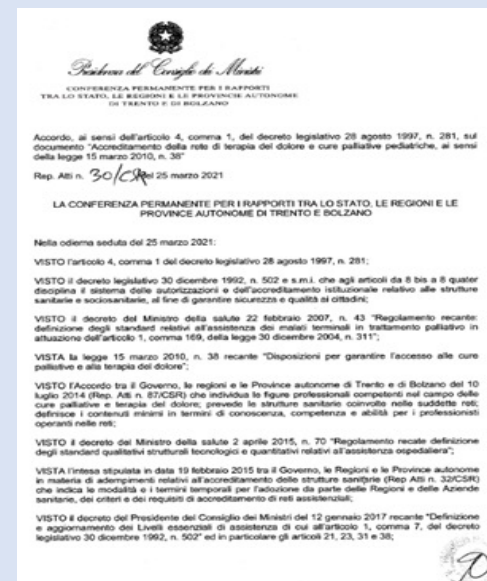
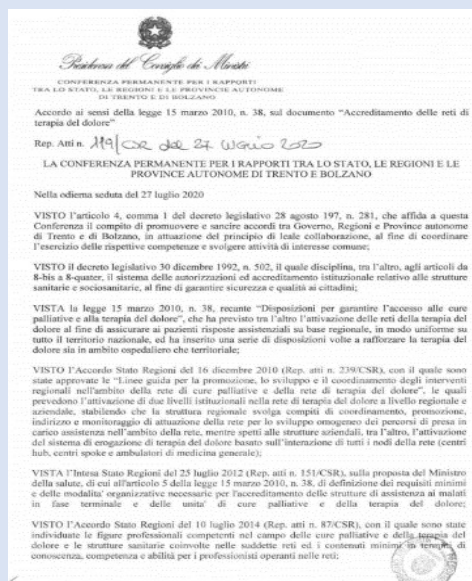
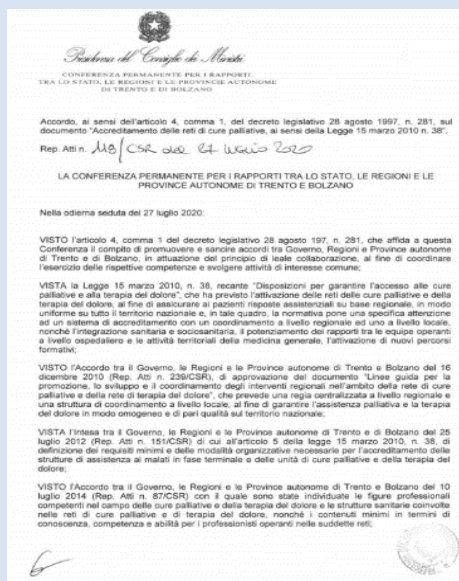
STANDARD REQUISITI (1)

STANDARD	UCP-DOM	Hospice territoriali	CP Ospedaliere / Hospice Ospedale*
	1 UCP ogni 100mila abitanti	10 p.l. ogni 100mila abitanti	<p><u>Consulenze e Ambulatorio:</u> 1 équipe ospedaliera medico infermieristica dedicata alle cure palliative ogni 600 p.l.</p> <p><u>Hospice Ospedale*:</u> 10 p.l. con personale dedicato ogni 600 p.l.</p>
	<p>a) ≥45% dei malati deceduti a causa di tumore seguiti dalle UCP-dom (D.M. 43/2007).</p> <p>b) ≥25% dei malati deceduti per cause NON oncologiche seguiti dalle UCP-dom.</p> <p>c) ≥ 100 malati/anno non oncologici assistiti dall'UCP-dom</p>	20% dei malati deceduti a causa di tumore seguiti dagli hospice territoriali (D.M. 43/2007)	Da definire
	Luogo di decesso domiciliare per almeno il 90% dei malati deceduti seguiti dalle UCP-dom	Luogo di decesso in hospice territoriali per almeno il 90% dei malati deceduti a causa di tumore seguiti dagli hospice territoriali	Da definire

* Tali posti di "hospice ospedaliero", ai sensi dell'art. 31 del citato DPCM 12 gennaio 2017, si collocano nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria territoriale pur operando all'interno di una struttura ospedaliera.

L'accREDITAMENTO delle Reti di cure palliative e delle reti di terapia del dolore

- In questa fase, l'attenzione ai **PERCORSI DI CURA** dei pazienti ha portato ai primi provvedimenti nazionali di qualificazione delle reti



- **Accordo Stato Regioni 27.07.2020 - Accredimento della rete di cure palliative**
- **Accordo Stato Regioni 27.07.2020 - Accredimento della rete di terapia del dolore**
- **Accordo Stato Regioni 25.03.2021 - Accredimento della rete di CP e TD pediatrica**

L'ACCREDITAMENTO DELLE RETI DI CURE PALLIATIVE

Il livello regionale

CP Elementi caratterizzanti la Rete Regionale di CP Struttura di coordinamento regionale

Coordinamento e promozione delle cure palliative per garantire omogeneità ed equità di sistema

Sviluppo del sistema informativo cui si collegano tutte le strutture della rete locale di CP

Monitoraggio dello stato di attuazione delle reti locali e definizione degli indicatori quali-quantitativi, compresi gli standard di cui al DM 43/2007

Indirizzi per lo sviluppo omogeneo dei percorsi di presa in carico e assistenza in CP

Promozione di programmi obbligatori di formazione continua in CP secondo quanto indicato nell'Accordo Stato-Regioni 10 luglio 2014 (Rep. atti n. 87/CSR)

Le reti locali di Cure Palliative -

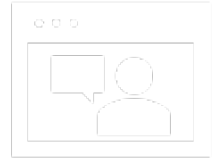
1. Il sistema di governo: istituzione Rete, organismo di coordinamento, piano di sviluppo della rete
2. Risorse umane, tecnologiche, economiche per il coordinamento e l'operatività della rete
3. Processi assistenziali: i percorsi di cura e le equipe dedicate che, nell'ambito dell'accesso unitario dei servizi, si integrano con l'ADI e con l'assistenza sanitaria di base
4. Processi assistenziali: programmi di dimissione protetta
5. Processi assistenziali: monitoraggio della qualità, audit
6. Processi di supporto: Formazione continua degli operatori
7. Processi di supporto: processi sociali e supporto psicologico
8. Processi strategico-gestionali: comunicazione/trasparenza

OBIETTIVI

- accogliere e valutare il bisogno di cure palliative del paziente e della sua famiglia
- definire il percorso di cura individuando il setting assistenziale più adeguato in relazione allo sviluppo della malattia
- garantire la continuità di cura.



TECNOASSISTENZA



TELEVISITA

- è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con supporto del care giver.
- Durante la tele visita un operatore sanitario che si trovi vicino al paziente può assistere il medico e/o aiutare il paziente.

TELECONSULTO MEDICO

- è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, riguardo la situazione clinica di un paziente,
- Se presente il paziente si configura come un tele visita multidisciplinare.

TELECONSULENZA MEDICO-SANITARIA

- specifica delle professioni sanitarie, eseguita da 2 o più persone per supporto durante svolgimento attività sanitarie, a cui segue una videochiamata in cui il professionista interpellato fornisce indicazioni per le azioni.

TELEASSISTENZA

- interazione a distanza tra professionista e paziente/caregiver, con condivisione di dati e referti.
- Utilizzo di app per somministrare questionari, immagini.
- Assistere nella corretta esecuzione delle attività di assistenza.

Accordo 17 Dic. 2020 sul documento “Indicazioni nazionali per l’erogazione di prestazioni in telemedicina”, sancito in sede di Conferenza Stato Regioni.

Accordo 18 novembre 2021 sul documento «Indicazioni nazionali per l’erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie», sancito in sede di Conferenza Stato Regioni

DM 29 Apr. 2022 Ministro della salute ha approvato le Linee guida organizzative contenenti il “Modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare.

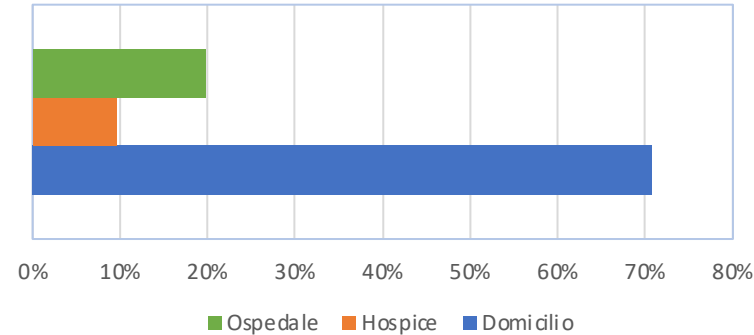
Dove si fa rete, si cura meglio...

le evidenze di due studi osservazionali multicentrici, **Arianna** nell'integrazione tra Medici di famiglia e UCPdom, **Demetra** nell'integrazione tra setting di CP, lo dimostrano

L'essenziale coinvolgimento dei Medici di famiglia nelle reti

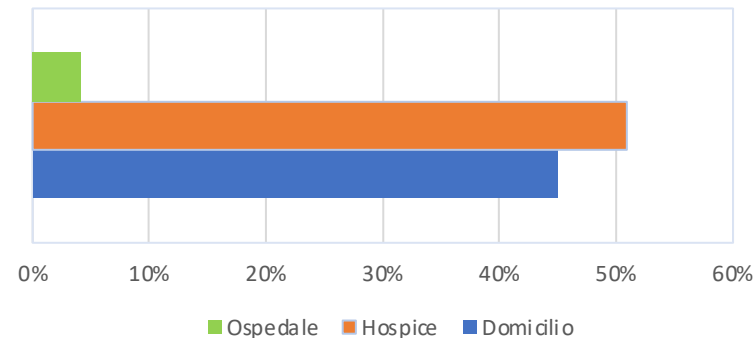
- **TASSO DI IDENTIFICAZIONE:** I medici di medicina generale hanno identificato il **0,67%** del bacino totale dei loro assistiti (il **3.67%** negli over 75 anni).
- **VALORE PREDITTIVO POSITIVO: 55.2%** (517) dei malati identificati, tempo mediano di sopravvivenza nei deceduti di 85 giorni.
- **MALATI ONCOLOGICI / NON ONCOLOGICI: 60%** malati non oncologici

Luogo di decesso - ARIANNA



ITALIA 2018
Decessi domicilio
37%
Fonte: Istat

Luogo di decesso - DEMETRA



ITALIA 2018
Decessi hospice
malati oncologici
18,8%
Decessi domicilio
38,8%
Fonte: Istat

Laddove esiste condivisione di informazioni, uso di strumenti di identificazione precoce e VMD standardizzati, formazione adeguata e cultura palliativa, le prese in carico sono precoci, i bisogni sono considerati a prescindere dalla patologia di base e le persone muoiono nei luoghi che abitualmente sono considerati in grado di offrire risposte più efficaci ai bisogni nel fine vita (domicilio con CP e Hospice).

TELEMEDICINA

La telemedicina è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie e sociosanitarie a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario).

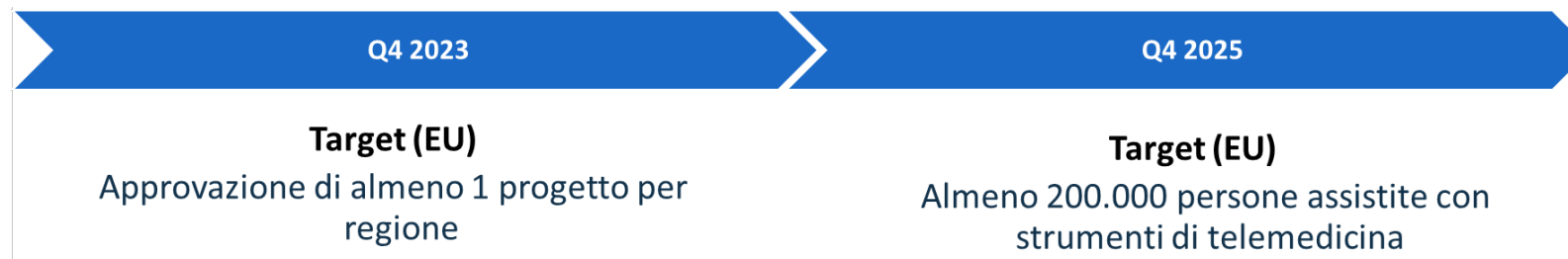
La telemedicina è dunque l'insieme di tecnologia e organizzazione che, se inclusa in una rete di cure coordinate (coordinated care), contribuisce in modo rilevante a migliorare la capacità di risposta del Servizio Sanitario Nazionale.

M6C111.2.3 – TELEMEDICINA

Il finanziamento della Component 1, pari a **1 miliardo di euro** si pone l'obiettivo di potenziare l'erogazione dei servizi di Telemedicina, che consentono interazioni medico-paziente e tra professionisti e operatori sanitari a distanza attraverso:

- La creazione di una piattaforma nazionale di telemedicina;
- Lo sviluppo di servizi di telemedicina (televisita, teleconsulto, teleassistenza, telemonitoraggio, etc)

Al finanziamento previsto per la component 1 si assommano le risorse stanziare per il sub-investimento **M6C211.3.2.4 “Sviluppo di una piattaforma nazionale di servizi di telemedicina”** pari a **19,6 mln di euro**. Tale piattaforma nazionale rappresenta il punto di incontro tra domanda e offerta di servizi sanitari di telemedicina, sia per i pazienti sia per le aziende sanitarie locali, al fine anche di promuovere il ruolo attivo di cittadini e pazienti.



TECNOASSISTENZA

TELEVISITA

- è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con supporto del care giver.
- Durante la tele visita un operatore sanitario che si trovi vicino al paziente può assistere il medico e/o aiutare il paziente.

TELECONSULTO MEDICO

- è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, riguardo la situazione clinica di un paziente,
- Se presente il paziente si configura come un tele visita multidisciplinare.

TELECONSULENZA MEDICO-SANITARIA

- specifica delle professioni sanitarie, eseguita da 2 o più persone per supporto durante svolgimento attività sanitarie, a cui segue una videochiamata in cui il professionista interpellato fornisce indicazioni per le azioni.

TELEASSISTENZA

- interazione a distanza tra professionista e paziente/caregiver, con condivisione di dati e referti.
- Utilizzo di app per somministrare questionari, immagini.
- Assistere nella corretta esecuzione delle attività di assistenza.



M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

- Potenziare il SSN, **allineando i servizi ai bisogni delle comunità** e dei pazienti, anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica.
- Rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari
 - ✓ *Migliorando integrazione servizi ospedalieri, sanitari e sociali locali, in continuità assistenziale con percorsi integrati ospedale - domicilio*
- Sviluppare la telemedicina e a superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio.
- Sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare



M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

- Sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologici
- Rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario
- Potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello Centrale e Regionale, al fine di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure; valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale; e garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria guidata dalla analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni



Ministero della Salute

CREDITS

Mariadonata Bellentani

md.bellentani@sanita.it