

OGGETTO: Adozione dei “Requisiti di accreditamento per le attività di cure domiciliari ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017”, proposta di determinazione delle tariffe, determinazione del percorso di accreditamento e linee guida per la selezione del contraente, individuazione del fabbisogno di assistenza e disposizioni conseguenti.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTI per quanto riguarda il Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario:

- l'art. 120 della Costituzione;
- l'articolo 8, comma 1 della legge 5 giugno 2003, n. 131;
- l'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 e n. 149 del 6 marzo 2007, rispettivamente di approvazione del Piano di Rientro e Presa d'atto dell'Accordo Stato-regioni;
- art.1 comma 796, lettera b) della legge 27 dicembre 2006, n. 296;
- il Decreto Legge 1° ottobre 2007, n. 159 convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n.222;
- la legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- il Decreto del Commissario ad acta n. U00247 del 25 luglio 2014 avente ad oggetto: “Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio” come modificato ed integrato dai Decreti del commissario ad acta 368/2014, 412/2014, 230/2015, 267/2015, 270/2015, 373/2015 e 584/2015;

VISTI per quanto riguarda i poteri:

- la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;
- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002 n. 6 e successive modifiche ed integrazioni;
- il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 e successive modifiche ed integrazioni;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con cui il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stata nominato Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione Lazio;
- la Deliberazione di giunta regionale n. 723 del 14 dicembre 2015 di nomina del dott. Vincenzo Panella Direttore della Direzione Salute e Politiche sociali;
- il Decreto Dirigenziale G08300 del 14 giugno 2017 di delega del Direttore Regionale al dott. Mantini Valentino, per gli atti indifferibili ed urgenti;
- l'atto di organizzazione n. G07039 del 21 giugno 2016 relativa all'affidamento di incarico di dirigente dell'Area Pianificazione e controllo strategico, verifiche e accreditamenti al dott. Achille Iachino e la determinazione n. G07094 del 21.06.2016 di assunzione in comando;
- l'atto di organizzazione n. G07332 del 27.06.2016 di conferimento di incarico di Dirigente dell'Ufficio Requisiti autorizzativi e di accreditamento dell' Area Pianificazione e controllo strategico, verifiche e accreditamenti alla dr.ssa Pamela Maddaloni;

VISTI per quanto riguarda le norme in materia sanitaria:

- Il Regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 e s.m.i.;
- la Legge n.833/1978 e s.m.i.;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.;
- il Decreto Legislativo n. 21 dicembre 1999, n. 517 e s.m.i.;

Segue decreto n.

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

- D. Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288 e s.m.i.;
- il DPCM 29 novembre 2001 che definisce i Livelli essenziali di assistenza;
- la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4;
- il Regolamento Regionale 26 gennaio 2007, n. 2;
- il Regolamento regionale n. 13/2007;
- il DPCM 12 gennaio 2017 pubblicato su GU il 18 marzo 2017;

VISTI per quanto riguarda la disciplina applicabile *ratione materiae*:

- il Decreto del Commissario ad Acta n. U0090 del 10 novembre 2010 di avvio del procedimento amministrativo finalizzato alla ricognizione degli erogatori e all'indicazione delle modalità di caricamento dei dati sulla piattaforma informatica;
- il Decreto ministero della salute del 06.08.2012 "Modifiche al decreto 17 dicembre 2008, recante «Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare».";
- la delibera di Giunta regionale n. 325 del 08.05.2008 "Approvazione dei requisiti ulteriori per il Servizio di Assistenza domiciliare";
- la delibera di Giunta regionale n. 326 del 08.05.2008 "Ottimizzazione del modello regionale di assistenza sanitaria domiciliare e relative tariffe" che approva il documento "Ottimizzazione del modello regionale di assistenza sanitaria domiciliare" con il quale vengono individuate le esigenze, gli obiettivi, la metodologia degli interventi, la classificazione dei pazienti e degli interventi nonché la formazione degli operatori;
- la legge regionale 22 aprile 2011 n. 6 recante: "Disposizioni urgenti in materia sanitaria. Modifiche alle leggi regionali 28 dicembre 2007, n. 26 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2008 (art. 11, L.R. 20 novembre 2001, n. 25)" e successive modifiche, 10 agosto 2010, n. 3 "Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2010-2012 della Regione Lazio" e successive modifiche e 24 dicembre 2010, n. 9 "Disposizioni collegate alla legge finanziaria regionale per l'esercizio finanziario 2011 (art. 12, comma 1, l.r. 20 dicembre 2001, n. 25)". Promozione della costituzione dell'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di Tor Vergata. Salvaguardia dei livelli occupazionali nella sanità privata);
- il DPCA 20 marzo 2012, n. 39 "Assistenza territoriale. Ridefinizione e riordino dell'offerta assistenziale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale" ;
- il DPCA 24.12.2012, n. 429 "Decreto del commissario ad acta n. U0113 del 31.12.2010 "Programmi operativi 2011-2012" – Assistenza domiciliare – Approvazione dei documenti "Stima di prevalenza della popolazione eleggibile e dei posti per l'Assistenza Domiciliare Integrata nella Regione Lazio, per persone non autosufficienti anche anziane" e Omogeneizzazione delle procedure e degli strumenti per l'ADI per persone non autosufficienti, anche anziane";
- il DPCA 24.12.2012 n. 431 "La Valutazione multidimensionale per le persone non autosufficienti anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensione e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio";
- il DPCA 10 marzo 2014, n. 76 concernente: "Assistenza Domiciliare Integrata: atto ricognitivo dei soggetti che a vario titolo hanno richiesto l'autorizzazione all'esercizio delle attività di assistenza domiciliare (A.D.I.)".

Segue decreto n.

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

CONSIDERATO che il DCA 134/2016 ha disciplinato l'avvio del percorso di accreditamento istituzionale secondo quanto previsto dall'art. 8 quater del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e s.m.i. per le attività di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per persone non autosufficienti, anche anziane e di Cure palliative domiciliari, prevedendo:

“1. di approvare l'Allegato A “Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per persone non autosufficienti, anche anziane e di Cure palliative domiciliari – Procedura di accreditamento”;

2. entro 6 (sei) mesi dalla pubblicazione del presente atto verrà reso disponibile sul sito regionale l'elenco dei soggetti erogatori autorizzati ed accreditati;

3. nelle more dell'espletamento delle procedure selettive da parte delle Aziende sanitarie locali tra i soggetti accreditati successivamente alla pubblicazione del presente decreto, ed al fine di garantire la continuità dell'assistenza, vengano mantenuti i contratti in essere alla loro scadenza”

CONSIDERATO che

1) con Determinazione G10746 del 23 settembre 2016 è stato costituito un Gruppo di Lavoro preliminare alla definizione di “Linee guida per l'individuazione degli ulteriori requisiti di accreditamento istituzionale e dei criteri per la definizione delle tariffe, in materia di Assistenza Domiciliare...”;

- la stessa determinazione ha previsto che “successivamente alla conclusione del Gruppo di lavoro verrà avviata una fase di consultazione con le Associazioni di categoria, sul documento elaborato dal Tavolo stesso”;

2) con il citato DPCM del 12 gennaio 2017 sono stati adottati i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, tra i quali figura l'art. 22 dedicato alle cure domiciliari;

3) con Determinazione G00213 del 12 gennaio 2017 sono stati prorogati i termini di conclusione delle attività del gruppo di Lavoro al 31 gennaio 2017, anche tenuto conto degli ulteriori approfondimenti relazionati alle indicazioni ministeriali ed ai nuovi LEA;

4) il citato Gruppo di lavoro ha approvato nella giornata del 31 gennaio 2017 i documenti relativi al percorso di accreditamento istituzionale, nonché i requisiti ulteriori di accreditamento per le attività di cure domiciliari;

4) con nota prot. n. U.0195090 del 13.04.2017 recante “comunicazione di avvio di procedimento di approvazione dei requisiti di accreditamento dei soggetti erogatori di attività di cure domiciliare”, è stato trasmesso alle associazioni di categoria e ai Direttori generali/Commissari straordinari delle Aziende Sanitarie il documento recante “requisiti di accreditamento per le attività di cure domiciliari” elaborato dal citato gruppo di lavoro al fine di acquisire osservazioni entro e non oltre 10 giorni dalla data della comunicazione;

TENUTO CONTO che sono pervenute le seguente osservazioni:

1) osservazioni proposte dalla ANASTE con nota assunta al prot. n. I.0201991 del 19 aprile 2017;

2) osservazioni proposte dalla Confcooperative con nota assunta al nota prot. n. I.0207722 del 24 aprile 2017;

3) osservazioni proposte da ultimo da Federlazio in data 30 maggio 2017 assunta con nota prot. n.273371 in pari data;

Segue decreto n.

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

che in data 23 maggio 2017 è stato convocato un tavolo di lavoro con le associazioni di categoria in merito al citato documento, nonché alle osservazioni nelle more pervenute;

che in tale occasione sono state discusse le osservazioni presentate dalle associazioni, rilevando che la maggior parte di esse avrebbe trovato accoglimento nella stesura definitiva del provvedimento, trattandosi di precisazioni formali (reperibilità struttura, n. autovetture per ANASTE, accesso degli operatori, sede operativa aperta al pubblico, autovetture e accordo con operatori, aspiratore tra dotazioni strumentali, direttore sanitario, individuazione dell'infermiere coordinatore in luogo dell'infermiere dirigente, precisazioni sul coordinamento, burn out per CONFCOOPERATIVE, privacy, gestione del rischio, strategie di comunicazione che suggeriscono ulteriori specificazioni per FEDERLAZIO);

che infatti, è stato accolto il rilievo in ordine al medico palliativista, poiché quello delle cure domiciliari è un setting distinto e separato da quello delle cure palliative e potendo l'attività medica nell'ambito delle cure domiciliari, essere svolta anche un medico diversamente specializzato; è stato accolto il rilievo in ordine al numero delle vetture, mentre non è stato accolto il rilievo sulla disciplina della prevenzione delle malattie professionali e del *burn out*, rimessa alla disciplina privatistica di settore, fermo il monitoraggio ed rispetto della turnazione;

che il requisito della sede operativa anche nella ASL di riferimento deve essere soddisfatto al momento dell'eventuale contrattualizzazione;

che le osservazioni di Federlazio sono state riviste e accolte in parte al fine di meglio specificare il fattore qualità, appropriatezza clinica e formazione.

RITENUTO, pertanto, opportuno approvare il documento recante "Requisiti di accreditamento per le attività di cure domiciliari" elaborato dal Gruppo di lavoro istituito con Determinazione G10746 del 23 settembre 2016 e aggiornato anche in esito alle osservazioni delle associazioni di categoria allegato sotto la **lettera A** al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

CONSIDERATO che il gruppo di lavoro ha provveduto ad elaborare, anche sulla scorta della definizione del posto ADI standard e a partire da quanto previsto dalla DGR 326/2008, una proposta di determinazione delle tariffe da applicare, secondo criteri esplicitati nell'**allegato B** al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale.

La pubblicazione del presente provvedimento, limitatamente alle tariffe, equivale ad avvio del procedimento ai sensi dell'art. 7 della L. 241/1990 e la successiva interlocuzione con le Associazioni di categoria, ovvero con i soggetti privati per il tramite delle Associazioni, è rimessa all'esito delle osservazioni da far pervenire all'Area Pianificazione e controllo strategico, verifiche e accreditamento entro 10 gg dalla data di pubblicazione del presente provvedimento esclusivamente a mezzo PEC (pianificazionecontrolli@regione.legalmail.it), precisando che trattasi di proposta suscettibile di modificazione in esito alla valutazione dell'impatto economico e ad ulteriori valutazioni che l'amministrazione si riserva di effettuare;

che con successivo atto da adottare entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento, si procederà alla determinazione delle tariffe definitive;



Segue decreto n.

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

RITENUTO opportuno, altresì, determinare nell'**allegato C** al presente provvedimento il percorso che condurrà anzitutto alla elaborazione dell'elenco dei soggetti accreditati, dai cui le ASL potranno attingere e contrattualizzare, in funzione del livello di cure domiciliari erogate che verrà stabilito sulla scorta delle tre fasce di qualificazione mediante assegnazione di coefficienti di ponderazione correlati ai parametri individuati dalla Linee guida per la selezione del contraente parimenti individuate nell'allegato C, nel rispetto del principio di rotazione;

DATO ATTO che la Regione procederà alla definizione delle tre fasce di qualificazione nell'ambito delle quali inserire i fornitori accreditati, previa assegnazione di coefficienti di ponderazione correlati all'importanza del requisito o di gruppi di parametri (organizzativi, gestionali e tecnologici) posseduti dai soggetti accreditati in funzione del livello di intensità assistenziale del PAI.

DATO ATTO, altresì, che la stima del fabbisogno di assistenza per le cure domiciliari a medio termine è stata definita nell'**allegato D** al presente provvedimento, rispetto al quale le Aziende Sanitarie Locali dovranno verificare il quadro del fabbisogno, confermandolo o comunicando eventuali variazioni motivate entro e non oltre 60 giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento all'Area Cure Primarie esclusivamente a mezzo PEC (cureprimarie@regione.lazio.legalmail.it).

RITENUTO, inoltre, di regolamentare la fase transitoria immediatamente successiva all'approvazione del presente Decreto stabilendo il divieto per le AA.SS.LL. di indire nuove gare in materia di ADI e precisando che saranno ritenute valide (sino al 31.12.17 e, comunque, sino alla messa a regime del sistema di accreditamento) soltanto le procedure aggiudicate in via definitiva per le quali il contratto sia stato sottoscritto in data antecedente a quella di adozione del presente provvedimento;

RITENUTO, infine, di precisare che, nelle more di attivazione e conclusione del percorso di accreditamento, in caso di scadenza del P.A.I. (piano di assistenza individuale) lo stesso, previo consenso del paziente, potrà, se del caso, essere rinnovato per il periodo ritenuto necessario.

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che si intendono integralmente accolte e che formano parte sostanziale ed integrante del presente provvedimento:

- di approvare i seguenti documenti Allegati al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale:
 - A. Requisiti di accreditamento per le attività di cure domiciliari;
 - B. Proposta di determinazione delle Tariffe per la remunerazione dei i servizi di assistenza domiciliare integrata;
 - C. Percorso di accreditamento e Linee guida per la selezione del contraente;
 - D. Fabbisogno previsionale di cure domiciliari;
- la pubblicazione del presente provvedimento, limitatamente alle tariffe, equivale ad avvio del procedimento ai sensi dell'art. 7 della L. 241/1990 e la successiva interlocuzione con le Associazioni di categoria, ovvero con i soggetti privati per il tramite delle Associazioni, è

Segue decreto n.

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

rimessa all'esito delle osservazioni da far pervenire all'Area Pianificazione e controllo strategico, verifiche e accreditamento entro 10 gg dalla data di pubblicazione del presente provvedimento esclusivamente a mezzo PEC (pianificazionecontrolli@regione.legalmail.it), precisando che trattasi di proposta suscettibile di modificazione in esito alla valutazione dell'impatto economico e ad ulteriori valutazioni che l'amministrazione si riserva di effettuare;

- con successivo atto da adottare entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento, si procederà alla determinazione delle tariffe definitive;
- di demandare alle Aziende Sanitarie Locali la verifica del quadro del fabbisogno, confermando o comunicando eventuali variazioni motivate entro e non oltre 60 giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento all'Area Cure Primarie esclusivamente a mezzo PEC (cureprimarie@regione.lazio.legalmail.it) rispetto a quello fissato nell'allegato D al presente provvedimento;
- di rinviare a successivo provvedimento a cura dell'Area Programmazione e Monitoraggio dei Consumi sanitari della Direzione Salute e Politiche sociali la definizione delle tre fasce di qualificazione nell'ambito delle quali inserire i fornitori, mediante l'assegnazione di coefficienti di ponderazione correlati all'importanza del requisito o di gruppi di parametri (organizzativi, gestionali e tecnologici) posseduti dai soggetti accreditati in funzione del livello di intensità assistenziale del PAI.
- di stabilire il divieto per le AA.SS.LL. di indire nuove gare in materia di ADI e precisando che saranno ritenute valide (sino al 31.12.17 e, comunque, sino alla messa a regime del sistema di accreditamento) soltanto le procedure aggiudicate in via definitiva per le quali il contratto sia stato sottoscritto in data antecedente a quella di adozione del presente provvedimento;
- di precisare che, nelle more di attivazione e conclusione del percorso di accreditamento, in caso di scadenza del P.A.I. (piano di assistenza individuale) lo stesso, previo consenso del paziente, potrà, se del caso, essere rinnovato per il periodo ritenuto necessario.

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale Regione Lazio.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di notifica.

Nicola Zingaretti



07 LUG. 2017

Roma, li



REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LE ATTIVITA' DI CURE DOMICILIARI

1° Criterio/fattore di qualità - PRESTAZIONI E SERVIZI

- 1.1. L'organizzazione/la struttura ha definito una Carta dei servizi individuando almeno i seguenti contenuti: servizi erogati, target/tipologia di pazienti, impegni assunti nei confronti di pazienti e cittadini, materiale informativo da distribuire/mettere a disposizione degli utenti, con particolare riferimento alle modalità di accesso ed attivazione delle cure domiciliari, all'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale entro tempi predefiniti;
- 1.2. L'organizzazione ha adottato un regolamento interno rivolto a tutti gli operatori e al personale che si interfaccia con gli assistiti e con gli utenti in genere, che individua le modalità di circolazione delle informazioni e il comportamento degli operatori, e specifiche modalità di identificazione degli stessi (camice/uniforme/divisa e cartellino identificativo);
- 1.3. Adozione di modulistica prestampata e atta ad orientare il paziente e i suoi familiari: modulistica esplicativa dell'accesso al servizio, modulistica per il consenso informato, modulistica per le rilevazioni della qualità del servizio (reclami e disservizi), modulistica che illustra referenti e recapiti ordinari e per le emergenze e la reperibilità, anche h24.
- 1.4. L'organizzazione ha attivato una modalità di raccolta formale dei reclami ed un modello di gestione dei reclami, con diffusione dei risultati annuali.
 - 1.4.1. L'organizzazione è provvista di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, ai sensi dell'articolo 27, comma 1-bis, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private. E' data evidenza mediante pubblicazione sul sito della struttura, la denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa della responsabilità civile verso i terzi e verso i prestatori d'opera di cui al comma 1, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative ovvero le altre analoghe misure che determinano la copertura assicurativa.
- 1.5. Adozione modello di prevenzione dei reati ai sensi del D. Lgs. 231/2001 e adozione di correlato codice etico.
- 1.6. Esistenza di un sistema di qualità aziendale, del processo, di valutazione e condivisione. La struttura assicura l'adozione di modelli organizzativi conformi alle norme in linea con criteri flessibilità, integrazione, condivisione, umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza. Garantisce uniformità di accesso ai servizi, qualità tecnica interventi, qualità organizzativa, sicurezza degli operatori e utenti, valorizzazione professionale.
- 1.7. Adozione di un organigramma e un funzionigramma ed evidenza dell'assegnazione annuale di obiettivi e valutazione del personale, dirigenziale e non, con previsione di sostituzioni e regolamentazione sostituzioni per assenze programmate e non.

2° Criterio/fattore qualità – REQUISITI ULTERIORI STRUTTURALI, TECNOLOGICI, ORGANIZZATIVI

1.8. Requisiti ulteriori di qualità strutturali (assicurati per la sede operativa centrale e tecnologici)

- La sede operativa (se sita nel territorio di competenza di altra ASL), deve essere presente anche nel territorio della ASL nella quale si esercita attività domiciliare, in prossimità di fermata di mezzo pubblico (ca 500 metri) e garantita l'apertura della centrale operativa per 6 giorni a settimana nella fascia oraria 8.00:18.00 dal lunedì al venerdì e 9.00:13.00 il sabato, con supporto del sistema di segreteria, anche virtuale, per 7 giorni a settimana e H24 per consentire il dirottamento delle chiamate verso il personale disponibile (il requisito della sede operativa a livello locale di singola ASL deve essere assicurato al momento della contrattualizzazione).
- Deve essere presente una stanza per il colloquio con i pazienti/o familiari anche coincidente con quella per le riunioni dell'equipe, se ulteriore rispetto a quella del direttore medico (il requisito della sede operativa a livello locale di ASL deve essere assicurato al momento della contrattualizzazione);
- Sala, per la dotazione di presidi, attrezzature e dispositivi per valutazione menomazione o disabilità di pertinenza riabilitativa in caso collocata all'interno di strutture dedicate al regime ambulatoriale, semiresidenziale e/o residenziale;
- Deve essere assicurato costante servizio per almeno 6 giorni a settimana dal lunedì al sabato nella fascia 7.00:20.00, assicurando la reperibilità h24 del coordinatore del servizio e medico, in caso di ADI III livello e h 12 per ADI II livello.
- Autoveicoli in numero adeguato agli operatori impiegati nel servizio, secondo gli standard di cui al punto 1.12, ovvero presenza di accordi formali con gli operatori per il rimborso relativo all'utilizzo di mezzi propri del personale;
- Un telefono cellulare per ogni operatore in attività che possa fungere anche da strumento informatico per trasmissione dati;
- Strumento tecnologico informatico utile alla trasmissione da remoto delle prestazioni erogate in attuazione del PAI (es. tablet);
- Almeno un telefono cellulare per le chiamate dell'utenza relative ad attività non programmate;
- Almeno una borsa per il trasporto strumentazione e farmaci per ogni operatore in attività;

1.9. Sistema informatico e informativo

- Adozione presso la sede operativa di un programma di informatizzazione utile all'organizzazione dell'assistenza, specifico per l'attività nei diversi livelli che consenta l'immediata individuazione della scheda individuale e quindi il controllo aggiornato quotidianamente del profilo di assistenza dedicato.
L'accesso alla scheda individuale del paziente deve essere garantito a ciascuna postazione presente in sede operativa, in rete e a ciascuna figura di coordinamento, oltre che al direttore e a ciascuno dei medici ed ad ogni operatore sanitario in relazione al paziente nei confronti del quale presta assistenza, ciascuno con proprio accesso e nel rispetto delle disposizioni di cui al D. Lgs. 196/2003.

- La cooperazione applicativa dei sistemi esterni con il modulo applicativo ADI del Sistema Informativo Assistenza Territoriale (SIAT) prevede l'utilizzo di web service (WS) per la gestione integrata dei Piani di Assistenza individuale.
- Le certificazioni delle prestazioni erogate devono essere trasmesse al sistema SIAT (attraverso i WS di cui sopra) entro e non oltre 48 ore dall'effettivo espletamento della stessa al fine di un corretto monitoraggio da parte delle ASL delle attività. Gli erogatori di servizi ADI si dotano di sistemi mobili in grado di garantire la registrazione dell'erogazione della prestazione in mobilità.

1.10. Evidenza di programmi di backup dei dati e di manutenzione del sistema informativo.

1.11. Adeguata dotazione di materiali sanitari:

- Dotazione minima: sfigmomanometro a mercurio e aneroidi; fonendoscopi, glicometro con strisce per la determinazione della glicemia; pulsossimetro digitale apparecchio per aerosol, aspiratore a bassa pressione o pressione regolabile; attrezzatura per enteroclistma, stativi per sostenere cestelli portaflaconi per terapia infusione, siringhe monouso di diversa capacità; aghi di diverso tipo, set per medicazioni sterili; garze di varia misura, anche in confezioni sterili, bende cotone idrofilo, cerotti di vario tipo, pinze anatomiche e chirurgiche (sterili), forbici di diverso tipo, sterili e non; sonde rettali, cateteri vescicali di tipi diversi (sterili); raccoglitori urine per esami (provette, flaconi sterili); sondino naso-gastrico (varie misure); sondino e/o mascherina per ossigenoterapia; provette per esami ematici; cestello porta-provette (ermetico); lacci emostatici; guanti monouso, sterili e non; disinfettanti di diverso tipo; soluzioni fisiologiche; materiale per medicazioni (parafarmaci); porta rifiuti per materiale infetto (rifiuti speciali); contenitori resistenti alla puntura ed agli spandimenti per aghi/taglienti; soluzioni alcoliche per la detersione/disinfezione delle mani; occhiali di protezione; elettrocardiografo; schedario chiudibile con chiave per la conservazione delle cartelle o dell'altra modulistica adottata per la registrazione delle prestazioni.
- I presidi ed i dispositivi devono soddisfare le caratteristiche di facile trasportabilità e di sicurezza nel trasporto ed essere marcati con marchio CE qualora previsto dalla tipologia dell'ausilio ai sensi del D. Lgs. 46/97.
- Il materiale contenuto nella borsa a disposizione del personale infermieristico che opera a domicilio è adeguato alle attività svolte.
- Si raccomanda che prima della partenza dell'équipe, lo strumentario per l'effettuazione delle prestazioni domiciliari sia controllato attraverso l'uso di una checklist.

1.12. Organizzativi

- Reperibilità infermieristica del servizio ADI livello I h12 8 – 20;
- Reperibilità infermieristica del servizio ADI livello II 7 – 22 e del medico h12;
- Reperibilità infermieristica del servizio ADI livello III h24 e del medico h24;
- Equipe minima:
 - Direttore sanitario di struttura;

- Medico coordinatore con esperienza ADI di 5 anni documentata;
- Infermiere coordinatore con esperienza di 3 anni nell'ADI documentata;
- Psicologo;
- OSS;
- Operatore telefonico con funzioni di pianificazione;
- 5 infermieri;
- 5 terapisti occupazionale/fisioterapista/professionista in neuropsicomotricità/logopedista
- dietista;
- Medico e/o medico specialista;

Figure professionali: (parametri per 1000 posti ADI standard)

- 1,5 Medico coordinatore;
- 1,5 Infermiere coordinatore;
- 0,75 Fisioterapista Coordinatore (se sono presenti più di 30 professionisti riabilitazione in organico);
- 80 fra Infermieri, fisioterapisti/ terapisti occupazionali/ logopedista/TNPEE con orario equivalente a tempo pieno equivalente¹
- 1,5 Assistente sociale;
- 1 Psicologo;
- Dietista (se prevista dai PAI);
- OSS (se previsti dai PAI per attività di sollievo);
- 6 Operatori telefonici con funzione di pianificazione e comunicazione;
- Volontari: vanno documentate le eventuali procedure di integrazione di volontario.

1.13. ADI Livello II e III: Disponibilità di medici specialisti consulenti (ad es.: Geriatra, Cardiologo, Pneumologo, Ortopedico, Fisiatria, Neurologo, Chirurgo, Urologo, Ginecologo, Gastroenterologo, Nutrizionista, Otorinolaringoiatra);

1.14. ADI II e III livello: Elevata competenza del personale acquisita attraverso percorsi formativi e professionali specifici;

1.15. Il Servizio di coordinamento è assicurato: (i) in sede amministrativa, individuando il coordinatore organizzativo delle attività amministrative, (ii) in sede operativa, individuando la figura del responsabile del servizio che può coincidere con la figura del medico, dell'infermiere etc..

3° criterio/fattore di qualità VALUTAZIONE, PRESA IN CARICO E GESTIONE DEI PAZIENTI

1.16. MODALITA' DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO

- a. Esiste evidenza che per ciascun paziente sia effettuata una valutazione iniziale dei bisogni assistenziali determinati attraverso lo strumento di valutazione multidimensionale, compiuta mediante strumenti adottati dalla Regione;
- b. Il soggetto erogatore deve dotarsi di strumenti informatici utili a seguire il percorso di presa in carico del paziente, integrati o integrabili con quelli regionali/aziendali;

¹ la composizione degli 80 operatori sanitari prevista può subire variazioni anche notevoli in relazione ai diversi profili tariffari (da 1 a 7 +2) dei diversi livelli di assistenza (basso, medio, alto, alta complessità e sollievo), così come verificati dal calcolo del fabbisogno iniziale della ASL e come indicato nei PAI dei nuovi inserimenti. In fase di prima applicazione, fermo restando che le figure di coordinamento sono da considerare ulteriori rispetto al numero di 80, si può verosimilmente indicare un numero di 48/80 di infermieri, di 26/80 fisioterapisti, di 6/80 per le altre figure.

- c. Vi è evidenza della disponibilità di strumentazioni per la Tecnoassistenza (sistemi e tecnologie di monitoraggio dell'assistenza utilizzati nella comune condivisione degli obiettivi del PAI);
- d. È previsto, per ogni paziente, un Piano individualizzato di assistenza (PAI) elaborato sulla base dei bisogni individuati, che preveda obiettivi assistenziali e di salute misurabili, articolazione degli interventi con individuazione dei tempi di realizzazione;
- e. Il soggetto erogatore deve individuare un referente del caso (care manager di struttura), contattabile anche dagli operatori oltre che dai familiari, che collabora con l'equipe di riferimento per ogni esigenza e che assicura la piena collaborazione con l'Azienda e con il responsabile del PAI Aziendale (case manager aziendale), assicurando la piena attuazione del PAI
- f. C'è evidenza delle modalità di gestione ed attuazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI), definito per ciascun paziente dall'Unità di Valutazione Multidimensionale, utilizzando il Sistema informativo dell'assistenza territoriale – SIAT, sia nella fase di acquisizione del Piano, sia nella fase di documentazione delle prestazioni eseguite in attuazione del PAI in tempo reale o entro le 48 ore successive, e riguardante i seguenti ambiti:

1. Visita domiciliare (comprensiva di valutazione clinica/funzionale/ sociale e monitoraggio)
2. Prelievo ematico
3. Esami strumentali
4. Trasferimento competenze/educazione del caregiver/colloqui/nursing/ addestramento
5. Supporto psicologico équipe-paziente-famiglia
6. Terapie iniettive attraverso le diverse vie di somministrazione
7. Terapia infusionale SC e EV
8. Emotrasfusione
9. Paracentesi, Toracentesi e altre manovre invasive, gestione di cateteri spinali o sistemi di neuromodulazione del dolore
10. Gestione ventilazione meccanica - tracheostomia - sostituzione cannula - broncoaspirazione - ossigenoterapia
11. Gestione nutrizione enterale (SNG PEG)
12. Gestione nutrizione parenterale - gestione cvc
13. Gestione cateterismo urinario comprese le derivazioni urinarie
14. Gestione alvo comprese le enterostomie
15. Igiene personale e mobilizzazione
16. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
17. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, ecc.)
18. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
19. Trattamento di rieducazione motoria – respiratoria
20. Trattamento di rieducazione del linguaggio
21. Trattamento di rieducazione dei disturbi neuropsicologici

- g. Vi è evidenza del controllo della tracciabilità delle attività di presa in carico dei pazienti, oltre alla registrazione delle prestazioni erogate all'interno della documentazione sanitaria;

- h.* Esiste evidenza dell'attuazione del Piano individualizzato di assistenza, compresi i programmi educativi e riabilitativi finalizzati al mantenimento ed al miglioramento delle abilità, in relazione agli specifici bisogni.
- i.* Esiste evidenza che il Piano individualizzato di assistenza sia aggiornato sulla base di valutazioni periodiche dei bisogni.
- j.* Sono adottate linee-guida per la corretta gestione del paziente in linea con la Medicina Basata sulle Evidenze
- k.* Sono attivati, sulla base delle linee-guida adottate, protocolli relativi al trattamento dei pazienti per specifiche condizioni cliniche con specifica indicazione di quelle più frequenti e di maggiore gravità e della gestione delle prestazioni più importanti in termini di frequenza, costo e rischio per i pazienti;
- l.* È identificato per ogni paziente un case-manager responsabile del piano individuale di assistenza e dei rapporti con i familiari e comunque le responsabilità per la presa in carico e la gestione dei pazienti.
- m.* Sono definite procedure per la gestione del trasferimento delle informazioni relative all'attuazione del piano assistenziale attraverso un confronto con l'équipe, il case manager e il care manager (riunioni periodiche, passaggio di informazioni e di consegne), di cui è informato il paziente e/o ai suoi familiari, oltre che il caregiver.
- n.* C'è evidenza delle modalità di educazione e coinvolgimento del caregiver: un documento in cui sono identificati le modalità e gli strumenti per l'attuazione di una politica per la promozione della salute ed educazione del caregiver. Tale politica coinvolge i pazienti, i loro familiari/caregiver e il personale;
- o.* Vengono attuate attività di coinvolgimento dei pazienti e dei familiari nel percorso di cura e attività di promozione della salute in relazione alle patologie trattate ed educazione sanitaria;
- p.* Sono attivati protocolli per la consegna dei farmaci a domicilio;
- q.* Sono adottate delle procedure per la gestione trasparente delle liste di attesa;
- r.* Esiste evidenza dell'effettuazione di una rivalutazione periodica dei bisogni assistenziali del paziente, individuati attraverso strumenti di valutazione multidimensionale, deliberati a livello regionale con tracciabilità nella documentazione sanitaria/socio assistenziale e conseguente aggiornamento del PAI;
- s.* Esiste evidenza dell'effettuazione di una valutazione periodica del dolore attraverso l'uso di strumenti standardizzati sulla base delle loro condizioni e del loro trattamento. I riscontri sono annotati nella cartella clinica/documentazione sanitaria/socio-assistenziale;
- t.* Esiste evidenza dell'applicazione di un'appropriata terapia del dolore, secondo le migliori evidenze scientifiche All'interno della cartella clinica/foglio socio-assistenziale, nelle sezioni medica ed infermieristica, sono riportate le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione, nonché la tecnica antalgica, i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito;
- u.* Esiste evidenza che il Piano individualizzato di assistenza contempli la promozione dell'autonomia e della socializzazione (programmi educativi e riabilitativi finalizzati al

mantenimento e al miglioramento delle abilità, in relazione agli specifici bisogni ed implementate forme di lavoro multidisciplinare finalizzate al recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione);

- v. Sono attivati protocolli per la somministrazione dei farmaci da parte del personale non medico;
- w. Sono attivati protocolli relativi alle modalità di prelievo e conservazione di materiali biologici (Regione Lazio);
- x. Esiste evidenza che i turni del personale siano organizzati in modo tale da assicurare che siano gli stessi operatori a prendersi cura dei medesimi pazienti;
- y. Esiste evidenza di programmi di supporto psicosociale a favore dei pazienti e dei loro familiari;

4° criterio/fattore qualità: CONTINUITA' ASSISTENZIALE

1.17. Sono definite, disponibili ed applicate procedure operative finalizzate ad assicurare la continuità dell'assistenza del paziente:

- a) Esiste evidenza che il paziente e i familiari siano informati sul proseguimento delle cure;
- b) Vi è evidenza dell'adozione da parte dell'organizzazione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione;
- c) Vi è evidenza che tutta la documentazione sanitaria del paziente è a disposizione degli operatori sanitari, sociosanitari e sociali in ogni momento;
- d) Vi è evidenza che sia fornita al paziente specifica relazione clinica finale per il medico curante.

5° fattore/qualità: LA MODALITÀ DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA E SOCIO ASSISTENZIALE: CARTELLA CLINICA DOMICILIARE

1.18. Sono definite, disponibili e applicate procedure condivise fra i diversi operatori per la tenuta della cartella clinica, compresa la reperibilità del personale, nel rispetto dei dati personali e del consenso informato acquisito dal paziente capace o dal tutore/amministratore di sostegno/ rappresentante legale, acquisiti secondo moduli e procedure uniformi.

1.19. Per ciascun paziente è compilata una cartella clinica, periodicamente aggiornata che prevede:

- la tracciabilità degli elementi che caratterizzano la presa in carico del paziente, il processo assistenziale e la continuità assistenziale;
- gli strumenti di valutazione standardizzati utilizzati, i risultati (acquisiti dalla ASL) e eventuali eventi avversi;
- i risultati delle valutazioni compresi gli eventi avversi;
- accessi effettuati per operatore;
- prestazioni erogate e trattamenti farmacologici;
- registrazione di eventuali assenze dell'utente;
- elementi di valutazione sociale;
- tutti gli elementi previsti per assolvere al debito informativo regionale;
- eventuali elementi di rischio per il paziente.

1.20. La comunicazione e l'invio della documentazione sanitaria ai professionisti all'interno della struttura e ai colleghi di strutture esterne è garantita in tempo utile.

6° Criterio/fattore di qualità - APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA: GESTIONE DEL RISCHIO

1.21. Vi è evidenza della messa in atto di protocolli, linee guida e/o procedure per la corretta gestione del paziente in linea con i principi della Evidence Based Medicine e della Evidence Based Nursing;

1.22. Vi è evidenza dell'accessibilità al personale dei regolamenti interni di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza;

1.23. Vi è evidenza dell'implementazione di tutte le buone pratiche regionali e delle raccomandazioni ministeriali di pertinenza;

1.24. Vi è evidenza del coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida, procedure attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad essi correlati.

1.25. Sono definite, disponibili e applicate procedure condivise fra i diversi operatori relative alla gestione del rischio clinico

- Contenuti:
- i. lesioni da pressione;
- ii. infezioni correlate all'assistenza;
- iii. sindrome da immobilizzazione;
- iv. prevenzione delle cadute dei pazienti;
- v. somministrazione dei farmaci;
- vi. utilizzo di cateteri;
- vii. corretta alimentazione e idratazione.

1.26. Sono identificati, registrati e gestiti, anche preventivamente, gli eventi avversi più importanti per frequenza e/o gravità;

1.27. Esistono e sono applicati protocolli relativi alla prevenzione dei rischi per il paziente legati a fattori ambientali;

1.28. Sono definite, disponibili e applicate procedure per la gestione delle emergenze;

1.29. Sono attivati protocolli relativi al collegamento tempestivo, in caso di necessità, con la sede operativa o con il responsabile del servizio dell'Azienda;

1.30. Sono attivati protocolli per l'esecuzione delle principali manovre strumentali e per la gestione dei dispositivi in uso:

- l'esecuzione delle principali manovre strumentali previste e la corretta gestione dei dispositivi medici durante le attività (posizionamento di sonde nasogastriche, posizionamento di cateteri vescicali, gestione dei dispositivi per la nutrizione artificiale);
- la gestione e cura dei pazienti ad alto rischio;
- la gestione di situazioni d'emergenza clinica;
- la gestione dei processi relativi alle procedure invasive;
- la gestione dell'uso del sangue ed emoderivati;
- la somministrazione dell'anestesia e della sedazione da parte di personale qualificato;
- la somministrazione dei farmaci e della profilassi antibiotica;
- la corretta raccolta, gestione e trasporto sicuro dei campioni di laboratorio.

1.31. Evidenza della mappatura dei rischi (identificazione, valutazione, misure di contenimento attivate e rischi residuali), evidenza di correlazione tra rischi e messa in atto del piano di prevenzione del rischio di cui al punto precedente, completa degli elementi di controllo;

1.32. RISCHIO PROFESSIONALE

- a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso:
- o un sistema per l'identificazione, la segnalazione e l'analisi di: near miss, eventi avversi ed eventi sentinella;
- modalità e procedure per la comunicazione agli utenti e/o familiari degli eventi avversi, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori;
- 1.33. Vi sono linee-guida e procedure scritte per la prevenzione dei rischi professionali collegati alle attività di cure domiciliari;
- 1.34. Sono definite, disponibili e applicate procedure condivise fra i diversi operatori per la prevenzione, il monitoraggio e la gestione di eventi avversi per il personale;
- 1.35. Esistono evidenze di un'attività di monitoraggio del rischio di burn - out per gli operatori e delle relative procedure di recupero

7° fattore/qualità: STRATEGIE SISTEMATICHE DI COMUNICAZIONE, FORMAZIONE E SVILUPPO DI COMPETENZE

- 1.36. L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico, assicurando il previo adempimento agli obblighi di cui al D. Lgs. 81/2008 e alla formazione specifica.
- Evidenza della formazione obbligatoria al personale ai sensi del D. Lgs. 81/2008.
- Evidenza della mappatura di ciascuna figura professionale con riferimento alle competenze e all'esperienza.
- Evidenza del piano formativo per esigenze di costante qualificazione.

8° Criterio/fattore di qualità – UMANIZZAZIONE

- 1.37. Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza

Per corrispondere a tale criterio, ogni struttura che eroga prestazioni di attività di cure domiciliari dovrà documentare che siano soddisfatti i requisiti che evidenzino quanto segue.

La Direzione ha definito e formalizzato:

- un piano per lo sviluppo di attività (assistenziali-organizzative) orientate a migliorare l'accessibilità al servizio nel rispetto della dignità dei pazienti;
- un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari;
- protocolli linee guida e procedure per la pianificazione e la gestione del percorso di accompagnamento alla morte con il coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari;
- modalità per informare i pazienti del loro diritto a rifiutare i trattamenti (cfr. consenso informato 5° fattore);
- l'adozione di modalità di lavoro secondo la logica dell'équipe multidisciplinare che comprende anche operatori sociali;
- la presenza di protocolli ai fini supporto psicologico per i pazienti fragili (il servizio può essere realizzato anche in partnership con associazioni, cooperative ecc. nell'ambito di specifici accordi scritti);
- la formazione degli operatori socio sanitari/assistenziali e sociali alle abilità procedurali alle attività di counselling (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di cattive notizie);

- la qualità delle prestazioni tenendo conto delle differenti esigenze degli utenti relative all'età, al genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica, tenendo conto delle specificità religiose, culturali e linguistiche, nel rispetto della dignità del paziente;
- per l'aiuto e il sostegno domiciliare a persone e famiglie con disabili fisici, psichici e sensoriali.

Allegato B

PROPOSTA DI TARIFFE CURE DOMICILIARI

PREMESSA

Il processo di presa in carico in Attività di Cure Domiciliari di un cittadino integra sia i percorsi Ospedale – Servizi Territoriali – Domicilio che le competenze formali ed informali esistenti, di tipo familiare o professionale. Una costante di tutto il processo è rappresentata dalla figura del Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta, titolare sia della valutazione preliminare che dell'attivazione (o anche della prescrizione di farmaci, protesi ed ausili), figura fondamentale ancorché non esclusiva nella Valutazione Multidimensionale, nella presa in carico ed erogazione, nel monitoraggio continuo ed infine nelle dimissioni. Soprattutto i processi di monitoraggio sempre più dovranno tendere ed evolvere verso processi circolari di valutazione della qualità ed anche di esito (outcome) territoriale.

Inoltre, il ruolo del Distretto, ridefinito dalla DGR 313 del 28 giugno 2012 e dal DPCA 39 del 20 marzo 2012, è sempre più un ruolo di governo dell'assistenza e controllo degli accreditati, configurandosi definitivamente come luogo di ricomposizione unitaria dei bisogni socio/assistenziali/sanitari del cittadino e dell'offerta di assistenza e cura .

Partendo dalle Delibere della Giunta regionale 325 e 326 dell'8 maggio 2008, viene qui definito un percorso di garanzia di qualità nei confronti degli assistiti e di trasparenza nei confronti delle istituzioni pubbliche.

Un primo importante passaggio è rappresentato proprio dal percorso di accreditamento e dall'aggiornamento delle tariffe secondo i criteri che seguono.

1) Definizione del concetto di "equivalenza" e di "Posto ADI standard"

La definizione di "posti ADI" riferiti ai tre livelli assistenziali (basso, medio, alto, così come nel DCA 429/2012) si è rivelata, tuttavia, particolarmente complessa, a causa della variabilità nell'assorbimento delle risorse all'interno dei tre livelli (ad esempio il livello medio va da 3 a 6 accessi settimanali). Per questo motivo si è fatto ricorso al concetto di "equivalenza".

Nell'assistenza domiciliare, difatti, il "posto" non è un posto fisico, che viene materialmente occupato dal paziente, indipendentemente dal suo livello di gravità clinica o complessità assistenziale, come nel caso delle residenze. Nell'ADI l'assistito non occupa un "posto", ma consuma risorse assistenziali, per cui, ad esempio, la dimissione di un paziente "complesso" può determinare la possibilità di assistere più pazienti "semplici". Nell'assistenza residenziale, invece, ad una dimissione può corrispondere solo un ricovero, perché, come detto, il paziente occupa fisicamente un letto. Si è quindi posta la necessità di standardizzare il consumo di risorse su un teorico "paziente standard" calcolando quindi un "Posto ADI Standard", per potere poi rapportare a questo standard le altre condizioni assistenziali.

Per la definizione di "Posto ADI Standard" è stata quindi identificata la situazione più frequente: l'erogazione di accessi trisettimanali in favore di pazienti presi in carico a livello medio.

Questa situazione corrisponde alla medicazione di lesioni cutanee con frequenza trisettimanale (evenienza più frequente nell'ambito dell'assistenza infermieristica) ed alla erogazione di piani di riabilitazione con accesso trisettimanale (evenienza più frequente nell'ambito dell'assistenza riabilitativa). **La classe tariffaria corrispondente (frequenza di accesso trisettimanale) è stata individuata come valore standard. Tutte le altre classi tariffarie relative ai pazienti presi in carico ed ai pazienti complessi sono state rapportate alla classe standard, utilizzando dei "coefficienti di trasformazione" basati sull'assorbimento di risorse.**

2) Classificazione

Da un punto di vista della classificazione e delle relative tariffe si è, quindi, proceduto ad identificare:

- 7 classi per la presa in carico, identificate in base al consumo di risorse, all'interno dei 3 livelli assistenziali previsti dalla normativa nazionale e regionale, e le relative tariffe;
- 2 tariffe per il livello prestazionale;
- un coefficiente di complessità per il quale moltiplicare la tariffa più alta delle 7 già dette, per l'assistenza ad i pazienti complessi;
- 1 tariffa per l'erogazione dell'assistenza di sollievo (respice care), erogata da infermieri (slot di 4 ore) o OSS (slot di 5 ore), in funzione delle condizioni cliniche del paziente.

Per la descrizione dettagliata delle classi tariffarie si rimanda all'Allegato.

L'individuazione di 7 classi per la presa in carico identificate in base al consumo di risorse, oggi all'interno dei 3 livelli assistenziali previsti dalla normativa nazionale e regionale, con le relative tariffe, risulta coerente con il modello di Valutazione Multidimensionale della Regione Lazio.

Ogni "Posto ADI" è rapportabile al "Posto ADI standard" con un "coefficiente di trasformazione": per fare l'esempio più semplice, il paziente che ha bisogno di 6 accessi settimanali sarà inquadrato in una classe che vale il doppio ("coefficiente di trasformazione" uguale a 2) della classe "standard" (6 accessi settimanali sono infatti il doppio dei 3 accessi settimanali che costituiscono lo standard).

3) Calcolo della capacità di erogazione degli accreditati.

In maniera analoga si procederà per calcolare la capacità di un soggetto accreditato di fornire assistenza. Per garantire un "Posto ADI standard" bisognerà avere la disponibilità di risorse umane necessarie per garantire un'assistenza trisettimanale. **Concordemente con quanto espresso nella tabella dei "requisiti ulteriori per l'accreditamento", tale disponibilità dovrà essere di almeno 80 operatori (Full Time Equivalenti) per 1000 "Posti ADI standard", calcolati sulla base di un inquadramento Full Time che consenta un'erogazione di circa 163 accessi mensili per operatore.** A questa disponibilità "operativa" dovrà accompagnarsi la disponibilità di operatori di Direzione, Coordinamento e Pianificazione, nella misura prevista dal calcolo della tariffa espresso nella DGR 326/2008. Nella citata DGR si stima, per l'individuazione del costo dell'accesso, un tempo medio di impegno delle diverse figure di coordinamento per ciascun accesso (ad esempio 1,15 minuti ciascuno per il Medico, l'Infermiere ed il Fisioterapista Coordinatore, 4,62 minuti per i Pianificatori). Ne consegue che il numero di figure di Direzione, Coordinamento e Pianificazione dovrà essere proporzionato al numero di accessi per i quali l'erogatore si accredita.

Poiché il numero di accessi per cui un erogatore si accredita è proporzionale ai "Posti ADI

standard” per i quali richiede l’accreditamento (**ciascun “Posto ADI standard” vale 3 accessi settimanali, cioè 156 accessi annuali**), è possibile calcolare le figure di coordinamento necessarie moltiplicando i minuti previsti per gli accessi settimanali. Ad esempio, **per accreditare 1000 “Posti ADI Standard”**, stimando un impegno settimanale di 38 ore per ciascuna figura di Direzione o Coordinamento o Pianificazione, risulta necessario disporre di 1,5 FTE per le figure di Medico Coordinatore, Infermiere Coordinatore e Coordinatore Amministrativo; 0,75 FTE per la figura del Fisioterapista Coordinatore, 6 FTE per le figure dei Pianificatori.

4) Assistenza ai pazienti complessi

L’assistenza ai pazienti complessi rappresenta oggi una criticità per il Sistema Sanitario Regionale: si osserva una notevole variabilità di modelli fra Aziende e, all’interno delle Aziende, anche fra Distretti. La diversità di modelli si riflette in una diversità nell’assistenza ricevuta dalle famiglie ed in una diversità di costi sostenuti. In generale questo tipo di assistenza assorbe circa un terzo delle risorse economiche destinate alle Attività di Cure Domiciliari ed è rivolta ad un numero ridotto di casi, stimabile in circa 10 casi su 100.000 residenti. I destinatari dell’assistenza sono pazienti affetti da patologie neurologiche progressive in fase avanzata di malattia (SLA), incidenti cerebrovascolari, lesioni gravi al SNC da trauma, pazienti spesso pediatrici con gravi encefalopatie alla nascita o con malattie mitocondriali in fase avanzata. Tutti sono caratterizzati dalla presenza di ventilazione meccanica e nutrizione artificiale enterale. Condizione imprescindibile per la dimissione di questi pazienti è la presenza di un domicilio adeguato e la formazione dei caregiver affinché possano provvedere agli atti quotidiani della vita (alimentazione, aspirazione delle secrezioni bronchiali, ecc.). La formazione viene effettuata in ospedale, prima della dimissione, ma difficilmente è certificata per iscritto. Per uniformare e standardizzare l’offerta di assistenza a questa tipologia di pazienti, si prevede di distinguere l’assistenza standard, indispensabile per una corretta gestione del paziente a domicilio, dall’assistenza “di sollievo”, che ha lo scopo di migliorare la qualità della vita dei familiari/caregiver, consentendo la ripresa di attività lavorative, il riposo quotidiano, ecc.

L’assistenza standard prevede assistenza infermieristica per due accessi quotidiani (mattina e sera) per l’esecuzione delle manovre assistenziali specifiche (Gestione tracheostomia, PEG, sostituzione linea ventilatoria e nutrizionale, igiene del paziente, supporto all’evacuazione, ecc.) ed assistenza riabilitativa per 6 accessi settimanali. All’intervento standard possono essere aggiunti accessi infermieristici “di sollievo” (respice care) della durata continuativa di 4 ore, oppure, in funzione delle condizioni cliniche del paziente, accessi OSS della durata continuativa di 5 ore. Gli interventi “di sollievo” dovranno avere obiettivi specifici ed essere specificatamente sottoposti a rivalutazione periodica da parte della UVM Distrettuale.

A questa offerta l’erogatore dovrà aggiungere la possibilità di effettuare visite mediche specialistiche domiciliari e trasporti in ambito ospedaliero, per l’esecuzione di manovre assistenziali che non possono essere effettuate a domicilio.

Le attrezzature di supporto alle funzioni vitali (ventilatore, pompa nutrizionale), specifiche per ogni paziente e solitamente individuate, sulla base delle condizioni cliniche, nel corso del ricovero ospedaliero, sono a carico delle strutture.

5) Definizione delle tariffe regionali per i servizi di Attività di Cure Domiciliari.

Per il calcolo delle tariffe si sono presi a riferimento i valori e le analisi economiche presenti nella DGR 326/2008 apportando alcune modifiche ed un maggior dettaglio.

In particolare si è proceduto a ricondurre a tre tipologie di remunerazione tutte le Attività di Cure Domiciliari.

- a) Una prima tipologia riguarda i pazienti che la DGR 325/008 individua all'interno dell'area della fragilità e per cui si proceda ad una presa in carico.
- b) Una seconda che riguarda le c.d. prestazioni occasionali.
- c) Una terza tipologia che riguarda i pazienti che la DGR 325/2008 individua come rientranti nell'area della complessità

A. Tariffe per i pazienti in Attività di Cure Domiciliari con regime di presa in carico

La remunerazione del servizio dovrà essere effettuata mediante tariffe per giornata di presa in carico (GPC).

Le GPC si conteggiano, dal punto di vista amministrativo, dal giorno del primo accesso (compreso) alla data di effettuazione dell'ultimo accesso previsto nel piano assistenziale ed effettuato.

Rispetto ai tre livelli tariffari di presa in carico della DGR 326/2008, sono stati identificate 7 classi tariffarie, ciascuna delle quali prevede un determinato numero di accessi settimanali.

Per numero di accessi settimanali si intende la somma degli accessi previsti per le diverse figure professionali (infermieri e professionisti della riabilitazione) previste nel PAI ed a carico del soggetto accreditato, anche se occorrenti nella stessa giornata.

Le 7 tariffe così individuate si collocano all'interno della classificazione per fabbisogno assistenziale secondo la seguente modalità: per il livello basso 1 tariffa; per il livello medio 3 tariffe; per quello alto 3 tariffe;

Inoltre sono state definite 2 tariffe per il livello prestazionale e - per l'area della complessità - una specifica tariffa con una possibile integrazione.

Le nuove tariffe sono state calcolate mantenendo lo schema di costruzione della tariffa individuato nell'allegato 2 della DGR 326/2008. Si è preso quindi a riferimento il valore per accesso che era indicato in detto allegato in € 45,03.

Tale valore per accesso è stato direttamente utilizzato per la costruzione delle tariffe per giornata di presa in carico secondo lo schema riportato nell'Allegato B.

Rispetto allo schema di calcolo della tariffa indicato nella DGR 326/2008, è stato tolto l'incremento connesso al coefficiente di complessità che era rispettivamente pari al 20% per il livello medio ed al 25% per il livello alto rispetto al valore base del livello basso. Ciò in relazione al fatto che è stata prevista una diversa tipologia di tariffa per l'area della complessità e per le lunghe assistenze che di seguito viene dettagliata.

Si specifica che il livello di inquadramento amministrativo per la durata di ogni singolo Piano assistenziale dovrà essere univoco e che eventuali variazioni delle necessità assistenziali in itinere devono essere gestite di norma attraverso una rivalutazione del paziente ed un nuovo inquadramento anche di livello tariffario del Piano. Solo nel caso di bisogni aggiuntivi occasionali e limitati nel tempo (max 10 giorni) che richiedano l'effettuazione di accessi aggiuntivi, si potrà mantenere il medesimo livello amministrativo richiedendo l'introduzione di accessi che comporteranno una remunerazione aggiuntiva rispetto alle tariffe delle giornate di presa in carico integrando, per ciascun accesso aggiuntivo, la tariffa prevista di seguito per le singole prestazioni occasionali. In caso di bisogni protratti nel tempo si dovrà invece procedere direttamente ad un idonea revisione dell'inquadramento al livello superiore.

B. Tariffe per i pazienti in Assistenza Domiciliare in regime di Prestazioni occasionali

Le tariffe per prestazioni occasionali riguardano attività assistenziale su pazienti che presentino solo bisogni assistenziali non continuativi e per i quali non è prevista la valutazione multidimensionale né la stesura di un Piano Assistenziale.

Le prestazioni occasionali – come indicato nel documento redatto dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA 2006 denominato “nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriali domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio” - ricomprendono essenzialmente:

- a) Sostituzione periodica catetere
- b) Educazione sanitaria
- c) Prelievi ed altre indagini bioumorali routinarie (e consegna presso laboratorio)
- d) Terapia iniettiva sottocutanea
- e) Terapia intramuscolare

Poiché all'interno di tale elencazione rientrano attività che prevedono un diverso livello di complessità ed impegno, si individua una tariffazione per accesso secondo due fattispecie:

Tariffa P1 per le prestazioni a) e b) maggiormente impegnative, di € 27,00 (pari al 60% del valore per accesso preso a riferimento ex DGR 326/2008 per il calcolo delle tariffe di presa in carico di € 45,03);

Tariffa P2 per le prestazioni c), d), ed e) di minor impegno di € 16,00, (pari a circa il 35% del medesimo valore per accesso preso a riferimento). Si specifica che per quanto attiene i “prelievi ed altre indagini bioumorali” la tariffa si intende comprensiva di consegna presso laboratorio laddove vengano richiesti al soggetto accreditato più prelievi in una stessa mattina su più pazienti dello stesso Distretto.

Le tariffe sopra indicate possono essere utilizzate – secondo quanto indicato al precedente punto 1) - anche per le integrazioni economiche sulle tariffe per i pazienti in carico nei casi in cui vengano richieste prestazioni occasionali aggiuntive per periodi massimi di 10 giorni.

C. Tariffe per Pazienti in assistenza domiciliare rientranti nell'area della complessità

Per tali pazienti si prevede che vi sia sempre una presa in carico da parte del soggetto accreditato.

La presa in carico di base prevede la seguente attività assistenziale:

- un impegno medio di 2 accessi/die (mattina circa 2 ore; sera circa 1 ora) da parte di infermieri con competenze specifiche per l'esecuzione delle attività di nursing correlate alla presenza dei dispositivi di supporto alle funzioni vitali;
- attività riabilitativa quotidiana feriale in funzione dello stato clinico del paziente;
- attività medico specialistica di supervisione e al bisogno;
- possibilità di assicurare eventuali trasporti in ambulanza per visite programmate presso i centri di riferimento;
- possibilità di eseguire esami diagnostici a domicilio;

Anche per queste lunghe assistenze si prevede una modalità di remunerazione articolata per giornata di presa in carico.

La presa in carico per pazienti di area della complessità come sopra descritta sarà remunerata con una tariffa di GDC pari ad € 142,20 derivata dalla tariffa giornaliera della 7^a fascia amministrativa di presa in carico, incrementata da un coefficiente di complessità di 1,7.

Nel caso in cui all'interno dei piani assistenziali di area della complessità si volesse prevedere, aggiuntivamente, anche un'attività “di sollievo”, sarà possibile prevedere accessi infermieristici della durata di 4 ore, al fine di raggiungere specifici obiettivi (es. reinserimento lavorativo di un care giver, possibilità di recupero psico-fisico...). Per ciascun accesso di sollievo si prevede una tariffa di € 108,00 (ove una assistenza di tipo OSS fosse compatibile con le condizioni cliniche dell'assistito, sarà possibile utilizzare la stessa tariffa per accessi di durata di 5 ore). La tariffa è calcolata sulla base dei soli costi orari ricavati dalle tabelle ministeriali del CCNL delle cooperative

sociali, prevedendo un incremento del 15% (come coefficiente di complessità e specializzazione necessari e minima marginalità).

L'attività di sollievo è utilizzabile esclusivamente come integrazione, anche tariffaria, del pacchetto base per pazienti dell'area della complessità già presi in carico dall'Ente accreditato.

Le tariffe dell'area della complessità non prevedono la messa a disposizione delle attrezzature e dispositivi necessari agli assistiti (ventilatori, aspiratori, pompe nutrizionali etc.) che sono di norma gestite direttamente dalle ASL secondo quanto indicato dal centro ospedaliero di riferimento.

Si specifica che tutte le tariffe considerate nel presente documento sono da intendersi al netto dell'IVA.

Le tariffe sopra indicate sostituiscono quelle di cui alla DGR 326/2008.

ALLEGATO B

RIDEFINIZIONE TARIFFE DI ACCREDITAMENTO PER I SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE REGIONE LAZIO

(tariffe espresse al netto dell'aliquota iva)

livello di intensità assistenziale	BASSO	MEDIO			ALTO		
Classe tariffaria	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
Numero accessi settimanali	2	3	Da 4 a 5	6	Da 7 a 8	Da 9 a 11	12
Tariffa (per giornata di presa in carico GPC)	€ 12,87	€ 19,30	€ 28,95	€ 38,61	€ 48,26	€ 64,34	€ 83,65

coeff. compl.

1,7

solo ad integrazione del pacchetto complessità

complessità	sollevo
pacchetto base: 2 acc. die ip; 1 acc. die feriali fkt; medico, ambulanza	1 slot die tutti i giorni: IP da 4 ore oppure OSS 5 ore
€ 142,20	€ 108,00

Prestazionale (per accesso)	P1	€ 27,00	Sostituzione periodica catetere; Educazione sanitaria
Prestazionale (per accesso)	P2	€ 16,00	Prelievi ed altre indagini bioumorali routinarie (e consegna presso laboratorio); Terapia iniettiva sottocutanea; Terapia intramuscolare;

Modalità di unificazione dei volumi e dei costi

Si è previsto di riportare tutti i volumi ed i costi dei servizi Adi al "posto ADI standard", corrispondente ad un paziente inquadrato nel livello medio, classe tariffaria T2. Il livello medio, classe tariffaria T2 che rappresenta l'evenienza più comune nei servizi di ADI (accesso trisettimanale), è stato preso a riferimento per poter avere una unità di misura univoca che potesse sinteticamente restituire sia il carico assistenziale che i costi del servizio. Per il calcolo di tutte le equivalenze si utilizzerà la seguente tabella di trasformazione.

Coefficienti di trasformazione per ricondurre tutte le tipologie di giornata di presa in carico (GPC) al corrispondente numero di GPC equivalente (livello di riferimento T2)

livello di intensità assistenziale	BASSO	MEDIO			ALTO		
Classe tariffaria	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
coefficienti di trasformazione	0,67	1	1,50	2,00	2,50	3,33	4,33

coeff. compl.

1,7

solo ad integrazione del pacchetto complessità

complessità	sollevo
pacchetto base: 2 acc. die ip; 1 acc. die feriali fkt; medico, ambulanza	1 slot die tutti i giorni: IP da 4 ore oppure OSS 5 ore
7,37	9,33

Come riportare al posto ADI standard i volumi del servizio

Se si vuole trasformare un numero di posti paziente ADI di un determinato livello in un numero "posti ADI standard", si deve procedere come segue:

n° posti standard ADI (classe tariffaria 2) = n° posti standard di altro livello x coefficiente di trasformazione

Esempio:

Trasformazione di n. 100 posti paziente ADI di classe tariffaria 4 in un n° posti ADI standard (classe tariff. 2).

n° posti ADI standard = 100 (posti paziente ADI di classe 4) x 2 (coeff. di trasf. di classe tariffaria 4) = 200 posti ADI standard (classe tariff. 2)

Se si vuole trasformare un determinato numero di "posti ADI standard" nel corrispondente numero di posti ADI di altro livello, si deve procedere come segue:

n° posti ADI di altro livello = n° posti ADI standard : coefficiente di trasformazione

Esempio:

Trasformazione di 300 posti ADI standard in un n° di posti ADI di classe tariffaria 6.

n° posti ADI di altro livello = 300 posti ADI standard : 3,33 (coeff. di trasf. di classe tariffaria 6) = 90,9 posti ADI di classe tariffaria 6

Allegato C

Percorso di accreditamento istituzionale per le Attività di Cure Domiciliari e determinazione delle Linee guida per la selezione del contraente

Percorso

A seguito di quanto indicato nel DCA 134/2016 risulta necessario dare attuazione alla stessa al fine di pervenire alla verifica ed accreditamento di soggetti che realizzano servizi di assistenza domiciliare e alla realizzazione delle procedure selettive tra i soggetti accreditati.

Attualmente sussiste una situazione differenziata nel territorio regionale, con le ASL che si avvalgono per la realizzazione delle Attività di Cure Domiciliari, anche in regime di proroga, di soggetti privati selezionati attraverso procedure di gara.

Il modello operativo nelle diverse realtà, le procedure di selezione, le tipologie di pazienti assistiti, le modalità di inquadramento tariffario e di classificazione dei pazienti risultano ancora non omogenei a livello regionale.

Pur con tali modalità differenziate, le ASL stanno assicurando – principalmente attraverso gli erogatori privati – l’assistenza a domicilio ad un numero molto significativo di persone anziane, fragili, anche con patologie degenerative etc.

Sussiste quindi la priorità di salvaguardare una continuità assistenziale, scongiurando qualsiasi rischio di interruzione di pubblico servizio e quindi, fermo il divieto delle ASL di indire nuove gare o stipulare contratti non prima d’ora stipulati a seguito di aggiudicazione, le singole ASL dovranno valutare il PAI individuale e, se del caso, procedere in continuità.

Non essendo attuabile un cambio di modello istantaneo, risulta necessario definire un percorso per giungere all’accreditamento e contrattualizzazione dei soggetti erogatori di servizi di Assistenza Domiciliare che da un lato tenga presente le necessità di continuità di assistenza degli assistiti e che dall’altro consenta in tempi brevi di pervenire al modello di accreditamento di soggetti che in un sistema unitario a livello regionale garantiscano la necessaria offerta di servizi.

Il percorso può essere articolato come segue.

1) Avvio del percorso

Le strutture autorizzate all’esercizio di ADI che abbiano già presentato domanda di accreditamento a far data dalla data di adozione del DCA 134/2016, sono tenute ad aggiornare l’interesse all’accreditamento alla luce dei nuovi requisiti enucleati nell’allegato A al provvedimento, eventualmente integrando tutta la documentazione ai fini istruttori, inviando entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente provvedimento:

- a) Una comunicazione a firma del legale rappresentante con allegato documento di identità del legale rappresentante, che attesti la volontà di proseguire l’istanza di accreditamento alla luce dei nuovi requisiti;

- b) Una dichiarazione sostitutiva di atto notorio secondo il modello pubblicato sul sito regionale con il quale si attesta, ai sensi e per gli effetti di cui al DPR 445/2000, la sussistenza di tutti i requisiti minimi autorizzativi e la presenza di tutti i requisiti di accreditamento previsti dall'Allegato A al provvedimento di cui è parte anche il presente documento, con allegato il documento di identità del legale rappresentante;

Le dichiarazioni di cui alle lettere a) e b) dovranno essere rese sia dai soggetti che operano per conto delle Aziende sanitarie, sia dai soggetti che non operano, secondo il fac simile allegato al presente provvedimento (**cf. Allegato 1**). Tali dichiarazioni dovranno essere inviate esclusivamente a mezzo PEC all'Ufficio Requisiti Autorizzativi e di accreditamento dell'Area Pianificazione e Controllo Strategico, Verifiche e accreditamenti della Direzione salute e Politiche sociali (autorizzazione-accREDITAMENTO@regione.lazio.legalmail.it) nei termini sopra fissati.

Le strutture che intendano formulare nuova istanza devono inviarla, completa dei relativi allegati, all'Ufficio Requisiti Autorizzativi e di accreditamento dell'Area Pianificazione e Controllo Strategico, Verifiche e accreditamenti della Direzione salute e Politiche sociali, esclusivamente a mezzo PEC (autorizzazione-accREDITAMENTO@regione.lazio.legalmail.it) entro 30 (trenta) giorni dalla data di pubblicazione del provvedimento di cui è parte integrante il presente allegato, presentando oltre alla domanda, la dichiarazione di cui alla precedente lettera b) (**cf. Allegato 1**).

Tutte le domande saranno oggetto di istruttoria preliminare entro i 30 giorni seguenti e, ove ammissibili, daranno luogo alla richiesta di verifica a cura dell'Azienda territorialmente competente, secondo i Requisiti previsti nell'allegato A, da completare entro i successivi 60 giorni.

All'esito di tale percorso, le strutture in possesso dei requisiti ulteriori, saranno inserite nell'elenco degli accreditati per le cure domiciliari di cui all'art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017 e saranno ripartite dalla Regione secondo una classificazione di tre fasce di qualificazione, previa assegnazione di coefficienti di ponderazione correlati all'importanza del requisito o di gruppi di parametri (organizzativi, gestionali e tecnologici) individuati dalle linee guida per la contrattualizzazione (**allegato 2 al presente documento**) e posseduti dai medesimi soggetti accreditati in funzione del livello di intensità assistenziale del PAI. L'elenco sarà pubblicato entro il 10 dicembre 2017 e sarà aggiornato due volte l'anno.

2) Fase transitoria

Le ASL:

- comunicano ai soggetti privati di cui si stanno avvalendo che, per la prosecuzione delle attività, nelle more dell'accREDITAMENTO nei confronti di coloro che hanno fatto istanza o l'hanno rinnovata, è necessario sottoscrivere una **dichiarazione di accettazione del percorso di accREDITAMENTO** (**vedi Allegato 1**) da trasmettere anche a Regione. In caso di accettazione i soggetti privati affidatari avranno titolo a proseguire le attività secondo le medesime modalità precedentemente in essere fino al completamento del percorso di accREDITAMENTO. In tale periodo dovranno partecipare alle attività di verifica e sperimentazione previste nella dichiarazione di accettazione senza alcuna remunerazione aggiuntiva.

In caso di mancata sottoscrizione, i soggetti privati già affidatari di contratti scaduti o di prossima scadenza alla data di esecutività del DCA di approvazione del presente percorso, proseguiranno le attività contrattuali solo per il tempo strettamente necessario ad affidare le attività ad altri soggetti che risulteranno accreditati secondo le modalità di seguito previste.

L'accreditamento è REGIONALE, ma basato sui fabbisogni territoriali per ASL e il soggetto accreditato deve disporre di una sede nel territorio di competenza ai fini della contrattualizzazione (una sede per ciascuna ASL in caso di contratto).

Le fasi del percorso sono di seguito riassunte:

- (1) Istanza o rinnovo dell'istanza di accreditamento entro 30 gg. dalla pubblicazione del decreto;
- (2) Verifica e controllo della presenza di tutti i requisiti e standard previsti nei confronti dei soggetti privati presenti e che abbiano sottoscritto la dichiarazione di accettazione del percorso di accreditamento entro 60 giorni dalla pubblicazione del decreto;
- (3) Rilascio dell'accreditamento istituzionale della Regione entro 120 gg. dalla data di pubblicazione del decreto;
- (4) Classificazione delle strutture sanitarie accreditate secondo tre fasce di qualificazione, sulla scorta dell'individuazione di coefficienti di ponderazione correlati all'importanza del requisito o di gruppi di parametri (organizzativi, gestionali e tecnologici) determinati dalle linee guida per la contrattualizzazione e posseduti dai medesimi soggetti accreditati in funzione del livello di intensità assistenziale del PAI entro 120 gg dalla pubblicazione del decreto;
- (5) Contrattualizzazione a cura delle ASL degli operatori accreditati, in funzione del livello di cure domiciliari erogate, nel rispetto del principio di rotazione, sulla scorta della classificazione operata.

Allegato 1C)

FACSIMILE DICHIARAZIONE PERCORSO DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

Spett.le ASL
Via
Cap-----città

Spett.le Regione Lazio
Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7
00145 Roma
autorizzazione-
accreditamento@regione.lazio.legalmail.it

Oggetto: DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA' DI ACCETTAZIONE DEL PERCORSO DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DI CURE DOMICILIARI

Il sottoscritto.....nato ail.....nella sua qualità di legale rappresentante del(NOME SOGGETTO GIURIDICO, con sede in..... P. IVA.....e C.F.....), dichiara di aderire al percorso di accreditamento istituzionale dei servizi di Attività di Cure Domiciliari della Regione Lazio di cui al DCA n... del...

consapevole della responsabilità penale prevista dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000,

dichiara:

- 1) di Essere/non essere attualmente titolare di un contratto con la ASL per l'effettuazione Attività di Cure Domiciliari;
- 2) di essere disponibile alla prosecuzione delle attività svolte per conto di detta ASL fino al completamento del percorso di accreditamento istituzionale per le Attività di Cure Domiciliari, salvo diversa determinazione della Asl in esito alla rivalutazione del PAI;
- 3) di essere a titolare di autorizzazione all'esercizio di Attività di Cure Domiciliari rilasciata dalla Regione Lazio n. del
- 4) di aver presentato in data /di non aver presentato richiesta alla Regione Lazio per il conseguimento dell'accREDITAMENTO di Attività di Cure Domiciliari;
- 5) in caso di precedente istanza, dichiara di volere procedere con la richiesta di accREDITAMENTO istruita alla luce dei nuovi requisiti di accREDITAMENTO previsti dall'allegato A al DCA.....;
- 6) dichiara, a tale scopo, ai sensi e per gli effetti di cui al DPR 445/2000, la sussistenza di tutti i requisiti minimi autorizzativi e la presenza di tutti i requisiti di accREDITAMENTO previsti dall'Allegato A al DCA.....;
- 7) relativamente ai servizi attualmente affidati, dichiara di essere disponibile a collaborare, a titolo gratuito, con i competenti uffici della Regione Lazio e della ASL per una attività di raccolta dei dati, elaborazione e riclassificazione delle attività svolte secondo i nuovi parametri regionali. A tal fine garantisce anche la partecipazione di propri rappresentanti ad eventuali incontri presso la sede della ASL e dei competenti uffici della Regione Lazio;
- 8) di essere disponibile a fornire i dati relativi alle attività svolte anche in formato elettronico;
- 9) di impegnarsi fin d'ora all'accETTAZIONE della remunerazione a tariffa individuata dalla regolamentazione regionale per i servizi di Attività di Cure Domiciliari resi in regime di accREDITAMENTO.

Il/la sottoscritto/a..... con la sottoscrizione della presente dichiarazione, è consapevole di acquisire – allorchando avrà presentato tutti i documenti necessari al perfezionamento della domanda - lo status di partecipante al percorso di accREDITAMENTO istituzionale. Tale status costituisce il presupposto per

conseguire l'accreditamento istituzionale ma non necessariamente la sottoscrizione dell'accordo contrattuale, potendo la struttura essere solo accreditata e non contrattualizzata o neppure accreditata.

Lo scrivente è consapevole e accetta, altresì, che in caso di mancato rispetto delle previsioni di cui ai precedenti punti, perderà, ancorché abbia presentato domanda, lo status di partecipante al percorso di accreditamento istituzionale e conseguentemente dovrà cessare ogni di Attività di Cure Domiciliari svolta per conto della ASL.

Data

Il legale rappresentante

La presente dichiarazione deve essere accompagnata da una fotocopia di un documento di riconoscimento valido del sottoscrittore (art. 38 D.P.R. 445/2000).

Allegato 2C)

LINEE GUIDA PER LA SELEZIONE DEL CONTRAENTE

PARAMETRI ORGANIZZATIVI

- a) UNI EN ISO 9001:2008 per servizi di assistenza domiciliare integrata
- b) UNI EN ISO 9001:2008 per servizi di telemedicina
- c) Erogazione di servizi di telemedicina tramite esecuzione in ambito nazionale o europeo di progetti di telemonitoraggio parametri vitali e/o televisita attestati da aziende sanitarie e/o università
- d) documentata esperienza biennale nell'ADI riferita a n.3 medici per paziente di III livello complesso
- e) documentata esperienza biennale nell'ADI riferita a n.3 infermieri professionali per paziente di III livello complesso
- f) Personale infermieristico/medico formato al corretto utilizzo di apparecchiature elettromedicali
- g) personale OSS formato alla gestione delle apparecchiature elettromedicali (es. cambio filtro o circuito)

PARAMETRI GESTIONALI

- h) Tracciabilità informatica delle prestazioni/accessi erogati (con dettaglio della durata e delle attività eseguite nonché dell'operatore coinvolto) mediante registrazione in tempo reale sul diario clinico della cartella informatizzata. (DEMO OBBLIGATORIA)
- i) budgeting e rendicontazione della spesa in tempo reale
- j) Disponibilità di procedura informatizzata di rendicontazione dell'erogato ADI verso almeno un sistema informativo regionale (indicare referenze)
- k) Adozione di un modello per la raccolta e gestione della tracciabilità dei reclami totalmente informatizzato tramite portale web (DEMO OBBLIGATORIA)

PARAMETRI TECNOLOGICI

- l) presenza di una procedura di programmazione degli acquisti delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici riferita all'ultimo triennio /quinquennio
- m) redazione di un inventario annuale delle apparecchiature biomediche riferito all'ultimo triennio
- n) Adozione del piano di manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche riferito all'ultimo triennio
- o) adozione di procedure per garantire l'uso sicuro, appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche riferito all'ultimo triennio

I suddetti parametri configurano specifici elementi qualificanti per operatori economici già accreditati sulla base dei quali le AA.SS.LL. potranno selezionare i fornitori in funzione del livello di cure domiciliari erogate nel rispetto del principio di rotazione. A tale scopo, all'esito del percorso di accreditamento, la Regione definirà tre fasce di qualificazione nell'ambito delle quali inserire i fornitori mediante l'assegnazione di coefficienti di ponderazione correlati all'importanza del requisito o di gruppi di parametri (organizzativi, gestionali e tecnologici) posseduti dai medesimi soggetti accreditati in funzione del livello di intensità assistenziale del PAI.

ALLEGATO D - Stima del fabbisogno previsionale di Cure domiciliari

Metodologia

Al fine di stimare il fabbisogno regionale e aziendale di Cure domiciliari, di cui all'art. 22 del DPCM 12.01.2017, sono stati considerati gli elementi di seguito elencati.

- Standard previsto dagli adempimenti LEA relativi all'anno 2016, che prevede la presa in carico in Cure domiciliari di una percentuale di soggetti di età ≥ 65 anni pari ad almeno 1,88%
- Valore medio nazionale di presa in carico in assistenza domiciliare della popolazione di età ≥ 65 anni pari a 4%: costituisce l'obiettivo a medio termine per la regione Lazio
- Stima della presa in carico in assistenza domiciliare della popolazione di età ≥ 65 anni nella regione Lazio nell'anno 2016 pari a 1,86% (anno 2016 – Fonte SIAT. Dato non corretto per i controlli di qualità ministero della Salute)
- Obiettivo tendenziale intermedio al 31.12.2018 per la regione Lazio relativo alla presa in carico in assistenza domiciliare della popolazione di età ≥ 65 anni nella regione Lazio pari a 2,5%
- Popolazione residente classi di età ≤ 64 anni e ≥ 65 anni per ASL
- Durata media di presa in carico in cure domiciliari a livello regionale, nell'anno solare (anno 2016), per livello assistenziale

Il numero complessivo di pazienti da prendere in carico in Cure domiciliari, viene quindi definito nel 2,5% della popolazione di età ≥ 65 anni residente per ASL. Per quanto riguarda la distribuzione dei soggetti nei

singoli livelli assistenziali (livelli I, II e III), essa è stata stimata secondo la proporzione di assistiti per ciascun livello quale risulta dai dati SIAT 2016 complessivi per la regione Lazio. Al fine di consentire una valutazione alle Aziende rispetto ai “posti ADI” necessari ad assistere la popolazione individuata, questi sono stati stimati sulla base delle durate medie regionali di presa in carico così come derivate dai dati SIAT 2016.

Dati utilizzati per il calcolo del fabbisogno Cure domiciliari

Popolazione residente per ASL		
ASL	Età >=65	Età <65
Roma 1	226.887	822.571
Roma 2	280.833	1.018.159
Roma 3	125.510	474.634
Roma 4	60.401	265.594
Roma 5	89.510	410.708
Roma 6	104.245	462.994
Rieti	38.367	120.614
Viterbo	73.081	248.874
Latina	112.885	459.587
Frosinone	106.739	390.232
Totale regione	1.218.458	4.673.967

Durata media presa in carico (giorni) anno 2016 (SIAT)		
Livello assistenziale	Età >=65	Età <65
I	98,27	100,91
II	76,18	94,27
III	71,09	97,75

LEA: % soggetti età >= 65 anni in cure domiciliari			
REGIONE COMPLESSIVO	2015	2016	Entro 2018 (obiettivo programmato)
Soggetti in carico	19.124	22.671	30.452
Indicatore LEA %	1,57	1,86*	2,5

* dato stimato da SIAT non corretto per i controlli qualità Ministero Salute

Stima fabbisogno Cure domiciliari

Nella tabella di seguito riportata vengono rappresentati i valori relativi al fabbisogno complessivo di cure domiciliari per persone di età ≥ 65 anni, a livello regionale e di Azienda sanitaria locale (soggetti e relativi Posti ADI per livello di assistenza).

ASL	Totale soggetti ADI ≥ 65			Obiettivo entro 2018	Posti ADI ≥ 65		
	Livello I (CIA1)	Livello II (CIA2)	Livello III (CIA3+CIA4)	Soggetti per ASL in ADI (2,5%)	Livello I (CIA1)	Livello II (CIA2)	Livello III (CIA3+CIA4)
Roma 1	1.824	1.554	2.294	5.672	491	324	447
Roma 2	2.258	1.924	2.839	7.021	608	402	553
Roma 3	1.009	860	1.269	3.138	272	179	247
Roma 4	486	414	611	1.511	131	86	119
Roma 5	720	613	905	2.238	194	128	176
Roma 6	838	714	1.054	2.606	226	149	205
Rieti	308	263	388	959	83	55	76
Viterbo	588	501	739	1.828	158	104	144
Latina	908	773	1.141	2.822	244	161	222
Frosinone	858	731	1.079	2.668	231	153	210
Totale regione	9.797	8.347	12.319	30.463	2.638	1.741	2.399

A tale fabbisogno deve essere sommato il numero di soggetti di età ≤ 64 anni assistiti nell'anno 2016 nonché il volume di prestazioni erogate, sempre relative all'anno 2016, per il livello CIA base (prestazionale).

ASL	Totale soggetti ADI <65 anni			Posti ADI <65 anni		
	Livello I (CIA1)	Livello II (CIA2)	Livello III (CIA3+CIA4)	Livello I (CIA1)	Livello II (CIA2)	Livello III (CIA3+CIA4)
Roma 1	136	128	218	38	33	58
Roma 2	57	70	178	16	18	48
Roma 3	38	37	78	11	10	21
Roma 4	31	30	86	9	8	23
Roma 5	54	52	77	15	13	21
Roma 6	154	115	169	43	30	45
Rieti	43	46	31	12	12	8
Viterbo	41	89	100	10	23	27
Latina*	ND	ND	ND	18**	18**	28**
Frosinone	111	70	74	30	18	20
Totale regione	665	637	1.011	202	183	299

*Dati non disponibili da SIAT

** Stima su dato medio regionale

Numero di soggetti per i quali è stata prestata assistenza nel livello prestazionale, anno 2016 (Fonte dati SIAT)

ASL	Numero soggetti in prestazionale età ≥ 65 anni	Numero soggetti in prestazionale età < 65 anni
Roma 1	1.681	91
Roma 2	955	65
Roma 3	114	10
Roma 4	840	42
Roma 5	330	29
Roma 6	1.188	67
Rieti	323	12
Viterbo	520	29
Latina*	ND	ND
Frosinone	1.060	45
Totale regione	7.011	390

* Dati non disponibili da SIAT

Nella tabella di sintesi successiva si rappresentano i dati relativi alla stima dei posti ADI totali per livello con disaggregati dal III livello i posti ADI per pazienti complessi.

Stima della quota di posti ADI totali per livello I, II e III e complessi				
ASL	Posti ADI I livello	Posti ADI II livello	Posti ADI III livello al netto dei posti per soggetti complessi	Posti ADI per soggetti complessi*
Roma 1	529	357	400	105
Roma 2	624	420	471	130
Roma 3	283	189	208	60
Roma 4	140	94	109	33
Roma 5	209	141	147	50
Roma 6	269	179	193	57
Rieti	95	67	68	16
Viterbo	168	127	139	32
Latina	262	179	193	57
Frosinone	261	171	180	50
Totale regione	2.840	1.924	2.108	590

*Stimati in ragione di 10 ogni 100.000 residenti

Le Aziende sanitarie locali dovranno verificare il quadro del fabbisogno, confermandolo o comunicando eventuali variazioni motivate entro e non oltre 60 giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento.