



GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

.....

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 08/05/2008

=====

ADDI' 08/05/2008 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, VIA CRISTOFORO COLOMBO 212 ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE COSI' COMPOSTA:

MARRAZZO	Pietro	Presidente	FICHERA	Danielo	Assessore
		Vice			
MONTINO	Estelino	Presidente	MANCINI	Claudio	"
ASTORRE	Bruno	Assessore	MICHELANGELO	Mario	"
BATTAGLIA	Augusto	"	NIERI	Luigi	"
COFFOTELLI	Anna Salome	"	RODANO	Giulia	"
COSTA	Silvia	"	TIBALDI	Alessandra	"
DALIA	Francesco	"	VALENTINI	Daniela	"
DE ANGELIS	Francesco	"	ZARATTI	Filiberto	"
DI STEFANO	Natò	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO: Domenico Antonio CUZZUPI

***** OMISSIS

ASSENTI: MARRAZZO - DI STEFANO - MANCINI

DELIBERAZIONE N. 325

Oggetto:

Approvazione dei requisiti ulteriori per il Servizio di Assistenza Domiciliare.



Oggetto: "Approvazione dei requisiti ulteriori per il Servizio di Assistenza Domiciliare"

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'Assessore alla Sanità e del Presidente della Regione Lazio;

VISTA la legge statutaria 11 novembre 2004, n.1 "*Nuovo Statuto della Regione Lazio*";

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n.6 "*Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale*" e successive modificazioni;

VISTO il regolamento regionale 6 settembre 2002, n.1 concernente "l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale" e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il D.Lgs. 30.12.1992, n° 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il DPR 14.1.1997 con il quale viene approvato l'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie;

VISTA la legge n. 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

VISTO il DPCM 14 Febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";

VISTO il DPCM 29 Novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";

VISTO il documento approvato dalla Commissione individuata dal D.M. 12 aprile 2002 "Ospedalizzazione domiciliare";

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311" che all'art. 4 "Razionalizzazione della rete ospedaliera e realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione e del Piano nazionale per



l'aggiornamento del personale sanitario" comma c) prevede che le Regioni si impegnino a "...assicurare adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, di assistenza residenziale e semiresidenziale ospedaliera..";

VISTO

l'Accordo Stato-Regioni del 29 luglio 2004 "Accordo fra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sugli indirizzi progettuali per le Regioni per l'anno 2004 per l'elaborazione degli specifici progetti ai sensi dell'articolo 1 comma 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, nell'ambito delle cinque linee prioritarie individuate dall'accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003 (rep. atti n. 1812), ai fini dell'assegnazione delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo 1 comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662" che alla Priorità 3 – Rete integrata dei servizi sanitari e sociali dichiara: "...La progettualità regionale deve: ... adottare un modello organizzativo di base per l'ADI, indirizzato alle diverse tipologie di beneficiari, dotato della flessibilità necessaria per l'adeguamento della risposta assistenziale ai bisogni specifici dei pazienti, secondo piani di assistenza multiprofessionale...";

VISTA

la Legge Regionale n. 80 del 02.12.1988 "Norme per l'assistenza domiciliare" istitutiva del servizio di assistenza sanitaria domiciliare;

VISTA

la Deliberazione del Consiglio Regionale del 29 novembre 1989, n.1020 "Indirizzi e direttive alle unità sanitarie locali per l'organizzazione e l'attuazione dell'assistenza domiciliare di cui alla legge regionale 2 dicembre 1988, n.80, contenente gli strumenti tecnici e metodologici da adottare, nonché lo schema tipo di convenzione;

VISTA

la DGR del 16 dicembre 1997, n.7878 "Linee guida per l'organizzazione ed il potenziamento dei servizi distrettuali di Assistenza Domiciliare";

VISTA

la DGR del 17 luglio 2001, n.1042 "Integrazione socio-sanitaria. Approvazione direttiva e istituzione gruppo di lavoro permanente";

VISTA

la DGR. del 21 dicembre 2001 n. 2031 "Piano di trattamento a domicilio delle persone con AIDS nella Regione Lazio. Sperimentazione di un modello organizzativo e relative tariffe";

VISTA

la DGR 12 luglio 2002 n. 920 "Regolamentazione della Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) nel Lazio";

VISTE

la DGR n. 66 del 12 Febbraio 2007 "Approvazione del "Piano di Rientro" per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai



sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 311/2004.” e la DGR n. 149 del 6 Marzo 2007 relativa alla presa d'atto dell'Accordo Stato-Regione Lazio ai sensi della Legge 311/2004;

- VISTA** la L.R. n. 4 del 30 marzo 2003, “Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali”, e successive modificazioni ed integrazioni;
- VISTA** la DGR n. 424 del 14/07/2006, “Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 - Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni ed all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie”;
- VISTO** il Regolamento Regionale n. 2 del 26/01/2007 “Disposizioni relativa alla verifica di compatibilità e al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, in attuazione dell'art. 5, comma 1, lettera b), della legge regionale 3 Marzo 2003, n. 4 (norma in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali) e successive modificazioni”;
- VISTA** la DGR n. 636 del 03.08.2007 Attuazione Piano di rientro ex DGR n. 149/07 “Approvazione dei principi per la stesura del regolamento di accreditamento istituzionale nella Regione Lazio” e “Requisiti ulteriori – parte generale per l'accreditamento istituzionale nella Regione Lazio”;
- VISTO** il Regolamento regionale del 13 novembre 2007, n. 13 “Disposizioni relative alle procedure per la richiesta ed il rilascio dell'accreditamento istituzionale, in attuazione dell'articolo 12, comma 3, della legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali)”;
- VISTA** la DGR. del 19.6.2007 n. 433 “Indicazioni e interventi per la realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e socio-sanitarie. Incentivazione dei processi di de-ospedalizzazione nella Regione Lazio.”;
- VISTA** la DGR n. 40 del 25.01.2008 “Adozione dello strumento di Valutazione Multidimensionale regionale per l'ammissione e presa in carico di persone portatrici di problematiche assistenziali complesse negli ambiti domiciliare, semiresidenziale e residenziale”, che sarà attentamente



325 - 8 MAG. 2008

luz

monitorata e i cui risultati saranno tempestivamente trasmessi al Ministero della Salute;

CONSIDERATO che con il documento approvato dalla Commissione individuata dal D.M. 12 aprile 2002 "Ospedalizzazione domiciliare" il Ministero della Salute ha fissato le linee di indirizzo per le attività domiciliari ad elevato impegno assistenziale;

CONSIDERATO che il Ministero della Salute ha istituito all'interno della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, un apposito sottogruppo con il mandato specifico di approfondire l'analisi delle attività assistenziali svolte in regime domiciliare, residenziale, semiresidenziale e di ospedalizzazione domiciliare;

TENUTO CONTO del documento del Ministero della Salute - Dipartimento della Qualità - Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema - "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" elaborato dalla succitata Commissione;

VALUTATA la progressiva complessità assistenziale, che deriva dalla introduzione a domicilio di nuove tecniche, metodologie ed opzioni terapeutiche (ventilazione assistita, monitoraggio telemetrico dei parametri vitali, nutrizione artificiale, cure palliative, ecc.), cui si ritiene debba conseguire una precisa regolamentazione, anche nell'ottica della integrazione degli interventi sociali e sanitari con individuazione di criteri e protocolli comuni;

TENUTO CONTO che la normativa regionale, nel suo complesso, promuove la realizzazione di un sistema integrato di interventi domiciliari a carattere sanitario, onde consentire al paziente non autosufficiente di rimanere nel proprio ambiente abituale il più possibile e contrastare, al tempo stesso, il fenomeno del ricorso improprio all'ospedalizzazione;

RITENUTO che una corretta applicazione del predetto principio di sussidiarietà orizzontale deve condurre alla conservazione ed al rafforzamento del ruolo delle istituzioni pubbliche prevedendo, al contempo, il necessario coinvolgimento della rete dei soggetti privati che, a livello locale, risultino in grado di rispondere, in termini di qualità dei servizi erogati, ai bisogni sociali emergenti;



CONSIDERATO che la legge n. 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali, ed in particolare il disposto contenuto nell’art. 1, comma 5, afferma, in applicazione del principio di sussidiarietà orizzontale di cui al D. Lgs. N. 59/97, meglio noto come legge Bassanini, che “alla gestione ed all’offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici nonché, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, gli organismi non lucrativi di utilità sociale (*omissis*)..ed altri soggetti privati”;

CONSIDERATO che la Regione Lazio, con Circolare del Direttore Dipartimento Sociale n. 3 del 01.04.2003, concernente “Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)”, ha espressamente previsto che “ai fini dell’espletamento del servizio nel caso di impossibilità dell’Azienda sanitaria di provvedere totalmente con proprio personale, è possibile ricorrere all’affidamento dell’erogazione di una parte delle prestazioni a ditte, cooperative, associazioni, fondazioni, etc. mediante gare d’appalto” definendo contestualmente criteri e procedure di attribuzione del servizio a soggetti privati;

RILEVATO che presso le varie Aziende insistenti nel territorio regionale sono attualmente esecutivi contratti aventi ad oggetto l’attività di assistenza domiciliare, mediante affidamento a ditte private, società cooperative, etc. selezionate attraverso l’espletamento di gare di evidenza pubblica;

RILEVATO che, rispetto alle previsioni contenute nella Legge Regionale n. 80/88 in merito alla possibilità di collaborazione da parte delle cooperative sociali nell’erogazione dei servizi di assistenza domiciliare nella Regione Lazio, vi è stato uno sviluppo quantitativo e qualitativo e di complessità dei servizi realizzati dai soggetti appartenenti al terzo settore;

CONSIDERATO che l’Assessore alla Sanità, in data 30.09.05, a seguito di accordo intercorso con le organizzazioni di categoria e le centrali cooperative, ha proceduto all’istituzione di un tavolo di confronto regionale sul ruolo del terzo settore nella sanità pubblica, cui hanno partecipato, oltre ai rappresentanti delle istituzioni sanitarie regionali ed aziendali, gli organismi di rappresentanza della cooperazione sociale e le organizzazioni sindacali, con la primaria finalità di contribuire a delineare in tempi brevi le modalità di potenziamento e regolamentazione del settore dell’assistenza domiciliare;

VERIFICATO che la Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 “Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale di accordi



contrattuali” al Capo II art. 4 – “Strutture ed attività soggette ad autorizzazione” dichiara “...2. Sono soggette all’autorizzazione dell’esercizio, altresì, le attività di assistenza domiciliare.”;

TENUTO CONTO che, con Determinazione n. D1087 del 12 aprile 2006 del Dipartimento Sociale – Direzione Regionale Tutela della Salute e Sistema Sanitario Regionale – Area Soggetti Deboli ed Integrazione socio-sanitaria è stata approvata la “Istituzione Commissione tecnica per la definizione dei criteri e delle modalità di autorizzazione ed accreditamento per l’erogazione di servizi di assistenza domiciliare da parte di soggetti privati per conto delle Aziende USL del Lazio” avente fra gli altri il compito della “..determinazione dei criteri di eleggibilità e dei requisiti di qualità dei soggetti erogatori..” nonché la produzione di documenti tecnici in tema di assistenza domiciliare, che definiscano in particolare “...i requisiti specifici cui aderire ai fini del riconoscimento dell’idoneità a erogare prestazioni di assistenza domiciliare per conto delle Aziende Sanitarie regionali..”;



CONSIDERATO che la succitata Commissione Tecnica ha prodotto, fra gli altri, il documento “Requisiti ulteriori Servizi Assistenza Domiciliare”, con il quale sono stati individuati i requisiti ulteriori, Allegato I della presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante;

RITENUTO che il soggetto che voglia proporsi come idoneo ad erogare servizi di Assistenza Domiciliare per conto di un’Azienda Sanitaria Locale regionale dovrà possedere, in linea con quanto espressamente previsto dalla L.R. n. 4 del 30 marzo 2003 e tenuto conto dei principi dettati dalla DGR 424/2006, dalla DGR 636/2007 e dal Regolamento n. 13 del 13.11.2007, i requisiti ulteriori di cui all’Allegato I della presente deliberazione, nell’ottica di regolamentare ed omogeneizzare l’offerta dei servizi di assistenza domiciliare nel territorio regionale, garantendo il miglioramento della qualità;

PRESO ATTO che la presente deliberazione corrisponde nelle forme e nei contenuti alle indicazioni prescritte dai Ministeri della Salute e dell’Economia e delle Finanze nella giusta apposita nota del 23 aprile 2008 prot n. 206 All. 2 della presente deliberazione, della quale costituisce parte integrante;

RITENUTO che il presente atto non è soggetto a concertazione con le parti sociali;

all’unanimità,



325 - 8 MAG. 2008 *lu*

DELIBERA

Per le motivazioni richiamate in premessa, che si intendono integralmente accolte;

- 1 - di approvare il documento "Requisiti ulteriori Servizi Assistenza Domiciliare" (Allegato n. 1), con il quale sono stati individuati i requisiti ulteriori che il soggetto che voglia proporsi come idoneo ad erogare servizi di Assistenza Domiciliare per conto di un'Azienda Sanitaria Locale regionale dovrà possedere, parte integrante della presente Delibera nel testo concordato con i Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, giusta apposita nota del 23 aprile 2008 prot 206, parte integrante del presente provvedimento (All. n. 2);
- 2 - le AUSL, in caso di scadenza dei contratti in essere, sono tenute, entro il 31 luglio 2008, ad avviare le procedure di affidamento del servizio sulla base della normativa di cui alla presente deliberazione.
Al fine di garantire la necessaria continuità assistenziale sono consentite proroghe tecniche fino al suddetto termine del 31 luglio 2008.

La presente deliberazione verrà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito www.regione.lazio.it

Allegato 1



C:\Documents and Settings\lgerosa\Desl

Allegato 2



C:\Documents and Settings\lgerosa\Desl

IL VICE PRESIDENTE : F.to Esterino MONTINO
IL SEGRETARIO : F.to Domenico Antonio CUZZUPI

3 GIU. 2008





REQUISITI ULTERIORI SAD

D1 STRUTTURA E TECNOLOGIE

SD1.1 La sede operativa è adeguata in rapporto all'attività svolta.

- SD1.1.1 Esiste una sede, nella ASL nella quale si intende operare, in cui sono svolti compiti di centrale operativa del servizio, informazione e comunicazione, raccolta di suggerimenti e reclami.
valore soglia: 1 sede sul territorio della ASL.
- SD1.1.2 La sede è facilmente raggiungibile con mezzi pubblici.
Valore soglia: 500 metri dalla più vicina fermata di mezzo pubblico.
- SD1.1.3 E' presente almeno una stanza adibita a centrale operativa.
- SD1.1.4 La dotazione strumentale e tecnologica è adeguata all'attività svolta.
Dotazione minima: telefono; fax e segreteria telefonica; computer; stampante e collegamento internet.
- SD1.1.5 Sono presenti spazi per il colloquio individuale con pazienti e/o familiari.
Valore soglia: 1 stanza.
- SD1.1.6 Sono presenti e funzionanti servizi igienici per utenti e personale.
- SD1.1.7 Esiste un servizio di farmacia, o uno spazio ricezione/registrazione materiale e una stanza arredata per il deposito e la conservazione dei medicinali, dei presidi medico-chirurgici, del materiale di medicazione e degli altri materiali di competenza.
- SD1.1.8 Sono presenti spazi o armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni.

SD1.2 L'SAD è dotato di adeguati mezzi di trasporto

- SD1.2.1 E' disponibile un numero adeguato di autovetture per le visite domiciliari.
Valore soglia: almeno 1 autovettura di servizio a disposizione della centrale operativa.
- SD1.2.2 Esiste una procedura per la manutenzione e revisione dei mezzi di trasporto.

SD1.3 L'SAD dispone di una adeguata dotazione di materiali sanitari

- SD1.3.1 Presso la sede del SAD sono sempre disponibili i presidi sanitari ed i farmaci utili al personale che opera a domicilio.
Dotazione minima: sfigmomanometro a mercurio e aneroide; fonendoscopi, glicometro con strisce per la determinazione della glicemia; apparecchio per aerosol, aspiratore a bassa pressione o pressione regolabile; attrezzatura per enteroclima, 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 nasogastrico (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.
- SD1.3.2 I presidi devono soddisfare le caratteristiche di facile trasportabilità e di sicurezza nel trasporto.
- SD1.3.3 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 check list.



Dotazione minima: farmaci specifici da somministrare al paziente e presidi utili alla loro somministrazione; guanti monouso; sfigmomanometro a mercurio; fonendoscopio, sticks per la determinazione della glicemia; siringhe monouso; contenitore per aghi/taglienti resistente alla puntura ed agli spandimenti; provette per esami ematici; contenitori sterili per la raccolta di materiale biologico; contenitore a chiusura ermetica per il trasporto delle provette/contenitori; lacci emostatici; disinfettanti; soluzioni per la detersione delle mani; cotone idrofilo; garze; set sterili per medicazioni.

D2 RISORSE UMANE

SD2.1 Esiste una adeguata dotazione di personale dedicato atta a garantire il funzionamento del servizio

- SD2.1.1 Il personale è in numero adeguato alla attività svolta.
Dotazione minima di figure professionali: infermiere/terapista, assistente sociale, psicologo, OSS, operatore telefonico con funzioni di pianificazione.
- SD2.1.2 E' garantita l'apertura della centrale operativa in ragione del livello assistenziale (vedi tabella 1) per 6 giorni alla settimana.
Valore soglia: lunedì-venerdì ore 8.00/18.00. sabato ore 9.00/13.00
- SD2.1.3 E' garantita l'attività del servizio per 6 giorni alla settimana.
Valore soglia: lunedì-sabato ore 7.00/20.00.
- SD2.1.4 La reperibilità infermieristica è garantita in funzione del livello assistenziale (vedi tab. 1)

D3 COORDINAMENTO

SD3.1 Sono attribuite le funzioni di coordinamento/responsabilità

- SD3.1.1 Sono identificati i coordinatori delle attività sanitarie con specifiche caratteristiche.
Caratteristiche: 1 Medico Responsabile con esperienza documentata nel campo dell'Assistenza Domiciliare di almeno 5 anni, un Infermiere Coordinatore con esperienza documentata nel campo dell'Assistenza Domiciliare di almeno 3 anni. In caso di presenza nell'organico di oltre 30 Fisioterapisti, un Fisioterapista Coordinatore con esperienza documentata nel campo dell'Assistenza Domiciliare di almeno 3 anni
- SD3.1.2 E' identificato il coordinatore organizzativo delle attività amministrative della struttura.

D4 INFORMATIZZAZIONE

SD4.1 L'assistenza a domicilio è organizzata avvalendosi di un software specifico

- SD4.1.1 E' in uso presso la centrale operativa un programma specifico per l'organizzazione dell'assistenza
Caratteristiche: applicativo, con possibilità di elaborazione di schermate che consentono l'effettivo controllo dell'andamento dell'assistenza. Garanzia delle restrizioni di accesso ai dati previste dalla legge sul trattamento dei dati personali.
- SD4.1.2 Sono presenti postazioni in quantità sufficiente.
Valore soglia: 1 postazione in rete per ogni operatore presente in centrale, oltre a quelle dedicate per le figure di coordinamento.
- SD4.1.3 Vi sono procedure scritte per il backup di sicurezza dei dati
Anche le procedure di backup rispettano le norme sulla riservatezza dei dati personali.

SD5.1 E' assicurata una appropriata presa in carico del paziente

- SD5.1.1 Vi sono pratiche uniformi e linee-guida o procedure scritte per le modalità di presa in carico dei pazienti.
- SD5.1.2 Sono garantiti tempi adeguati per presa in carico dal momento della definizione del piano assistenziale.
Valore soglia: 2 giorni lavorativi per le situazioni non urgenti; 24 ore per le procedure urgenti.
- SD5.1.3 E' disponibile per ciascun utente una scheda di valutazione iniziale.
La scheda prevede: stato clinico, funzionamento sociale, situazione familiare, abitativa ed economica (all'occorrenza informazioni, possono essere acquisite da altri servizi e, con il consenso dell'utente, dai suoi familiari e di altre persone da lui indicate).
- SD5.1.4 Esistono evidenze e documentazioni che la valutazione iniziale è discussa con il servizio inviante.
- SD5.1.6 Vi sono pratiche uniformi e procedure scritte relativamente al consenso informato scritto.
- SD5.1.7 Vi sono pratiche uniformi e linee-guida o procedure scritte per quanto riguarda i comportamenti da seguire nel caso in cui una persona segnalata rifiuti il servizio
Le procedure prevedono: sostegno ai familiari; rapporti periodici con chi ha segnalato il caso; contatti non intrusivi.

SD5.2 E' assicurato un appropriato piano assistenziale

- SD5.2.1 Per ciascun utente viene formulato ed è documentato il piano di assistenza individualizzato.
Il Piano di assistenza individualizzato, per ogni bisogno/problema individuato, prevede: obiettivi e tipologia dell'intervento, qualifica degli operatori ed intensità dell'assistenza, indirizzi terapeutici, necessità di ausili e presidi, eventuali consulenze specialistiche, eventuali accertamenti diagnostici a domicilio, eventuali interventi extra domiciliari programmati.
- SD5.2.2 Esistono evidenze e documentazioni che il Piano di assistenza individualizzato è proposto dal Medico di medicina generale e concordato tra questo, il referente del CAD ed il coordinatore dell'Ente erogatore.
- SD5.2.3 Per ciascun utente sono periodicamente formulate e documentate le valutazioni successive e le rivalutazioni complete del piano assistenziale.
- SD5.2.4 Esistono evidenze e documentazioni che le variazioni al Piano di assistenza individualizzato sono concordate tra il referente del CAD, il medico di medicina generale/referente della struttura inviante ed il coordinatore dell'Ente erogatore.
- SD5.2.5 Vi sono pratiche uniformi e procedure per quanto riguarda le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei familiari nella formulazione e revisione dei piani di trattamento.
E' necessaria la presenza della firma del paziente (o di chi lo rappresenta) sui piani di trattamento scritti.

SD5.3 E' assicurata l'appropriata tenuta della cartella domiciliare

- SD5.3.1 E' compilata in tutte le sue parti per ciascun utente la cartella domiciliare.
*La cartella deve essere aggiornata, deve cioè contenere almeno una notazione relativa all'ultimo accesso presso l'utente.
La cartella contiene: piano di trattamento con l'indicazione dei farmaci prescritti e somministrati e degli eventuali effetti collaterali osservati; la valutazione dello stato clinico e delle condizioni sociali e familiari.
Registrazione per ogni accesso: nominativo dell'operatore, data, prestazioni effettuate, comunicazioni.*
- SD5.3.2 Vi sono pratiche uniformi e procedure scritte per la tenuta della cartella domiciliare.

- SD5.3.3 Le cartelle sono facilmente reperibili da parte del personale.
- SD5.3.4 Le cartelle cliniche domiciliari sono ordinate e leggibili.
la consultazione permette di conoscere facilmente i problemi in atto ed il trattamento in corso.
- SD5.3.5 Le notazioni sulle cartelle sono firmate (anche con sigla dell'operatore, qualunque sia il suo ruolo e qualifica professionale) e datate.
Valore soglia: 90%
- SD5.3.6 Vi sono pratiche uniformi e procedure scritte per le modalità di registrazione degli accessi.
le procedure prevedono che il paziente o chi per lui firmi l'avvenuta effettuazione dell'accesso.
- SD5.3.7 Esistono pratiche uniformi e procedure scritte per la salvaguardia della confidenzialità delle informazioni relative al paziente.
le procedure prevedono che anche il personale segretariale sia impegnato al segreto professionale, l'accesso alla cartella dell'utente sia protetto e che siano rispettati i limiti con cui è lecito dare informazioni sul paziente ad un'altra persona senza il suo consenso o il consenso di un rappresentante legale.
- SD5.3.8 Vi sono pratiche uniformi e procedure scritte per la segnalazione evidente nella cartella clinica di particolari rischi.
esempio: foglio iniziale all'interno del frontespizio con indicazione evidente di allergie a farmaci; intolleranze alimentari; rischio di suicidio; condizioni che possono influenzare la prescrizione di farmaci, come cardiopatie o nefropatie, ecc.
- SD5.3.9 A richiesta, deve essere consegnata copia conforme della cartella clinica, con attestazione di conformità dichiarata dal coordinatore dell'attività sanitaria

SD5.4 Il SAD è orientato a valorizzare la componente relazionale dell'assistenza

- SD5.4.1 Gli operatori sono facilmente identificabili dagli utenti.
esempio: mediante cartellino con foto.
- SD5.4.2 Il personale si rivolge agli utenti in modo educato e cortese.
Il linguaggio impiegato dovrebbe esprimere per l'utente lo stesso rispetto che il personale si aspetta da lui.
Esempio: c'è reciprocità nell'uso del tu e del lei.
- SD5.4.3 I pazienti ricevono informazioni chiare e complete sulla natura del loro disturbo, sul trattamento proposto, sugli eventuali effetti collaterali dei farmaci, sul decorso del disturbo.
esempio: il personale, quando dà spiegazioni, chiede almeno una volta agli utenti di esprimere con le loro parole quanto hanno capito, in modo da verificare quanto hanno assimilato.
- SD5.4.4 Alla conclusione concordata del rapporto attivo o dopo l'interruzione non concordata del rapporto, viene completata una lettera o scheda di dimissione, secondo un formato predefinito, in tempi congrui.
valore soglia: una settimana dalla conclusione del rapporto o dalla data di accertato abbandono.
- SD5.4.5 Una copia di tutte le lettere, tranne eccezioni documentate, è conservata in uno speciale archivio ed è facilmente reperibile.

SD5.5 Sono garantite appropriate procedure assistenziali

- SD5.5.1 Vi sono pratiche uniformi e procedure scritte per la somministrazione dei farmaci da parte del personale non medico.
- SD5.5.2 Vi sono pratiche uniformi e procedure scritte per la consegna agli utenti dei farmaci.
- SD5.5.3 Tutti i materiali, i farmaci, le confezioni soggetti a scadenza, riportano in evidenza la data della scadenza stessa.
- SD5.5.4 Esistono procedure concordate con i servizi competenti per le modalità di prelievo e conservazione.

le procedure prevedono: identificazione e trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento.

- SD5.5.5 Esistono procedure scritte circa lo smaltimento dei rifiuti ed i relativi contratti di smaltimento.
- SD5.5.6 Vi sono pratiche uniformi e linee-guida scritte per favorire l'adesione del paziente al trattamento farmacologico.
L'adesione viene promossa fornendo informazioni comprensibili all'utente e ai suoi familiari, e discutendo vantaggi e svantaggi in merito all'assunzione dei farmaci.
- SD5.5.7 Esiste la procedura per il trasporto del sangue e dei campioni biologici mediante contenitori idonei.
- SD5.5.8 Esiste la procedura per l'acquisizione del consenso informato del paziente alla terapia trasfusionale.

SD5.6 E' garantita l'appropriata gestione dei rischi e degli eventi avversi

- SD5.6.1 Tutti gli operatori dispongono di copertura assicurativa.
- SD5.6.2 Vi sono linee-guida e procedure scritte per la prevenzione dei rischi professionali collegati all'assistenza a domicilio.
- SD5.6.3 Vengono forniti i mezzi necessari alla prevenzione di tali rischi.
esempio: guanti, camici, mascherine.
- SD5.6.4 Il personale viene periodicamente formato sull'individuazione, la segnalazione, la prevenzione, la gestione dei rischi più frequenti e importanti.
*Il personale viene orientato alla prevenzione dei rischi per i pazienti e dei rischi professionali
Valore soglia: 3 anni; personale formato = 50%*
- SD5.6.5 Esistono procedure per l'identificazione degli eventi avversi più importanti per frequenza e/o gravità.
- SD5.6.6 Vi sono pratiche uniformi e procedure scritte per la prevenzione, il monitoraggio e la gestione di eventi avversi per il personale.
esempio: punture da aghi; traumi della schiena legati alla mobilitazione dei pazienti o allo spostamento delle attrezzature.
- SD5.6.7 Vi sono pratiche uniformi e procedure scritte per la segnalazione, il monitoraggio e la gestione degli eventi avversi causati da difetti di sicurezza ambientale per gli operatori.
esempio: cadute su pavimenti sconnessi o sdruciolevoli, furti, atti di vandalismo, angherie o minacce subite dagli operatori.
- SD5.6.8 Vi sono pratiche uniformi e linee-guida e procedure scritte per la prevenzione di atti aggressivi.
Le procedure prevedono: definizione e conoscenza delle cause più frequenti di aggressione; definizione e riconoscimento dei segni di possibile imminente aggressione; definizione ed applicazione di atteggiamenti tali da ridurre il rischio di passaggio all'atto.
- SD5.6.9 Vi sono pratiche uniformi e procedure scritte per la gestione di atti aggressivi.
le procedure prevedono come avvertire i colleghi, cosa fare con un paziente armato, come intervenire per bloccare un paziente aggressivo, come e quando segnalare su appositi moduli gli atti aggressivi; che sia noto quali atti aggressivi devono essere segnalati su appositi moduli.
- SD5.6.10 Gli operatori del servizio all'occorrenza hanno la possibilità di mettersi in contatto rapidamente con la sede operativa o con il responsabile del servizio.
esempio: disponibilità di telefoni cellulari di servizio.

Tabella n. 1 - AREA DELLA "FRAGILITA': requisiti ulteriori

tipologia requisito	LIVELLI ASSISTENZIALI		
	BASSO (1°)	MEDIO (2°)	ALTO (3°)
Apertura centrale operativa			7/7 gg. per 24 ore al giorno ovvero organizzazione come per il livello medio, ma presenza di un sistema di dirottamento delle chiamate su personale prontamente disponibile dotato di accesso remoto al server della Centrale Operativa.
Operatività del servizio	5/7 gg. per almeno 3 ore al giorno	6/7 gg. per almeno 4 ore al giorno	
Operatività del servizio	5 giorni su 7 8 ore die	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi
Formazione specifica del personale infermieristico per la gestione della Nutrizione enterale domiciliare	almeno 1/5 del personale infermieristico		
Disponibilità di specialisti consulenti ed altre figure professionali	Cardiologo, Pneumologo, ortopedico, fisiatra, neurologo, chirurgo, urologo, ginecologo, gastroenterologo, nutrizionista, geriatra, ORL.		
PRONTA DISPONIBILITÀ PERSONALE INFERM	NO	SI	
PRONTA DISPONIBILITÀ PERSONALE MEDICO	NO	SI	
ACCESSI SETTIMANALI INFERMIERI/FISIOTERAPISTI	2 X 42 minuti	3-6 per 42' (valore medio 4,5)	7-10 per 60' (valore medio 8,5)

Lo specialista consulente, e le altre figure professionali, se inseriti nel PIA, opereranno secondo gli standard previsti dal Documento LEA "Nuova caratterizzazione degli interventi dell'assistenza domiciliare territoriale e degli interventi ospedalieri a domicilio"

Tabella 2 - PERCORSO DELLA COMPLESSITA': requisiti ulteriori

Le strutture debbono possedere requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi specifici in grado di rispondere a tutte le esigenze senza dover parcellizzare troppo interventi e responsabilità; tale strategia ha il suo razioicinio nel fatto che molti dei problemi / bisogno cui si riferiscono le aree individuate possono essere contemporaneamente presenti; il caso più frequente è la necessità contestuale di fare la NAD e la VeMD

AREA	Requisiti ulteriori	Requisiti specifici
Area della Nutrizione Artificiale (Parenterale) per le insufficienze intestinali croniche benigne		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elevata competenza professionale del personale, acquisita attraverso percorsi formativi e professionali specifici ✓ Disponibilità di procedure e linee guida per la gestione delle pompe nutrizionali, delle sacche nutrizionali (manipolazione e conservazione), delle vie venose centrali, per il monitoraggio delle condizioni cliniche di base e delle sue complicanze, per la gestione di eventuali emergenze. ✓ Disponibilità di fornitura di frigo da utilizzare esclusivamente per la conservazione domestica delle sacche ✓ Presenza di protocolli di interfaccia con le UO NAD e con le strutture ospedaliere di riferimento (debito informativo) e rispetto delle indicazioni provenienti dalle stesse ✓ Disponibilità di nutripompe e pronta sostituzione in caso di malfunzionamento ✓ Rifornimento periodico del materiale di consumo presso le farmacie della ASL di riferimento o presso i fornitori dalle stesse indicati
Area delle VeMD) invasive mandatarie	Quelli dell'ADI generica / alto livello assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elevata competenza professionale del personale, acquisita attraverso percorsi formativi e professionali specifici (gestione tracheotomia, apparecchiature per la ventilazione ed il monitoraggio, riconoscimento delle complicanze infettive, gestione delle urgenze e delle emergenze). Il personale deve essere specificamente formato anche per la eventuale gestione della NAD, spesso effettuata da questi pazienti in associazione con la VeMD (es. pazienti con SLA). ✓ Autonoma disponibilità di ventilatori meccanici, ossimetri, aspiratori tracheali adattabili alle necessità dell'assistito, come da prescrizione ospedaliera ✓ Autonomia per la manutenzione e sostituzione delle apparecchiature difettose ✓ Fornitura di tutto il materiale di consumo necessario alla ventilazione assistita (filtri, circuiti, etc.) rispettando le raccomandazioni sulla periodicità di sostituzione indicate dai fabbricanti e dalle linee guida internazionali ✓ Presenza di procedure di comportamento per la gestione della apparecchiature, per la periodicità di sostituzione del materiale di consumo, di gestione della tracheotomia, delle modalità di monitoraggio, delle modalità di presa in carico ✓ Capacità autonoma di eseguire prove funz. Respir., ed emogasanalisi ✓ Disponibilità fra le figure specialistiche consulenti anche dell'anestesista ✓ Garanzia di effettuazione di almeno 2 visite specialistiche / mese ✓ Disponibilità di infermieri in rapporto minimo 1 x assistito ✓ In caso di NAD associata alla VeMD, fornitura della pompa nutrizionale e manutenzione della stessa; non che rispetto di tutte le indicazioni fornite dalla UONAD

Tabella 3: Area Specialistica (ADI specialistica)

<p>Area delle Cure Palliative a pazienti oncologici e non</p>	<p>Quelli dell'ADI generica / alto livello assistenziale</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ elevata competenza professionale del personale, acquisita attraverso percorsi formativi e professionali specifici ✓ Disponibilità di procedure e linee guida per la gestione di tutte le problematiche riscontrabili nei pazienti in cure palliative ✓ Autonomia possibilità di posizionamento di CVC esterni ✓ Disponibilità autonoma di dispenser per il cronodosaggio di analgesici oppiacei e non ad elastomero e dispositivi accessori ✓ Disponibilità autonoma di pompe dispenser di farmaci e relativi materiali di consumo ✓ Disponibilità, all'occorrenza di pompe per la Nutrizione Parenterale e per la Nutrizione Enterale ✓ Manutenzione periodica e sostituzione delle apparecchiature malfunzionanti
<p>Area del disagio mentale</p>		<p>elevata competenza professionale del personale, acquisita attraverso percorsi formativi e professionali specifici</p>
<p>Area delle immunodeficienze acquisite da HIV</p>		<ul style="list-style-type: none"> ✓ elevata competenza professionale del personale, acquisita attraverso percorsi formativi e professionali specifici ✓ Disponibilità fra le figure specialistiche consulenti anche dell'immunologo e dell'infettivologo ✓ Per i pazienti che necessitano di VeMD e/o NPD tutti i requisiti previsti per quelle categorie nell'area della Complessità





MINISTERO DELLA SALUTE
MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione LAZIO per l'approvazione del Piano di rientro dai disavanzi e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311

**Rif. Regione LAZIO-120-02/04/2008-0000166-A
LAZIO-120-02/04/2008-0000165-A**

Provvedimenti relativi alla verifica comitato LEA 2005-4.1 Programmi di assistenza domiciliare integrata, di assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera - Tariffe e percorso assistenziale - schema dgr di approvazione dei requisiti ulteriori per il serv. Ass. Domiciliare. In sostituzione protocolli 131-133 del 2008.

I provvedimenti inviati hanno tenuto conto dei chiarimenti richiesti in ordine ai parametri di personale, pertanto apportate le seguenti modifiche:

Bozza DGR "Approvazione dei requisiti ulteriori per il Servizio di Assistenza Domiciliare",
Allegato *Requisiti ulteriori SAD*

- "Pag.6 ultima riga 3 colonna inserire dopo 3-6 le seguenti parole (valore medio 4,5)"
- Inserire alla quarta riga specialisti ed altre figure professionali
- Nella frase sotto la tabella dopo "Lo specialista consulente" e prima delle parole "se inserito nel PIA" inserire le parole "e le altre figure professionali"

Bozza DGR "Ottimizzazione del modello regionale di assistenza sanitaria domiciliare e relative tariffe"

Allegato *Ottimizzazione del modello regionale di assistenza sanitaria domiciliare*


- A pag. 10 cancellare l'ultima riga della tabella ed inserire la frase posta sotto la tabella di pag. 6 dell'allegato *Requisiti ulteriori SAD* con le modifiche di cui sopra
- Rimettere in neretto o connotare con altro segno distintivo le prestazioni per le quali è necessaria documentata formazione specifica

Allegato *Gruppo lavoro - tariffe ADI*

- Togliere la frase al secondo capoverso dopo la parola *tempistica* "Il gruppo di Lavoro conferma la propria disponibilità etc ... fino ad ADI complessa e specialistica".

Allegato 3

- Prima tabella alla casella *Totali accessi medi settimanali - livello basso* togliere la parola **FINO**

- 
- **Seconda tabella inserire dopo 3-6 le seguenti parole (valore medio 4,5) e dopo 7-10 le seguenti parole (valore medio 8,5);**

si ritiene di esprimere parere favorevole all'approvazione.

Si comunica, di concerto con il Ministero dell'economia e finanze, tenuto conto che, si tratta di provvedimento necessario ai fini del rispetto delle scadenze previste in materia quanto segue :

LE PROPOSTE DI DGR SONO APPROVATE CON LE PRESCRIZIONI SOPRAELENCAATE

Il Direttore Generale della
programmazione sanitaria
dei livelli di assistenza e dei
principi etici di sistema
Dott. Filippo Palumbo

LAZIO-DGPROG-23/04/2008-0000206-P

