

# L'assistenza domiciliare integrata nel Lazio

R. Conforti



# Principali riferimenti normativi

- Legge Regionale n. 80 del 02.12.1988 “Norme per l'assistenza domiciliare”
- Deliberazione del Consiglio Regionale del 29 novembre 1989, n.1020 "Indirizzi e direttive ...”
- DGR del 16 dicembre 1997, n.7878 “Linee guida ...”
- DGR n. 424 del 14.07.2006, “Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 - Requisiti minimi...”
- DGR. del 19.06.2007 n. 433 “...Incentivazione dei processi di de-ospedalizzazione...”
- DGR n. 40 del 25.01.2008 “Adozione dello strumento di Valutazione Multidimensionale...”



# Deliberazione della Giunta Regionale Lazio del 8 maggio 2008 n. 325 “*Approvazione dei requisiti ulteriori per il Servizio di assistenza domiciliare*”

concernenti:

- la struttura e le tecnologie (sede operativa, mezzi di trasporto, materiali sanitari)
- le risorse umane, in termini di figure professionali (compreso l'operatore socio-sanitario) e di orari di attività;
- il coordinamento;
- l'informatizzazione;
- i processi (appropriatezza nella presa in carico, nel piano assistenziale individualizzato, nella tenuta della cartella domiciliare, nella componente relazionale dell'assistenza, nelle procedure assistenziali, nella gestione dei rischi e degli eventi avversi).



# Deliberazione della Giunta Regionale Lazio del 8 maggio 2008 n. 326 “*Ottimizzazione del modello regionale di assistenza sanitaria domiciliare e relative tariffe*”:

## individua tre aree di intervento assistenziale domiciliare:

- area della fragilità (ADI generica)
- area specialistica (ADI specialistica)
- area della complessità (nutrizione artificiale e ventilazione assistita)

## distingue 4 livelli di intensità assistenziale:

- . prestazioni occasionali
- . livello basso (2 accessi alla settimana su 5/6 gg lavorativi)
- . livello medio (3-6 accessi alla settimana su 5-6 gg lavorativi)
- . livello alto (7-10 accessi alla settimana su 7 gg lavorativi con pronta reperibilità)





All'Allegato 1 definisce:

1. gli obiettivi assistenziali:

- . un riequilibrio del rapporto fra domanda (appropriata) ed offerta,
- . un'ottimizzazione delle procedure di erogazione dei servizi domiciliari (per facilitare l'accesso e migliorarne la fruibilità da parte del cittadino)
- . un'assicurazione di determinati livelli di garanzia per i fruitori dei servizi, proporzionati a loro bisogni verificati da un team di esperti
- . un'omogeneizzazione dei vari servizi sociali e sanitari, da inquadrare in percorsi comuni, al fine di eliminare le disparità tra i Comuni e le Province interessate (equità distributiva);

2. la metodologia degli interventi;

3. i destinatari e i criteri di ammissibilità in ADI;

4. i processi e le attività del SAD (segnalazione, attivazione dell'ADI, valutazione multidimensionale e piano individualizzato di assistenza – PIA, presa in carico e erogazione dell'assistenza sanitaria, verifiche con riunioni interdisciplinari, conclusione dell'intervento e dimissione dell'assistito) e li schematizza;

5. il flusso del processo di “dimissione protetta”;

6. le prestazioni infermieristiche e riabilitative erogabili a seconda del PIA e del diverso livello di intensità assistenziale;

7. gli indicatori di sicurezza, di efficacia, di appropriatezza, di accesso e di efficienza, che sono particolarmente importanti ai fini della verifica dei risultati;

8. la formazione del personale.

## **Condizioni facilitanti il miglioramento e l'omogeneizzazione dell'ADI nel Lazio:**

**un'omogenea cultura della disabilità, grazie all'informazione e alla formazione psicologica e sociologica;**

**un'alta motivazione degli operatori, correlata al loro grado di formazione tecnica specifica, alle disponibilità logistico-operative delle strutture, alla retribuzione;**

**l'attuazione del modello gestionale dipartimentale funzionale (Dipartimento Geriatrico), piuttosto che quello distrettuale, che ponga il Territorio e l'Ospedale in diretta connessione funzionale e che preveda una capillare distribuzione delle Unità Operative Geriatriche per ogni Distretto ;**

**l'adozione di un "punto unico di accesso" (PUA) con valenza socio-sanitaria e di un unico strumento di valutazione multidimensionale di II livello;**

**un impegno gestionale erogato da figure specialistiche competenti in senso prevalentemente geriatrico (i geriatri, gli infermieri "dedicati" con funzione di *case-management*, i terapeuti occupazionali, gli operatori socio-sanitari – OSS – tuttora inoperativi sul Territorio);**

**la verifica dei risultati da parte delle Direzioni Sanitarie delle AUSL, sulla base degli indicatori e degli standard definiti a livello nazionale e regionale;**



**grazie!**

