



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

Corso di perfezionamento

**Organizzazione e gestione delle Case della Comunità  
nell'ambito del riordino della sanità territoriale**

Project work

**La Casa come primo luogo di cura:  
analisi comparativa e proposte di miglioramento  
dell'Assistenza Domiciliare Integrata  
in due contesti territoriali del Nord Italia**

Ilaria ENGADDI  
Alessandra FONTÒ  
Elisabetta LAROSA  
Gaetano LOPS  
Paola NOVATI

Direttore scientifico  
Prof. Renato Balduzzi

Tutor di progetto  
Dott. Davide Servetti

Anno accademico 2021-2022



## **INDICE**

### **ABSTRACT**

#### **1. PREMESSA**

#### **2. ANALISI DEL CONTESTO**

2.1 DEFINIZIONE DI “CURE DOMICILIARI E ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA”

2.2 SCOPO DEL LAVORO

#### **3. ASST RHODENSE**

3.1 CRITERI DI ACCESSO E DESTINATARI DELL’ADI

3.2 IL SISTEMA DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

3.3 SISTEMA DI GOVERNO E DI CONTROLLO

3.4 ANALISI SWOT

3.5 CONSIDERAZIONI SULLA MEDICINA GENERALE IN REGIONE LOMBARDIA

#### **4. AUSL REGGIO EMILIA**

4.1 CENNI NORMATIVI

4.2 ADI: I REQUISITI SECONDO LA DGR N. 221/2015

4.3 CONTESTO LOCALE

4.4 SISTEMA DI GOVERNO E DI CONTROLLO

4.5 ANALISI SWOT

4.6 CONSIDERAZIONI SULLA MEDICINA GENERALE IN REGIONE EMILIA-ROMAGNA

#### **5. TABELLA: ANALISI COMPARATIVA DEI PRINCIPALI ELEMENTI DI CONFRONTO**

#### **6. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE**

#### **7. RIFLESSIONI FINALI**

#### **8. GLOSSARIO**

#### **9. SITOGRAFIA E BIBLIOGRAFIA**

## **ABSTRACT**

Partendo dall'analisi del quadro normativo e organizzativo delle cure domiciliari nei due contesti organizzativi oggetto di confronto (l'AUSL di Reggio Emilia e l'ASST Rodhense), effettuata anche mediante la tecnica dell'analisi SWOT, abbiamo considerato gli aspetti sui quali il riordino delle cure territoriali previsto dal PNRR potrà intervenire e incidere nell'ottica del potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Consci di eterogeneità presenti non solo a livello regionale ma anche a livello territoriale, in questa prima analisi abbiamo considerato i nostri contesti aziendali specifici. In questa prospettiva, questo lavoro si pone l'obiettivo di proporsi come uno strumento di analisi e monitoraggio delle due realtà presentate nella loro evoluzione attuale e futura. In conclusione vengono evidenziati alcuni profili di potenziale reciproco apprendimento tra le due realtà organizzative.

## 1. PREMESSA

La casa come primo luogo di cura viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale quale *setting* privilegiato dell'assistenza territoriale. Le cure domiciliari, nelle sue forme previste nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato<sup>1 2</sup>.

Negli ultimi anni la pandemia da SARS-CoV-2 ha reso ancora più evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale e organizzativa riguardanti la prevenzione e l'assistenza sul territorio e ha messo in luce l'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri territoriali e sociali.

L'esperienza ha inoltre rilevato la necessità di potenziare lo sfruttamento delle tecnologie più avanzate, di sviluppare elevate competenze digitali, professionali e manageriali e di nuovi processi per l'erogazione delle prestazioni e delle cure.

Le indicazioni del PNRR Missione 6 Salute<sup>3</sup> spingono ancora una volta ad allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti investendo sulle due componenti di:

- reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale (C1);
- innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale (C2).

Per quanto riguarda in particolare l'assistenza domiciliare, l'investimento 1.2 (Casa come primo luogo di cura e telemedicina) potenzia i servizi domiciliari come obiettivo fondamentale e mira ad aumentare il volume delle prestazioni fino a prendere in carico - entro la fine del 2026 - il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni. Destinatari sono in particolare gli affetti da una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. L'investimento riguarda inoltre il potenziamento della telemedicina come strumento per contribuire ad armonizzare gli standard di cura garantiti dalla tecnologia su tutto il territorio nazionale, garantire una migliore esperienza di cura e migliorare i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali attraverso protocolli di monitoraggio da remoto.

Sulla scorta del PNRR il Ministero della Salute ha adottato un regolamento, ancora in corso di approvazione, relativo all'adozione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN noto come "DM 71" (come ideale prosecuzione del precedente riordino delle strutture ospedaliere DM 70/2015)<sup>4</sup>.

Tale documento è stato anticipato da una documentazione correlata all'accreditamento: l'art. 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178 e la successiva intesa in CSR n. 151 del 4 agosto del 2021, che aiuteranno nel riformare i requisiti minimi per l'accreditamento delle cure domiciliari.

---

<sup>1</sup> Decreto Legislativo 502 /1992 Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421

<sup>2</sup> DPCM 29/11/2001 (definizione dei Livelli essenziali di assistenza)

<sup>3</sup> Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza missione 6 componente 1 "RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE"

<sup>4</sup> Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"

Questi nuovi documenti modificheranno in maniera radicale l'organizzazione di molte regioni con l'obiettivo di uniformare ed elevare gli standard, processo che va necessariamente monitorato alla stregua delle altre reti cliniche, come già avvenuto dopo il DM 70/2015 <sup>5 6</sup>.

---

<sup>5</sup> Decreto Legislativo 30 dicembre 2020, n. 178 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023."

<sup>6</sup> Intesa Stato Regioni n. 151 del 4 agosto del 2021 "Requisiti di autorizzazione e di accreditamento per lo svolgimento delle CURE DOMICILIARI"

## **2. ANALISI DEL CONTESTO**

### **2.1 DEFINIZIONE DI “CURE DOMICILIARI E ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA”**

Le Cure Domiciliari si collocano nella rete dei servizi socio-sanitari territoriali e garantiscono alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità percorsi assistenziali a domicilio assicurando la continuità dell'assistenza tra ospedale e territorio.

Nella popolazione di età superiore a 65 anni, l'evoluzione delle condizioni di salute del paziente tipo può essere riassunta in tre fasi, fortemente influenzate da variabili quali caratteristiche del territorio in cui si vive, tipologia di supporto che si ha da parte del nucleo familiare e non, disponibilità economica nell'attivazione di servizi.

Nella prima fase, la presenza di uno stato di salute “buono” dove, anche se presenti più patologie, gli episodi di peggioramento clinico sono rari rende minime le necessità di tipo sanitario puro. In questa fase sono richiesti maggiormente reti di supporto familiare e non come badanti. Tipicamente, per questa tipologia di pazienti vengono attivati servizi come il SAD, i Servizi infermieristici spot/prestazionali e/o l'ADP (Assistenza Domiciliare Programmata). Pertanto, la prospettiva è quella di garantire un supporto per il mantenimento dell'autonomia del soggetto principalmente dal punto di vista sociale ma a bassissima intensità dal punto di vista sanitario.

Nella seconda fase si interviene maggiormente attraverso il servizio sanitario nella sua accezione tradizionale (es., con il supporto dell'ADI classico) in quanto l'intento principale è di evitare l'ospedalizzazione.

Nella fase finale si introduce il concetto di “alta complessità”, spesso attraverso l'intervento delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD), che lavorano su una condizione non modificabile e sul definire l'obiettivo del “morire bene”.

L'assistenza domiciliare si articola in livello Base e in Cure Domiciliari Integrate (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello) e consiste in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., prestati da personale sanitario e socio-sanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Il raggiungimento degli obiettivi di salute del soggetto rielaborata attraverso una visione unitaria, sin dalla prima necessità di intervento a domicilio e dalla prima identificazione di non autosufficienza, considera l'esistenza di una collaborazione organica di più enti e servizi, pertanto è auspicabile l'integrazione “ab initio” di tutte le organizzazioni coinvolte per la presa in carico globale ed integrata del soggetto.

Le risposte assistenziali, differenziate per intensità e complessità, sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale (VMD) e della conseguente formulazione di un Progetto di Assistenza Individuale integrato (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI). La VMD è effettuata dall'unità valutativa che garantisce anche la

rivalutazione periodica della persona assistita e definisce criteri di dimissione o passaggio ad altri *setting* assistenziali <sup>7 8 9</sup>.

## **2.2 SCOPO DEL LAVORO**

Il nostro lavoro propone una disamina del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata in due differenti contesti regionali di Lombardia ed Emilia Romagna.

Abbiamo descritto e analizzato il quadro normativo e valutato, attraverso la tecnica dell'analisi SWOT, criticità e punti di forza dei due modelli che risentono di una organizzazione sanitaria e sociosanitaria derivante da differenti politiche sanitarie regionali.

Nell'ambito dei due contesti regionali esaminati si evidenziano ulteriori eterogeneità inter-aziendali.

Per quanto riguarda la Regione Lombardia esiste una eterogeneità di comportamenti nelle diverse aree territoriali declinate sulla base del retaggio organizzativo delle ex ASL (Aziende Sanitarie Locali).

La Regione Emilia-Romagna punta da tempo ad una organizzazione del proprio Servizio Sanitario orientato alla "territorializzazione" delle cure in una visione uniforme e omogenea su tutto il territorio regionale: il servizio di assistenza domiciliare è stato pensato come un servizio di assistenza integrato, sanitaria e socio-sanitaria, organizzato per permettere alle persone ammalate, quando possibile, di rimanere al proprio domicilio, vicino alla famiglia e nella realtà sociale di appartenenza. Nei contesti provinciali differenti sono stati definiti specifici accordi locali che variano l'attuazione della presa in carico a domicilio, per una governance maggiormente legata al territorio.

Pertanto si è deciso di trattare le realtà in cui i membri del gruppo di lavoro operano maggiormente al fine di descrivere con maggior precisione modalità organizzative e attuative della presa in carico a domicilio.

## **3. ASST-RHODENSE**

L'attuale contesto di erogazione delle prestazioni di ADI in Regione Lombardia è regolato dalle Delibere di Giunta Regionale (DGR) n. 3541/12 e n. 3584/12 con successiva evoluzione della DGR n. X/7770 del 17 gennaio 2018 "Interventi di programmazione in materia di assistenza domiciliare

---

<sup>7</sup> Accordo Stato-Regioni sancito il 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR). Piano Nazionale della Cronicità.

<sup>8</sup> World Health Organization. Guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: World Health Organization; 2019

<sup>9</sup> Intesa Stato-Regioni sancita il 25 luglio 2012 (Rep. Atti n. 151/CSR). Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore



integrata”, in allegato e a cui si rimanda per completezza, che definisce la cornice normativa regionale entro la quale si svolge l’attività domiciliare <sup>10 11 12 13 14</sup>.

Nella nostra Azienda ASST Rhodense il modello è stato applicato seguendo le tradizionali modalità mutate dalle procedure in atto nella ex ASL.

### **3.1 CRITERI DI ACCESSO E DESTINATARI DELL’ADI**

Il servizio ADI si rivolge a persone residenti in Regione Lombardia, di qualunque età, che necessitano di cure domiciliari in quanto in situazione di fragilità e che presentino tutte le seguenti condizioni:

- bisogni sanitari e sociosanitari gestibili al domicilio;
- non autosufficienza, parziale o totale, di carattere temporaneo o definitivo;
- non deambulabilità e non trasportabilità, con i comuni mezzi, presso i servizi ambulatoriali territoriali;
- presenza di una rete familiare formale e/o informale di supporto;
- condizioni abitative che garantiscono la praticabilità dell’assistenza.

È possibile garantire l’accesso al servizio per i cittadini non residenti in Lombardia nel rispetto della normativa vigente in tema di compensazioni interregionali e, per i cittadini stranieri non iscritti al SSR, secondo le specifiche normative in materia di erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

### **3.2 IL SISTEMA DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

#### **Attivazione del servizio:**

Le prestazioni di assistenza domiciliare sono attivate su iniziativa del medico di medicina generale/pediatra di libera scelta oppure del medico specialista ospedaliero, con prescrizione su ricettario regionale non digitale che deve indicare:

- la diagnosi principale di patologia ed eventualmente le secondarie;
- la/e motivazione/i della richiesta di ADI.

Le prestazioni vengono erogate da Enti Gestori accreditati, scelti dall’utente/famiglia.

Insieme alla richiesta, viene fornito anche l’elenco degli Enti Gestori nel quale l’utente dovrà contattare l’Ente Gestore prescelto per concordare tempi e modalità di presa in carico.

---

<sup>10</sup> Deliberazione Giunta Regionale Lombardia 3541/12 “definizione dei requisiti specifici per l’esercizio e l’accreditamento dell’assistenza domiciliare integrata”

<sup>11</sup> Deliberazione Giunta Regionale Lombardia 3584/12 “Determinazioni in ordine all’allegato A) alla DGR N. 3541 DEL 30/05/2012”

<sup>12</sup> Deliberazione Giunta Regionale Lombardia n. 7770/2018 “iter strumentale per l’adozione del nuovo modello di ADI”

<sup>13</sup> Deliberazione Giunta Regionale Lombardia n.7089/2012 “Contratto per la definizione dei rapporti giuridici e economici per la realizzazione dell’ADI”.

<sup>14</sup> DGR 5954/2016: introduzione del budget e conclusione sperimentazione post-acuti e integrazione nella normale erogazione ADI.

La presa in carico da parte dell'Ente Gestore deve essere di norma garantita entro 72 ore, salvo le urgenze segnalate dal medico, che devono essere prese in carico entro 24 ore.

Ogni riammissione al servizio, a seguito di precedente dimissione, richiede una nuova prescrizione medica.

### **Incompatibilità:**

L'erogazione di ADI, ad eccezione di pazienti in carico con profilo prestazionale, non è compatibile con la fruizione contemporanea di:

- strutture residenziali e semiresidenziali di tipo sanitario e sociosanitario con la sola eccezione della comunità Alloggio;
- misure innovative quali RSA aperta, residenzialità assistita, Comunità minori disabili gravissimi, residenzialità assistita per religiosi/e;
- prestazioni domiciliari rese da altre u.d.o. sociosanitarie e sanitarie, con esclusione della telemedicina.

Non sono riconducibili ad ADI gli interventi svolti presso le scuole a favore di alunni (insulinoterapia, gestione PEG, tracheostomia, broncoaspirazione, etc).

Laddove valutato strettamente necessario ed appropriato in funzione della risposta ai bisogni rilevati, previa autorizzazione da parte di ATS, risulta invece compatibile l'erogazione di profilo prestazionale (vedi paragrafo relativo) per persone che frequentano CDI/CDD a part time.

### **Valutazione:**

A seguito della richiesta di attivazione, previa verifica dei criteri di accesso e di eventuali incompatibilità, deve essere effettuata la valutazione multi dimensionale (VMD) al domicilio per la definizione del progetto individuale di assistenza (PI) e del Piano di Assistenza Individuale (PAI).

La valutazione, ai fini dell'ammissione al servizio ADI, viene effettuata attraverso i seguenti strumenti:

- Scheda di valutazione di primo livello
- InterRAI Home Care per la valutazione di secondo livello

#### **a. Valutazione di primo livello**

La valutazione di primo livello viene effettuata al primo contatto con l'assistito/caregiver familiare/informale ed ha l'obiettivo di identificare i bisogni complessi di natura sociosanitaria (indirizzati alla valutazione di secondo livello) distintamente dai bisogni che possono essere soddisfatti attraverso prestazioni monoprofessionali, limitate nel tempo indirizzando la persona verso un'altra unità d'offerta della rete dei servizi, meglio rispondente ai bisogni rilevati.

#### **b. Valutazione di secondo livello**

La Valutazione multidimensionale di secondo livello indaga sia i bisogni socio-sanitari sia i bisogni sociali e le risorse attivabili all'interno del contesto familiare.

La rilevazione dei bisogni attraverso la valutazione di secondo livello si traduce in un profilo assistenziale cui corrisponde una valorizzazione economica.

In relazione alla complessità assistenziale rilevata, viene quindi definito un progetto individuale che contempla obiettivi, tipologia degli interventi, figure professionali coinvolte tempi, durata e che, in maniera coerente, dovranno tradursi in un PAI.

La valutazione di secondo livello deve essere, di norma, effettuata al domicilio della persona da figure professionali in possesso di formazione specifica documentata all'uso dello strumento di valutazione InterRAI HC.

La valutazione di secondo livello deve essere effettuata:

- in fase di attivazione dell'ADI,
- sempre dopo un ricovero
- ad ogni variazione delle condizioni clinico-assistenziali certificate dal Medico (MMG/PdF, Specialista, Clinical Manager, etc) che possono determinare la modifica del profilo
- dopo una sospensione superiore a 15 giorni
- periodicamente, in relazione alle indicazioni regionali e nazionali, e comunque ogni 90 gg durante la presa in carico.

### **La presa in carico, la definizione del progetto individuale (PI) e del piano di assistenza individuale (PAI)**

La presa in carico dell'assistito da parte dell'erogatore prende avvio dalla valutazione e prevede: il coinvolgimento del MMG/PLS, la definizione del progetto di cura integrato che può contemplare anche interventi in capo al Comune, ad altro Gestore, come nel caso di pazienti inseriti nei percorsi della cronicità (DD.G.R. n. 6164/17 e n. 6551/17), la definizione del PAI, l'individuazione del case manager, generalmente infermiere già coinvolto nell'assistenza cui viene affidato il compito di assicurare la regia ed il coordinamento dell'intero processo assistenziale, l'erogazione degli interventi coerenti con i bisogni rilevati e con il progetto, il monitoraggio continuo, la dimissione che deve essere sempre motivata.

Sulla base dei bisogni emersi con la VMD è prevista la definizione del PI e del PAI.

Il PI definisce: gli obiettivi di cura, la tipologia degli interventi, la relativa durata, le figure professionali coinvolte e l'impegno assicurato dal caregiver familiare/informale che, in maniera coerente, dovranno poi tradursi in un PAI.

Il PAI, in coerenza con il PI, definisce la pianificazione degli interventi appropriati, delle relative tempistiche e frequenze delle prestazioni da erogare, compreso il coinvolgimento dei familiari/caregiver che, nel rispetto dei ruoli e delle competenze e previo training da parte degli operatori qualificati, possono diventare parte attiva del processo assistenziale.

PI e PAI devono essere condivisi e sottoscritti tra le parti (interessato/familiare/Amministratore di sostegno/Tutore ed erogatore), devono essere disponibili nel Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario (FaSAS) e nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), aggiornati e conservati nel rispetto delle norme vigenti.

## I profili

Sulla base dei bisogni rilevati attraverso la VMD e considerando il coefficiente di intensità assistenziale (CIA), viene definito il profilo di assistenza cui corrisponde una valorizzazione economica. Nella nostra Azienda un'équipe multiprofessionale afferente ad una UOC territoriale effettua la valutazione multidimensionale domiciliare iniziale cui segue la definizione del profilo. L'ente gestore scelto dal paziente esegue a sua volta la VMD la cui congruità viene confrontata con quella aziendale.

Il CIA, indicatore appositamente pensato per l'Assistenza domiciliare, è calcolato come rapporto tra il numero di Giornate Effettive di Assistenza (GEA) e il numero di Giornate di Cura (GeA/GdC), ovvero tra il numero di giornate in cui viene eseguito almeno un accesso al domicilio e il numero totale di giornate di presa in carico. Il valore del CIA può variare da 0 a 1, laddove 0 indica nessuna necessità di assistenza ed 1 la necessità di assistenza quotidiana.

Le prestazioni dovranno essere distribuite nell'arco di tempo definito in coerenza con gli obiettivi previsti dal PI e dal PA.

Il D.P.C.M. del 12 gennaio 2017, sulla base del CIA, prevede la definizione dei seguenti livelli assistenziali:

Livello di base/PRESTAZIONALE: CIA < 0,14: comprende prestazioni sanitarie (erogate da medico, infermiere, fisioterapista, educatore, terapeuta occupazionale, etc.) in risposta a bisogni di bassa complessità e che non richiedono di norma integrazione sociosanitaria. In generale sono interventi monoprofessionali a "spot" o continuativi che non prevedono la VMD.

- I° Livello: CIA 0,14 – 0,30
- II° Livello: CIA 0,31 – 0,50
- III° Livello: CIA > 0,50

I°, II°, III° Livello: sono livelli con CIA uguale o superiore a 0,14, prevedono la valutazione di secondo livello (VMD) e definiscono profili di maggior intensità assistenziale poiché i servizi sanitari si integrano con le prestazioni di carattere sociale di competenza degli Enti Locali.

Per ogni profilo sono definiti "sotto profili b", caratterizzati dall'integrazione di interventi sanitari e interventi tutelari e di aiuto infermieristico e viene stabilito che questi ultimi possono essere erogati nella misura massima del 30% degli interventi sanitari previsti.

- Profilo Post acuta in ambito di Assistenza Domiciliare (CIA = 1). Prevede da 20 a 30 accessi ogni 15 Giornate di Cura (GdC)

esclusivamente a pazienti in dimissione protetta da reparto ospedaliero, "clinicamente complessi", in condizioni di stabilità clinico - funzionale precaria che, per poter rientrare al domicilio, necessitano di un'assistenza assidua e costante e di interventi ad alta intensità assistenziale, per una durata di 15 giorni, erogato per non più di due volte consecutive, prevedendo un solo rinnovo finalizzato alla stabilizzazione delle condizioni e potendone assicurare la continuità assistenziale in regime di ADI con altro profilo di minor intensità.

## **Sospensione dell'erogazione**

La sospensione dell'erogazione può avvenire per diversi motivi riferibili unicamente al paziente.

La sospensione non interrompe la presa in carico in caso di assenze inferiori a 15 gg.

Per sospensioni superiori a 15 giorni la persona deve essere dimessa e deve quindi essere predisposta una nuova ammissione al servizio, garantendo la continuità con il percorso di presa in carico.

## **Dimissione**

La dimissione dal servizio con chiusura del FaSAS avviene:

- per "conclusione" dell'assistenza in seguito al raggiungimento degli obiettivi
- assistenziali definiti nel PI/PAI
- in caso di cambio dell'erogatore da parte del paziente/familiari
- nel caso il cittadino decida volontariamente di non avvalersi più del servizio
- per Invio ad altra unità d'offerta/ricovero
- per sospensione del PAI superiore a 15 giorni
- per decesso

L'eventuale ripresa in carico anche ad opera dello stesso erogatore deve essere intesa come nuovo ricovero domiciliare. In questo caso, dovrà essere ripercorso tutto l'iter, partendo dalla valutazione del bisogno, fino all'attribuzione del profilo.

## **Raccordo ospedale – territorio: ammissioni e dimissioni protette**

Il raccordo ospedale – territorio viene stabilito attraverso la definizione di protocolli, accordi locali tra le strutture ospedaliere e territoriali, compresi i Comuni e MMG/PLS, sulla base di linee d'indirizzo/linee guida definite dall'ATS (Percorso di Dimissione/Ammissione Protetta condivise con tutti gli attori della rete) <sup>15</sup>.

ASST Rhodense dispone di un protocollo aziendale di dimissione protetta per regolamentare il processo di dimissione ospedaliera, con particolare riguardo all'organizzazione della dimissione difficile, al fine di assicurare la continuità di cura al paziente fragile. (7)

Tale protocollo prevede la figura del case manager ospedaliero, ossia l'infermiere che si occupa del percorso di dimissione non ordinaria del paziente, attivando e coordinando tutti gli operatori ospedalieri e territoriali che, insieme alla famiglia, partecipano ad assicurare continuità al percorso di dimissione, a medio ed alto rischio individuato secondo la scala di BRASS.

A seguito dell'attivazione dei servizi territorialmente competenti da parte del case manager ospedaliero, viene coinvolto il case manager territoriale, ossia il coordinatore infermieristico della U.O.C. Welfare che verifica l'adeguatezza delle richieste pervenute, attiva l'equipe territoriale, pianifica l'incontro con il case manager ospedaliero per valutare congiuntamente le necessità del paziente in dimissione e prendere in carico il caso.

---

<sup>15</sup> ATS Milano Città Metropolitana "Assistenza Domiciliare Integrata"  
<https://www.ats-milano.it/index.php/strutture-sociosanitarie-adi-cure-palliative/adi>.

L'incontro fra equipe territoriale e case manager ospedaliero è previsto entro le 72 ore dalla ricezione della scala di Brass. L'esito di questo confronto deve divenire patrimonio informativo anche per i servizi socio-assistenziali dei Comuni affinché tempestivamente dispongano di tutte le indicazioni utili per l'attivazione per gli interventi di competenza

L'equipe del servizio territoriale, coinvolta nella gestione dell'assistenza al domicilio, effettua la valutazione multidimensionale del bisogno, definisce il progetto di cura personalizzato (PI) con individuazione degli obiettivi di cura, delle tipologie di intervento e della frequenza degli accessi.

Nello specifico:

- a) contatta i familiari del paziente per approfondire l'anamnesi sociosanitaria e fornire loro le indicazioni in merito al percorso di dimissione;
- b) fornisce ai familiari completa informazione relativamente agli enti accreditati, di cui consegna l'elenco per consentirne la scelta;
- c) programma la visita domiciliare per la valutazione multidimensionale e la conseguente compilazione delle scale di valutazione regionali (entro 72 ore lavorative dal rientro dell'assistito al domicilio), contattando il MMG per informare sulla data e l'orario della possibile visita domiciliare congiunta;
- d) si coordina con gli altri servizi ASST, laddove necessario, per l'attivazione degli interventi finalizzati alla fornitura degli opportuni ausili e dispositivi atti ad assicurare la continuità terapeutica (nutrizione artificiale, ossigenoterapia, ventiloterapia, protesica maggiore, protesica minore, assorbenti) e ne dà informazione al case manager ospedaliero della dimissione;
- e) si interfaccia con lo sportello voucher per i necessari adempimenti;
- f) si interfaccia con i servizi comunali per l'attivazione degli interventi di competenza.

La famiglia è supportata nell'intero processo di cura, a cui partecipa attivamente anche attraverso la scelta dell'ente accreditato.

Il giorno della dimissione l'ente accreditato scelto dai familiari è già attivo per prestare le azioni necessarie nel rispetto del PAI.

### **Prestazioni erogabili**

Sono erogabili le prestazioni mediche, infermieristiche, di aiuto infermieristico, riabilitative, educative, psicologiche e di assistenza tutelare.

Per le prestazioni riabilitative, erogabili a domicilio sempre a fronte di PRI redatto dal fisiatra che stabilisce obiettivi, frequenza, tempi e durata che costituiscono il proseguimento di quanto realizzato nelle fasi precedenti e riguardano persone impossibilitate ad accedere ai servizi ambulatoriali secondo certificazione dal medico specialista in sede di redazione del progetto di intervento domiciliare.

Per quanto attiene invece alle prestazioni tutelari di natura socio-assistenziale sono erogabili al domicilio in regime di ADI ad esclusione di quelle di stretta pertinenza sociale.

### **3.3 SISTEMA DI GOVERNO E DI CONTROLLO**

È in capo ad ATS (Agenzia di Tutela della Salute) - ex ASL, il cui ruolo è quello di assicurare:

- l'accreditamento e la contrattualizzazione degli erogatori ADI
- la compilazione e l'aggiornamento degli elenchi degli erogatori accreditati nei rispettivi ambiti territoriali e la loro capillare divulgazione ed informazione a MMG/PLS e ai Comuni
- la formazione degli erogatori
- l'acquisizione dei nominativi degli operatori formati
- il controllo ex ante delle valutazioni, effettuate secondo indicatori preventivamente individuati
- il monitoraggio in itinere del processo valutativo/erogativo
- l'identificazione di azioni di miglioramento
- la verifica ex post della coerenza tra erogazione e valutazione, tra risorse impiegate e bisogni rilevati

## Accreditamento degli Enti gestori: principali requisiti

Requisiti strutturali e tecnologici specifici	
Sede	<p>Sede operativa facilmente raggiungibile dall'utenza e funzionale alle attività organizzative e gestionali, con la seguente articolazione degli spazi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- locale con funzioni di segreteria e front-office per la gestione delle segnalazioni e delle richieste di attivazione nonché per la conservazione della documentazione sanitaria degli assistiti in conformità al D.L.vo 196/03 in materia di privacy</li> <li>- uno o più locali ad uso magazzino sanitario da gestire in conformità alle normative in materia di tenuta di farmaci e presidi sanitari</li> <li>- locali adeguati per i colloqui e le riunioni d'equipe.</li> </ul> <p>La sede operativa deve essere presente in ciascun distretto ATS in cui opera l'erogatore ADI o in un distretto confinante, anche afferente ad altra ATS. La sede può essere collocata all'interno di un'altra unità d'offerta sociosanitaria, anche condividendo il locale magazzino e il locale colloqui e riunioni, purché funzionalmente adeguati.</p>
Segnaletica	Presenza di idonea segnaletica nell'area esterna dell'edificio che ospita la sede operativa, con gli orari di apertura e i riferimenti telefonici
Attrezzature e DPI	<p>La Struttura deve assicurare la disponibilità e le condizioni di buon utilizzo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- divise e dispositivi di protezione individuale, in coerenza con le norme relative alla prevenzione ed alla protezione dei lavoratori dai rischi collegati all'attività domiciliare</li> <li>- mezzi di trasporto (in base alle caratteristiche del territorio) per il raggiungimento del luogo di vita dell'utente da parte degli operatori</li> <li>- adeguati mezzi informatici e di comunicazione.</li> </ul>

Requisiti organizzativi e gestionali specifici	
Equipe assistenziale	Ad ogni paziente deve essere assegnata una equipe assistenziale per la durata della presa in carico. Tutti gli operatori devono assicurare l'integrazione dei propri interventi ed il trasferimento reciproco delle informazioni, anche al medico di medicina generale dell'assistito, al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi assistenziali.
Figure professionali	<p>Le prestazioni sono erogate da un'equipe multidisciplinare composta almeno da:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- medico con specializzazione in geriatria o medicina interna o equipollenti</li> <li>- infermiere</li> <li>- ASA/OSS</li> </ul> <p>Sono inoltre assicurati i profili professionali di medico fisiatra, fisioterapista o altri professionisti della riabilitazione, dietista, psicologo e assistente sociale e eventuali altre figure attivabili in funzione dei bisogni delle persone in carico e in base al PAI.</p>
Segreteria	È attivo il servizio di segreteria con servizio di front-office, anche telefonico, per almeno 7 ore al giorno dal lunedì al venerdì, con la possibilità di accoglimento dei messaggi degli assistiti tramite segreteria telefonica negli orari di chiusura.
Copertura/continuità assistenziale	<p>Gli interventi sono programmati e articolati in base al PAI:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 7 giorni su 7</li> <li>- per 49 ore settimanali.</li> </ul>



Reperibilità telefonica	Disponibilità di un servizio di reperibilità telefonica attivo per 7 giorni /settimana, disponibile dalle 9 alle 18
Care Manager	È individuata la figura del care manager con funzione di coordinamento di natura gestionale-organizzativa sulle attività assistenziali di uno o più pazienti in carico alla struttura.
Case Manager	È individuata, per ogni persona in carico, la figura del case manager con funzione di coordinamento del percorso individuale dell'assistito e del suo nucleo familiare e di referente della continuità del percorso stesso
Equipe medico-infermieristica assegnata	È individuato, all'interno dell'equipe, il personale sanitario (medico e infermieristico) di riferimento per ogni paziente, al fine di garantire la continuità del rapporto con l'assistito e la famiglia.
Tempestività della presa in carico	La presa in carico rispetta le seguenti tempistiche: <ul style="list-style-type: none"> <li>- la presa in carico (ossia il tempo che trascorre dalla data del primo contatto alla definizione del PAI) deve essere garantita entro 5 giorni lavorativi, salvo urgenze segnalate dal medico o dalla struttura ospedaliera, che devono essere prese in carico entro 48 ore.</li> <li>- Le prestazioni di riabilitazione richieste devono essere attivate entro 72 ore, in caso di dimissione ospedaliera a seguito di eventi acuti, per gli altri casi anche successivamente alle 72 ore ma entro un massimo di 15 giorni effettivi.</li> </ul>
Materiale informativo	È presente il materiale informativo, che l'equipe consegna a domicilio, completo di: <ul style="list-style-type: none"> <li>- modalità della reperibilità telefonica</li> <li>- recapito telefonico e orari di attività della segreteria</li> <li>- composizione dell'equipe medico infermieristica assegnata.</li> </ul>
Documentazione sanitaria	Adozione del FASAS, redatto secondo le normative vigenti. Il diario assistenziale è lasciato presso il domicilio della persona assistita per la registrazione delle prestazioni erogate dai diversi operatori, datate e controfirmate dall'operatore e dall'assistito o del care giver, al fine di assicurare l'integrazione degli interventi ed il trasferimento reciproco delle informazioni per il raggiungimento degli obiettivi assistenziali.
PI e PAI	Copia del Progetto e Piano di assistenza individuale devono essere disponibili presso il domicilio della persona assistita.
Protocolli e programmi	È garantita la presenza di protocolli formalizzati definiti nel rispetto delle linee guida e delle indicazioni normative internazionali, nazionali e regionali, periodicamente rivisti ed oggetto di diffusione/confronto documentato con il personale interessato almeno per: <ul style="list-style-type: none"> <li>• modalità di pulizia, disinfezione e sterilizzazione degli strumenti ed accessori</li> <li>• prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito</li> <li>• gestione del catetere vescicale;</li> <li>• gestione delle stomie;</li> <li>• gestione della nutrizione artificiale domiciliare (NAD) enterale e parenterale;</li> <li>• gestione delle medicazioni;</li> <li>• attività di educazione alla salute rivolta ai familiari della persona assistita o ad altri caregiver non professionali;</li> <li>• igiene personale;</li> <li>• gestione dell'incontinenza;</li> <li>• mobilitazione della persona assistita;</li> <li>• gestione dell'ossigenoterapia;</li> <li>• trasporto del sangue e dei campioni biologici mediante contenitori idonei;</li> <li>• identificazione degli eventi avversi più importanti per frequenza e gravità.</li> </ul>
	È garantita la presenza di programmi formalizzati almeno per: <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia</li> <li>- la formazione continua specifica del personale</li> <li>- la collaborazione con le associazioni di volontariato.</li> </ul>

### 3.4 ANALISI SWOT

<p><b>S</b>TRENGTHS</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Libera scelta di Ente Gestore da parte del cittadino</li><li>➤ Libera risorse per il pubblico (personale sanitario e assistenziale)</li><li>➤ VMD precedente l'attivazione del voucher</li><li>➤ Monitoraggio trimestrale delle prestazioni erogate condiviso con MMG</li><li>➤ Sinergia tra operatori sanitari ospedalieri e territoriali</li></ul>	<p><b>W</b>EAKNESSES</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Erogazione di prestazioni non integrate al bisogno</li><li>➤ Affidabilità vs costi Ente Gestore</li><li>➤ Mancata integrazione tra valutazione e prestazione</li><li>➤ Possibilità di rifiuto della presa in carico da parte dell'Ente Gestore</li><li>➤ Mancato convenzionamento MMG</li><li>➤ Scarsità di risorse umane</li><li>➤ Flussi informativi non adeguati</li></ul>
<p><b>O</b>PPORTUNITIES</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Migliore allocazione delle risorse</li><li>➤ Superamento del conflitto di interessi</li><li>➤ Sperimentazione di nuove forme di collaborazione pubblico/privato</li><li>➤ Possibilità di attivazione della componente sociale</li><li>➤ Coinvolgimento multidisciplinare</li></ul>	<p><b>T</b>HREATS</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Difficoltà di scelta di Ente Gestore da parte del cittadino</li><li>➤ Eccessivi tempi di attesa per presa in carico</li><li>➤ Ruolo marginale del domicilio come setting di cura nel modello ospedale-centrico</li><li>➤ Possibile decremento della qualità delle prestazioni a causa di mancata revisione delle tariffe</li></ul>

#### Discussione Analisi SWOT

Dall'analisi dettagliata della SWOT ricavata dal nostro contesto, alla luce degli spunti di miglioramento e riorganizzazione proposti dal PNRR nell'ambito della domiciliarità e prossimità, si evidenziano molti spunti di ottimizzazione in alcune aree specifiche: il maggiore coinvolgimento del MMG nell'equipe di cura come garante della presa in carico globale del paziente e dell'attivazione delle componenti sociali, il potenziamento dell'utilizzo della telemedicina e dei suoi strumenti con un crescente coinvolgimento delle competenze specifiche dei geriatri e degli infermieri di famiglia sui percorsi di cura del paziente cronico e degli over 65.

Emergono criticità legate al mancato adeguamento delle tariffe e alla scarsità di risorse di cui dispongono gli Enti Gestori accreditati che si possono tradurre in eccessivi tempi di attesa per la presa in carico e nel possibile ritardo di avvio del servizio, a fronte di una garanzia di pluralità di offerta.

Nel nostro territorio, la VMD preliminare eseguita da ASST rappresenta un indubbio carico di lavoro “aggiuntivo” ma, per contro, consente di attivare in modo puntuale le richieste pervenute e di identificare bisogni non espressi o non conosciuti dall’inviante contribuendo in tal modo ad una presa in carico integrata dei bisogni dell’utente.

Il nodo della scarsità delle risorse riguarda però anche il personale di ASST, tenuto sia alla VMD iniziale che ai controlli periodici; inoltre, si occupa anche del raccordo con il servizio sociale territoriale (come precedentemente descritto) in merito al percorso di dimissione protetta per il domicilio e la realizzazione di servizi saldamente integrati in rete nel territorio e con la rete ospedaliera che non è sempre ottimale nonostante le adeguate intenzioni della normativa.

La disomogeneità nella modalità e accessibilità della raccolta dati, legata alla possibilità di ASST e Enti Gestori di utilizzare programmi non in rete tra loro, rappresenta un ulteriore *vulnus* del nostro sistema territoriale.

Le raccomandazioni della Commissione Europea del 2019 in merito alle cure domiciliari indirizzano all’obiettivo della presa in carico, entro la metà del 2026, del 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni con condizioni di fragilità o non autosufficienza. Tale obiettivo pare raggiungibile esclusivamente con un programma di sviluppo di tutti i diversi strumenti della telemedicina: i dati relativi al nostro territorio evidenziano che l’attuale volume di prestazioni domiciliari riguarda, negli ultimi tre anni, circa il 4% di tale popolazione che beneficia di servizi erogati in presenza.

Non sembra quindi verosimile, al momento attuale, il raggiungimento dell’obiettivo di presa in carico del 10% della popolazione anziana, ipotizzando nei prossimi anni un ulteriore incremento del numero di utenti e di una loro possibile maggiore fragilità sanitaria e sociale.

La necessità di razionalizzare l’impiego di risorse umane sempre più limitate deve orientare gli sforzi verso l’investimento sulle potenzialità offerte da nuove tecnologie sia sull’utilizzo della telemedicina per il supporto ai pazienti con malattie croniche. Gli sforzi sull’avvio di un programma di telemedicina e telemonitoraggio risulta indispensabile nella nostra realtà territoriale che attua la telemedicina solo in piccoli settori specialistici (ad esempio lo scompenso cardiaco) ma non sul paziente anziano fragile o sul paziente cronico, nonostante l’esperienza di un progetto multidisciplinare di telemonitoraggio di pazienti COVID positivi nelle fasi di emergenza pandemica abbia dato risultati soddisfacenti sia per l’utenza che per gli operatori.

Tema fondamentale ma attualmente non oggetto degli investimenti necessari riguarda l’informatizzazione dei processi clinico-assistenziali per favorire un approccio integrato alla cura del paziente e consentire di misurare e valutare l’assistenza prestata.

Fulcro e raccordo delle attività contiamo possa essere la Centrale Operativa Territoriale (COT), progettata ma ancora non attiva, che dovrebbe funzionare come centro di coordinamento delle attività di assistenza domiciliare e di telemedicina, indispensabile per rendere effettiva l’assistenza domiciliare 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 ed estendere un modello di presa in carico continuativa e complessa quale quello già in atto per le Cure Palliative Domiciliari.

### 3.5 CONSIDERAZIONI SULLA MEDICINA GENERALE IN REGIONE LOMBARDIA

La medicina generale nel contesto regionale lombardo presenta criticità correlata alla divisione in ATS e ASST. Le ATS secondo la riforma sanitaria lombarda del 2015 [DGR n. 23/2015] dovevano assumere principalmente il ruolo di gestione e controllo mentre la parte erogativa veniva demandata alle singole ASST e agli enti Erogatori.

Una delle grandi eccezioni sono state le cure primarie e con esse la Medicina convenzionata di medicina generale e pediatria di libera scelta, rimaste all'interno delle Agenzie. Questo ha reso difficoltoso il coinvolgimento delle cure primarie da parte delle ASST nella strutturazione dei percorsi di assistenza territoriale.

Nella nuova riforma sanitaria in corso di attuazione [DGR n. 22/2021] la questione parrebbe risolta dall'integrazione delle cure primarie nelle ASST e dal reintegro della struttura del distretto.

Il percorso maggiormente sviluppato negli anni per la medicina generale risulta essere la presa in carico del paziente cronico con la strutturazione del progetto di presa in carico della cronicità e la forte spinta alla logica del PAI. Questo ha permesso di perfezionare in larga parte competenze da parte dei professionisti della medicina generale che vanno a personalizzare i percorsi di pazienti cronici per la corretta gestione dell'insieme di patologie che presentano.

Allo stesso tempo sono state incentivate forme organizzative, come le cooperative della medicina generale, che hanno permesso di sviluppare - partendo dai bisogni percepiti dei professionisti - servizi che si adattassero alle loro esigenze e al territorio di cui facevano parte. Tra questi, non trascurabile è la strutturazione di software e piattaforme di telemonitoraggio che risultano pensate a partire dall'esperienza di come si struttura l'attività nel *setting* della medicina generale. Il passaggio mancante allo stato attuale è lo sviluppo di questo percorso nello specifico del *setting* domiciliare, dove il ruolo del medico di assistenza primaria sfuma non avendo accesso agli strumenti digitali di ADI sui quali si struttura l'assistenza degli altri attori e non risultando integrato nella strutturazione dei percorsi delle ASST e degli Enti Erogatori.

L'accreditamento se da un lato ha fornito una maggiore offerta e una maggiore accessibilità da parte dell'utenza, dall'altro presenta una maggiore difficoltà di controllo e gestione di quanto erogato nel territorio. I criteri di accreditamento presentano come valore aggiunto il definire standard che migliorano il servizio a domicilio: tutto quello che non viene delineato rende complessa la governance e la risposta celere per le esigenze contingenti o quando cambi di direzione sono necessari. Diventa problematico, ad esempio, se necessario un aumento del numero dei pazienti presi in carico o delle tempistiche con cui vengono erogate le cure o il variare della tipologia di assistenza. Pertanto, solo al momento della pianificazione è possibile trovare un equilibrio su quelle che potranno essere le "leve" su cui potrà intervenire. Non vengono resi disponibili né al cittadino né al MMG le varie modalità di orientamento nella vasta offerta di Enti Erogatori, non essendo fruibili indicatori che ne descrivano le caratteristiche e risultando neutri fino al momento dell'esperienza diretta. Lo spostamento del focus dall'attuale erogazione a prestazione ad un'ottica sul percorso ed esito del paziente potrebbe permettere un maggior coinvolgimento del MMG nella rilevazione dei bisogni ma anche nel monitoraggio e nell'orientamento dei percorsi insieme alla

persona assistita e, allo stesso tempo, una più puntuale restituzione di informazione a fini valutativi e predittivi da parte degli enti di governo dell'offerta.

## 4. AUSL REGGIO EMILIA

La Regione Emilia-Romagna, puntando da tempo ad una organizzazione del proprio Servizio Sanitario orientato alla “territorializzazione” delle cure, garantisce la tutela della salute e del benessere delle persone non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti di vario grado attraverso un programma per lo sviluppo e la qualificazione dei servizi domiciliari<sup>16</sup>.

Il servizio di assistenza domiciliare ha infatti lo scopo di permettere a questi soggetti di rimanere al proprio domicilio, vicino alla famiglia e nella realtà sociale di appartenenza.

Fin dalle prime proposte, concretizzatesi già nell’anno 1999 in alcune DGR, il servizio di assistenza domiciliare è stato pensato come un servizio di assistenza integrato, sanitaria e socio-sanitaria, organizzato per permettere alle persone ammalate, quando le condizioni cliniche e familiari lo consentono, di vivere il più possibile nel proprio ambiente, tra le persone care.

Presupposto essenziale è che l’assistenza a domicilio rimanga sempre collegata in rete con gli altri servizi sanitari, sia ospedalieri che territoriali, per garantire la continuità delle cure<sup>17</sup>.

L’equipe di assistenza domiciliare è sempre multi-professionale, solitamente composta dal medico di medicina generale (MMG) o pediatra di libera scelta (PLS), personale del Servizio Infermieristico Domiciliare (SID), assistente sociale e può coinvolgere altri specialisti e anche operatori delle associazioni di volontariato.

L’assistenza a domicilio prevede piani personalizzati di cura adeguati alle singole esigenze. Quando necessario, vengono offerti servizi sociali di aiuto alla persona e alla cura dell’abitazione.

### 4.1 CENNI NORMATIVI

Il modello organizzativo di cure domiciliari indicato nella DGR n. 124/1999 si è consolidato negli anni con la realizzazione delle equipe assistenziali multi-disciplinari e multi-professionali alla base dei Nuclei di Cure Primarie, articolazioni organizzative multiprofessionali del Dipartimento di Cure Primarie che devono perseguire il miglioramento delle cure territoriali nelle 24 ore e sette giorni su sette come previsto dall’accordo integrativo regionale del 2006<sup>18</sup> <sup>19</sup>. Tale modello, finalizzato a superare le modalità di erogazione “frammentarie” e separate per categorie di pazienti, aveva già in essere l’idea di individuare un modello unico di assistenza domiciliare integrata, sanitaria e socio-assistenziale, basato su livelli differenziati di intensità delle cure erogate in relazione ai bisogni assistenziali espressi dal singolo paziente. Pertanto, nello sviluppo delle cure domiciliari in quanto base privilegiata di azioni per garantire flessibilità ed efficacia agli interventi, si intravedeva già più di venti anni fa la strategia per il cambiamento dell’assistenza e della cura alla persona. Il Distretto, con l’istituzione del Dipartimento di Cure Primarie, e l’integrazione tra le professioni sono state individuate come le condizioni operative necessarie per produrre diagnosi e valutazione

---

<sup>16</sup> Regione Emilia Romagna Sociale, 2013

<sup>17</sup> Regione Emilia-Romagna Assessorato Politiche per la Salute, 2007

<sup>18</sup> Regione Emilia-Romagna DGR 124/1999

<sup>19</sup> A.I.R. Regione Emilia-Romagna, 2006

multidimensionale, selezionando risposte appropriate con riferimento alle diverse condizioni di bisogno di salute <sup>18</sup>.

Per sottolineare l'importanza della necessità di un sistema integrato, sono stati progettati fin da subito strumenti di monitoraggio. L'implementazione del flusso informativo (SI-ADI) per la raccolta di informazioni relative ai pazienti per i quali era stato predisposto un piano di assistenza domiciliare è stata migliorata nel tempo, sia in termini di qualità del dato raccolto, che di completezza e accuratezza dello stesso, rimanendo sempre aderenti anche a quelle che erano le linee di indirizzo normativo nazionale: così, con la Circolare Regionale n. 15/2009, è stato introdotto l'utilizzo e la rilevazione della scheda multi-dimensionale del paziente e dei singoli accessi al domicilio da parte degli operatori sanitari e socio-sanitari <sup>20</sup>.

Con l'avvio del percorso sulla realizzazione delle Case della Salute nel 2010, si procede nell'intento di "decentralizzare" le cure, guardando con sempre maggiore interesse al territorio e ad un modello integrato di assistenza. La Casa della Salute si propone quale luogo di prossimità dove si concentrano professionisti e servizi e dove si rafforza il concetto di assistenza condotta attraverso l'azione congiunta dei vari attori coinvolti (dai MMG ai medici specialisti, dagli infermieri agli assistenti sociali, dal personale allo sportello alle associazioni di pazienti e di volontariato)<sup>21</sup>.

Nell'ambito dell'accreditamento socio-sanitario, con la DGR n. 221/2015 la Regione ha infine definito i requisiti di qualità che devono essere garantiti dai servizi di assistenza domiciliare. Tale documento stabilisce che le cure domiciliari rappresentano una delle articolazioni organizzative del Dipartimento di Cure Primarie, individuando nelle Case della Salute un *setting* assistenziale con caratteristiche di forte integrazione interdipartimentale dove si realizza l'opportunità di integrare e coordinare le diverse competenze all'interno di percorsi assistenziali inter-professionali e multi-funzionali<sup>22</sup>.

#### **4.2 ADI: I REQUISITI SECONDO LA DGR N. 221/2015**

Il documento definisce l'ADI come un servizio presente in tutti i Distretti con il fine di dare una risposta essenziale per l'emergente domanda di salute di una popolazione con bisogni sempre più complessi. Essa si configura come modalità di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale che fornisce una forma di assistenza integrata prevedendo prestazioni sanitarie e/o un sostegno di tipo socio-assistenziale, se necessario, garantendo:

- interventi medici, infermieristici, riabilitativi necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale, migliorare la qualità della vita;
- supporto alle persone che assistono ("caregiver");
- interventi di aiuto alle attività di vita quotidiana<sup>22</sup>.

Per garantire una modalità assistenziale complessiva e complessa, tale da non considerare l'intervento domiciliare come un episodio assistenziale a sé stante e per superare la frammentarietà

---

<sup>20</sup> Circolare Regione Emilia-Romagna n. 15/2009

<sup>21</sup> DGR Regione Emilia-Romagna n. 291/2010

<sup>22</sup> DGR Regione Emilia-Romagna n. 221/2015

di diversi episodi di cura, l'integrazione tra territorio e ospedale, la rete dei servizi sanitari e sociali territoriali e tra professionisti, rimane elemento imprescindibile.

In quest'ottica, i destinatari di questa modalità di assistenza sono i malati di qualsiasi età, cronici, terminali, disabili gravi e gravissimi, malati dimessi da ospedali o strutture residenziali, con l'obiettivo di mantenere a domicilio queste persone non autosufficienti, favorendo il recupero delle loro capacità residue di autonomia e relazione.

L'équipe multi-professionale e multi-disciplinare identifica i bisogni assistenziali complessi attivando una valutazione:

- multi-professionale e multi-dimensionale dello stato funzionale della persona e della sua situazione sociale ed abitativa, in integrazione con gli operatori dei servizi sociali;
- che utilizza strumenti valutativi condivisi ed omogenei;
- finalizzata alla stesura di piani personalizzati di assistenza (PAI);
- che individui un responsabile "case manager" nell'ambito dell'équipe assistenziale<sup>22</sup>.

L'integrazione fra le professioni costituisce la condizione necessaria a realizzare una Valutazione Multi-Dimensionale (VMD) del paziente, a predisporre il Piano Assistenziale Individuale (PAI), ad erogare l'assistenza attraverso un'équipe multi-professionale (MMG/PLS, continuità assistenziale, infermiere, assistente sociale, operatori socio-sanitari) e ad individuare un responsabile organizzativo del caso che, in stretta collaborazione col responsabile terapeutico e sotto la responsabilità organizzativa del Responsabile Organizzativo dell'Assistenza Domiciliare (ROAD), coordini gli interventi sanitari con quelli sociali e contribuisca alla verifica del raggiungimento degli obiettivi assistenziali <sup>18</sup>.

La DGR n. 221/2015 riporta i requisiti per l'accreditamento: oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente<sup>23 24 25 26</sup>, devono essere previsti specifici requisiti strutturali (intesi come sedi fisiche in cui opera il personale coinvolto), tecnologici (la dotazione di tecnologia utile a facilitare i contatti e le condivisioni tra tutti gli operatori), organizzativi (cioè la dotazione di personale)<sup>22</sup>.

Tra i requisiti strutturali dell'ADI ritenuti essenziali, la sede con accesso diretto e senza barriere architettoniche e una struttura per la gestione delle richieste di cure domiciliari, anche telefoniche, di facile accesso, con garanzia per la privacy sono prioritari per garantire lo svolgimento delle funzioni di accoglienza, valutazione della domanda e avvio della presa in carico con la valutazione multi-dimensionale (VDM).

La disponibilità di strumenti tecnologici per l'informatizzazione della documentazione sanitaria e sociale e l'utilizzo di software per una pianificazione integrata e complessa dell'assistenza, sono ritenuti requisiti tecnologici importanti per facilitare la valutazione multi-dimensionale e personalizzata dell'assistenza.

Molta attenzione viene data alle procedure come requisiti organizzativi: fondamentali sono le procedure per l'accesso e la valutazione di presa in carico dei pazienti/parenti ma anche

---

<sup>23</sup> L.R. Regione Emilia-Romagna n. 34/1998

<sup>24</sup> L.R. Regione Emilia-Romagna n. 29/2004

<sup>25</sup> DGR Regione Emilia-Romagna n. 327/2004

<sup>26</sup> DGR Regione Emilia-Romagna n. 53/2013



l'omogeneità e la condivisione di procedure per garantire la continuità assistenziale con le unità operative ospedaliere e per l'attivazione di reciproche consulenze da un lato e con medici di continuità assistenziale, MMG/PLS, medici specialisti, servizi sociali, strutture di cure intermedie, volontariato dall'altro.

### 4.3 CONTESTO LOCALE

In linea con quanto previsto nella DGR n. 124/1999<sup>18</sup> e nella DGR n. 221/2015<sup>22</sup>, anche nell'AUSL di Reggio Emilia si è assistito allo sviluppo dell'ADI con l'**obiettivo** di contribuire al mantenimento della persona con problemi socio-sanitari-assistenziali, nel proprio ambiente di vita:

- favorendo l'integrazione nella Rete dei Servizi;
- promuovendo la deospedalizzazione in collaborazione con i professionisti ospedalieri e il medico di famiglia o evitando il ricovero dove la situazione clinica lo permette;
- realizzando piani di cura personalizzati modificandoli lungo la traiettoria di malattia in collaborazione con il Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS) e i Servizi Sociali;
- garantendo la continuità assistenziale tra i diversi *setting* territoriali;
- sviluppando e valorizzando le capacità di auto-cura e prevenzione della persona e della famiglia.

#### **Criteri di inclusione e di esclusione**

I **destinatari** dell'ADI sono gli utenti con patologie per le quali l'intervento domiciliare può evitare ricoveri impropri in ospedale o altra struttura sanitaria e/o favorire il recupero/mantenimento delle capacità residue di autonomia e relazioni, consentendone la permanenza al proprio domicilio. Sono utenti non autosufficienti, di qualsiasi età, residenti o domiciliati con scelta medica nella provincia di Reggio Emilia e con idonea condizione abitativa, valido supporto familiare e/o di una rete di aiuto informale.

Al contrario, sono **esclusi** dalla presa in carico gli utenti che non possiedono le caratteristiche sopra elencate o che rientrano in una delle seguenti categorie:

- ospiti in residenze protette e collettività, a favore dei quali il MMG può attivare l'Assistenza Domiciliare Residenziale (ADR);
- utenti che, pur non essendo deambulabili o con patologie croniche, necessitano del solo controllo medico per garantire la stabilità della condizione clinica. In questo caso il MMG/PLS può attivare un'ADP;
- utenti con soli bisogni infermieristici per i quali il Servizio Infermieristico Domiciliare può essere attivato occasionalmente<sup>27</sup>.

#### **Professionisti coinvolti**

I professionisti di riferimento sono il **MMG/PLS** e il personale del Servizio Infermieristico Domiciliare (SID), che rappresentano il "core" dell'equipe sanitaria domiciliare. Tale equipe può avvalersi del

---

<sup>27</sup> AUSL-IRCCS Reggio Emilia – DO 02 DCP, 2019

supporto dei professionisti appartenenti al Servizio Sociale del Comune e del Servizio Assistenza Anziani, inoltre per specifici bisogni coinvolgere anche altri specialisti e/o professionisti<sup>27</sup>.

Punto nodale per l'accesso a tutti i servizi erogati al domicilio, sia nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata sia per singole prestazioni programmate è l'**Accoglienza del Servizio Infermieristico Domiciliare**, che ha la funzione di:

- Front Office per l'utenza.

L'operatore raccoglie le informazioni e identifica il bisogno, fornisce informazioni sull'organizzazione del servizio e sulle prestazioni erogate, indicazioni ed informazioni in merito alla Rete dei Servizi, guidando il caregiver/utente a seconda del bisogno rilevato o emergente. Effettua inoltre un primo intervento educativo rispetto ai bisogni infermieristici espressi<sup>28</sup>.

- Raccolta delle segnalazioni di dimissione protette da U.O./Punto Unico di Accesso (PUA). Il percorso delle dimissioni protette in situazione di fragilità è prevalentemente rivolto alle seguenti tipologie di pazienti di tutte le età:
  - con parziale o totale non autosufficienza prive di supporto familiare adeguato;
  - affetti da patologie altamente invalidanti (elevato grado di non autosufficienza) ma curabili in sede extraospedaliera;
  - con disagi comportamentali;
  - con problemi di carattere socio-assistenziale (abitazione inadeguata, necessità di sorveglianza continua ad esempio per problemi cognitivi, deambulazione non autonoma, allettamento, cecità);
  - con bisogno di supporto e accompagnamento nel percorso di cura.

L'operatore raccoglie informazioni clinico-assistenziali, socio-sanitarie e le trasmette ai professionisti coinvolti nel percorso del paziente. Per la gestione dei percorsi di Cure Palliative recepisce le informazioni da inoltrare alle UCPD<sup>29</sup>.

- Organizzazione e pianificazione delle prime visite integrate per attivazione ADI a seguito di richiesta dal MMG/PLS.
- Raccolta informazioni con funzione di filtro rispetto ai pazienti già in carico al servizio.
- Organizzazione e predisposizione di prestazioni infermieristiche occasionali richieste dal MMG/PLS prescritte su ricettario.
- Contatti con i Service (ossigeno/ventiloterapia, Nutrizione Artificiale, Incontinenza, SAUB, Ufficio Protesica) al fine di segnalare la necessità di sospensione o chiusura di forniture già attive o di approvvigionamento materiale, manutenzione straordinaria o sostituzione di apparecchiature in caso di malfunzionamento. In caso di necessità inoltra richieste di fornitura o di ritiro ausili all'Ufficio Protesica.
- Gestione informatizzata dei dati.

---

<sup>28</sup> AUSL-IRCCS Reggio Emilia – DO 02 DCP, 2019

<sup>29</sup> AUSL-IRCCS Reggio Emilia – DO 58 DS, 2019

Il SID di norma interviene in modalità programmata e non in urgenza, garantendo il contatto telefonico entro 3 giorni dalla richiesta di attivazione e l'accesso al domicilio, previa valutazione infermieristica del bisogno, concordando l'appuntamento con il caregiver/utente<sup>28</sup>.

### **Assistenza Domiciliare Integrata**

Indipendentemente dalla modalità di attivazione dell'Accoglienza (MMG/PLS, segnalazione di dimissione protetta da U.O./PUA), al momento dell'attivazione dell'ADI è sempre prevista una prima valutazione congiunta medica e infermieristica al domicilio del paziente per la valutazione dei bisogni, la stesura del PAI con la programmazione degli obiettivi e degli interventi e i tempi di rivalutazione.

### **Il PAI e la VMD**

Il PAI rende l'ADI efficace perché effettuata in modo tempestivo e secondo un piano di assistenza personalizzato, basato sulla valutazione dello stato funzionale del paziente ed orientato per problemi assistenziali.

Al fine di garantire la piena espressione del PAI, è ritenuto fondamentale l'elemento della Valutazione, soprattutto ai fini della completezza ed efficacia dello strumento, oltre che per il perseguimento del benessere e della qualità della vita della persona. La Valutazione della persona deve essere Multi-Dimensionale (da cui l'acronimo VMD), al fine di mantenerne una visione olistica ed integrata fra le varie professionalità coinvolte nella definizione del progetto<sup>30</sup>.

Ciò comporta un'attività multi-professionale ad alta integrazione che richiede necessariamente un coordinamento di tipo organizzativo e di supporto, effettuato da un componente dell'equipe.

Il coordinatore o responsabile del caso individuato:

- garantisce la realizzazione del PAI da parte dell'equipe che assume la presa in carico del paziente;
- concorda con il responsabile organizzativo le risorse necessarie;
- coordina il piano di interventi dell'equipe - assicurando quelli urgenti - secondo le modalità organizzative ed operative di riferimento.

A seconda delle necessità assistenziali del paziente, e quindi della complessità dell'intervento terapeutico da garantire, è prevista, ogni qualvolta necessaria, l'integrazione con lo specialista interessato. Quest'ultimo, laddove necessario, può intervenire anche a domicilio nella valutazione di ingresso per la formulazione del programma insieme al medico responsabile del caso, concorda le eventuali consulenze, assicura la sua disponibilità nei momenti di verifica periodica concordati.

Inoltre, nell'ambito del PAI a media ed alta intensità sanitaria viene ricompresa - in quanto costituisce un aspetto complementare della prestazione complessiva assicurata a livello distrettuale al domicilio del paziente - l'erogazione dei medicinali, del sangue ed emocomponenti, dei dispositivi medici, dei prodotti per la nutrizione artificiale, dei presidi sanitari e ausili necessari per l'intero periodo programmato di cure domiciliari, sulla base di protocolli definiti<sup>18</sup>.

---

<sup>30</sup> Regione Emilia-Romagna Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, 2014

Il MMG/PLS è tenuto anche alla compilazione di un'apposita Scheda di Attivazione ADI che, in linea con quanto previsto dalla normativa regionale per la raccolta dati inerenti il flusso informativo regionale, prevede oltre alla rilevazione dei dati anagrafici e del *setting* assistenziale anche la raccolta di informazioni riguardanti la motivazione della proposta di attivazione, la patologia principale e le patologie concomitanti, il numero di accessi proposti, la valutazione multidimensionale dell'utente (grado di autonomia, grado di mobilità, presenza di disturbi cognitivi, presenza di disturbi comportamentali e presenza del supporto sociale) e l'indicazione dei bisogni rilevati (es. rischio infettivo, ossigenoterapia, ventiloterapia, alimentazione assistita, alimentazione enterale, alimentazione parenterale, ulcere cutanee, controllo del dolore, ecc.)<sup>31</sup>.

## **I profili**

In relazione ai bisogni individuati e alla pianificazione dell'attività assistenziale domiciliare, sono distinguibili i seguenti profili, anche sulla base del Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA – rapporto tra giornate di effettiva assistenza nelle quali è stato effettuato almeno un accesso e giornate di presa in carico):

- **ADI I° livello**

È caratterizzata da una bassa intensità sanitaria e correlato a volte con una elevata intensità e complessità socioassistenziale. Per questa tipologia di utenti viene richiesto generalmente un lungo periodo di presa in carico da parte del MMG con accessi periodici che possono essere mensili o quindicinali o settimanali e da parte del personale infermieristico con accessi settimanali o quindicinali. L'assistenza di tipo socioassistenziale, nella maggioranza dei casi, è necessaria a vari gradi di intensità fino ad una frequenza quasi giornaliera (CIA ≤ 0,30).

- **ADI II° livello**

È rivolta a utenti generalmente anziani, affetti da polipatologie con un'intensità assistenziale medio/alta (es. BPCO, malattie cardiovascolari e cerebrovascolari, anche riacutizzate, malattie tumorali e gravi fratture) la cui presa in carico avviene per periodi medio lunghi con la presenza del medico uni- o pluri-settimanale ed un'assistenza infermieristica per uno o due accessi settimanali. Il piano assistenziale può necessitare di riformulazioni periodiche e spesso ci si avvale di consulenze specialistiche. Infine l'assistenza di tipo socioassistenziale può essere necessaria a vari gradi di intensità ( $0,31 \leq \text{CIA} \leq 0,50$ ).

- **ADI III° livello**

È rivolta ad utenti ad alta complessità clinico-assistenziale che richiedono un intervento coordinato ed intensivo consistente in più accessi alla settimana di tipo medico, infermieristico e di altre figure professionali, per periodi di norma medio brevi. Nella maggioranza dei casi è necessaria la consulenza specialistica. Generalmente i destinatari sono pazienti affetti da patologie evolutive irreversibili nella fase terminale della vita, pertanto, oltre all'intervento medico e infermieristico, può essere necessario anche quello

---

<sup>31</sup> Regione Emilia-Romagna, Integrazione alla Circolare n. 15/2009

psicologico e l'integrazione con gli interventi sociali e socio-assistenziali che potrebbero essere necessari. (CIA > 0,50)<sup>18, 32</sup>.

A domicilio del paziente l'equipe o il singolo professionista sono tenuti a compilare ad ogni accesso effettuato l'apposita scheda territoriale, che al termine dell'assistenza (per decesso dell'utente, trasferimento, miglioramento clinico o ricovero in regime residenziale) viene archiviata presso il Dipartimento di Cure Primarie. Il responsabile terapeutico dell'assistenza è il MMG/PLS a cui spetta il compito di richiedere eventuali consulenze specialistiche e relazionarsi con il personale dei servizi sociali e la cui attività e il relativo compenso avviene secondo quanto previsto dai rispettivi A.C.N.<sup>33, 34</sup> e A.I.R.<sup>19</sup>.

Infine il domicilio costituisce insieme all'ospedale, all'ambulatorio e all'Hospice uno dei nodi della Rete Locale di Cure Palliative, dove le cure palliative domiciliari sono erogate dall'Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD), che si integra nel modello organizzativo dell'ADI così come previsto nella DGR n. 560/2015, a cui si rimanda<sup>35</sup>.

#### **4.4 SISTEMA DI GOVERNO E DI CONTROLLO**

Con la DGR 124/99 è stata introdotta la figura del **Responsabile Organizzativo dell'Assistenza Domiciliare (ROAD)**, presente in ogni Distretto e a cui spetta il compito di assicurare l'erogazione delle cure domiciliari sanitarie mediante la pianificazione delle attività in relazione ai bisogni rilevati e le risorse disponibili in accordo con il Direttore di Distretto, la verifica degli obiettivi prefissati e la predisposizione di percorsi organizzativi con le altre strutture sia ospedaliere sia territoriali<sup>18</sup>.

Il monitoraggio delle attività di assistenza domiciliare è garantito grazie alla raccolta e all'invio dei dati previsti nel **flusso informativo regionale SI-ADI**, secondo le specifiche Circolari<sup>36</sup>.

---

<sup>32</sup> DGR Regione Emilia-Romagna n. 1561/2018

<sup>33</sup> A.C.N. MMG del 2005 e s.m.i.

<sup>34</sup> A.C.N. PLS del 2005 e s.m.i.

<sup>35</sup> DGR Regione Emilia-Romagna n. 560/2015

<sup>36</sup> Circolare Regione Emilia-Romagna n. 1/2022

## 4.5 ANALISI SWOT

<p><b>S</b>TRENGTHS</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Unica equipe che effettua la valutazione dei bisogni e presa in carico del cittadino</li><li>➤ Valutazione multidimensionale</li><li>➤ Ruolo centrale del MMG/PLS</li><li>➤ Flussi informativi ben sviluppati e monitorati</li></ul>	<p><b>W</b>EAKNESSES</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Attivazione puntiforme della componente sociale</li><li>➤ Limitata condivisione della valutazione sanitaria e sociale</li><li>➤ Nessuna possibilità di scelta da parte del cittadino</li></ul>
<p><b>O</b>PPORTUNITIES</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Maggiore coinvolgimento del Servizio sociale all'interno dell'equipe domiciliare</li><li>➤ Estensione del sistema di rete complessa e completa dedicata alle cure palliative anche ad altre tipologie di pazienti cronici complessi e vulnerabili non terminali</li><li>➤ Maggiore sviluppo e utilizzo della telemedicina per una migliore allocazione delle risorse</li></ul>	<p><b>T</b>HREATS</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Sovraccarico servizi pubblici da mancata esternalizzazione (anche solo parziale) delle prestazioni</li><li>➤ Scarsità di risorse umane</li></ul>

### Discussione Analisi SWOT

Dall'analisi dettagliata della SWOT ricavata dal nostro contesto, alla luce degli spunti di miglioramento e riorganizzazione proposti dal PNRR nell'ambito della domiciliarità e prossimità, si evidenziano margini di miglioramento in alcune aree specifiche: la maggiore condivisione tra componente sociale e componente sanitaria e il potenziamento dell'utilizzo della telemedicina e dei suoi strumenti.

Lo sviluppo e il potenziamento della collaborazione e del coordinamento tra i diversi servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, quindi il lavoro collettivo, sono auspicabili nella riprogrammazione del contesto attuale. Il PAI proposto non solo nella sua veste di piano assistenziale ma anche nella sua accezione di Piano Educativo Individuale (strumento PAI/PEI) e reso disponibile a tutti gli attori che partecipano e condividono il percorso di cura della persona amplia la definizione agli obiettivi, alle strategie e alle attività educative e sociali, oltre che assistenziali e sanitarie di cui la persona necessita. Secondo tale approccio veramente "olistico", la VMD effettuata avrebbe la finalità di

ottenere un quadro globale e in continua evoluzione delle caratteristiche, dei bisogni, delle riserve funzionali della persona e delle sue potenzialità.

La presenza costante, continuativa e regolare di figure professionali quali l'assistente sociale, l'educatore di strada, il mediatore linguistico culturale, i volontari favorirebbe la svolta decisiva nel costruire pratiche collaborative e integrate nei contesti di cura il più possibile vicini ai luoghi in cui si forma il bisogno, facilitando la collaborazione e il coordinamento tra servizi sanitari e sociali.

Il principale strumento per rendere concreta l'opportunità offerta dalle Case della Comunità è proprio il lavoro per équipe multi-professionali e inter-disciplinari, che operano sulla base di una progettazione socio-sanitaria, di programmi e percorsi assistenziali condivisi. In questa *vision*, anche la partecipazione proattiva e capacitante di cittadini e associazioni nei processi di co-progettazione per la cura della persona (attraverso percorsi strutturati che utilizzino risorse informali che possono integrare l'organizzazione dei servizi) mira a concretizzare una minor distanza fisica e relazionale tra servizi e persone e al far sentire sempre "a casa" la persona oggetto del percorso socio-assistenziale.

A questo obiettivo può concorrere il potenziamento e/o la riqualificazione degli strumenti in uso: l'informatizzazione è un processo ineludibile che, per le sue caratteristiche, è in grado di mettere in comunicazione, di uniformare e di garantire continuità nel passaggio e nella condivisione di informazioni relative alla persona.

La COT e la promozione e diffusione della telemedicina sono due ulteriori strumenti indispensabili per garantire lo sviluppo dell'assistenza domiciliare richiesto dal PNRR, in termini sia di aumento della percentuale di soggetti presi in carico, sia di ore di attività garantite (7 giorni su 7 e 24 ore su 24).

Le principali minacce individuate nel modello analizzato sono infatti rappresentate dal rischio di sovraccarico del servizio pubblico e dal rischio di scarsità di risorse umane, come già accaduto durante il recente periodo pandemico durante il quale lo stesso personale sanitario ha dovuto far fronte oltre alla routinaria attività anche a quella legata al periodo emergenziale.

La telemedicina rappresenta un'utile strumento per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi sia per l'assistenza a domicilio sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale, inoltre l'informatizzazione dei processi clinico-assistenziali favorisce un approccio integrato alla cura del paziente e consente di misurare e valutare l'assistenza prestata.

Va intesa non solo come una modalità di erogazione di servizi e prestazioni da parte di un professionista sanitario agli assistiti, ma anche come servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari in grado di facilitare lo scambio di informazioni e la collaborazione tra professionisti.

In quest'ottica tutti i diversi servizi di telemedicina (televisita specialistica, teleassistenza, telemonitoraggio, teleriabilitazione, teleconsulto medico, teleconsulenza medico sanitaria, telerefertazione) rappresentano un'importante risorsa a cui far riferimento per rispondere alla sempre più importante necessità di gestire la cronicità e per rendere l'assistenza territoriale più efficace ed efficiente, il cui raccordo spetta alla COT.

La COT infatti svolge il ruolo fondamentale di coordinamento della presa in carico della persona, indispensabile per rendere effettiva l'assistenza domiciliare 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 ed estendere

un modello di presa in carico continuativa e complessa quale quello già in atto per le Cure Palliative Domiciliari.

#### **4.6 CONSIDERAZIONI SULLA MEDICINA GENERALE IN REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

Le cure domiciliari in Regione Emilia-Romagna presentano una forte integrazione della medicina generale nella strutturazione di percorsi e rispondono in maniera coerente alla visione di una medicina generale che riveste il ruolo di responsabilità, affidata dal paziente per il supporto al mantenimento e salvaguardia del suo benessere e della sua salute.

Elemento di forza è anche una forte strutturazione delle informazioni presenti nei data set regionali quasi real-time<sup>37</sup> che rappresentano un valido alleato nella valutazione dei bisogni di salute e per una descrizione della popolazione presa in carico.

Potrebbero risultare elementi critici, la scarsa capillarizzazione sul territorio dovuta alla scelta strutturale di accentrare all'interno delle AUSL le funzioni di erogazione con la diffusione delle strutture per l'erogazione, in primis le Case della Salute. In determinate realtà, queste scelte potrebbero portare a un possibile sovraccarico dei professionisti deputati all'erogazione dei servizi. Inoltre, la minore strutturazione della medicina generale in forme organizzate autonome ha limitato lo sviluppo di strumenti digitali che potessero rispondere alle esigenze della professione e del territorio in cui si opera.

Anche in questo contesto risulta cruciale la strutturazione delle "leve". La definizione degli elementi da valorizzare nei contratti della medicina convenzionata e delle problematiche sul quale presentare una maggiore formazione e sul quale concentrarsi per il risultato rappresenta un possibile valore aggiunto. La strutturazione di contratti specifici, insieme alla presa in carico normale del paziente con quota fissa (quota capitaria) aggiunge quali siano i temi sul quale formarsi: incentiva l'attivazione di servizi (quota variabile a prestazione per n. attivazione ADI) e raccoglie informazioni sull'attività del MMG (quota variabile per indicatori di processo e di esito), diversifica e valorizza l'operato del professionista e ne promuove il lavoro in team<sup>38</sup>. Questo risulta essere uno strumento di management molto efficace e a volte più sviluppato rispetto a quelli di budget dei lavoratori dipendenti. Questo punto di forza, quando demandato alla singola Azienda, potrebbe risultare critico poiché può creare maggiore disuguaglianza laddove queste tipologie di governance non vengono sviluppate. Altra criticità è legata al tetto di spesa insito nelle dinamiche di contrattazione, in cui i contratti risultano fortemente vincolati nella loro strutturazione ai requisiti espressi nel Fondo dedicato.

Talvolta un ulteriore limite attuale, spesso formale, è il maggior risalto dato al concetto di PDTA piuttosto che a quello di PAI in alcuni documenti: rimanere ancorati ai percorsi standard da garantire devia l'attenzione dal delineare il piano individuale per specifico assistito nella sua naturale concomitanza di più morbosità. Altro elemento critico risulta lo sviluppo delle Cure palliative e della terapia del dolore a domicilio in simultanea e con margini difficilmente distinguibili dalle ADI. Negli

---

<sup>37</sup> <https://applicazioni.regione.emilia-romagna.it/ReportERHome/stats/flusso/4>

<sup>38</sup> Accordo Attuativo Aziendale Medicina Generale triennio 2018-2020 - Ferrara



anni queste due realtà sono state legate in una visione unitaria che favorisce un passaggio “morbido” nell’ottica della continuità delle cure e nella diffusione della cultura delle cure palliative. Lo sviluppo di una legislazione nazionale volta a creare un profilo del professionista di questa disciplina al fine di delineare standard elevati a beneficio del cittadino richiederà uno sforzo futuro nel creare una distinzione tra i due servizi al fine di una più corretta attuazione dei percorsi.

## 5. TABELLA: ANALISI COMPARATIVA DEI PRINCIPALI ELEMENTI DI CONFRONTO

	AUSL REGGIO EMILIA	ASST RHODENSE
<b>DESTINATARI</b>	utenti non autosufficienti, di qualsiasi età, residenti o domiciliati con scelta medica nella provincia di Reggio Emilia e stranieri non iscritti al SSR che necessitano di cure domiciliari in quanto in situazione di fragilità	utenti non autosufficienti, di qualsiasi età, residenti o non residenti e stranieri non iscritti al SSR che necessitano di cure domiciliari in quanto in situazione di fragilità
<b>CRITERI DI ATTIVAZIONE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bisogni sanitari e sociosanitari gestibili al domicilio</li> <li>- non autosufficienza, parziale o totale, di carattere temporaneo o definitivo</li> <li>- non deambulabilità e non trasportabilità, con i comuni mezzi, presso i servizi ambulatoriali territoriali</li> <li>- presenza di una rete familiare formale e/o informale di supporto</li> <li>- condizioni abitative che garantiscono la praticabilità dell'assistenza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bisogni sanitari e sociosanitari gestibili al domicilio</li> <li>- non autosufficienza, parziale o totale, di carattere temporaneo o definitivo</li> <li>- non deambulabilità e non trasportabilità, con i comuni mezzi, presso i servizi ambulatoriali territoriali</li> <li>- presenza di una rete familiare formale e/o informale di supporto</li> <li>- condizioni abitative che garantiscono la praticabilità dell'assistenza</li> </ul>
<b>CRITERI DI ESCLUSIONE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- assenza dei criteri di inclusione</li> <li>- ospiti in residenze protette e collettività</li> <li>- utenti che necessitano del solo controllo medico</li> <li>- utenti con soli bisogni infermieristici occasionali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ospiti di strutture residenziali e semiresidenziali di tipo sanitario e sociosanitario con la sola eccezione della comunità Alloggio</li> <li>- Ospiti in strutture residenziali assistite per religiosi</li> <li>- utenti che usufruiscono di misure innovative quali: <ul style="list-style-type: none"> <li>● RSA aperta</li> <li>● residenzialità assistita, comprese le strutture</li> </ul> </li> </ul>

		<p>residenziali assistite per religiosi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Comunità minori per disabili gravissimi</li> <li>● prestazioni domiciliari rese da altre u.d.o. sociosanitarie e sanitarie, con esclusione della telemedicina</li> </ul> <p>- utenti scolastici</p> <p>- utenti di CDD/CDI part time (ad eccezione profilo prestazionale previa autorizzazione di ATS)</p>
<b>PROFESSIONISTI COINVOLTI</b>	MMG/PLS e SID, altri specialisti e/o professionisti attivati per specifici bisogni	MMG/PLS, équipe multidisciplinare di ASST Rhodense e le componenti dell'équipe multidisciplinare dell'Ente Gestore accreditato
<b>PRESTAZIONI EROGATE</b>	prestazioni mediche, infermieristiche, di aiuto infermieristico, riabilitative, educative, psicologiche e di assistenza tutelare	prestazioni mediche, infermieristiche, di aiuto infermieristico, riabilitative, educative, psicologiche e di assistenza tutelare
<b>COMPONENTE SOCIALE</b>	Attivabile dal MMG/PLS per utenti con bisogni socioassistenziali	Attivabile da parte dell'équipe multidisciplinare ASST- Rhodense
<b>VALUTAZIONE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prima valutazione congiunta medica e infermieristica al domicilio del paziente per la valutazione dei bisogni, la stesura del PAI</li> <li>- Successiva programmazione degli obiettivi e degli interventi e dei tempi di rivalutazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prima valutazione congiunta assistente sociale ed infermieristica al domicilio del paziente per la valutazione dei bisogni, eventuale stesura del Piano di Assistenza Individuale (PAI) con la programmazione degli obiettivi e degli interventi</li> <li>- Successiva valutazione da parte di Ente Gestore con le medesime finalità</li> </ul>

<b>MEDICINA GENERALE</b>	- Ruolo di maggiore responsabilità e coinvolgimento con contratti che dettagliano ruolo, formazione e obiettivi nella presa in carico. Minore autonomia sulla forma sull'organizzazione e software che abbiano approccio end user development	Maggiore cultura su PAI e più sviluppata forma organizzativa/cooperativa e sviluppo di software. Scarsa integrazione delle strutture informatiche con difficoltoso utilizzo e coinvolgimento del medico di medicina generale - Rapporto non diretto con ASST per strutturazione di riferimento dipartimentale in ATS
<b>LIVELLI DI INTENSITÀ</b>	Tre (ADI I°, II° e III° livello)	Tre (ADI I°, II° e III° livello)
<b>FLUSSO INFORMATIVO</b>	Presente (SI-ADI)	Presente (portale ADI "la mia città" utilizzato da ASST Rhodense e ASST Ovest Milano)

## 6. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Nella nostra analisi abbiamo sintetizzato e confrontato alcune caratteristiche dell'ADI nei territori di pertinenza. L'obiettivo dichiarato e la nostra convinzione è quella di poter offrire ad ogni utente dei servizi di assistenza domiciliare una gestione a 360 gradi dei suoi bisogni integrando tutte le figure professionali possibilmente coinvolte, la famiglia o il caregiver in generale e il paziente stesso ove possibile.

I due modelli regionali, o meglio territoriali, apparentemente molto differenti, in realtà erogano servizi sovrapponibili e probabilmente con qualità molto elevata. Dall'analisi sono emerse differenze nell'organizzazione per governance, monitoraggio ed erogazione, ma risultano sovrapponibili anche le criticità percepite da fruitori ed erogatori.

Per quanto riguarda la somministrazione di assistenza di tipo "prestazionale" il nodo cruciale probabilmente è la sola carenza di risorse, sia esso fornito da enti pubblici o privati accreditati, ma la nostra attenzione si focalizza sui livelli di ADI da I a III finalizzati a garantire la permanenza al domicilio del paziente fragile non autonomo.

Momento fondamentale per la predisposizione del piano di assistenza è la valutazione multidimensionale prevista in entrambi i modelli ma duplice e forse ridondante nel modello rhodense che potrebbe beneficiare di uno snellimento delle procedure.

Per l'ADI di primo livello, caratterizzata da necessità assistenziali anche di alta intensità ma meno complesse, potrebbe essere idealmente più vantaggioso il modello Emiliano nell'identificare come riferimento e coinvolgere prevalentemente il MMG o PLS; il modello Lombardo, che estende l'offerta dei servizi avvalendosi di enti erogatori accreditati ha il vantaggio di liberare risorse pubbliche e medici specialisti per livelli di assistenza più elevati o per altre attività.

All'opposto l'ADI di terzo livello e il profilo post-acuto, caratterizzati da bisogni non solo socio-assistenziali ma anche di tipo sanitario complesso (assimilabile ad una "ospedalizzazione domiciliare") potrebbero far capo maggiormente agli specialisti dell'ASST e agli infermieri di famiglia - oltre che a tutte le altre figure professionali previste - a garanzia della continuità ospedale territorio. Un'organizzazione di questo tipo, all'interno della casa della comunità e con il supporto dell'ospedale di comunità, gestiti dagli stessi professionisti sanitari decentrerebbe realmente la presa in cura del paziente cronico e fragile evitando il ricorso all'ospedale per acuti e al pronto soccorso ma tenendoli come riferimento in caso di necessità. Il MMG/PLS, chiamato a far parte integrante dell'organizzazione della casa della comunità sarebbe già coinvolto, così come sarebbero automaticamente coinvolte anche le figure di riferimento sociale, anche comunali, previste. Il modello delle cure palliative domiciliari, integrate nell'ADI in Emilia e attualmente distinte in Lombardia, che si interfaccia direttamente con le strutture di hospice, funziona in modo analogo seppur con competenze e finalità non sovrapponibili.

Modelli misti di collaborazione pubblico-privato sarebbero più opportunamente sperimentabili nell'ADI di secondo livello, anche se non escludibili nel terzo quando gli enti accreditati dispongano di tutte le professionalità necessarie.

In tutti i livelli di assistenza e in entrambe le organizzazioni che abbiamo analizzato il volume di attività necessiterebbe di un numero di operatori di cui non disponiamo e di cui non possiamo nel breve-medio termine ipotizzarne il reclutamento. Pertanto oltre ad avvalerci di risorse esterne provenienti da enti privati accreditati l'esigenza percepita da entrambe è lo sviluppo di forme di assistenza da remoto atte a completare e potenziare il contatto con l'utenza. In una società che, solo raramente, non dispone di strumenti tecnologici propri dovremo quindi impegnare le nostre risorse nello sviluppo di tutte le forme di telemedicina teleassistenza (anche sociale) tele-riabilitazione, ecc. già disponibili anche se ancora scarsamente in uso.

## 7. RIFLESSIONI FINALI

L'attività svolta nell'ambito di questo lavoro di analisi ha permesso ai partecipanti delle singole realtà di uscire da un'ottica autoreferenziale permettendo di esplorare modalità diverse per il raggiungimento dello stesso obiettivo. Questo potrebbe risultare stimolante anche in contesti che possono apparire più critici e con obiettivi maggiormente sfidanti portando a nuove costruttive riflessioni.

Con la pandemia da SARS-CoV-2 sono emersi problemi nella cura e nell'assistenza agli anziani. Innanzitutto, si è reso necessario il riconoscimento della diversità dei bisogni: esiste la persona anziana autosufficiente e la persona anziana non autosufficiente; esiste la famiglia che può prendersi in carico la persona a casa ed esiste la famiglia che non ne ha la possibilità; esiste un tipo di disabilità "attiva", e uno che richiede assistenza; esistono famiglie povere e famiglie ricche, che accedono alle informazioni di cui hanno bisogno, e altre meno consapevoli. Verso quale modello di assistenza agli anziani vogliamo procedere dopo l'esperienza fatta con la pandemia?

Siamo in una fase nuova. L'articolazione territoriale dei servizi socio-assistenziali e sanitari deve essere riformata perché i bisogni aumentano e perché le possibilità di cura crescano. La complessità va guardata fino in fondo. Occorre rafforzare l'assistenza domiciliare, ma allo stesso tempo servono luoghi di cura "umani", non di isolamento sociale. Occorrono le strutture a bassa intensità di cura, ma anche quelle ad alta intensità. Serve la "rete": serve superare la tendenza alla frammentazione e alla standardizzazione per poter garantire una pluralità di risposte organiche. Un sistema moderno non può che essere ripensato su risposte diversificate, che garantiscano un nuovo modello di assistenza agli anziani che possa essere sussidiario, solidale e sostenibile.

Per rispondere in modo corretto a questi bisogni è, innanzitutto, importante riconoscere che la loro complessità e interdipendenza non possono essere affrontate in modo parziale o segmentario: il rapporto con la salute sociale, il rapporto con la salute fisica, il problema della salute psichica, creano situazioni complesse che mutano anche molto rapidamente. La progettazione e la pianificazione del sistema sanitario attuale rivolto agli over-65 mostra limiti dovuti al forte orientamento verso l'offerta per acuti e quella specialistica, modellata secondo i criteri della concentrazione e della standardizzazione dell'offerta. La qualità dei servizi offerti dalla rete non si misura nella singola prestazione assistenziale: un anziano starà bene se il passaggio dal ricovero all'assistenza domiciliare sarà caratterizzato da un accompagnamento continuo sia tecnico che umano. Anche la prestazione che sembra meno rilevante può in questa ottica essere un elemento di valore perché restituisce alla persona anziana la dignità di essere umano.

La nostra idea di "gemellare" i servizi sanitari territoriali dedicati all'ADI appartenenti a due Regioni diverse ripropone un vecchio pensiero secondo cui nessuna Regione ha solo da insegnare senza avere anche qualcosa da imparare. Superando le dinamiche di valutazioni centralizzate e secondo modalità di benchmarking, ci proponiamo di esplorare nuove modalità organizzative sul territorio attraverso il "confronto uno-a-uno", in un cammino di "buoni propositi" di coprogettazione condivisa.

Fondamentale diventa l'integrazione di tutte le componenti attive, quali il MMG, le associazioni di pazienti, le organizzazioni no-profit e i soggetti erogatori delle prestazioni a domicilio (infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali), perché la prospettiva fornita da queste figure potrà arricchire il confronto e fornire elementi aggiuntivi ai futuri modelli di valutazione e monitoraggio degli esiti e dell'esperienza globale del servizio. Un approccio condiviso tra tutti gli attori del sistema è una prospettiva utile e sempre più indispensabile anche per favorire una concreta capacità realizzativa degli obiettivi individuati. Attraverso la condivisione di esperienze, obiettivi e metodo di lavoro è possibile costruire un fertile terreno in cui gli erogatori e i programmatori possono costruire insieme un sistema di reale sostegno ai bisogni che trovi il proprio elettivo "domicilio" nella Casa della Comunità.



## 8. GLOSSARIO

**GEA (Giornate Effettive di Assistenza):** giornata in cui il paziente riceve assistenza con almeno un accesso di un operatore.

**GdC (Giornate di Cura totale):** dalla attivazione alla giornata di valutazione o sua conclusione.

**CIA (Coefficiente d'Intensità di Assistenza):** indicatore calcolato dal rapporto tra GEA e GdC, ha la funzione di definire l'intensità di cura dell'assistito. Limiti indicatore: non definisce qual è il professionista o se vi siano più accessi nella medesima giornata. Elemento che può essere dinamico ed elaborato/verificato postumo o stimato.

**ADP (Assistenza Domiciliare Programmata):** prestazione monoprofessionale del MMG pagato con compenso 18,9 euro per visite programmate in pazienti con impossibilità alla deambulazione o trasporto con mezzi comuni o con necessita di valutazione della situazione socio-ambientale periodica (con numero di accessi 1, 2 o 4 volta al mese).

**ADI (Assistenza Domiciliare Integrata):** prestazione poliprofessionale e assistenziale con accesso del MMG pagato sempre con compenso 18,9 euro ma possibilità di integrare altre figure professionali come specialista infermiere, aiuto domestico, assistenza sociale: il numero di accessi varia a seconda della figura professionale e da quanto concordato con il distretto.

**SIAD (Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare):** flusso informativo ministeriale, partito con il Progetto Mattoni ha visto evolversi la modalità e l'integrazione dei dati raccolti. Al momento, sembra ancora uno strumento fragile nell'uniformità del monitoraggio anche dovuta all'alimentazione delle informazioni che avviene in maniera disomogenea.

## 9. SITOGRAFIA E BIBLIOGRAFIA

1. Decreto Legislativo 502 /1992 Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
2. D.P.C.M. 29 novembre 2001 Definizione dei livelli essenziali di assistenza.
3. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza missione 6 componente 1 “RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE”
4. Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.”
5. Decreto Legislativo 30 dicembre 2020, n. 178 “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023.”
6. Intesa Stato Regioni n. 151 del 4 agosto del 2021 “Requisiti di autorizzazione e di accreditamento per lo svolgimento delle CURE DOMICILIARI”.
7. Accordo Stato-Regioni sancito il 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR). Piano Nazionale della Cronicità.
8. World Health Organization. Guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: World Health Organization; 2019
9. Intesa Stato-Regioni sancita il 25 luglio 2012 (Rep. Atti n. 151/CSR). Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accREDITAMENTO delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore
10. Deliberazione Giunta Regionale Lombardia n. 3541/12 “Definizione dei requisiti specifici per l'esercizio e l'accREDITAMENTO dell'assistenza domiciliare integrata”
11. Deliberazione Giunta Regionale Lombardia n. 3584/12 “Determinazioni in ordine all'allegato A) alla DGR n. 3541 del 30/05/2012 “
12. Deliberazione Giunta Regionale Lombardia n. 7770/2018 “iter strumentale per l'adozione del nuovo modello di ADI”
13. Deliberazione Giunta Regionale Lombardia n.7089/2012 “Contratto per la definizione dei rapporti giuridici e economici per la realizzazione dell'ADI”
14. Deliberazione Giunta Regionale Lombardia n. 5954/2016: “Introduzione del budget e conclusione sperimentazione post-acuti e integrazione nella normale erogazione ADI”
15. ATS Milano Città Metropolitana “Assistenza Domiciliare Integrata”  
<https://www.ats-milano.it/index.php/strutture-sociosanitarie-adi-cure-palliative/adi>
16. Regione Emilia-Romagna Sociale, “Assistenza domiciliare”  
<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/disabili/temi/assistenza/assistenza-domiciliare>  
pubblicato il 19 aprile 2013 - ultima modifica 9 febbraio 2022
17. Assessorato Politiche per la Salute, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali - Regione Emilia-Romagna, 2007, “Le cure domiciliari in Emilia-Romagna”
18. Delibera di Giunta Regionale n. 124 del 8/02/1999 "Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari"
19. Accordo Integrativo Regione Emilia-Romagna, 2006, “Accordo regionale in attuazione dell'A.C.N. reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa nella Conferenza Stato-Regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale”

20. Circolare Regionale n. 15 del 2/10/2009 "Specifiche per il sistema informativo dell'assistenza sanitaria e socio-assistenziale: Anno 2010"
21. Delibera di Giunta Regionale n. 291 del 8/02/2010 "Casa della Salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale"
22. Delibera di Giunta Regionale n. 221 del 6/03/2015 "Requisiti specifici per l'accreditamento del Dipartimento di Cure Primarie"
23. Legge Regionale n. 34 del 12/10/1998 "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, in attuazione del DPR 14 gennaio 1997" e s.m.i.
24. Legge Regionale n. 29 del 23/12/2004 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale"
25. Delibera di Giunta Regionale n. 327 del 23/02/2004, "Applicazioni della L.R. 34/1998 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce del quadro normativo nazionale. Revoca di precedenti provvedimenti"
26. Delibera di Giunta Regionale n. 53 del 21/01/2013 "Indicazioni operative per la gestione dei rapporti con le strutture sanitarie in materia di accreditamento"
27. AUSL-IRCCS Reggio Emilia – DO 02 DCP, Programma Anziani e Fragilità del 30/10/2019 "Servizio Infermieristico Domiciliare"
28. AUSL-IRCCS Reggio Emilia – DO 02 DCP, Programma Cure Primarie del 02/10/2019 "Accoglienza Servizio Infermieristico Domiciliare"
29. AUSL-IRCCS Reggio Emilia – DO 58 DS del 05/11/2019 "Dimissioni Protette e Continuità Assistenziale nella Provincia di Reggio Emilia"
30. Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali Servizio integrazione socio-sanitaria e Politiche per la non autosufficienza - Regione Emilia-Romagna, 2014, "Linee guida per la elaborazione e gestione della cartella socio sanitaria nei servizi socio sanitari accreditati per anziani e persone con disabilità"
31. Integrazione alla Circolare n. 15/2009 "Specifiche per il sistema informativo dell'assistenza domiciliare sanitaria e socio-assistenziale (SI-ADI): Anno 2010"
32. Delibera di Giunta Regionale n. 1561 del 24/09/2018 "Sistema tariffario per le cure domiciliari in Emilia-Romagna"
33. Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 2005 e s.m.i.
34. Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta del 2005 e s.m.i.
35. Delibera di Giunta Regionale n. 560/2015 "Riorganizzazione della rete locale di cure palliative"
36. Circolare Regionale n. 1 del 8/02/2022 "Specifiche per il sistema informativo dell'assistenza domiciliare sanitaria e socio-assistenziale (ADI): Anno 2022"
37. Regione Emilia-Romagna, ReportERHome - flusso ADI, <https://applicazioni.regione.emilia-romagna.it/ReportERHome/stats/flusso/4>
38. AUSL Ferrara, FIMMG, SNAMI, 2018, "Accordo Attuativo Aziendale Medicina Generale triennio 2018-2020"