



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

10/09/2025

0439082

G.900

1

Data

Protocollo N°

Class:

Fasc.

Allegati N°

Oggetto: Trasmissione DDR n. 50/2025 recante oggetto “Procedure operative e indicatori per la valutazione dei percorsi di Cure Domiciliari: Assistenza Domiciliare Integrata e Cure Palliative domiciliari in età adulta e pediatrica”
Indicazioni operative.

Ai Direttori Generali
Aziende ULSS
Aziende Ospedale-Università di Padova
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di
Verona
Istituto Oncologico Veneto-IRCCS
Azienda Zero

e, p.c. Al Direttore Generale
Area Sanità e Sociale

Al Direttore
Direzione Programmazione e controllo SSR

Al Coordinatore GdL “ADI-Cure Palliative”
DDR n. 115/2024

Con la presente si trasmette, in allegato, il documento “**Procedure operative e indicatori per la valutazione dei percorsi di Cure Domiciliari: Assistenza Domiciliare Integrata e Cure Palliative domiciliari in età adulta e pediatrica**”, approvato con Decreto del Direttore Generale dell’Area Sanità e Sociale n. 50 del 31 marzo 2025.

Il documento, elaborato dal Gruppo di Lavoro “ADI – Cure Palliative” dell’Unità di Coordinamento PNRR Sanità-Sociale, definisce il quadro aggiornato delle procedure operative e degli indicatori di processo ed esito per il monitoraggio e il miglioramento della qualità dei percorsi di cure domiciliari, in coerenza con le disposizioni del DM 77/2022 e della normativa regionale di riferimento.

Area Sanità e Sociale
Direzione Programmazione Sanitaria
San Polo, 2514 – 30125 Venezia
Tel. 041 2791501-1502-3513-3756

PEC area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it e-mail programmazione sanitaria@regione.veneto.it

DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE DELL' AREA SANITA' E SOCIALE n. 50 del 31 marzo 2025

Approvazione del documento "Procedure operative e indicatori per la valutazione dei percorsi di Cure Domiciliari: Assistenza Domiciliare Integrata e Cure Palliative domiciliari in età adulta e pediatrica" nell'ambito delle linee di indirizzo definite dalla DGR n.277 del 21 marzo 2024.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Con il presente provvedimento, si approvano nell'ambito delle linee di indirizzo definite dalla DGR n.277 del 21 marzo 2024 le "Procedure operative e indicatori per la valutazione dei percorsi di Cure Domiciliari: Assistenza Domiciliare Integrata e Cure Palliative domiciliari in età adulta e pediatrica", elaborate dal gruppo di lavoro "ADI-Cure Palliative" dell'Unità di Coordinamento -PNRR Sanità e Sociale, nominato con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 115 dell' 8 agosto 2024.

Il Direttore generale

PREMESSO che con Legge n. 38 del 15 marzo 2010 sono state adottate le "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore";

PREMESSO che il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), costituito da riforme e investimenti finalizzati a raggiungere obiettivi strategici per l'Italia, approvato dal Consiglio ECOFIN il 13 luglio 2021, si articola in Missioni e che nello specifico nella Missione 6 "Salute" si indica di rafforzare le strutture, i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari, perseguendo l'obiettivo di salute pubblica "Casa come primo luogo di cura";

VISTE le linee programmatiche definite dal DM n. 77 del 23 maggio 2022 e i relativi provvedimenti attuativi regionali, DGR n. 721 del 22 giugno 2023 che ha approvato il documento di programmazione regionale con il quale sono stati declinati dal punto di vista tecnico e operativo gli aspetti organizzativi della nuova rete assistenziale territoriale all'interno del contesto veneto e, in particolare per le tematiche riguardanti l'Assistenza Domiciliare Integrata e le Cure Palliative, la DGR n. 277 del 21 marzo 2024 che ha approvato le Linee di Indirizzo per le Cure Domiciliari: Assistenza Domiciliare Integrata e Cure Palliative domiciliari in età adulta e pediatrica" e; identificando delle linee programmatiche e di indirizzo finalizzate a completare gli elementi organizzativi del modello regionale delle Cure Domiciliari, definendo gli obiettivi prioritari per migliorare l'accessibilità a questi servizi;

VISTA la DGR n. 1599 del 13 dicembre 2022 che definisce i requisiti di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale delle Cure Domiciliari;

VISTA la DGR n. 1636 del 19 dicembre 2022 che definisce i requisiti di accreditamento istituzionale delle Reti di Cure Palliative;

VISTA la DGR n. 1262 del 17 ottobre 2023 che definisce i requisiti di accreditamento della Rete regionale di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche;

VISTA la DGR n. 574 del 9 maggio 2023, con cui è stato approvato il "Piano operativo regionale -Assistenza Domiciliare", Sub-Investimento PNRR M6C1-1.2.1 Casa come primo luogo di cura (ADI) e le prime indicazioni operative e organizzative per il raggiungimento di tale sub-investimento;

VISTA la DGR n. 775 del 27 giugno 2023, recante;" PNRR Missione 6 Salute. Approvazione del Modello organizzativo regionale dei servizi di telemedicina. Decreto Ministeriale del 30 settembre 2022 (pubblicato in G.U. del 22 dicembre 2022 n. 298)";

VISTA la DGR n. 62 del 27 gennaio 2025 che approva il Piano di potenziamento della rete regionale di cure palliative in età adulta ed in età pediatrica per l'anno 2025;

VISTO il Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 32 del 4 aprile 2023, con il quale è stata istituita l'Unità di Coordinamento PNRR Sanità e Sociale;

VISTI i Decreti del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 67 del 23 maggio 2023 e n. 115 dell'8 agosto 2024 di istituzione, nomina ed aggiornamento del gruppo di lavoro "ADI - Cure palliative";

CONSIDERATO che con il sopra richiamato Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 115 dell'8 agosto 2024 il Gruppo di lavoro è stato incaricato di approfondire prioritariamente le seguenti tematiche correlate all'ADI ed alle Cure palliative, nel quadro programmatico del DM 77/2022 e dei relativi provvedimenti attuativi regionali:

- sviluppare interventi finalizzati ad aumentare la qualità dell'assistenza;
- misurare la produzione dei risultati di salute ed i livelli di risposta ai bisogni;
- garantire l'utilizzo della Telemedicina.

CONSIDERATO il documento "Procedure operative e indicatori per la valutazione dei percorsi di Cure Domiciliari: Assistenza Domiciliare Integrata e Cure Palliative domiciliari in età adulta e pediatrica", elaborato dal Gruppo di Lavoro sulle base delle esperienze e best-practices sviluppatesi nelle diverse realtà aziendali e nel rispetto della normativa vigente, riportato all'**Allegato A**, parte integrante e costitutiva del presente provvedimento;

VISTA la Legge n. 38 del 15 marzo 2010;

VISTO il Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022;

VISTA la Legge regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale n. 1599/2022;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale n. 1636/2022;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale n. 574/2023;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale n. 721/2023;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale n. 775/2023;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale n. 62/2025;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale n. 1262/2023;

VISTO il Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 32/2023;

VISTO il Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 67/2023;

VISTO il Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 115/2024;

decreta

1. di approvare le premesse quale parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di approvare il documento "Procedure operative e indicatori per la valutazione dei percorsi di Cure Domiciliari: Assistenza Domiciliare Integrata e Cure Palliative domiciliari in età adulta e pediatrica" riportato nell'**Allegato A** quale parte integrante del presente atto;
 1. di dare atto che quanto disposto con il presente atto non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
 3. di incaricare la Direzione Programmazione Sanitaria dell'esecuzione del presente atto;
 4. di pubblicare il presente atto integralmente nel Bollettino ufficiale della Regione.

Massimo Annicchiarico



Gruppo di lavoro
“ADI-Cure Palliative”
Decreto Direttore Generale Area Sanità e Sociale
n. 115 dell’8 agosto 2024

Procedure operative e indicatori per la valutazione dei percorsi di Cure Domiciliari: Assistenza Domiciliare Integrata e Cure Palliative domiciliari in età adulta e pediatrica

Indice

Premessa	3
PARTE 1	4
1.1 DM 77/2022: lo sviluppo delle Cure Domiciliari nella Regione Veneto	4
1.2 Elaborazione e analisi dei dati del flusso SIAD	5
PARTE 2	13
2.1 Indicazioni per lo sviluppo della qualità dei percorsi di Cure Domiciliari	13
2.2 Azioni di potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata	13
2.3 Indicatori di processo e di esito dell'Assistenza Domiciliare Integrata	18
2.4 Azioni di potenziamento delle Cure Palliative Domiciliari in età adulta	25
2.5 Azioni di potenziamento delle Cure Palliative Domiciliari in età pediatrica	27
2.6 Indicatori di processo e di esito delle Cure Palliative Domiciliari in età adulta e pediatrica	29
2.7 Strumenti e tempistiche di monitoraggio degli indicatori	33
Conclusioni	35
Acronimi	36

Premessa

Il presente documento ha l'obiettivo di accompagnare lo sviluppo delle linee programmatiche definite dal DM 77/2022 e dai relativi provvedimenti attuativi regionali per le tematiche riguardanti l'ADI e le Cure Palliative, DGR n. 277 del 21 marzo 2024 "Linee di Indirizzo per le Cure Domiciliari: Assistenza Domiciliare Integrata e Cure Palliative domiciliari in età adulta e pediatrica", andando prioritariamente a identificare:

- lo sviluppo di interventi finalizzati ad aumentare la qualità dell'assistenza;
- la misurazione dei risultati di salute e dei livelli di risposta ai bisogni;
- il potenziamento dell'utilizzo della Telemedicina.

A tale scopo, con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 115 dell'8 agosto 2024 è stata aggiornata ed integrata la composizione del Gruppo di Lavoro "ADI – Cure Palliative".

Il Gruppo di Lavoro così individuato, in adempimento al dettato ricevuto, ha predisposto il seguente documento che definisce un *set* di indicatori di processo e di esito per il monitoraggio della qualità delle Cure Domiciliari, al fine di misurare risultati di salute, tramite flussi informativi esistenti.

Inoltre, riporta le azioni attuabili dalle Aziende Sanitarie, con lo scopo di promuovere il potenziamento delle Cure Domiciliari.

L'implementazione di quanto disposto nel documento, ed in particolare degli *standard* organizzativi/di servizio individuati per le Aziende Sanitarie, avverrà in maniera graduale in relazione alla progressiva strutturazione del complessivo contesto territoriale.

PARTE 1

1.1 DM 77/2022: lo sviluppo delle Cure Domiciliari nella Regione Veneto

Allo scopo di accompagnare le Aziende Sanitarie all'attuazione dello sviluppo dell'assistenza territoriale, con DGR n. 277 del 21 marzo 2024, sono state redatte le "Linee di Indirizzo per le Cure Domiciliari: Assistenza Domiciliare Integrata e Cure Palliative domiciliari in età adulta e pediatrica", finalizzate a completare gli elementi organizzativi del modello regionale delle Cure Domiciliari, individuando i seguenti obiettivi:

- migliorare l'accessibilità ai servizi di Cure Domiciliari e Cure Palliative adulte e pediatriche;
- delineare le iniziative volte al raggiungimento dell'incremento del volume di prestazioni rese in Assistenza Domiciliare, fino alla presa in carico del 10,98% della popolazione *over* 65, comprensivo dell'incremento delle prese in carico in Cure Palliative domiciliari;
- favorire l'implementazione di servizi di Telemedicina nel *setting* domiciliare;
- sviluppare le competenze del personale delle Cure Domiciliari.

Al fine di supportare in modo efficiente ed efficace le Aziende Sanitarie nel raggiungimento degli obiettivi previsti dalla DGR n. 574/2023, con cui è stato approvato il Piano operativo regionale – Assistenza Domiciliare relativo al Sub-Investimento PNRR M6C1-1.2.1 Casa come primo luogo di cura (ADI), è stata svolta un'azione di supporto alle Aziende Sanitarie tramite *audit*, per monitorare l'andamento della progettualità e identificare *best practice* ed eventuali criticità.

L'attività di *audit* nelle Aziende si è basata sulla verifica di elementi significativi e punti di miglioramento, contenuti nella DGR n. 1599/2022 "Requisiti di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale delle Cure Domiciliari", nella DGR n. 1636/2022 "Requisiti di accreditamento istituzionale delle reti di Cure Palliative" e nell'Allegato A della DGR n. 277/2024.

Tale attività ha consentito di far emergere e condividere delle azioni propositive di miglioramento, in particolare nei seguenti ambiti:

- azioni di potenziamento della qualità dei dati di attività delle Cure Domiciliari;
- azioni di potenziamento dei percorsi di Cure Domiciliari (DGR 277/2024);
- azioni di potenziamento che riguardano percorsi formativi specifici;
- azioni di potenziamento per lo sviluppo della Telemedicina.

L'organizzazione delle Cure Domiciliari nelle Aziende ULSS della Regione Veneto, nel corso dell'ultimo anno, ha dato evidenza di un miglioramento della capacità di risposta ai bisogni dei cittadini, favorito dalla collaborazione tra la programmazione regionale e le Aziende Sanitarie.

1.2 Elaborazione e analisi dei dati del flusso SIAD

Al fine di avere un monitoraggio dell'andamento dei processi di presa in carico in Cure Domiciliari (ADI e Cure Palliative), sia a livello regionale che aziendale, si è partiti da un'analisi approfondita dei dati del flusso SIAD.

Con la DGR n. 1722/2004, al fine di potenziare il grado di informatizzazione e le possibilità di valutazione dei servizi di assistenza domiciliare, Regione del Veneto ha stabilito degli *standard* regionali per la raccolta delle informazioni, introducendo il flusso informativo SID-ADI, che raccoglie i dati relativi agli utenti che hanno beneficiato di almeno una valutazione o di un intervento di assistenza domiciliare ed in evoluzione rispetto al flusso SID-ADI, con la DGR n. 2372/2011 è stato approvato il flusso informativo Cure e Assistenza Domiciliare. Il flusso SIAD è stato oggetto negli anni di un continuo processo di aggiornamento. In particolare, è stato evoluto per consentire l'identificazione delle prese in carico in Cure Palliative. Inoltre, ad oggi, consente il monitoraggio dei *target* previsti dalla Componente 1 - Investimento 1.2 "Casa come primo luogo di cura e Telemedicina" della Missione 6 del PNRR.

In Regione del Veneto, il flusso SIAD è suddiviso in cinque tracciati:

- A. TRACCIATO DATI ANAGRAFICI;
- B1. TRACCIATO VALUTAZIONE, RIVALUTAZIONE E CONCLUSIONE;
- B2. TRACCIATO SOSPENSIONI;
- C. TRACCIATO ACCESSI;
- D. TRACCIATO PRESTAZIONI.

Il flusso viene alimentato con le informazioni relative all'assistenza domiciliare erogata a partire dal 1° gennaio 2009. Dal 1° agosto 2012, le informazioni devono essere rilevate al verificarsi dei seguenti eventi: presa in carico, erogazione, sospensione, rivalutazione, conclusione. I dati vengono inviati dalle Aziende ULSS tramite tracciato TXT al portale regionale GEFIS, con cadenza trimestrale, entro i quarantacinque giorni successivi al periodo di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi.

In riferimento alla DGR n. 2372/2011, la valutazione dell'assistito in Cure Domiciliari prevede, come minimo, la compilazione dei campi relativi a diagnosi, valutazione multidimensionale, scheda bisogni e alcune informazioni sul nucleo di convivenza. Per quanto riguarda invece gli accessi e i servizi domiciliari, per gli assistiti che hanno avuto almeno un accesso nel periodo di competenza da parte di un operatore (MMG, Infermiere, professionista sanitario dell'area della riabilitazione, Medico di Distretto, Medico palliativista o altro specialista...) viene inviata entro il mese successivo alla fine del periodo di competenza: l'anagrafe, almeno una valutazione ed un *record* giornaliero per ciascuna figura professionale che ha effettuato l'accesso. I *record* sono tra loro connessi tramite un identificativo evento univoco.

A partire dal tracciato del flusso SIAD, il Servizio Epidemiologico Regionale (SER) ha provveduto all'estrazione di un *dataset*, relativamente al quale sono stati selezionati diversi campi di interesse.

La qualità del dato, inclusa la sua verosimiglianza, intesa come processo generativo dei dati, dipende dall'accuratezza della compilazione da parte dell'operatore e dall'aderenza alle regole di valorizzazione dei dati inseriti nel flusso. La qualità del dato rappresenta condizione necessaria per la valutazione della qualità clinico-assistenziale degli esiti.

Di seguito, si riportano i risultati delle estrazioni svolte relative all'anno 2023, con riferimento alle PIC di Cure Domiciliari (escluse le PIC con valorizzato il nodo UCPDOM) e alle PIC UCPDOM. Inoltre, sono stati analizzati anche i dati relativi alle PIC UCPDOM per tipo di rete RCPPTD.

Nel 2023 gli assistiti in Cure Domiciliari sono pari a 134.820 e in UCPDOM pari a 10.660. Le PIC di Cure Domiciliari risultano pari a 239.534, mentre le PIC UCPDOM a 17.576.

Con riferimento al numero di accessi per operatore, si nota una prevalenza degli accessi effettuati dall'Infermiere, sia per quanto riguarda le PIC di Cure Domiciliari, sia per le PIC UCPDOM (rispettivamente 1.145.508 e 237.947, ovvero 236,2 e 49,1 accessi ogni 1000 assistiti), seguiti, per le Cure Domiciliari, dal MMG (262.464 accessi, ovvero 54,1 accessi ogni 1000 assistiti) e, per le UCPDOM, dal Medico Palliativista (61.851 accessi, ovvero 12,8 accessi ogni 1000 assistiti).

L'Infermiere rappresenta il primo operatore per numero di accessi (406) anche nel caso di PIC UCPDOM per tipo di rete RCPPTD, seguito dal Pediatra di Libera Scelta (PLS) (11), dagli Operatori Socio Sanitari (OSS) (98), dal Medico specialista (50) e dall'Assistente sociale (49).

Si segnala che gli accessi riferiti all'operatore "Medico USCA" si sono conclusi a giugno 2022 e sono perciò riferibili alle attività delle UCA e/o continuità assistenziale diurna.

Operatore	Numero di accessi - Anno 2023		
	Cure Domiciliari	UCPDOM	UCPDOM - RCPPTD
MMG	262.464	36.446	40
PLS	1.605	139	113
Infermiere	1.145.508	237.947	406
Medico specialista	29.435	8.319	50
Palliativista	5.446	61.851	25
Medico Continuità Assistenziale	1.289	531	0
Psicologo	1.444	2.923	25
Fisioterapista	62.919	6.136	10
Logopedista	701	147	0
Assistente Sociale	4.990	1.947	49
Terapista Occupazionale	6	1	0
Medico USCA	969	15	0
OSS	163.943	17.886	98
Altro	8.515	3.454	0

Tabella 1 - Numero di accessi per operatore - Anno 2023

Considerando l'intensità assistenziale erogata, la distribuzione degli assistiti per livello di Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) varia a seconda del tipo di PIC:

- a. per le PIC di Cure Domiciliari, la maggior parte degli assistiti (84.209, ovvero il 62,46% sul totale di assistiti in Cure Domiciliari) è riferibile a GdC 0 (CIA<0,14) e Attività di base;
- b. per le PIC UCPDOM, la quota maggiore di assistiti (4.071, ovvero il 38,19% sul totale di assistiti UCPDOM) si concentra nel Livello 3 (CIA>0,50).

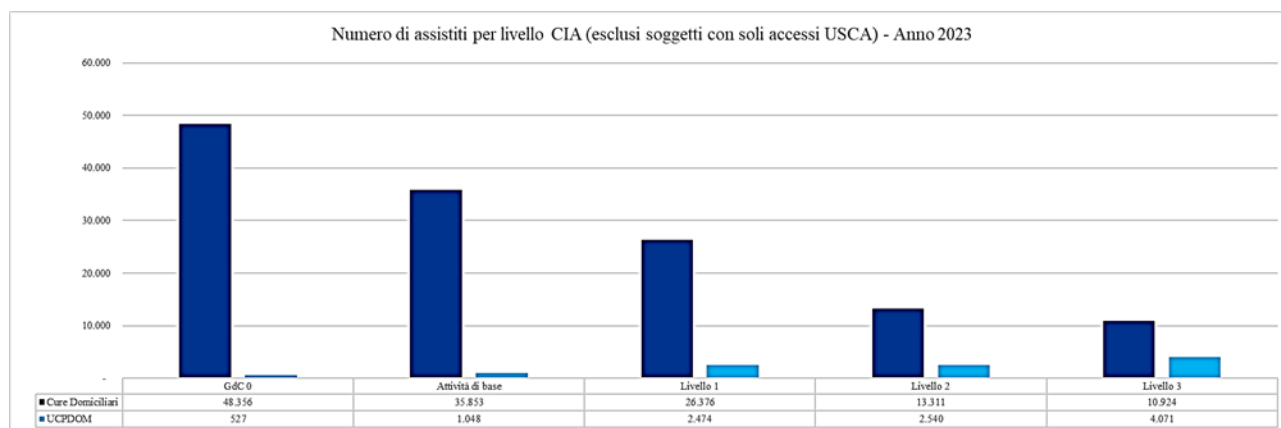


Figura 1 - Numero di assistiti per livello CIA (esclusi soggetti con soli accessi USCA) - Anno 2023

Le Malattie cardiache, diverse dall’Insufficienza cardiaca e l’Ictus, rappresentano le patologie per cui si registra il più alto numero di PIC in Cure Domiciliari per tutti i livelli di CIA, con la maggior parte delle PIC (22.399, ovvero il 9,35% sul totale di PIC di Cure Domiciliari) riferibili a GdC 0 (CIA <0,14) e la restante parte ad Attività di base, CIA di Livello 1 (0,14≤CIA<0,30), di Livello 2 (0,31<CIA≤0,50) e di Livello 3 (CIA>0,50) (15.999, 8.930, 3.535 e 2.242 rispettivamente).

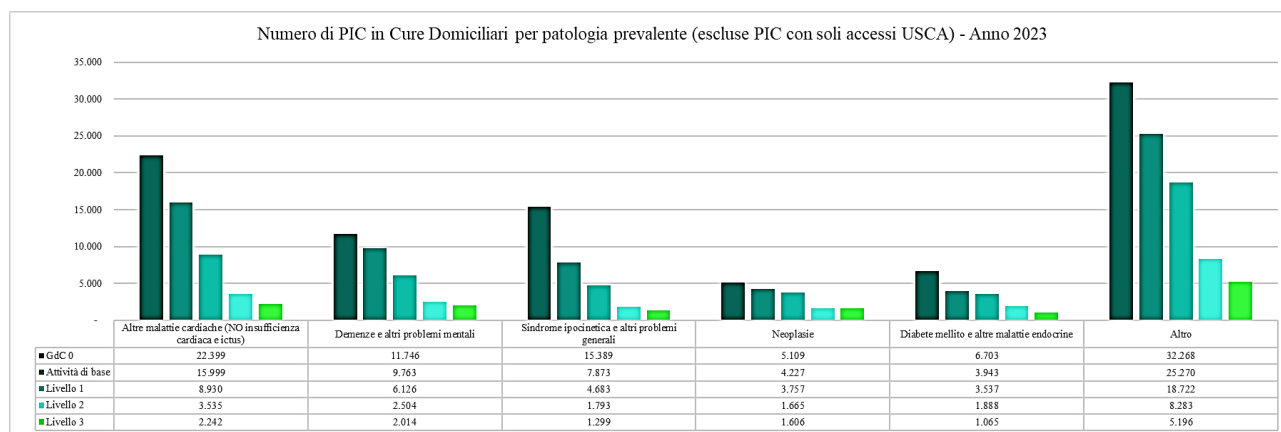


Figura 2 - Numero di PIC in Cure Domiciliari per patologia prevalente (escluse PIC con soli accessi USCA) - Anno 2023

In ambito UCPDOM, le Neoplasie rappresentano la patologia prevalente, in termini di PIC, per tutti i livelli di CIA, con la maggior presenza in CIA di Livello 3 (4.432, ovvero il 25,22% sul totale di PIC UCPDOM) seguito da CIA di Livello 1 (3.678), CIA di Livello 2 (3.372), Attività di base (1.652) e GdC 0 (1.468).

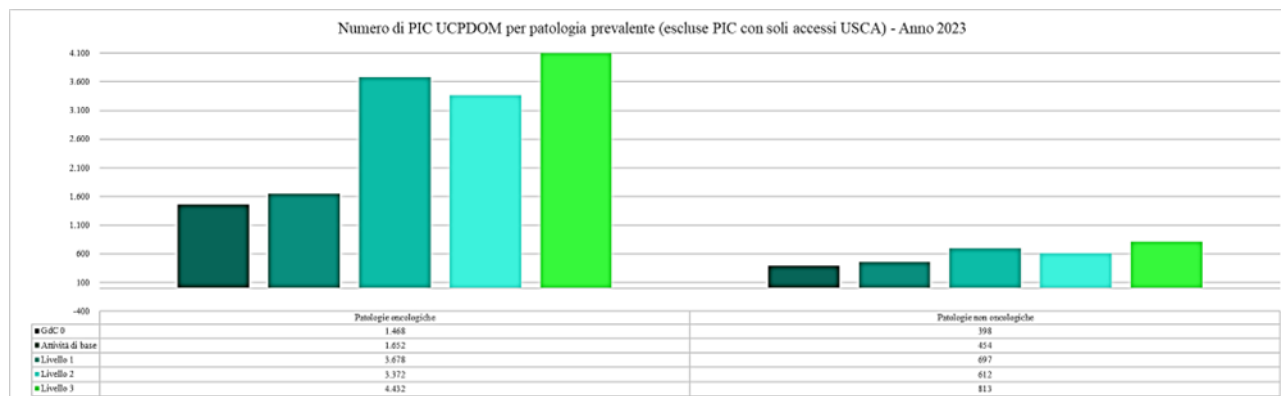


Figura 3 - Numero di PIC UCPDOM per patologia oncologica e non oncologica (escluse PIC con soli accessi USCA) - Anno 2023

Inoltre, è stato confrontato il numero di assistiti con bisogno di terminalità non oncologica con quello di terminalità oncologica. Nel dettaglio, presentano un bisogno di terminalità non oncologica 2.204 PIC (su un totale di 239.534 PIC) di Cure Domiciliari e 2.055 PIC (su un totale di 17.576 PIC) di Cure UCPDOM. Al contrario, presentano un bisogno di terminalità oncologica 5.010 PIC (su un totale di 239.534 PIC) di Cure Domiciliari e 14.084 PIC (su un totale di 17.576 PIC) di Cure UCPDOM. In sintesi, mentre gli assistiti in Cure Domiciliari presentano bisogni diversi, quelli in UCPDOM sono prevalentemente assistiti oncologici in fase terminale.

I MMG ed i PLS rappresentano soggetti richiedenti di PIC con il maggior numero di richieste effettuate, sia per quanto riguarda le Cure Domiciliari (161.522, ovvero il 67,43% sul totale di PIC di Cure Domiciliari), che per quanto concerne le UCPDOM (9.388, ovvero il 53,41% sul totale di PIC UCPDOM).

Il primo soggetto richiedente in termini di numero di PIC UCPDOM per tipo di rete RCPPTD è l'ospedale, con 18 PIC (ovvero il 45% sul totale di PIC UCPDOM), cui fanno seguito i MMG ed i PLS, con 13 PIC (ovvero il 32,50% sul totale di PIC UCPDOM).

Soggetto richiedente	Numero di accessi - Anno 2023		
	Cure Domiciliari	UCPDOM	UCPDOM - RCPPTD
Servizi sociali Comune	1.134	17	0
Servizi sociali AULSS	268	3	0
MMG/PLS	161.522	9.388	13
Ospedale	12.705	3.847	18
Struttura residenziale extra-ospedaliera	368	25	0
Utente/familiari	7.164	66	0
Apertura amministrativa della stessa persona presa in carico	22.426	1.588	7

Altro	29.435	2.206	2
Hospice	5	17	0
Servizi territoriali/distrettuali	1.315	36	0
Medico specialista	361	201	0
Ambulatorio Cure Palliative	99	141	0
Ospedale per dimissione protetta	2.729	41	0

Tabella 2 - Numero di PIC per soggetto richiedente (escluse PIC con soli accessi USCA) - Anno 2023

I motivi di conclusione prevalenti per le Cure Domiciliari sono rappresentati da completamento del programma assistenziale (101.470 PIC), trasferimento in altra tipologia di Cure Domiciliari (32.499 PIC), ricovero in ospedale (23.234 PIC). I motivi di conclusione prevalenti per le UCPDOM sono rappresentati da decesso a domicilio (4.586 PIC), ricovero in ospedale (2.773 PIC), completamento del programma assistenziale (2.074 PIC).

La tipologia di bisogno assistenziale maggiormente caratterizzante le PIC di Cure Domiciliari è la “Valutazione monoprofessionale” (204.588, ovvero l’85,41% sul totale di PIC di Cure Domiciliari), seguita dal “Prelievo venoso non occasionale” (125.296, ovvero il 52,31% sul totale di PIC di Cure Domiciliari) e dalla “Rilevazione dei parametri vitali e fisici” (57.061, ovvero il 23,82% sul totale di PIC di Cure Domiciliari).

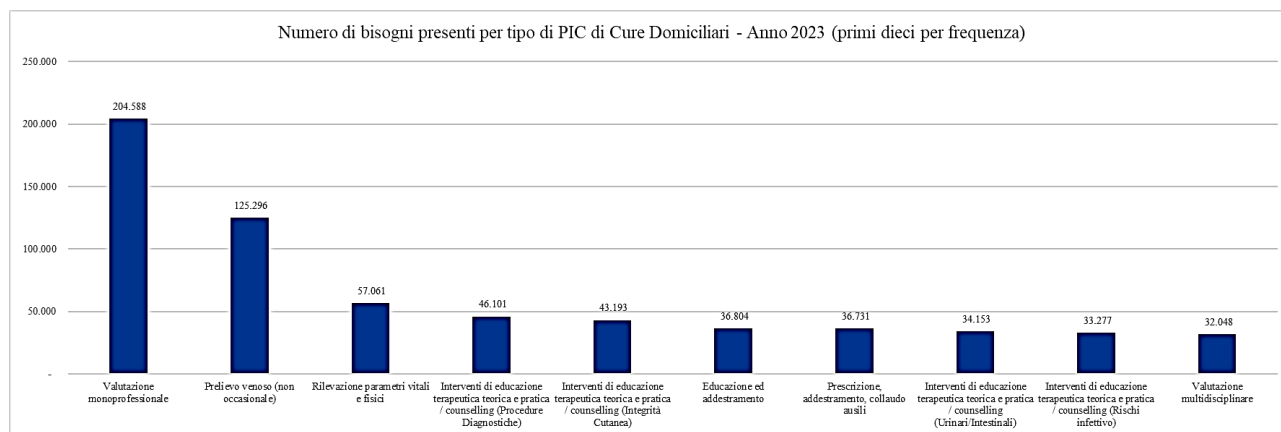


Figura 4 - Numero di bisogni presenti per tipo di PIC di Cure Domiciliari - Anno 2023 (primi dieci per frequenza)

Il maggior numero di bisogni per tipologia di PIC UCPDOM si registra per l’“Assistenza relativa allo stato di terminalità oncologica” (14.084, ovvero l’80,13% sul totale di PIC UCPDOM), cui seguono la “Gestione del dolore oncologico e non oncologico” (13.594, ovvero il 77,34% sul totale di PIC UCPDOM) e la “Valutazione monoprofessionale” (12.997, ovvero il 73,95% sul totale di PIC UCPDOM).

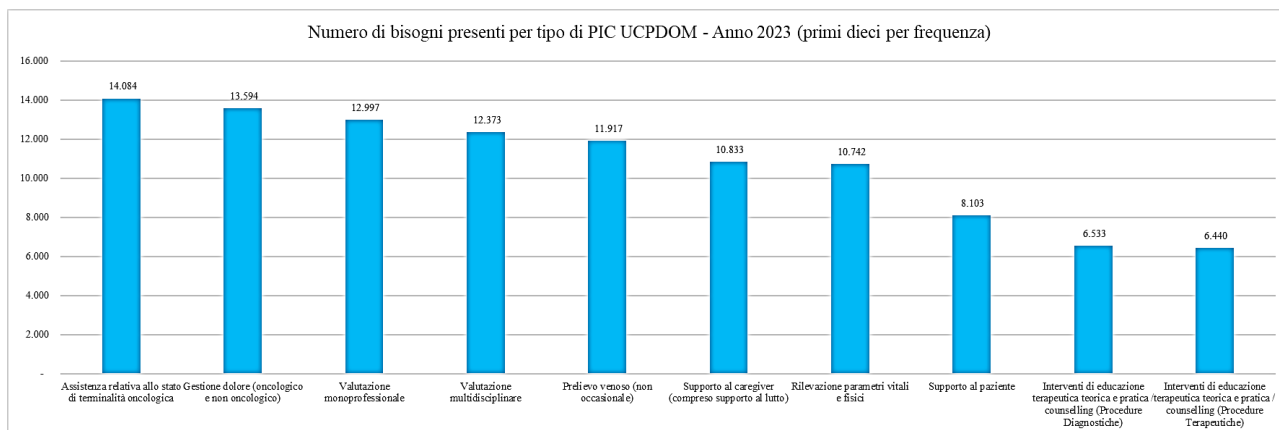


Figura 5 - Numero di bisogni presenti per tipo di PIC UCPDOM - Anno 2023 (primi dieci per frequenza)

Considerando la rete RCPPTD, il maggior numero di bisogni per le PIC UCPDOM si registra parimenti per la “Valutazione multidisciplinare” e la “Rilevazione dei parametri vitali e fisici” (37 ciascuna), seguite dalla “Valutazione monoprofessionale” (31).

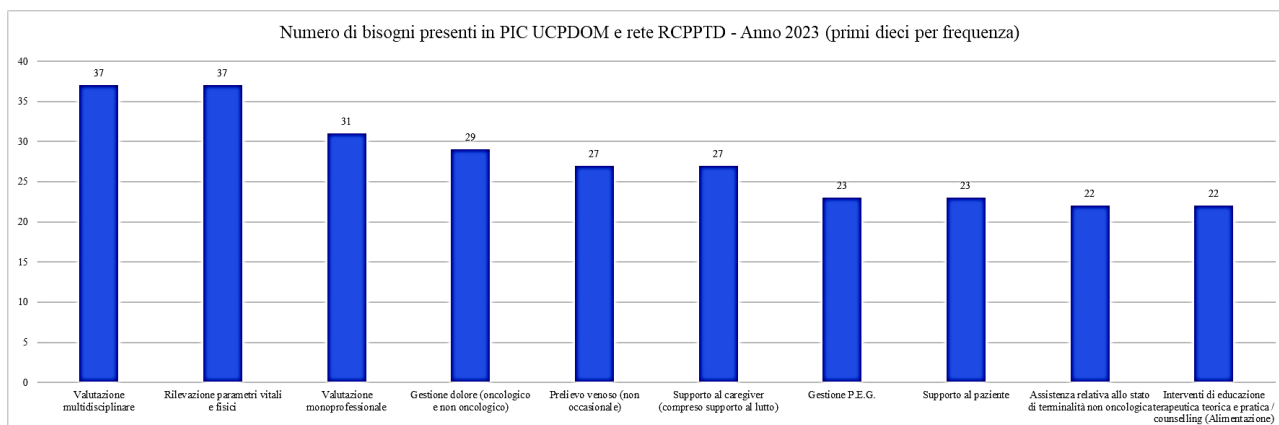


Figura 6 - Numero di bisogni presenti in PIC UCPDOM e rete RCPPTD - Anno 2023 (primi dieci per frequenza)

Le prime tre frequenze in termini di numero di prestazioni per tipologia di PIC di Cure Domiciliari sono rappresentate dalla “Visita domiciliare” (122.215, ovvero il 51,02% sul totale di PIC di Cure Domiciliari), il “Prelievo ematico” (69.185, ovvero il 28,88% sul totale di PIC di Cure Domiciliari) e il “Trasferimento di competenze e le attività di educazione per il *care-giver*” (57.524, ovvero il 24,01% sul totale di PIC di Cure Domiciliari).

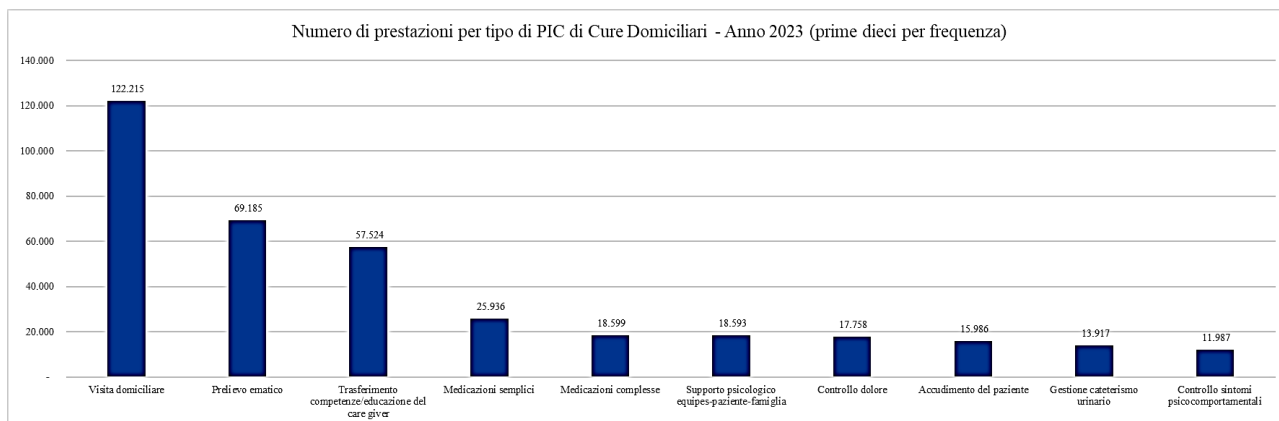


Figura 7 - Numero di prestazioni per tipo di PIC di Cure Domiciliari - Anno 2023 (primi dieci per frequenza)

Considerando le PIC UCPDOM, le tre prestazioni numericamente prevalenti sono invece la “Visita domiciliare” (14.920, 84,89% sul totale di PIC UCPDOM), il “Trasferimento di competenze e le attività di educazione per il *care-giver*” (8.003, ovvero il 45,53% sul totale di PIC UCPDOM) ed il “Controllo del dolore” (7.034, ovvero il 40,02% sul totale di PIC UCPDOM).

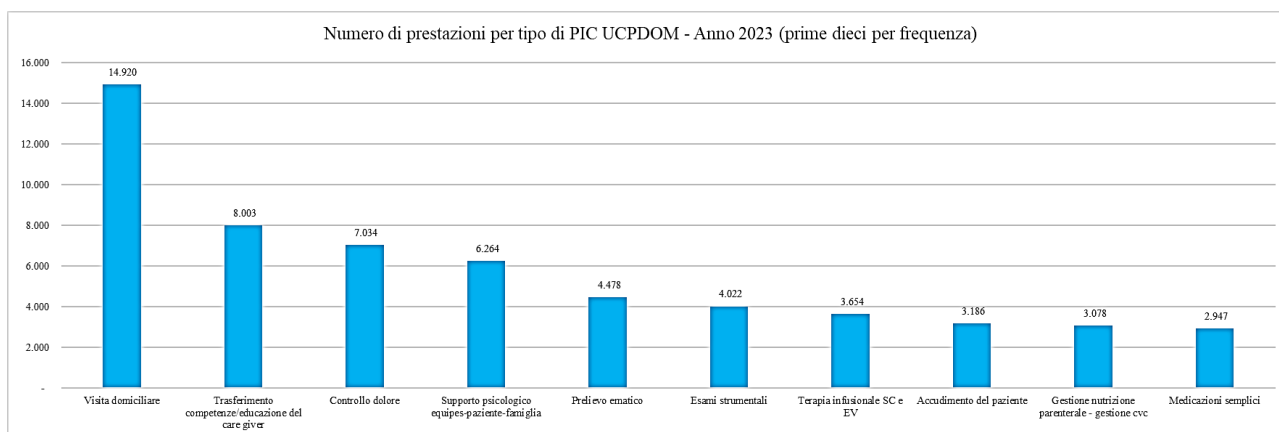


Figura 8 - Numero di prestazioni per tipo di PIC UCPDOM - Anno 2023 (prime dieci per frequenza)

Limitatamente alla rete RCPPTD, le prestazioni prevalenti presenti in riferimento alle PIC UCPDOM sono la “Visita domiciliare” (31), il “Supporto psicologico *équipe*-assistito-famiglia” (16) ed il “Trasferimento di competenze e le attività di educazione per il *care-giver*” (15).

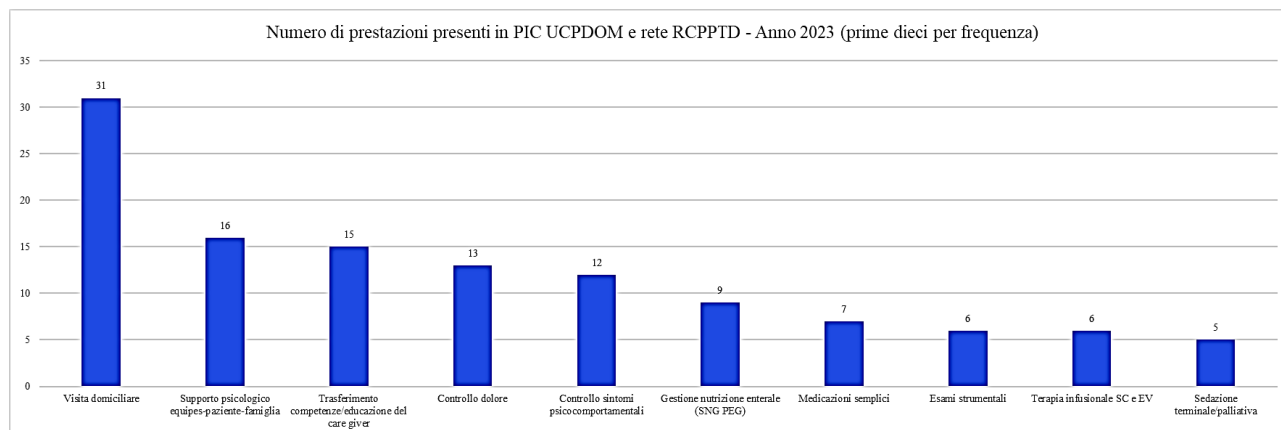


Figura 9 - Numero di prestazioni presenti in PIC UCPDOM e rete RCPPTD - Anno 2023 (prime dieci per frequenza)

PARTE 2

2.1 Indicazioni per lo sviluppo della qualità dei percorsi di Cure Domiciliari

Con la DGR n. 574/2023 sono state individuate le prime indicazioni operative e organizzative per l'attuazione del sub-investimento PNRR M6C1-1.2.1 Casa come primo luogo di cura (ADI).

Il primo *target* previsto dopo la pubblicazione in GU del DM 23 gennaio 2023, è stato raggiunto dalla Regione del Veneto, con 125.159 persone prese in carico, certificate tramite il Flusso SIAD da AGENAS (prot. n. 3718 del 28/03/2024).

Il raggiungimento del *target* quantitativo previsto stimola una nuova riflessione in merito alla qualità dei percorsi di Cure Domiciliari ed al livello di assistenza erogato.

Lo sviluppo della qualità dei percorsi di presa in carico in Cure Domiciliari è caratterizzato da tre dimensioni principali:

- qualità organizzativa;
- qualità professionale;
- qualità relazionale.

In particolare, la valutazione della qualità delle cure erogate deve essere effettuata considerando i seguenti ambiti:

- efficacia, quale capacità di un'attività di raggiungere e realizzare gli obiettivi individuati;
- efficienza, come complesso di procedure che favorisce il raggiungimento del migliore esito possibile;
- appropriatezza, intesa come pertinenza del servizio erogato rispetto al bisogno da soddisfare;
- soddisfazione dell'utente, quale misura in cui il servizio risponde alle aspettative dell'assistito.

Al fine di effettuare una valutazione della qualità dei percorsi di Cure Domiciliari, risulta fondamentale la definizione di indicatori di processo ed esito, in coerenza con la normativa vigente.

Il monitoraggio dei risultati raccolti dall'analisi degli indicatori di processo e di esito permette di individuare gli *outcome*, prodotti dai processi di cura in grado di impattare nel breve o medio termine sulla salute dell'assistito, e le azioni di potenziamento per realizzarli, specificatamente per l'ADI e le Cure Palliative.

2.2 Azioni di potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata

Il Gruppo di Lavoro ha identificato tre ambiti di applicazione prioritari da potenziare relativamente all'ADI:

- attivazione del servizio ADI;
- presa in carico a domicilio;
- gestione dei bisogni assistenziali.

Inoltre, per ciascun ambito di applicazione prioritario, sono state declinate le seguenti azioni di potenziamento e le relative tempistiche di implementazione:

- breve periodo: entro sei mesi dalla pubblicazione del documento in oggetto;
- medio periodo: entro dodici mesi dalla pubblicazione del documento in oggetto.

Ambito di applicazione	Azioni di potenziamento	Breve termine	Medio termine
Attivazione del servizio ADI	<p>AZIONE 1 – Garantire la condivisione dei casi con la Continuità Assistenziale (CA) Garantire la condivisione delle informazioni tra la Centrale ADI e la CA relativamente ai casi complessi con la partecipazione della COT, al fine di favorire un adeguato passaggio di consegna in relazione agli assistiti che necessitano di monitoraggio negli orari di sovrapposizione dell'attività di ADI e CA.</p>	X	
	<p>AZIONE 2 – Favorire l'intercettazione di bisogni sanitari non noti, tramite l'utilizzo della SVAMA semplificata, per la valutazione dei bisogni del caregiver/altri contatti over 65 Somministrazione della SVAMA semplificata per la valutazione dei bisogni ai caregiver, oppure ad altri contatti over 65 dell'assistito in ADI, al fine di garantire il riconoscimento di bisogni sanitari non noti e, di conseguenza, di ampliare l'erogazione dell'assistenza alla rete dell'assistito.</p>		X
Presenza in carico a domicilio	<p>AZIONE 1 – Prevedere incontri multidisciplinari sul caso Prevedere incontri multidisciplinari sul caso tra la rete dei professionisti, al di fuori del contesto della valutazione multidimensionale richiesta per la definizione/rivalutazione del progetto di presa in carico, al fine di potenziare la collaborazione, aumentare il <i>know-how</i> e facilitare consultazioni/consulenze, anche attraverso l'utilizzo di strumenti di Telemedicina.</p>	X	
	<p>AZIONE 2 – Definire un progetto assistenziale al momento dell'avvio della presa in carico e al termine del percorso, in termini di intensità assistenziale, da rivedere con cadenza periodica o ad ogni cambio di intensità assistenziale Garantire la definizione di un progetto di presa in carico iniziale, tramite la definizione del livello di intensità assistenziale all'avvio del percorso di Cure Domiciliari, e una valutazione finale, prevedendo la rivalutazione periodica dell'episodio di cura, se necessario, in riferimento alle patologie, le condizioni assistenziali, le condizioni di autonomia e altre variabili di contesto (ad esempio, la rete familiare, le condizioni sociali, ecc).</p>		X
Gestione dei bisogni assistenziali	<p>AZIONE 1 – Garantire la presenza di referenti individuati per lo sviluppo di una rete integrata per bisogni assistenziali specifici ed in particolare per i seguenti ambiti: nutrizionale, wound care, gestione Peripherally Inserted Central Catheter (P.I.C.C.), supporto ventilatorio, riabilitativo a domicilio, prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto territoriale Identificazione di referenti per lo sviluppo di reti integrate di Cure Domiciliari, con la partecipazione anche dei servizi specialistici</p>		X

Ambito di applicazione	Azioni di potenziamento	Breve termine	Medio termine
	<p>ambulatoriali o ospedalieri di riferimento (AULSS di residenza, Aziende Ospedaliere (AO), presidi ospedalieri).</p> <p>Esempi di composizione delle reti integrate minime da attivare:</p> <p>a. Attivazione rete integrata nutrizionale a domicilio: costituita, ad esempio, da dietista, infermiere, logopedista, medico specialista per l'attività di promozione della salute in ambito ospedaliero e territoriale, anche tramite Telemedicina (tema della nutrizione enterale e parenterale, della somministrazione di integratori/addensanti e dell'utilizzo di preparati galenici). Gli assistiti eleggibili sono rappresentati da fragili a rischio di malnutrizione e/o disidratazione, assistiti a rischio di disfagia, assistiti con PEG e SNG o nutrizione parenterale totale attiva.</p> <p>b. Attivazione rete integrata <i>wound care</i> a domicilio: costituita, ad esempio, da MMG, medico specialista, infermiere e farmacista per il trattamento domiciliare delle lesioni difficili (<i>wound care</i>), in particolar modo di ulcere cutanee e lesioni da decubito, senza necessità di attivazione di percorsi ospedalieri.</p> <p>c. Attivazione rete integrata P.I.C.C. a domicilio: costituita, ad esempio, da un <i>team</i> multidisciplinare (infermiere con competenze specifiche / P.I.C.C. <i>team</i>, infermiere ADI, MMG, anestesista, etc.) per la valutazione e gestione di infusioni tramite l'impianto di "Catetere Venoso Centrale Inserito Perifericamente", necessarie per le chemioterapie, la somministrazione di farmaci per la gestione del dolore, l'infusione di sacche per la nutrizione parenterale e la terapia antibiotica protratta.</p> <p>d. Rete integrata per il supporto ventilatorio a domicilio: costituita, ad esempio, da medico pneumologo per il monitoraggio della ventilazione meccanica a lungo termine, infermiere con competenze specifiche e infermiere ADI responsabile della qualità del percorso, professionisti quali psicologo, logopedista, fisioterapista responsabili di specifici interventi necessitati dall'assistito in seguito all'avvio del percorso di cura ed i MMG per la gestione clinica dell'assistito una volta avvenuta la dimissione.</p> <p>e. Rete integrata riabilitativa a domicilio: costituita, ad esempio, da fisioterapista, logopedista, medico fisiatra per il supporto dell'assistito (anche tramite strumenti di Telemedicina) nello svolgimento di attività di valutazione ambientale, <i>assessment</i> di presidi, supporto e rinforzo all'educazione del <i>caregiver</i>, riattivazione funzionale, riabilitazione e/o logopedia.</p>		

Ambito di applicazione	Azioni di potenziamento	Breve termine	Medio termine
	<p>f. Prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto territoriale: costituita, ad esempio, infettivologi e microbiologi (anche tramite strumenti di Telemedicina), MMG, infermieri con competenze specifiche, in stretta collaborazione con le strutture aziendali preposte alla sorveglianza, alla prevenzione e al controllo delle infezioni correlate all'assistenza, come da normativa vigente.</p>		
	<p>AZIONE 2 – Avviare percorsi specialistici aziendali di integrazione ospedale-territorio (condivisi e standardizzati), tramite la creazione di canali diretti, la condivisione di strumenti e agende per il consulto (anche Teleconsulto) specialista/MMG/altri professionisti</p> <p>Avvio di reti integrate tra l'<i>équipe</i> dell'ADI (infermieri e altri professionisti sanitari), gli specialisti territoriali/ospedalieri e i centri regionali specializzati per ambito.</p> <p>Di seguito, si riportano le attività finalizzate all'avvio di percorsi specialistici di integrazione ospedale-territorio.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Definizione delle attività che la rete deve garantire trasversalmente tra ospedale-territorio e delle caratteristiche degli assistiti eleggibili. 2. Individuazione dei professionisti specifici per la rete integrata, sulle base delle attività definite, per il tramite del referente della rete. 3. Costituzione di un <i>team</i> di medici specialisti, infermieri con competenze specifiche e individuazione di un coordinatore infermieristico che, coordinandosi con il territorio, erogino consulenze, prestazioni a domicilio e <i>follow up</i> periodico (anche in Telemedicina). 4. Stesura di protocolli per il personale sanitario e i <i>caregiver</i>. 5. Formazione e aggiornamento del personale, attraverso la promozione di incontri tra professionisti ospedalieri e della rete territoriale, finalizzati a favorire la collaborazione e la condivisione delle migliori pratiche. 6. Definizione di canali di comunicazione diretti e condivisione di strumenti di supporto, come ad esempio, incontri sul caso e utilizzo della Piattaforma Regionale di Telemedicina. 7. Produzione di un <i>report</i> annuale con indicazione dei professionisti coinvolti nella rete integrata e la descrizione delle macro-attività svolte. 		X

Tabella 3 – Azioni di potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata

2.3 Indicatori di processo e di esito dell'Assistenza Domiciliare Integrata

In seguito all'individuazione degli ambiti di applicazione e delle relative azioni di potenziamento, vengono sotto riportati gli indicatori definiti ai fini della misurazione della qualità delle attività svolte nel contesto dell'Assistenza Domiciliare Integrata. In particolare, vengono riportati per ciascun indicatore la tipologia di appartenenza, il valore atteso e la fonte informativa.

Si prevede che tali indicatori, di natura osservazionale, siano soggetti a monitoraggio durante un periodo di sperimentazione funzionale alla valutazione della loro consistenza e alla definizione degli *standard* di qualità delle attività svolte.

Ambito di applicazione	Codice	Tipologia indicatore	Indicatore	Tipologia valore atteso	Flusso informativo
Attivazione del servizio ADI	1_01	Indicatore di esito	Numero di assistiti in ADI che hanno concluso la presa in carico con un ricovero ospedaliero, <i>over 65 anni</i> / Totale di assistiti con presa in carico in ADI	Percentuale (%)	- Flusso SIAD - Flusso SDO
	1_02	Indicatore di esito	Numero di assistiti in ADI con almeno un accesso al Pronto Soccorso (PS) durante la presa in carico domiciliare, <i>over 65 anni</i> / Totale di assistiti con presa in carico in ADI	Percentuale (%)	- Flusso SIAD - Flusso SDO - Flusso EMUR
Presa in carico a domicilio	2_01	Indicatore di processo	Presenza di procedura aziendale per la schedulazione di progetti assistenziali periodici (all'avvio della presa in carico, al termine della presa in carico e di rivalutazione periodica)	SI/NO	<i>Dato da richiedere alle Aziende Sanitarie</i>
	2_02	Indicatore di processo	Tasso di prese in carico in ADI con almeno un accesso da parte del MMG/1000 residenti	Tasso	Flusso SIAD
	2_03	Indicatore di processo	Tasso di prese in carico in ADI con almeno un accesso da parte del Medico Specialista/1000 residenti	Tasso	Flusso SIAD
	2_04	Indicatore di processo	Tasso di prese in carico in ADI con almeno un accesso da parte del Fisioterapista/1000 residenti	Tasso	Flusso SIAD

Ambito di applicazione	Codice	Tipologia indicatore	Indicatore	Tipologia valore atteso	Flusso informativo
	2_05	Indicatore di processo	Tasso di prese in carico in ADI con almeno un accesso da parte dello Psicologo/1000 residenti	Tasso	Flusso SIAD
	2_06	Indicatore di processo	Tasso di prese in carico in ADI con almeno un accesso/prestazione erogata in Telemedicina da parte del MMG/1000 residenti	Tasso	<i>Dato da richiedere alle Aziende Sanitarie / Rilevazione tramite la Piattaforma Regionale di Telemedicina</i>
	2_07	Indicatore di processo	Tasso di prese in carico in ADI con almeno un accesso/prestazione erogata in Telemedicina da parte del Medico Specialista/1000 residenti	Tasso	<i>Dato da richiedere alle Aziende Sanitarie / Rilevazione tramite la Piattaforma Regionale di Telemedicina</i>
	2_08	Indicatore di processo	Tasso di prese in carico in ADI con almeno un accesso/prestazione erogata in Telemedicina da parte del Fisioterapista/1000 residenti	Tasso	<i>Dato da richiedere alle Aziende Sanitarie / Rilevazione tramite la Piattaforma Regionale di Telemedicina</i>
	2_09	Indicatore di processo	Tasso di prese in carico in ADI con almeno un accesso/prestazione erogata in Telemedicina da parte dello Psicologo/1000 residenti	Tasso	<i>Dato da richiedere alle Aziende Sanitarie / Rilevazione tramite la</i>

Ambito di applicazione	Codice	Tipologia indicatore	Indicatore	Tipologia valore atteso	Flusso informativo
					<i>Piattaforma Regionale di Telemedicina</i>
	2_10	Indicatore di esito	Numero di assistiti con presa in carico attiva in ADI precedentemente al ricovero e con riammissione a 30 giorni dalla dimissione per stessa diagnosi o diagnosi affine / Totale di assistiti dimessi con presa in carico attiva in ADI precedentemente al ricovero	Percentuale (%)	- Flusso SIAD - Flusso SDO
	2_11	Indicatore di processo	Numero di assistiti con presa in carico attiva (ADI) e gestiti tramite servizi di Telemedicina (Teleconsulto, Teleconsulenza, Telemonitoraggio, Televisita, Teleassistenza)	Numero	<i>Dato da richiedere alle Aziende Sanitarie / Rilevazione tramite la Piattaforma Regionale di Telemedicina</i>
Gestione dei bisogni assistenziali	3_01	Indicatore di processo	Individuazione di un referente per l'avvio di una rete integrata in ambito nutrizionale a domicilio	SI/NO	<i>Dato da richiedere alle Aziende Sanitarie</i>
	3_02	Indicatore di processo	Individuazione di un referente per l'avvio di una rete integrata in ambito <i>wound care</i> a domicilio	SI/NO	<i>Dato da richiedere alle Aziende Sanitarie</i>
	3_03	Indicatore di processo	Individuazione di un referente per l'avvio di una rete integrata in ambito gestione P.I.C.C. a domicilio	SI/NO	<i>Dato da richiedere alle Aziende Sanitarie</i>

Ambito di applicazione	Codice	Tipologia indicatore	Indicatore	Tipologia valore atteso	Flusso informativo
	3_04	Indicatore di processo	Individuazione di un referente per l'avvio di una rete integrata in ambito supporto ventilatorio a domicilio	SI/NO	<i>Dato da richiedere alle Aziende Sanitarie</i>
	3_05	Indicatore di processo	Individuazione di un referente per l'avvio di una rete integrata in ambito riabilitativo a domicilio	SI/NO	<i>Dato da richiedere alle Aziende Sanitarie</i>
	3_06	Indicatore di processo	Individuazione di un referente per l'avvio di una rete integrata in ambito prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto territoriale	SI/NO	<i>Dato da richiedere alle Aziende Sanitarie</i>
	3_07	Indicatore di processo	Presenza di procedure di integrazione ospedale-territorio per la gestione nutrizionale a domicilio	SI/NO	<i>Dato da richiedere alle Aziende Sanitarie</i>
	3_08	Indicatore di processo	Presenza di procedure di integrazione ospedale-territorio per il <i>wound care</i> a domicilio	SI/NO	<i>Dato da richiedere alle Aziende Sanitarie</i>
	3_09	Indicatore di processo	Presenza di procedure di integrazione ospedale-territorio per la gestione P.I.C.C. a domicilio	SI/NO	<i>Dato da richiedere alle Aziende Sanitarie</i>
	3_10	Indicatore di processo	Presenza di procedure di integrazione ospedale-territorio per il supporto ventilatorio a domicilio	SI/NO	<i>Dato da richiedere alle Aziende Sanitarie</i>
	3_11	Indicatore di processo	Presenza di procedure di integrazione ospedale-	SI/NO	<i>Dato da richiedere</i>

Ambito di applicazione	Codice	Tipologia indicatore	Indicatore	Tipologia valore atteso	Flusso informativo
			territorio per il supporto riabilitativo		<i>alle Aziende Sanitarie</i>
	3_12	Indicatore di processo	Presenza di procedure di integrazione ospedale-territorio per la prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto territoriale	SI/NO	<i>Dato da richiedere alle Aziende Sanitarie</i>
	3_13	Indicatore di processo	Numero di accessi per assistito per prestazione "Medicazioni complesse" / Totale di assistiti con bisogni assistenziali "Trattamenti lesioni decubito III e IV" e "Trattamenti lesioni decubito III e IV grado multiple"	Numero (accessi medi)	Flusso SIAD
	3_14	Indicatore di processo	Numero di accessi per assistito per prestazioni "Gestione nutrizione enterale (SNG PEG)" e "Gestione nutrizione parenterale - gestione cvc" / Totale di assistiti con bisogni assistenziali "Gestione alimentazione per OS", "Gestione S.N.G.", "Gestione P.E.G.", "Gestione alimentazione parenterale"	Numero (accessi medi)	Flusso SIAD
	3_15	Indicatore di esito	Numero di assistiti presi in carico in ADI con bisogno assistenziale "Trattamenti lesioni decubito I e II grado" e "Trattamenti lesioni decubito III e IV"	Percentuale (%)	Flusso SIAD

Ambito di applicazione	Codice	Tipologia indicatore	Indicatore	Tipologia valore atteso	Flusso informativo
			grado", i quali entro un anno dalla rilevazione del bisogno non mantengono tale bisogno / Numero di assistiti presi in carico in ADI con bisogno assistenziale "Trattamenti lesioni decubito I e II grado" e "Trattamenti lesioni decubito III e IV grado"		
	3_16	Indicatore di esito	Numero di assistiti ventilati/tracheostomizzati con Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) e Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG) con presa in carico in ADI che presentano la diagnosi di polmonite <i>ab ingestis</i> al ricovero / Numero di assistiti ventilati/tracheostomizzati con Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) e Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG) con presa in carico in ADI	Percentuale (%)	- Flusso SIAD - Flusso SDO

Tabella 4 – Indicatori di processo e di esito dell'Assistenza Domiciliare Integrata

2.4 Azioni di potenziamento delle Cure Palliative Domiciliari in età adulta

Il Gruppo di Lavoro ha identificato quattro ambiti di applicazione prioritari da potenziare relativamente alle Cure Palliative Domiciliari in età adulta:

- formazione in Cure Palliative;
- identificazione dei bisogni ed erogazione dell'assistenza;
- ospedalizzazione;
- degenza in *hospice*.

Inoltre, per ciascun ambito di applicazione prioritario, sono state declinate le seguenti azioni di potenziamento e le relative tempistiche di implementazione:

- breve periodo: entro sei mesi dalla pubblicazione del documento in oggetto;
- medio periodo: entro dodici mesi dalla pubblicazione del documento in oggetto.

Ambito di applicazione	Azioni di potenziamento	Breve termine	Medio termine
Formazione in Cure Palliative	AZIONE 1 – Organizzazione di corsi aziendali dedicati alla formazione in Cure Palliative	X	
	AZIONE 2 – Promuovere la partecipazione a percorsi formativi in Cure Palliative secondo le indicazioni regionali		X
Identificazione dei bisogni ed erogazione dell'assistenza	AZIONE 1 – Definizione di procedure aziendali per i seguenti ambiti: <ul style="list-style-type: none"> – Modalità di presa in carico tra ADI e RLCP; – Stesura di una procedura che definisca le modalità di integrazione Cure Primarie-Cure Palliative nella presa in carico degli assistiti con bisogni di Cure Palliative. La procedura deve prevedere l'utilizzo e la condivisione di strumenti che permettano di identificare gli assistiti candidabili alle Cure Palliative e di valutare la transizione da Cure Palliative di base a Cure Palliative specialistiche sulla base della complessità dei bisogni (es. ID PAL); – Definizione di modalità operative che permettano alle <i>équipe</i> di Cure Palliative di garantire la copertura assistenziale h 24 - 7/7, anche con il supporto dell'ADI e della Continuità Assistenziale; – Attivazione di una pronta disponibilità distrettuale o sovradistrettuale da parte di medici palliativisti, nelle fasce orarie in cui il palliativista non è presente, anche attraverso un sistema di Teleconsulto al 118, 116117, Pronti Soccorso, MCA, Infermiere ADI/Cure Palliative; – Stesura di un protocollo aziendale specifico per la Teleconsulenza; 		X

Ambito di applicazione	Azioni di potenziamento	Breve termine	Medio termine
	<p>– Gestione del dolore.</p>		
	<p>AZIONE 2 – Individuare le funzioni di Case Management Assicurare la presenza di figure con funzioni di <i>Case Management</i> e competenze specifiche in Cure Palliative, integrata nella RLCP, che ottimizzi la presa in carico dell’assistito.</p>		X
	<p>AZIONE 3 – Potenziare la gestione da remoto di assistiti e caregiver Sviluppo di progetti mirati al potenziamento della gestione da remoto di assistiti e <i>caregiver</i>, contestualmente all’implementazione della Piattaforma Regionale di Telemedicina.</p>		X
Ospedalizzazione	<p>AZIONE 1 – Garantire la presa in carico ospedaliera Garantire la presa in carico strutturata degli assistiti con bisogni di Cure Palliative nel <i>setting</i> ospedaliero, sviluppando l’attività dedicata agli assistiti dell’ospedale da parte delle <i>équipe</i> di Cure Palliative in integrazione con la COT.</p>	X	
	<p>AZIONE 2 – Formare il personale ospedaliero al riconoscimento precoce degli assistiti con bisogni di Cure Palliative Garantire percorsi di formazione del personale ospedaliero per l’individuazione e la segnalazione precoce dell’assistito eleggibile alle Cure Palliative.</p>		X
Degenza in hospice	<p>AZIONE 1 – Definire una modalità condivisa per la presa in carico in hospice Miglioramento dell’appropriatezza dell’accesso all’<i>Hospice</i> nel rispetto dei criteri definiti con DGR n. 3318 del 04 novembre 2008.</p>		X

Tabella 5 – Azioni di potenziamento delle Cure Palliative in età adulta

2.5 Azioni di potenziamento delle Cure Palliative Domiciliari in età pediatrica

Il Gruppo di Lavoro ha identificato tre ambiti di applicazione prioritari da potenziare relativamente alle Cure Palliative Domiciliari in età pediatrica:

- formazione in Cure Palliative Pediatriche;
- rilevazione del bisogno di Cure Palliative Pediatriche;
- rete: continuità *Hub&Spoke*.

Inoltre, per ciascun ambito di applicazione prioritario, sono state declinate le seguenti azioni di potenziamento e le relative tempistiche di implementazione:

- breve periodo: entro sei mesi dalla pubblicazione del documento in oggetto;
- medio periodo: entro dodici mesi dalla pubblicazione del documento in oggetto.

Ambito di applicazione	Azioni di potenziamento	Breve termine	Medio termine
<p>Formazione in Cure Palliative Pediatriche</p>	<p>AZIONE 1 – Potenziare la partecipazione alle edizioni aziendali del corso regionale di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche, presso le Aziende Sanitarie Stimolare la partecipazione di PLS e MMG anche valutando la copertura oraria da parte della Continuità Assistenziale, per garantire la partecipazione al corso di formazione. Potenziare la collaborazione tra Uffici formazione aziendali e istruttori regionali, individuando dei referenti che coordinino la pianificazione delle edizioni.</p>		<p>X</p>
<p>Rilevazione del bisogno di Cure Palliative Pediatriche</p>	<p>AZIONE 1 – Incentivare l'utilizzo dello strumento della UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionale) anche per assistiti pediatrici con bassa complessità (ACCAPED<50) e/o in dimissione protetta</p>	<p>X</p>	
	<p>AZIONE 2 – Individuare le funzioni di Case Management con competenze specifiche in Cure Palliative Pediatriche</p>	<p>X</p>	
<p>Rete: continuità Hub&Spoke</p>	<p>AZIONE 1 – Aggiornare la reportistica relativa agli assistiti in carico al centro Hub per ogni Azienda Sanitaria Tracciamento del numero di assistiti in carico al Centro Hub per ogni Azienda Sanitaria e aggiornamento della relativa reportistica.</p>	<p>X</p>	
	<p>AZIONE 2 – Condividere protocolli tra Centro Hub e Centri Spoke Condivisione di protocolli tra il Centro Hub e i Centri Spoke e promozione di incontri per rafforzare la rete assistenziale, al fine di rispondere in modo efficace ai bisogni.</p>	<p>X</p>	
	<p>AZIONE 3 – Potenziare e monitorare le Pianificazioni Condivise di Cure Potenziamento e monitoraggio delle Pianificazioni Condivise di Cura tramite il coordinamento con la Rete (inclusi Distretto, pediatria ospedaliera, PLS/MMG, ecc.), il Centro, le CO 118 e la famiglia, al fine di garantire percorsi per la presa in carico degli assistiti in Cure Palliative Pediatriche.</p>		<p>X</p>
	<p>AZIONE 4 – Promuovere l'utilizzo della Telemedicina per fornire consulenza per la gestione del dolore specialistico e delle Cure Palliative Pediatriche Utilizzo della Piattaforma Regionale di Telemedicina, al fine di assicurare una continua consulenza per la gestione del dolore specialistico e delle Cure Palliative Pediatriche da parte dell'équipe specialistica del Centro Regionale di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche</p>		<p>X</p>

Ambito di applicazione	Azioni di potenziamento	Breve termine	Medio termine
	<p>AZIONE 5 - Definire percorsi di transizione dal mondo pediatrico a quello dei servizi dell'adulto</p> <p>Definizione di percorsi di transizione dal mondo pediatrico a quello dei servizi per adulti è essenziale per garantire la continuità assistenziale, tramite la pianificazione condivisa tra <i>équipe</i> pediatriche e adulte, coinvolgendo assistiti e famiglie per personalizzare i percorsi e assicurare che i bisogni clinici, psicologici e sociali siano adeguatamente gestiti nel passaggio all'età adulta.</p>		X
	<p>AZIONE 6 – Favorire l'inclusione sociale dell'assistito in Cure Palliative Pediatriche</p> <p>Integrazione dell'assistito in Cure Palliative Pediatriche in ambiti comunitari quali attività scolastiche, sportive e ricreative tramite l'implementazione di azioni assistenziali e sociali condivise ed integrate che coinvolgono figure quali, a titolo esemplificativo, l'operatore sanitario di plesso, alternanza scuola-lavoro, Centro Educazionale Occupazionale Diurno (CEOD) ecc.</p>		X
	<p>AZIONE 7 - Potenziare il supporto fornito alla famiglia dell'assistito in Cure Palliative Pediatriche</p> <p>Garantire il supporto fornito alla famiglia dell'assistito in Cure Palliative Pediatriche, tramite le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Promozione di percorsi sanitari di prevenzione, diagnostica e terapia per i familiari di assistiti con percorso di Cure Palliative Pediatriche attivo; – Disponibilità di percorsi per il sostegno psicologico; – Sviluppo di integrazioni con il Terzo Settore tramite la realizzazione di progetti per il sostegno delle famiglie e dei minori; – Fornire supporto nei percorsi relativi a certificazioni di indennità economiche e sociali, quali assegni di indennità di Cura Domiciliare, assegni di invalidità, <i>bonus</i> ecc. 		X

Tabella 6 – Azioni di potenziamento delle Cure Palliative in età pediatrica

2.6 Indicatori di processo e di esito delle Cure Palliative Domiciliari in età adulta e pediatrica

In seguito all'individuazione degli ambiti di applicazione e delle relative azioni di potenziamento, vengono sotto riportati gli indicatori definiti ai fini della misurazione della qualità delle attività svolte nel contesto delle

Cure Palliative in età adulta e pediatrica. In particolare, vengono indicati per ciascun indicatore la tipologia di appartenenza, il valore atteso e la fonte informativa.

Si prevede che tali indicatori, di natura osservazionale, siano soggetti a monitoraggio durante un periodo di sperimentazione funzionale alla valutazione della loro consistenza e alla definizione degli *standard* di qualità delle attività svolte.

Ambito di applicazione	Codice	Tipologia indicatore	Indicatore	Tipologia valore atteso	Flusso informativo
Formazione in Cure Palliative	1_01	Indicatore di processo	Presenza di formazione aziendale strutturata sulle Cure Palliative e relativi contenuti	SI/NO	<i>Dato da richiedere alle Aziende Sanitarie</i>
Identificazione dei bisogni ed erogazione dell'assistenza	2_01	Indicatore di processo	Presenza di procedure e documenti condivisi tra Distretti – Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) relative alle modalità di presa in carico tra Assistenza Domiciliare Integrata e Cure Palliative	SI/NO	<i>Dato da richiedere alle Aziende Sanitarie</i>
	2_02	Indicatore di processo	Presenza di protocolli aziendali per la gestione del dolore degli assistiti della RLCP	SI/NO	<i>Dato da richiedere alle Aziende Sanitarie</i>
	2_03	Indicatore di processo	Presenza di una pronta disponibilità (anche sovra distrettuale) di un medico specialista in Cure Palliative appartenente alla RLCP per garantire Teleconsulto e Teleconsulenza a medici di continuità assistenziale, infermieri, 118 e 116117, h24 7 giorni su 7	SI/NO	<i>Dato da richiedere alle Aziende Sanitarie</i>
	2_04	Indicatore di processo	Numero di UCPDOM con presenza di funzioni di <i>Case Management</i> / Totale UCPDOM	Percentuale (%)	<i>Dato da richiedere alle Aziende Sanitarie</i>
	2_05	Indicatore di processo	Numero di assistiti con presa in carico attiva (UCPDOM) e gestiti tramite servizi di Telemedicina (Teleconsulto, Teleconsulenza,	Numero	<i>Dato da richiedere alle Aziende Sanitarie</i>

Ambito di applicazione	Codice	Tipologia indicatore	Indicatore	Tipologia valore atteso	Flusso informativo
			Telemonitoraggio, Televisita, Teleassistenza)		
Ospedalizzazione	3_01	Indicatore di esito	Numero di assistiti con decesso in ospedale durante la presa in carico (UCPDOM) / Totale di assistiti con presa in carico (UCPDOM)	Percentuale (%)	- Flusso SIAD - Flusso SDO - Flusso AUR
	3_02	Indicatore di esito	Numero di accessi in fascia oraria 20-8 e festivi in Pronto Soccorso di assistiti in Cure Palliative domiciliari di base (con CIA<0,5) / Totale di assistiti in Cure Palliative domiciliari di base (con CIA<0,5)	Percentuale (%)	- Flusso SIAD - Flusso EMUR
	3_03	Indicatore di esito	Numero di accessi in fascia oraria 20-8 e festivi in Pronto Soccorso di assistiti in Cure Palliative domiciliari specialistiche (con CIA>0,5) / Totale di assistiti in Cure Palliative domiciliari specialistiche (con CIA>0,5)	Percentuale (%)	- Flusso SIAD - Flusso EMUR
Degenza in hospice	4_01	Indicatore di esito	Numero di ricoveri di assistiti con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito, nei quali il periodo di ricovero in <i>hospice</i> è inferiore o uguale a 7 giorni / Numero di ricoveri in <i>hospice</i> di assistiti con patologia oncologica	Percentuale (%)	Flusso <i>Hospice</i>
	4_02	Indicatore di esito	Numero di ricoveri di assistiti con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in <i>hospice</i> è superiore o uguale a 30 giorni / Numero di ricoveri in <i>hospice</i> di assistiti con patologia oncologica	Percentuale (%)	Flusso <i>Hospice</i>

Tabella 7 – Indicatori di processo e di esito delle Cure Palliative in età adulta

Ambito di applicazione	Codice	Tipologia indicatore	Indicatore	Tipologia valore atteso	Flusso informativo
Formazione in Cure Palliative Pediatriche	1_01	Indicatore di processo	Pianificazione annuale delle edizioni aziendali del corso di formazione regionale in Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche	SI/NO	<i>Dato da richiedere alle Aziende Sanitarie</i>
	1_02	Indicatore di esito	Numero di partecipanti Pediatri di Libera Scelta e Medici di Medicina Generale ai corsi di Cure Palliative Pediatriche / Totale di posti disponibili ai corsi di Cure Palliative Pediatriche	Percentuale (%)	<i>Dato da richiedere alla Fondazione SSP</i>
Rilevazione del bisogno di Cure Palliative Pediatriche	2_01	Indicatore di processo	Presenza di istruzioni operative per la rilevazione degli assistiti con eleggibilità alle Cure Palliative Pediatriche con specifica indicazione all'utilizzo dell'ACCAPED	SI/NO	<i>Dato da richiedere alle Aziende Sanitarie</i>
	2_02	Indicatore di processo	Presenza di un infermiere <i>Case Manager</i> dedicato alla raccolta dei casi rilevati e alla segnalazione al Centro <i>Hub</i>	SI/NO	<i>Dato da richiedere alle Aziende Sanitarie</i>
	2_03	Indicatore di esito	Numero di consulenze per Cure Palliative Pediatriche richieste dal Centro <i>Spoke</i> al Centro <i>Hub</i> / anno	Numero	<i>Dato da richiedere al Centro Hub</i>
	2_04	Indicatore di esito	Numero di consulenze per la gestione del dolore in ambito Cure Palliative Pediatriche richieste dal Centro <i>Spoke</i> al Centro <i>Hub</i> / anno	Numero	<i>Dato da richiedere al Centro Hub</i>
Rete: continuità Hub&Spoke	3_01	Indicatore di processo	Presenza di istruzioni operative per dimissioni protette di assistiti in Cure Palliative Pediatriche o eleggibili	SI/NO	<i>Dato da richiedere alle Aziende Sanitarie</i>
	3_02	Indicatore di processo	Numero di assistiti in carico al Centro <i>Hub</i> per ogni Azienda Sanitaria	Numero	<i>Dato da richiedere al Centro Hub</i>

Ambito di applicazione	Codice	Tipologia indicatore	Indicatore	Tipologia valore atteso	Flusso informativo
	3_03	Indicatore di processo	Numero di operatori referenti per le Cure Palliative Pediatriche presso la Rete/Centri <i>Spoke</i> , con formazione specifica in Cure Palliative Pediatriche (<i>master</i> , corso regionale, altro)	Numero	<i>Dato da richiedere alle Aziende Sanitarie</i>
	3_04	Indicatore di esito	Degenza media in <i>hospice</i> di assistiti in Cure Palliative Pediatriche	Numero (giorni)	Flusso <i>Hospice</i> AOPD
	3_05	Indicatore di esito	Numero di Pianificazioni Condivise di Cure di assistiti in carico e comunicate al 118	Numero	<i>Dato da richiedere al Centro Hub</i>
	3_06	Indicatore di esito	Numero di assistiti in Cure Palliative Pediatriche che decedono nel luogo definito nella Pianificazione Condivisa di Cure	Numero	<i>Dato da richiedere al Centro Hub</i>

Tabella 8 – Indicatori di processo e di esito delle Cure Palliative in età pediatrica

2.7 Strumenti e tempistiche di monitoraggio degli indicatori

Gli indicatori previsti verranno misurati attraverso l'estrazione dei dati dei flussi informativi esistenti in Regione Veneto che si riportano di seguito.

Flusso informativo	Tipo flusso informativo	Dati raccolti
Flusso AUR – Anagrafe Unica Regionale	Rilevazione regionale.	Anagrafica Regionale Unica: a. Caratteristiche anagrafiche dell'assistito; b. Informazioni relative alla residenza; c. Informazioni relative al domicilio; d. Informazioni relative al Comune di immigrazione ed emigrazione; e. Dati relativi al decesso; f. Dati sanitari; g. Categoria del cittadino.
Flusso EMUR – Emergenza Urgenza (DM del 17 dicembre 2008, DM del 18 dicembre 2023, DGR n. 1513 del 12 agosto 2014).	Rilevazione regionale e nazionale.	Prestazioni di Emergenza Urgenza: a. Caratteristiche anagrafiche dell'assistito; b. Dati relativi all'accesso dell'assistito in Pronto Soccorso; c. Dati relativi alle prestazioni erogate all'assistito.

Flusso informativo	Tipo flusso informativo	Dati raccolti
Flusso <i>Hospice</i> – Assistenza Domiciliare (DM del 6 giugno 2012, DGR n. 2851 del 28 dicembre 2012).	Rilevazione regionale e nazionale.	Prestazioni di assistenza in <i>Hospice</i> : a. Caratteristiche anagrafiche dell’assistito; b. Informazioni relative alla residenza; c. Informazioni relative all’erogatore d. Dati relativi alla presa in carico; e. Dati relativi all’erogazione; f. Conclusione.
Flusso SIAD – Assistenza Domiciliare (DM del 17 dicembre 2008, DM del 6 agosto 2012, DM del 7 agosto 2023).	Rilevazione regionale e nazionale.	Prestazioni di assistenza domiciliare: a. Caratteristiche anagrafiche dell’assistito; b. Valutazione ovvero rivalutazione sanitaria dell’assistito e dei relativi bisogni assistenziali; c. Dati relativi alla fase di erogazione (accessi, prestazioni); d. Dati relativi alla sospensione della presa in carico; e. Dati relativi alla dimissione dell’assistito.
Flusso SDO – Scheda di Dimissione Ospedaliera (DGR n. 118 del 23 dicembre 2016, DDR n. 49 del 21 dicembre 2017).	Rilevazione regionale e nazionale.	Informazioni relative alla dimissione ospedaliera: a. Caratteristiche anagrafiche dell’assistito; b. Informazioni relative al ricovero ospedaliero dell’assistito; c. Dati relativi ai trasferimenti dell’assistito; d. Diagnosi principale e secondarie; e. Intervento principale e procedure/interventi secondari relativi al ricovero.

Tabella 9 – Fonti informative

Per quanto concerne la frequenza di monitoraggio, si prevede che gli indicatori ricavabili da flussi informativi (AUR, EMUR, *Hospice*, SIAD, SDO) vengano osservati con cadenza semestrale.

Qualora gli indicatori richiedano la misurazione di dati non estraibili da flussi informativi, la fonte è rappresentata da un questionario per la raccolta dei dati da somministrare a ciascuna Azienda Sanitaria, al Centro *Hub* Pediatrico, a Fondazione Scuola di Sanità Pubblica.

In questo secondo caso, la frequenza di monitoraggio prevista è di sei/dodici mesi.

Si precisa che verrà effettuata una sperimentazione iniziale del monitoraggio degli indicatori osservazionali definiti nei paragrafi 2.3 e 2.6 della durata di un anno. Durante tale periodo, si prevede di effettuare almeno due rilevazioni, al fine di analizzare la consistenza degli indicatori, analizzare i dati ed individuare gli *standard* cui gli indicatori dovranno tendere nelle successive analisi.

A seguire, sulla base delle analisi effettuate, verranno definite le soglie minime di attività ed intensità assistenziale (*standard*). Gli *standard* così definiti consentiranno di valutare l’efficacia delle azioni di potenziamento, nel migliorare la qualità dell’assistenza domiciliare e di rilevare eventuali interventi correttivi.

Conclusioni

Le azioni di potenziamento descritte all'interno del documento hanno l'obiettivo di incrementare la qualità delle Cure Domiciliari.

Risulta fondamentale avviare progressivamente tali azioni, in modo sistematico e strutturato nel modello organizzativo aziendale, e garantire il monitoraggio periodico e accurato degli indicatori relativi alle azioni, al fine di valutare l'efficacia complessiva degli interventi implementati nel breve e lungo termine.

Componenti del Gruppo di Lavoro

Decreti del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 32/2023, 48/2023, 115/2024.

Nominativo	Ente
Achille Di Falco (Coordinatore)	AULSS 8 Berica
Romina Cazzaro	Regione del Veneto
Marco Nardin	Regione del Veneto
Erika Rigotti	Regione del Veneto
Silvia Manea	AULSS 8 Berica
Michele Pellizzari	Azienda Zero
Thomas Marcon	Azienda Zero
Anna Zambon	Azienda Zero
Paola De Ambrosis	Regione del Veneto
Rossana Salata	Regione del Veneto
Lucia Dalla Torre	AULSS 1 Dolomiti
Stefano Formentini	AULSS 2 Marca Trevigiana
Giovanni Poles	AULSS 3 Serenissima
Claudia Rorato	AULSS 4 Veneto Orientale
Carla Destro	AULSS 5 Polesana
Elena Debora Toffanello	AULSS 6 Euganea
Manola Milan	AULSS 7 Pedemontana
Fiorella Marin	AULSS 8 Berica
Pietro Manno	AULSS 8 Berica
Maria Grazia Cengia	AULSS 9 Scaligera
Giuseppina Capirossi	AULSS 9 Scaligera
Pierina Lazzarin	Azienda Ospedaliera di Padova

Acronimi

Acronimo	Definizione
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ACCAPED	Accertamento della Complessità Clinico Assistenziale in Pediatria
AGENAS	Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali
AUR	Anagrafe Unica Regionale
CA	Continuità Assistenziale
CIA	Coefficiente di Intensità Assistenziale
COT	Centrale Operativa Territoriale
DGR	Deliberazione della Giunta Regionale
DM	Decreto Ministeriale
EMUR	Emergenza Urgenza
MCA	Medici di Continuità Assistenziale
MMG	Medici di Medicina Generale
OSS	Operatore Socio Sanitario
PIC	Presa in Carico
P.I.C.C.	<i>Peripherally Inserted Central Catheter</i>
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PS	Pronto Soccorso
RCPPTD	Rete Cure Palliative Pediatriche e Terapia del Dolore
RLCP	Rete Locale di Cure Palliative
SDO	Scheda di Dimissione Ospedaliera
SER	Servizio Epidemiologico Regionale
SIAD	Sistema Informativo di Assistenza Domiciliare
SVAMA	Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Adulte e Anziane
UCPDOM	Unità di Cure Palliative Domiciliari
ULSS	Unità Locale Socio-Sanitaria
UVMD	Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale