



ORIGINALE

COPIA

IL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n. 08 del 03-01-2018

PUBBLICAZIONE

Dichiarazione di conformità del trattamento dei dati ex D.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii.

Premesso che il D.l.vo 196/2003 e ss.mm.ii. contiene principi e prescrizioni per il trattamento dei dati personali, anche con riferimento alla loro "diffusione", il Proponente la presente deliberazione dichiara di aver valutato la rispondenza del testo, compreso degli eventuali allegati, destinato alla diffusione per il mezzo dell'Albo Pretorio alle suddette prescrizioni e ne dispone la pubblicazione nei modi di legge.

(Firma del proponente)
Anne Mera

ATTESTATO PUBBLICAZIONE

Si attesta che la presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio il giorno:

_____ a **4 GEN 2018**
ai sensi dell'art.124 c.1 D.l. n. 201/2006, per giorni 15

Il Responsabile Ufficio
Delibere e Determine
[Firma]

DICHIARAZIONE DI REGOLARITÀ CONTABILE:

il presente atto trova capienza di spesa all'autorizzazione :

n. del
n. del
n. del

In presenza di fattura di importo superiore a € 10.000,00 prima dell'emissione del relativo mandato di pagamento l'UOC Contabilità Generale effettuerà il controllo "Equitalia

Il Direttore U.O.C Contabilità Generale

OGGETTO: Cure Domiciliari
Integrate: Adozione Nuovo
Regolamento

Il presente provvedimento è reso immediatamente esecutivo.

IL DIRETTORE GENERALE

Dr.ssa Maria Morgante

[Firma]

PROPOSTA DI DELIBERA

Oggetto: Cure Domiciliari Integrate. Adozione Nuovo Regolamento

La Dott.ssa Anna Marro in qualità di Direttore dell' U.O. Assistenza Anziani

PREMESSO che:

- il Decreto del Commissario ad Acta n. 18 del 18/02/2013 " Atto di indirizzo per l' adozione dell' Atto Aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania " al punto 11.3 *Regolamenti* , così recita: *" I Direttori Generali o i Commissari Straordinari, entro 90 gg dalla approvazione dell' Atto Aziendale da parte degli organismi regionali competenti, ai fini di una sua corretta e completa applicazione, procedono all'adozione di regolamenti interni; tutti i regolamenti adottati dovranno essere pubblicati sui siti web aziendali"*;
- l' Atto Aziendale della ASL Avellino con delibera n. 1154 del 13/09/2017, al punto 3. *Regolamenti* ed al punto 2 capo VI " Adozione dei Regolamenti interni " ribadisce quanto indicato al punto 11.3 *Regolamenti* del succitato DCA n. 18/2013;
- il Decreto del Commissario ad Acta della regione Campania n. 40 del 25/09/2017 approva l' Atto Aziendale dell' Azienda Sanitaria Locale Avellino;

VISTA la Normativa della Regione Campania che:

- con DGRC n. 41 del 14/02/2011 approvava il documento recante Linee di Indirizzo, Profili e Standard in materia di Servizi Domiciliari: "il Sistema dei Servizi Domiciliari in Campania" con allegato;
- con DCA n. 4 del 10/01/2011 e modificato dal DCA n. 128 del 10/10/2012 approvava tra l'altro il documento recante le "Le Linee di Indirizzo per l'Accesso alla Rete delle Cure Palliative, Standard e Profili Professionali";
- con DGRC n. 50 del 28/02/2012 definiva la Compartecipazione alla spesa delle prestazioni sociosanitarie in attuazione del Titolo V della Legge Regionale 23 ottobre 2007, n. 11 - provvedimenti a seguito dei decreti n. 77/2011 e n. 81/2011 del Commissario ad Acta per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario;
- con DGRC n. 323 del 03/07/2012 adottava la "Scheda di Valutazione Multidimensionale per le persone Adulte ed Anziane - SVAMA Campania";
- con DGRC n. 324 del 03/07/2012 adottava la "Scheda di Valutazione Multidimensionale per le Persone Adulte Disabili - SVAMDI Campania";
- con la Legge n. 15 del 06/07/2012 approvava "Le Misure per la semplificazione, il potenziamento e la modernizzazione del sistema integrato del welfare regionale e dei servizi per la non autosufficienza";
- con DCA n. 1 del 07/01/2013 approvava il documento recante "Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania";
- con DCA n. 84 del 05/07/2013 recepiva la DGRC n. 790 del 27/12/2012 "Approvazione delle Linee operative per l'accesso Unitario ai servizi Socio - -Sanitari - PUA";
- con DCA n. 87 del 24 luglio 2013 Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i MMG e s.m. e i. regolamentava il ruolo degli stessi nell'ambito delle cure domiciliari;
- con DCA n. 21 del 09/03/2015 approvava le "Linee di Indirizzo regionali - Percorso per la presa in carico assistenziale e riabilitativa del paziente con disordini della coscienza da grave cerebro lesione acquisita";
- con Decreto Commissario ad Acta n.46 del 25.05.2015 definiva le modalità di attuative delle "Cure domiciliari malati terminali. L.R. n. 5/2013 art. 1 c. 59";
- con DCA n. 51 del 27/05/2015 approvava gli "Indirizzi operativi per l'implementazione della rete territoriale dei servizi sociosanitari e percorsi integrati in favore di persone adulte affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e malattie del motoneurone";
- DCA n. 99 del 22.09.2016 approvava il Piano Regionale di programmazione della Rete di Assistenza Territoriale 2016-2018;
- DCA n. 14 del 01.03.2017 definiva i Programmi Operativi 2016-2018. Approvazione

VISTA la normativa nazionale e le disposizioni di legge in materia, ed in particolare:

- il documento del Ministero della Salute - Comitato Ospedalizzazione a Domicilio (D.M. del 12/04/2002) - Sperimentazione di un sistema di Ospedalizzazione Domiciliare;
- il documento del Ministero della Salute - Comitato Ospedalizzazione a Domicilio - Documento Conclusivo: "Caratterizzazione dei Servizi di Cure Domiciliari" del 30.11.2002;
- il documento del Ministero della Salute ottobre 2006 "Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA: nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio";
- il documento del Ministero della Salute anno 2007: "Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche";
- la Legge n.38 del 15.03.2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore";
- l'accordo ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, del 5 maggio 2011 tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali sul documento "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza" (Rep. n. 44/CU) (11A06960) (G.U. Serie Generale n. 126 del 1 giugno 2011);
- il Decreto Ministeriale FNA 26.9.2016.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017: Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

CONSIDERATO che:

- il Direttore Generale ha chiesto, ai dirigenti aziendali interessati, con nota prot. n. 11725/DG del 05 dicembre 2016 e con nota prot. n. 11726/DG del 06 dicembre 2016 di avviare la stesura o la revisione dei Regolamenti, relativi a svariate materie sia previste al punto 3 dell' Atto Aziendale sia ulteriori, e con successivi solleciti prot. n. 2124/ del 14 marzo 2017, prot. n. 1512/DG e 8513/DG del 2017; 07 novembre 2017, e con apposita riunione convocata con nota prot. n. 7838/DG del 06 ottobre 2017;

DATO ATTO CHE

- in seguito all'approvazione del nuovo Atto Aziendale dell'ASL Avellino con Decreto del Commissario ad Acta della Regione Campania n. 40 del 25/09/2017, il Regolamento delle Cure Domiciliari di questa ASL, adottato con delibera del Direttore Generale n. 618 del 26/04/2017, debba essere necessariamente revocato;

VISTO :

- il testo del Regolamento Cure Domiciliari Integrate allegato al presente provvedimento e che ne forma parte integrante e sostanziale;

DATO ATTO CHE:

- Tutta la documentazione originale a supporto del presente atto è depositata e custodita presso la U.O.C. proponente;

DICHIARATA la regolarità giuridico amministrativa della presente proposta di provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nel rispetto delle proprie competenze, funzioni e responsabilità;
Tutto ciò premesso, argomentato ed attestato, il sottoscritto Direttore

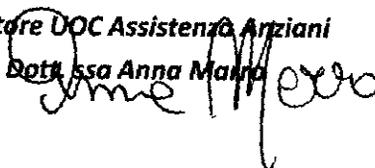
PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

L'adozione del presente provvedimento e, nello specifico:

1. L'adozione del Regolamento **Cure Domiciliari Integrate**

Direttore UOC Assistenza Anziani

Dot. ssa Anna Maria



IL DIRETTORE GENERALE

dell'Azienda Sanitaria Locale Avellino, Dott.ssa Maria Morgante, nominato con D.G.R.C. n. 427 del 27/07/2016 e immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n.179 del 01/08/2016, coadiuvato dal Direttore Amministrativo dr. Ferdinando Memoli e dal Direttore Sanitario Dott.ssa Emilia Anna Vozzella ha adottato la seguente delibera:

Vista

la suesposta proposta del Direttore dell' U.O.C. Assistenza Anziani avente ad oggetto: **"Cure Domiciliari Integrate, Adozione nuovo Regolamento"**

Preso atto

- Dell'espressa dichiarazione di regolarità giuridico amministrativa resa dal Direttore dell' U.O.C. Assistenza Anziani a seguito della istruttoria dallo stesso effettuata e come dallo stesso attestato ed articolato;
- Di tutto quanto riportato nella proposta di delibera;

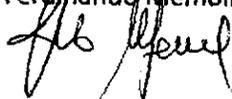
Ritenuto

Di prendere atto, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, della suesposta proposta resa dal Direttore dell' U.O.C. Assistenza Anziani e sulla scorta ed in conformità della stessa;

Con i pareri favorevoli resi, alla luce di tutto quanto sopra riportato ed attestato, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo con la sottoscrizione della presente proposta di provvedimento;

Il Direttore Amministrativo

Dr. Ferdinando Memoli



Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Emilia Anna Vozzella

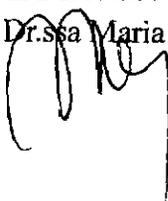


DELIBERA

- **di prendere atto**, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, della suesposta proposta resa dal Direttore dell' U.O.C. Assistenza Anziani e sulla scorta ed in conformità della stessa;
- **di adottare** il Regolamento dal titolo **" Cure Domiciliari Integrate"**; che, allegato al presente provvedimento, ne forma parte integrante e sostanziale;
- **di disporre** che il suddetto Regolamento sia pubblicato sul sito web istituzionale, a cura del dirigente proponente;
- **di inviare** la presente deliberazione ai sensi della normativa vigente al Collegio Sindacale, e al dirigente proponente per il seguito di competenza.

Il Direttore Generale

Dr.ssa Maria Morgante



Esecutiva in data _____

INVIO AL COLLEGIO SINDACALE

Prot. n. 62 *della* **GEN. 2018**

*Il Responsabile Ufficio
Deliberazioni e Determine*



REGIONE CAMPANIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

www.aslavellino.it

REGOLAMENTO CURE DOMICILIARI INTEGRATE ASL AVELLINO

**DIRETTORE GENERALE:
DOTT. SSA MARIA MORGANTE**



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

Direttore Generale:
dott.ssa Maria Morgante

Direttore Sanitario:
dott.ssa Emilia Anna Vozzella

Direttore Amministrativo:
dott. Ferdinando Memoli

A cura di:

U.O.C. ASSISTENZA ANZIANI
Direttore: dr.ssa Anna Marro

Collaboratori:

Piero Corvino	Dirigente Sociologo
Sergio Guerrera	Coadiutore Amministrativo
Lidia Rinaldi	C.P.S.E. Assistente Sanitaria
Anna Maria Torello	C.P.S.E. Infermiere
Cosimo Zarrella	Dirigente Medico

ANNO 2017

2

INDICE

Premessa: Le fonti.....pag. 4-14

Introduzione.....pag. 15 - 17

Indicatori.....pag. 18 - 22

Articolato.....pag. 23 - 63

Bibliografia.....pag. 64 - 65

Legenda.....pag. 66

Allegati.....pag. 67



A handwritten signature in black ink, appearing to be the name "Alli".

Le Fonti



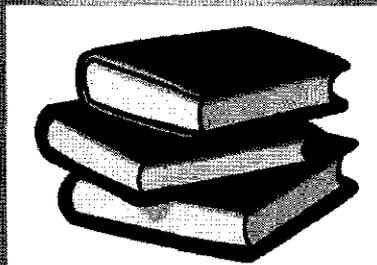
LE FONTI

La **Normativa Nazionale** principale di riferimento per le Cure Domiciliari è la seguente:

- D.lgs n.502/92 e successive modifiche e integrazioni;
- Progetto Obiettivo Anziani approvato dal Parlamento il 30/01/1992;
- D.lgs n.229/99 recante "Norme per la razionalizzazione del SSN";
- Legge 26 febbraio 1999, n. 39;
- D.P.C.M. 20 gennaio 2000: "Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative";
- Legge n.328/2000 recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- DPR 8 marzo 2000: Progetto obiettivo AIDS;
- Legge 8 febbraio 2001, n. 12 "Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore"
- DPCM del 14/02/2001 recante "Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria";
- DPR del 03/05/2001 "Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003";
- Conferenza Unificata (ex art. 8 del d.lgs. 28 agosto 1997, n. 281) Accordo 19 aprile 2001;
- *D.P.C.M. 29 novembre 2001* "Definizione dei livelli essenziali di assistenza". Estratto (All. 1, 1B e 1C)
- Accordo tra il Ministro della Sanità, le regioni, le province autonome di Trento e Bolzano e le province, i comuni e le comunità montane, sul documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative;
- Ministero della Salute - Comitato Ospedalizzazione a Domicilio (DM 12/04/2002) – Sperimentazione di un sistema di Ospedalizzazione Domiciliare;
- Ministero della Salute - Comitato Ospedalizzazione a Domicilio – Documento Conclusivo:Caratterizzazione dei Servizi di Cure Domiciliari" del 30/11/2002;
- Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale - Deliberazione n.2128 del 20/06/2003;
- Piano Sanitario nazionale 2003-2005;
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni;

Ally

Normativa



- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni;

- Ministero della Salute Decreto n.43 del 22 febbraio 2007 Regolamento recante: "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311";

- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 (DPR 7 luglio 2006) Estratto: 3.9 (il dolore e la sofferenza nei percorsi di cura), 3.10 (la rete per le cure palliative), 5.3 (la non autosufficienza: anziani e disabili);

- Decreto Ministeriale 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare";

- Accordo Collettivo Nazionale 27 maggio 2009 Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, approvato il 27 maggio 2009 (testo integrato con l'ACN 23 marzo 2005);

- Nuovo patto per la salute- approvato in Conferenza Stato regioni il 3 dicembre 2009 Il Patto per la Salute- approvato dalla Conferenza Stato-Regio del 3 dicembre 2009- è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema;

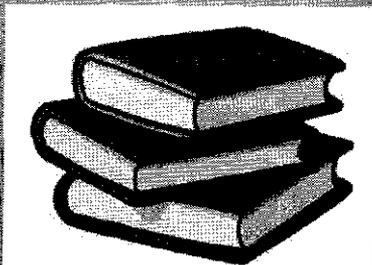
- Accordo N.239/CSR del 16 Dicembre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sulle Linee Guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore;

- L. n. 38 del 15/3/2010 — Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore;

- Accordo ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, del 5 maggio 2011 tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali sul documento "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza" (Rep. n. 44/CU) (11A06960) (G.U. Serie Generale n. 126 del 1 giugno 2011);

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and curves, positioned at the bottom right of the page.

Normativa

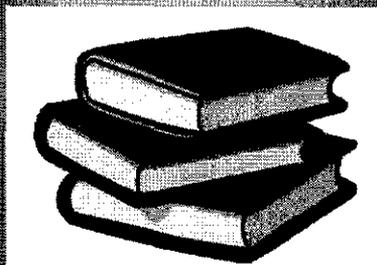


- La L. R. n. 5 del 2013 — "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2013 e pluriennale 2013 — 2015 della Regione Campania (legge finanziaria regionale 2013);
- l'Accordo Stato-Regioni Rep n. 151 del 25/7/12 che ha definito i requisiti necessari per l'accreditamento delle strutture che assicurano l'assistenza ai malati terminali e delle unità di cure palliative e di terapia del dolore domiciliari;
- l'Accordo Stato Regioni Rep. N. 87 del 10/7/2014 di individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e terapia del dolore nonché delle strutture sanitarie ospedaliere territoriali, e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore.
- Decreto Ministeriale FNA 26.9.2016
- DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 gennaio 2017: Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

La **Normativa Regionale** principale di riferimento per le Cure domiciliari è la seguente:

- Legge Regionale 24/2006: Piano ospedaliero regionale;
- L.R. 11/07: "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della Legge 8 novembre 2000, N. 328"
- Regolamento di attuazione della L..R. 11/2007 – DPGR n.16 del 23.11.09 (BURC n.71 del 30/11/09)"Autorizzazione, Accredimento e Vigilanza delle strutture e dei soggetti che provvedono alla gestione e all'offerta del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali"
- Decreto commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario n. 49 del 27/09/2010:"Riassetto della rete ospedaliera e territoriale";
- D.G.R. n. 3767 del 31/07/2001 "Integrazione socio sanitaria: recepimento D.P.C.M. 14/02/2001 e costituzione Commissione regionale di studio;
- D.G.R. n. 1082 del 15/03/2002 "D.P.C.M. 29/11/2001 concernente i Livelli Essenziali di Assistenza: disposizioni attuative";
- D.G.R. n. 3890 del 02/08/2002: "D.P.C.M. 29/11/2001 concernente i LEA: partecipazione alla

Normative



spesa socio sanitaria per l'anno 2002 e proroga dei termini D.G.R. n. 1082 del 15/03/2002";

- D.G.R. n. 6467 del 30/12/2002: "D.P.C.M. 29/11/2001: Indirizzi regionali di programmazione a Comuni ed AA.SS.LL. per un sistema integrato di interventi e servizi socio sanitari per l'anno 2003";

- D.G.R.C. 2006 del 5.11.04 Linee di indirizzo sull'assistenza residenziale, semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza ai sensi della l.r. 22 aprile 2003 n°8;

- D.G.R.C. n. 38 del 18.1.06 Ricognizione dello stato di attuazione degli adempimenti previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2004 (Repertorio n. 2174) e indirizzi programmatici per l'integrazione sociosanitaria);

- D.G.R.C. 1843 del 9 dicembre 2005: equilibrio economico delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende Ospedaliere Universitarie e della Fondazione Pascale; Disposizioni per la programmazione 2006 - 2008.

- Circolari assessorili n.3648/2006 e 3063/2006 Con la circolare a firma congiunta degli Assessori alle Politiche Sociali e alla Sanità n. 3648 e del 29.09.2006 e n.3063 del 21.07.2006 gli Ambiti territoriali e le Aziende Sanitari Locali hanno ricevuto indicazioni precise sia in merito alla programmazione degli interventi sia in merito alla garanzia della continuità assistenziale;

- DGR 964 del 14.7.06 "Linee d'indirizzo e schede per la presentazione dei Piani delle Attività Territoriali";

- DGR 1811 del 12.10.07 Adozione di un nuovo strumento multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali domiciliari residenziali e semiresidenziali – Adempimento ai sensi della DGRC 460 del 20 marzo 2007;

- DGR 210 del 6.2.09 "Piano di Azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio del quadro Strategico Nazionale 2007-2013";

- D.G.R.C 5744/2000 "Obiettivi ex art. 1 commi 34 e 34 bis, L.662/96 "Miglioramento dell'assistenza ai soggetti affetti da malattie mentali;

- Potenziamento delle cure domiciliari, art. 1 comma 6 L.39/99;

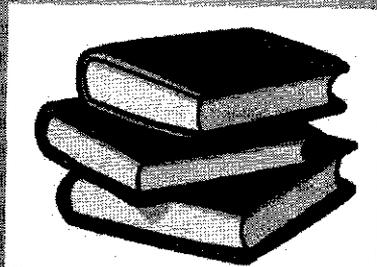
- D.G.R.C 2106/2004 "Obiettivi ex art. 1 commi 34 e 34 bis, L.662/96 "Miglioramento dell'assistenza ai soggetti affetti da malattie mentali; Potenziamento delle cure domiciliari, art. 1 comma 6 L.39/99;

- Circolare applicativa n. Prot. 933749 del 5/11/2007 alla D.G.R.C. n. 1813 del 12/10/2007 Programma delle Attività Territoriali;

- D.G.R.C 476 del 24 marzo 2004 e D.G.R.C. 2040 del

Alber

Normativa



13 dicembre 2006 Progetto di monitoraggio ed informatizzazione dei L.E.A. erogati ai sensi del D.P.C.M. 29/11/2001;

- D.G.R.C. 460 del 20 marzo 2007 "Approvazione del Piano di Rientro del disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo Stato-Regioni ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004";

- D.G.R.C. 1155 del 29.06.2007: "Programmazione del potenziamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, utilizzando anche la riconversione dei presidi ospedalieri dismessi"(ob. 15 Piano di rientro ai sensi della delibera 460 del 20.03.2007);

- D.G.R.C. 2310 /2007 Azioni di supporto tecnico alle AA.SS.LL. in materia di riqualificazione del sistema di erogazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, per l'attuazione degli obiettivi previsti dal Piano di Rientro approvato con D.G.R.C. 460 del 20 marzo 2007;

- D.G.R.C. 3329 del 21 novembre 2003 Linee Guida per l'attivazione della rete integrata di assistenza ai malati terminali tra gli hospice, i servizi e le strutture esistenti sul territorio preposti alle cure palliative;

- D.G.R.C. n. 38 del 18.1.06 Ricognizione dello stato di attuazione degli adempimenti previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2004 (Repertorio n. 2174) e indirizzi programmatici per l'integrazione sociosanitaria;

- D.G.R.C. 1843 del 9 dicembre 2005 Equilibrio economico delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende Ospedaliere Universitarie e della Fondazione Pascale; Disposizioni per la programmazione 2006 - 2008;

- D.G.R.C. n. 1098 del 22 giugno 2007 Approvazione del documento "Linee-guida per l'assistenza domiciliare oncologica";

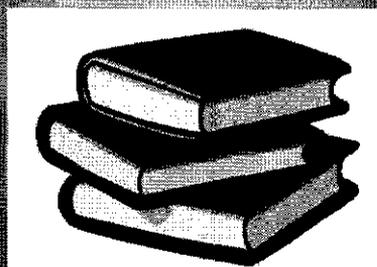
- D.G.R.C. n. 1370 28 agosto 2008 Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art. 1, commi 34 e 34-bis, della legge 662/96.

- Recepimento dell'accordo ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2007 (Estratto) e Deliberazione n. 1284 del 22 luglio 2009 - Fondo sanitario nazionale. Quote a destinazione vincolata. Obiettivi di Piano anno 2007 (art. 1, c.34, L. 662/96). Modifica risorse finanziarie per le attività progettuali di cui alla DGR n. 1613 del 15/10/2007;

- D.G.R.C. n. 858 del 8 maggio 2009 - Obiettivi di

Ally

Normative



carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art.1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/96. Approvazione di specifiche progettualità per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2006;

- D.G.R.C. n. 995 del 22 maggio 2009 - Obiettivi di carattere-prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 662/96.-Recepimento dell'accordo ai sensi dell'art.4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2009;

- D.G.R.C. n. 1091 del 12 giugno 2009 – Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 662/96. Recepimento dell'accordo ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2008. Modifica ed integrazione D.G.R. 996 del 22/05/2009;

- D.G.R.C. N.476 DEL 25 MARZO 2004 il "Progetto per il monitoraggio e l'informatizzazione delle prestazioni erogate dalle AA.SS.LL. ai sensi del D.P.C.M. 29.11.2001";

- D.G.R.C N. 2040 DEL 12 DICEMBRE 2006 -Progetto per il monitoraggio e l'informatizzazione delle prestazioni erogate dalle AA.SS.LL. ai sensi del

- D.P.C.M 29.11.2001. Seconda Fase Livelli Essenziali di Assistenza Socio Sanitaria, progetti personalizzati di assistenza;

- D.G.R.C N.2105 DEL 31 DICEMBRE 2008 Monitoraggio ed Informatizzazione delle prestazioni erogate dalle AA.SS.LL. ai sensi del D.P.C.M. 29.11.2001. Presa d'atto dei risultati del Progetto di monitoraggio LEA SOCIOSAN e definizione del percorso di stabilizzazione del sistema di rilevazione denominato LEA SOCIOSAN;

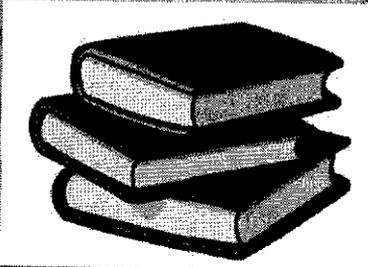
- D.G.R. n° 1467 del 18.09.2008 e s.m.(1907 del 5.12.08)"L.296/06 - Fondo per le Non Autosufficienze – programmazione e criteri di- 60% all'ADI anziani);

- D.G.R. N° 694 del 16.04.2009 "Piano Sociale Regionale 2009-2011 (Legge Regionale n.11/2007). cap.2.6.1: Assistenza Domiciliare Integrata";

- DGR 1200 del 3.7.09 "Approvazione Linee d'Indirizzo per l'attuazione delle attività relative agli obiettivi operativi PO FSE ... e PO FESR...2007- 2013" (parte delle risorse è destinata all'Obiettivo ADI);

- Con DGR 1317 del 31.7.09 "Organizzazione dei

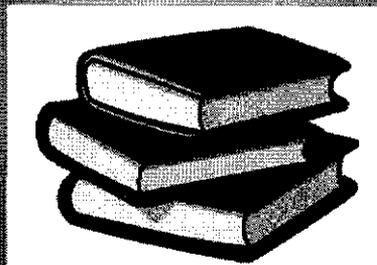
Normativa



- Servizi di Segretariato Sociale e Porta Unica di Accesso”;
- DGR 1318 del 31.7.09 “Approvazione di Campania Sociale Digitale, Piano di azione per realizzare il sistema informativo”;
 - D.G.R. n° 1424 del 03.09.09 “Programmazione risorse finanziarie afferenti al Fondo Sociale Regionale.” (100% Fondo Non Autosufficienze 2008 vincolato a progetti UVI per ADI anziani);
 - D.G.R. n° 1470 del 18.09.09 “Piano Sociale Regionale. Approvazione disposizioni operative per la gestione della fase di transizione alla programmazione sociale” (destinate all’A.D.I. per anziani il 100% delle risorse residue 2007 del Fondo Non Autosufficienze assegnate ma non spese);
 - D.D. n. 871 del 28.10.09. “Indicazioni Operative per la Presentazione dei Piani di Zona triennali in applicazione del I Piano Sociale Regionale” (con nomenclatore dei servizi).
 - DCA n. 4 del 10/01/2011 Determinazione tariffe prestazioni residenziali per l’assistenza al Malato Terminale Rif. punto 16 Deliberazione Consiglio dei Ministri del 24/07/2009 e approvazione del documento recante “Linee d’indirizzo per l’accesso alla rete delle cure palliative, standard e profili professionali”.
 - DGRC n. 41 del 14/02/2011 Approvazione del Documento Recante Linee di Indirizzo, Profili e Standard in Materia di Servizi Domiciliari: “Il Sistema dei Servizi Domiciliari In Campania” con Allegato;
 - DCA n. 22 del 22 Marzo 2011 “Approvazione del Piano Sanitario Regionale 2011-2013 ai sensi del punto t) della delibera della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010”.
 - DGRC n. 275 del 21/06/2011 “Recepimento dell’accordo N.239/CSR del 16 Dicembre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sulle Linee Guida per la Promozione, lo Sviluppo e il Coordinamento degli Interventi Regionali nell’ambito della Rete di Cure Palliative e della Rete di Terapia del Dolore”;
 - DCA n. 77 del 11.11.2011 “Chiarimenti ed integrazioni relativi alle procedure per l’applicazione della compartecipazione alla spesa delle prestazioni sociosanitarie - Decreto Commissariale n 6 del 4 febbraio 2010 “Determinazione delle tariffe per prestazioni erogate da Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e Centri Diurni ai sensi della legge regionale n. 8/2003”;
 - DCA N. 81 del 20.12.2011 “Decreto commissariale n. 77 del 11/11/2011 – Integrazioni e modifiche”;
 - Delibera della Giunta Regionale n. 39 del 14/02/2011 Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a

Q

Normativa



norma dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della Legge 662/96. Recepimento dell'accordo ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281 tra il Governo, le Regioni e Le Province Autonome di Trento e di Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del piano sanitario nazionale per l'anno 2010;

- DGRC n. 50 del 28/02/2012 Compartecipazione alla spesa delle prestazioni sociosanitarie in attuazione del Titolo V della Legge Regionale 23 ottobre 2007, n. 11 - provvedimenti a seguito dei decreti n. 77/2011 e n. 81/2011 del Commissario ad Acta per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario;

- DCA n. 128 del 10.10.2012 "Presenza d'atto del parere ministeriale n. 146 del 18/05/2011 Modifica del decreto 4 del 10 gennaio 2011 "Determinazione tariffe prestazioni residenziali per l'assistenza al Malato terminale. Rif. punto 16 Deliberazione Consiglio dei Ministri del 24/07/2009 e approvazione del documento recante "Linee d'indirizzo per l'accesso alla rete delle cure palliative, standard e profili professionali";

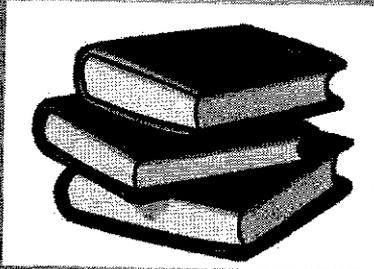
- DGRC n. 790 del 21/12/2012 Approvazione delle Linee Operative per l'accesso unitario ai Servizi Sociosanitari-P.U.A.;

- DCA N. 70 DEL 25.06.2012 Approvazione dei documenti di definizione dei requisiti minimi strutturali, organizzativi e tecnologici per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle attività sanitarie a carattere residenziale per persone in stato vegetativo in speciali unità di accoglienza permanente (S.U.A.P.), definizione dei requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale - Integrazione DGRC 7301 31 dicembre 2001 e Regolamento Regione Campania 1 del 22.06.2007 e adozione della Scheda di valutazione sanitaria-clinico-funzionale.

- DGRC n. del 270 12.06.2012 Recepimento accordo ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, del 5 maggio 2011 tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali sul documento "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza" (Rep. n. 44/CU) (11A06960) (G.U. Serie Generale n. 126 del 1 giugno 2011);

- Delibera della Giunta Regionale n. 323 del 03/07/2012 "Adozione della Scheda di Valutazione Multidimensionale per le Persone Adulte ed Anziane-S.Va.M.A. Campania. Modifiche ed Integrazioni della D.G.R.C. 1811/2007";

- Delibera della Giunta Regionale n. 324 del

Normativa

03/07/2012 "Adozione della Scheda di Valutazione Multidimensionale per le Persone Adulte Disabili - S.Va.M.DI. Campania;

- L.R. N. 15 del 6 Luglio 2012 "Misure per la semplificazione, il potenziamento e la modernizzazione del sistema integrato del welfare regionale e dei servizi per la non autosufficienza".
- DCA n. 1 del 07.01.2013 Approvazione documento recante "Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania".
- DCA N. 84 del 05.07.2013 Recepimento Delibera Di Giunta Regionale n.790 del 27/12/2012 Approvazione delle Linee operative per l'accesso Unitario ai servizi Socio - Sanitari -P.U.A.";
- DCA n. 15 del 20.03.2014 Linee di indirizzo per l'organizzazione e l'esecuzione dell'assistenza domiciliare di cui alla legge 05/06/90 n. 135 e successive modifiche ed integrazioni. Piano di riparto per l'annualità 2013.
- DCA n. 105 del 01.10.2014 Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 662/96. Recepimento dell'accordo ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2013.
- DCA n. 87 del 24 luglio 2013 Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i MMG;
- DCA n. 149 del 24.12.2014 Modifiche ed integrazioni all'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i MMG approvato con decreto commissariale 87 del 24 luglio 2013;
- DCA N. 18 del 18.02.2015 Modello di riorganizzazione delle Cure Primarie. Approvazione.
- DCA N. 21 del 09/03/2015 Approvazione delle linee di indirizzo regionali - Percorso per la presa in carico assistenziale e riabilitativa del paziente con disordini della coscienza da grave cerebrolesione acquisita;
- DCA n. 22 del 10.03.2015 OGGETTO: Applicazione legge 38/2010. Costituzione della Rete Regionale di terapia del dolore - Approvazione documento Rete di terapia del dolore in Regione Campania: Individuazione dei nodi della rete, requisiti, compiti, funzioni;
- DCA N. 23 del 10.03.2015 Percorso riabilitativo unico integrato per il paziente con ictus ai sensi del Piano d'indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 10/2/2011 tra il Governo, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e di Bolzano;

Ally

Normative

- DCA n. 46 del 25.05.2015 Cure domiciliari malati terminali. L.R. n. 5/2013 art. 1 c 59 – modalità attuative.

DCA n. 51 del 27.05.2015 Approvazione indirizzi operativi per l'implementazione della rete territoriale dei servizi sociosanitari e percorsi integrati in favore di persone adulte affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e malattie del motoneurone;

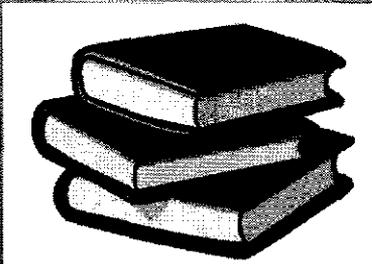
- DCA n. 52 del 29.05.2015 Recepimento Accordo Stato-Regioni del 30/10/2014 e approvazione "Indicazioni operative per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la presa in carico delle persone con demenza" verso il P.D.T.A. demenze.

- DCA n. 23 del 31.03.2016 Approvazione linee di indirizzo per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi nel percorso riabilitativo unico integrato per il paziente con ictusdefinito con D.C.A. n. 23 del 10.3.2015.

- DCA n. 99 del 22.09.2016 Piano Regionale di programmazione della Rete di Assistenza Territoriale 2016-2018.

- DCA n. 14 del 01.03.2017 Programmi Operativi 2016-2018. Approvazione.

- LA Delibera Aziendale n. 1.154 del 13-08-2017 Adozione Atto Aziendale ASL Avellino.



A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke, positioned to the right of the list of documents.

Le Cure Domiciliari



INTRODUZIONE

Le cure domiciliari rappresentano il cardine nel complesso sistema dei servizi sanitari e sociosanitari rappresentando:

- Una valida alternativa al ricovero ospedaliero per le persone affette da patologie cronico-degenerative ed oncologiche,
 - L'opportunità per una dimissione protetta
 - L'alternativa o il complemento all'assistenza in strutture residenziali e semiresidenziali (in alcune occasioni e forme),
 - La possibilità di permanenza in famiglia delle persone non autosufficienti ed in particolare di quelle di età superiore ai sessantacinque anni.

Le cure domiciliari oggetto di questo regolamento, rivolte agli assistiti di ogni età, non esauriscono l'intera gamma delle prestazioni erogabili al domicilio come, ad esempio, le prestazioni erogate dalle UU.OO. Assistenza anziani, materno infantile, psichiatria e il servizio tossicodipendenze, già previste dal DPCM 29 novembre 2001. L'utilizzo della denominazione "**cure domiciliari**" anziché "**assistenza domiciliare**" risponde alla necessità di distinguere in modo esclusivo le cure sanitarie e sociosanitarie integrate dalle forme di assistenza domiciliare di natura socio-assistenziale e tutelare.

Come descritto dalla normativa nazionale il cui riferimento prioritario è rappresentato dal documento prodotto a fine 2006 dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, istituita presso il Ministero della salute, avente per oggetto "*Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*" e dalla normativa regionale e in particolare dalla *DGRC n. 41/ 2011 "Il sistema dei servizi domiciliari in Campania"*, le cure domiciliari sono riorganizzate e ridefinite distinguendo gli interventi basati su prestazioni, che non necessitano di integrazione e valutazioni multidimensionali, dalle Cure Domiciliari Integrate, definite come una modalità di assistenza integrata - sanitaria e sociale - erogata al domicilio dell'Assistito, in modo continuo ed integrato, in relazione alla natura ed alla complessità dei bisogni a cui si rivolge.

La Regione Campania con il DCA N.1 /2013 introduce; inoltre, i **profili di cura** per definire la complessità delle cure domiciliari e individuare i livelli di intensità di cura (I,

all

Le Cure Domiciliari



II, III, IV) (vedi allegato 2).

La **tabella 1** riassume alcune delle direttrici di classificazione degli interventi di cura. In questa logica tutti gli interventi di cura possono essere attribuiti alle diverse categorie, fra cui il luogo (la casa o la residenza protetta) è una delle possibili variabili; le altre (intensità, durata, ambito prevalente) possono essere comuni o anche sovrapponibili: non è detto che un programma di sostegno

DIRETTRICE-DESCRITTORE	ESEMPI
Obiettivo	Educazione, informazione, prevenzione, tutela, riabilitazione, trattamento
Tempo	<ul style="list-style-type: none"> • fase intensiva • fase estensiva • lungoassistenza
Intensità	<ul style="list-style-type: none"> • alta/bassa intensità • alta/bassa intensità assistenziale • alta/bassa intensità riabilitativa
Livello	<ul style="list-style-type: none"> • interventi sanitari, assistenziali, di integrazione sanitari a rilevanza sociale, sociali a rilevanza sanitaria, ad alta integrazione sociosanitaria
Luogo	<ul style="list-style-type: none"> • residenziali • semiresidenziali • domiciliari • ambulatoriali-consultoriali
Produttore	<ul style="list-style-type: none"> • Erogatori-produttori pubblici, privati commerciali, privati no profit, soggetti informali

attuato in una struttura residenziale debba necessariamente essere più intenso di uno gestito al domicilio.

Lo scopo di questo regolamento delle Cure Domiciliari dell'ASL di Avellino è quello di garantire nella presa in carico del paziente:

Le Cure Domiciliari

- l'omogeneità di accesso e degli interventi sanitari inseriti in un progetto personalizzato su tutto il territorio dell'ASL;
- l'integrazione con i servizi sociali degli Ambiti territoriali (piani di zona);
- l'integrazione tra le diverse professionalità che concorrono alla realizzazione del progetto personalizzato individuale (PAI), privilegiando il lavoro di équipe;
- il consolidamento della qualità ed efficienza delle cure domiciliari, per sviluppare un valido sistema di qualità basato sull'insieme delle risorse, delle procedure e dell'organizzazione.

Si tratta, in definitiva, di un'assistenza finalizzata ad assicurare la continuità delle cure, basandosi sulla condivisione dei programmi e delle responsabilità necessari per l'ottenimento dei risultati di salute degli assistiti presi in carico.

Si considerano, infine, domicilio dell'utente l'abitazione privata e, esclusivamente per le cure domiciliari di I e II livello, la Comunità Tutelare per persone non autosufficienti ["Regolamento di attuazione della Legge Regionale 23 ottobre 2007, n. 11 (legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328)"].



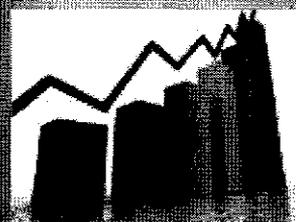
all

INDICATORI

Gli indicatori sono quelli previsti nella DGRC n. 41/2011 e nel DCA n. 108/2014, vedi tabella sottostante:

INDICATORI DEL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE (CDI)

PROFILI DI CURA	INDICATORI	VALORI STANDARD
CD integrate di primo, secondo, terzo livello e cure palliative	1. Numero di malati assistiti >65anni/totale popolazione >65anni	≥4%
	2. Numero di malati assistiti >75anni/totale popolazione >75anni	≥8%
Cure palliative malati terminali	3. Numero annuo di malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio/numero di malati deceduti per malattia oncologica per anno.	≥65%
	4. Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208).	≥ Valore individuato per lo standard dell'indicatore n. 3 cui va sottratto il 20%. Il risultato va moltiplicato per 55 (espresso in giorni)
	5. Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra segnalazione e presa in carico domiciliare è inferiore o uguale a 3 gg./numero malati curati a domicilio con assistenza conclusa	≥80%
CD integrate di primo, secondo, terzo livello e cure palliative	6. Numero di malati assistiti x 1.000 / totale popolazione	-
	7. Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra segnalazione e presa in carico domiciliare è superiore a 30 gg./numero malati curati a domicilio.	-
	8. Numero di malati che hanno ricevuto cure domiciliari integrate con le prestazioni sociali domiciliari/numero malati curati a domicilio.	-

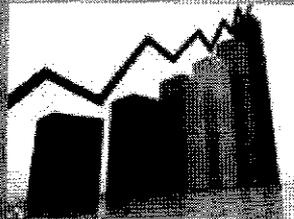


Qll

Indicatori

FLS21

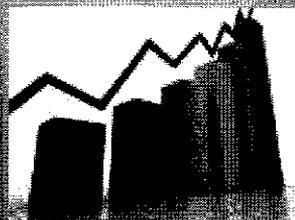
INDICATORI SIAD



Nelle tabelle sottostanti gli indicatori del flusso FLS21 e SIAD (Sistema Informativo per il Monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare):

INDICATORI DEL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE (CDI)FLS21

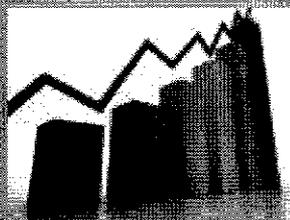
INDICATORE	FREQUENZA DI RILEVAZIONE
CASI TRATTATI	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
CASI TRATTATI ANZIANI	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
CASI TRATTATI MALATI TERMINALI	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
ACCESSI PERSONALE MEDICO	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
ACCESSI PERSONALE MEDICO ANZIANI	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
ACCESSI PERSONALE MEDICO MALATI TERMINALI	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
ORE DI ASSISTENZA EROGATA FISIOTERAPISTI	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
ORE DI ASSISTENZA EROGATA INFERMIERI	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
ORE DI ASSISTENZA EROGATA ALTRI OPERATORI	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
ORE DI ASSISTENZA EROGATA FISIOTERAPISTI ANZIANI	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
ORE DI ASSISTENZA EROGATA FISIOTERAPISTI MALATI TERMINALI	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
ORE DI ASSISTENZA EROGATA INFERMIERI ANZIANI	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
ORE DI ASSISTENZA EROGATA INFERMIERI MALATI TERMINALI	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
ORE DI ASSISTENZA EROGATA ALTRI OPERATORI ANZIANI	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
ORE DI ASSISTENZA EROGATA ALTRI OPERATORI MALATI TERMINALI	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI

INDICATORI SIAD**Indicatori
SIAD**

INDICATORE	FREQUENZA DI RILEVAZIONE
DISTRIBUZIONE PER PATOLOGIA PREVALENTE (ICD9CM PRIME 3 CIFRE) DEGLI UTENTI PRESI IN CARICO	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
DISTRIBUZIONE PER PATOLOGIA CONCOMITANTE DEGLI UTENTI PRESI IN CARICO	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
DURATA MEDIA DELLA PRESA IN CARICO	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
TASSI STANDARDIZZATI PER ETÀ (1000 ABITANTI)	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
NUMERO DI PRESE IN CARICO PER LIVELLO COEFFICIENTE D'INTENSITÀ ASSISTENZIALE (CIA), DATO IL NUMERO DEI GIORNI DI CURA (GDC).	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
NUMERO DI PRESE IN CARICO PER LIVELLO COEFFICIENTE DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE (CIA), DATO IL NUMERO DEI GIORNI DI EFFETTIVA ASSISTENZA (GEA).	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
NUMERO DI ACCESSI DIVISI PER LIVELLO CIA PER TIPOLOGIA DI OPERATORE CHE HA EFFETTUATO L'ACCESSO.	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
NUMERO DI GIORNATE DI SOSPENSIONE PER RICOVERO INTERCORSI NELL'ULTIMO MESE DI VITA DEL PAZIENTE TERMINALE	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
NUMERO DI ASSISTITI TERMINALI ONCOLOGICI DECEDUTI, SUL NUMERO DI DECEDUTI PER MALATTIA ONCOLOGICA	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
NUMERO DI ASSISTITI TERMINALI NON ONCOLOGICI SUL NUMERO DI ASSISTITI TERMINALI	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
PERCENTUALE DI PIANI CHIUSI PER CESSAZIONE DELLE NECESSITÀ CLINICHE ASSISTENZIALI	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
GIORNATE EFFETTIVE DI ASSISTENZA (GEA)	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
GIORNATE DI CURA (GdC)	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
COEFFICIENTE INTENSITÀ ASSISTENZIALE (CIA)	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI

Ally

Indicatori SLA



INDICATORI SLA

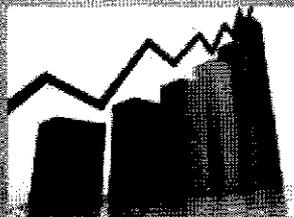
A. INDICATORI DI PROCESSO

INDICATORE	FREQUENZA DI RILEVAZIONE
NUMERO DI PAZIENTI SLA CERTIFICATI (REGISTRO REGIONALE MALATTIE RARE)	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
NUMERO DEI PAI ELABORATI PER CIASCUNA ASL	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
NUMERO DI PAZIENTI SOTTOPOSTI A PEG PER CIASCUNA ASL	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
NUMERO DI PAZIENTI SOTTOPOSTI A NIV PER CIASCUNA ASL	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
NUMERO DI PAZIENTI SOTTOPOSTI A TRACHEOSTOMIA PER CIASCUNA ASL	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
TEMPO DALLA DIAGNOSI CERTIFICATA ALLA TRACHEOSTOMIA.	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
DURATA DI DEGENZA IN RIANIMAZIONE	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
NUMERO RICOVERI OSPEDALIERI RISPETTO AI PAZIENTI SEGUITI	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
NUMERO E TIPOLOGIE DI CHIAMATE IN EMERGENZA	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI

20 -

B. INDICATORI DI ESITO

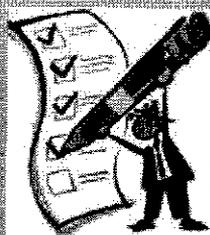
INDICATORE	FREQUENZA DI RILEVAZIONE
GRADO DI SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE E DEI FAMILIARI NELLE VARIE FASI DEL PERCORSO DIAGNOSTICO E ASSISTENZIALE (MEDIANTE SOMMINISTRAZIONE DI ADEGUATI QUESTIONARI: SI SUGGERISCE IL QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE SF36).	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
CURVA DI PROGRESSIONE DELLA MALATTIA (SCALA DI RIFERIMENTO: ALS-FRS)	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI

ALTRI INDICATORI DI ATTIVITÀ**Indicatori**

INDICATORE	FREQUENZA DI RILEVAZIONE
NUMERO DI RICHIESTE DI ASSISTENZA DOMICILIARE	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
NUMERO DI SOGGETTI TRATTATI PER FASCIA DI ETÀ (0-14; 15-64; 65-74; 75-84; 85-99; ≥100)	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
N. DI PERSONALE ADDETTO SUDDIVISO PER LE FIGURE PROFESSIONALI	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
N. DI PROTOCOLLI D'INTESA CON GLI OSPEDALI	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
N. DI PROTOCOLLI D'INTESA SOTTOSCRITTI CON HOSPICE, RSA ETC	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
N. DI OPERATORI DEGLI AMBITI COINVOLTI NELLE ATTIVITÀ	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
N. DI ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO COINVOLTE	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
N. DI SOGGETTI DEL TERZO SETTORE IMPEGNATI NELLE CURE DOMICILIARI E FORME CONTRATTUALI ATTIVATE	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
N. PRESIDII E PROTESI EROGATE	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
COSTO MEDIO PER PAZIENTE TRATTA NELLE CDI	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
N. DI RICOVERI PER PAZIENTE ASSISTITO IN CDI	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI
LIVELLO DI GRADIMENTO DA PARTE DEI FAMILIARI DEI SERVIZI EROGATI	ANNUALE/ALTRI PERIODI TEMPORALI

ARTICOLATO

Cure domiciliari Definizione



Art. 1 – Definizione

Le cure domiciliari integrate consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale 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. Nell'ambito delle cure domiciliari integrate risulta fondamentale l'integrazione con i servizi sociali dei comuni.

Esse constano, pertanto, di un complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a persone presso il proprio domicilio, caratterizzato da:

- presa in carico dell'assistito;
- valutazione multidimensionale dell'assistito attraverso idonei strumenti (Scheda SVAMA e SVAMDI);
- definizione di un piano/programma/progetto di assistenza individuale;
- responsabilità clinica in capo a medico di Medicina Generale (MMG), Pediatra di libera Scelta (PLS).

Sono escluse:

- le "cure domiciliari prestazionali" che non prevedono né la presa in carico dell'assistito né la sua valutazione multidimensionale;
- le forme di assistenza domiciliare esclusivamente socio-assistenziali;
- le visite domiciliari di MMG, PLS e medici di continuità assistenziale effettuate "su chiamata" e che non rientrano in progetti/programmi di assistenza domiciliare;
- le visite domiciliari degli specialisti ambulatoriali richiesti dai MMG per assistiti non in carico nelle cure domiciliari;
- i trattamenti domiciliari di pazienti psichiatrici effettuati dalle equipe psichiatriche territoriali del Dipartimento di Salute Mentale.

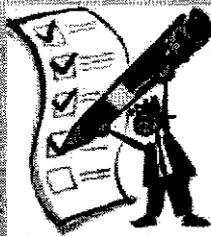
Art. 2 – Obiettivi

Gli obiettivi principali dell'assistenza domiciliare sono riconducibili a:

- A.** fornire adeguata assistenza a persone che presentano problematiche di tipo sanitario e sociale.

A handwritten signature in black ink.

Cure domiciliari Elementi caratterizzanti



B. fornire adeguata assistenza a persone che presentano problematiche di tipo sanitario e sociale suscettibili di trattamento domiciliare, evitando i ricoveri ospedalieri impropri e l'ingresso in residenza;

C. favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle residue capacità di autonomia e relazionali;

D. rendere possibili dimissioni ospedaliere tempestive ed assicurare la continuità assistenziale mediante lo strumento della "dimissione protetta";

E. supportare la famiglia e i "caregiver" e trasmettere loro delle competenze che possano tradursi in autonomia di intervento;

F. promuovere miglioramento della qualità di vita, anche nella fase terminale, evitando il ricorso improprio al ricovero, assicurando la continuità assistenziale, favorendo il recupero delle capacità di autonomia e relazionali, sostenendo la famiglia.

Art. 3 – Elementi caratterizzanti

La "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" (documento della commissione LEA 2006 del Ministero della Salute) e il "Sistema dei servizi domiciliari in Campania" (DGRC n.41/2011) articola le cure domiciliari in:

- 1. Cure Domiciliari di tipo Prestazionale**
- 2. Cure Domiciliari Integrate di primo livello (profilo basso, medio, alto)**
- 3. Cure Domiciliari Integrate di secondo livello (profilo basso, medio, alto)**
- 4. Cure Domiciliari Integrate di terzo livello (profilo basso, medio, alto)**
- 5. Cure Domiciliari palliative per malati terminali (profilo basso, medio, alto)**

La classificazione in cure domiciliari integrate di I, II o III livello e palliative ai malati terminali non è relativa solo all'adattabilità dell'accesso di ciascuna figura professionale, ma anche alla tipologia delle prestazioni domiciliari assicurate per livello e figura professionale e all'intensità delle cure (CIA).

Elementi caratterizzanti



a. Le **"Cure Domiciliari Prestazionali"** sono caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato (ADP).

b. **"Cure Domiciliari Integrate di primo-secondo e terzo livello"**. Le cure di primo e secondo livello assorbono quelle già definite **ADI** (Assistenza Domiciliare Integrata) mentre quelle di terzo livello assorbono l'**OD** (Ospedalizzazione Domiciliare). Questa tipologia di cure domiciliari - in funzione della differente complessità / intensità - è caratterizzata dalla formulazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) redatto in base alla valutazione globale multidimensionale ed erogate attraverso la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale;

c. **"Cure domiciliari palliative a malati terminali"**, assorbono "l'assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale" e l'**OD-CP** (Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative) e sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità definita dal PAI ed erogata da una équipe in possesso di specifiche competenze.

La collocazione elettiva delle cure domiciliari, anche dove vengono offerti apporti ospedalieri, è nel **LEA ASSISTENZA DISTRETTUALE**.

24 -

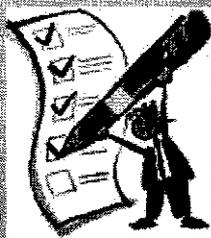
Quando l'équipe che eroga le cure domiciliari è di provenienza ospedaliera è in ogni caso superata la denominazione "Ospedalizzazione Domiciliare". Tale tipologia assistenziale è infatti erogata attraverso le Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e le Cure Domiciliari palliative a malati terminali.

Art. 4 – Cure domiciliari di tipo prestazionale

Le **Cure Domiciliari di tipo Prestazionale** sono caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato. Esse costituiscono una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, per la presa in carico del paziente non richiede né una valutazione multidimensionale né l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare. Sono richieste dal medico responsabile del processo di cura del paziente e sono volte a soddisfare **un bisogno sanitario semplice** nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali.

Alle

Cure domiciliari Elementi caratterizzanti



In caso di mutate condizioni sanitarie e/o sociali rilevate, il MMG deve richiedere l'attivazione dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI).

La gamma di prestazioni di questa tipologia di intervento professionale sono illustrate nell'allegato n. 4.

Art. 5 - Cure domiciliari Integrate di I e II livello

Le **Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello** comprendono quelle già definite in precedenza ADI. Si rivolgono a persone che, pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi, necessitano di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni (1° livello) o 6 giorni (2° livello).

La durata media della presa in carico = 180 giorni.

Il C.I.A. (coefficiente intensità assistenziale) = da <0.30 a 0.50 pari ad un numero di accessi medi settimanali da 2 a 3,5.

Le figure professionali coinvolte sono: infermiere, professionisti della riabilitazione, medico (MMG), specialista, dietista e operatore sociosanitario (OSS).

L'impegno assistenziale giornaliero medio per figura professionale è: infermiere 30 - 45 minuti; medico (MMG) 30 minuti; professionisti della riabilitazione 45 minuti; operatore socio - sanitario 60-90 minuti; dietista 90 minuti; specialista 45 min.

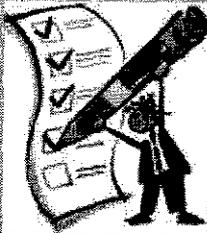
Le figure professionali sopradescritte sono solo indicative, poiché per ciascun assistito, le figure professionali da impiegarsi saranno dettagliate nel Programma Assistenziale Individuale, redatto dall'Unità Valutativa Multidimensionale distrettuale, nel rispetto di quanto previsto nella DGRC n. 41/2011 e nel DCA n.1/2013.

Le cure integrate di primo e secondo livello prevedono un ruolo centrale del Medico di Medicina Generale che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura sanitaria.

La gamma di prestazioni che riguardano questa tipologia di intervento professionale comprende prestazioni, medico, infermieristiche, riabilitative, mediche, medico specialistiche e socio-assistenziali: tali prestazioni sono integrate tra loro in un *mix* all'interno di un Progetto Personalizzato, frutto di un processo di valutazione

**Cure
domiciliari
Elementi
caratterizzanti**

**Requisiti di
accesso**



multidimensionale.

Le prestazioni di questa tipologia di intervento professionale sono illustrate nell'allegato n.5.

Art. 6 - Cure domiciliari Integrate di III livello e le Cure Domiciliari palliative per malati terminali (IV livello)

Le *Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e le Cure Domiciliari palliative per malati terminali (IV livello)* che assorbono l'assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale e l'Ospedalizzazione Domiciliare - Cure Palliative) sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità, erogata da una équipe in possesso di specifiche competenze.

Consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche riferite a:

- malati terminali (oncologici e non);
- malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare, etc.);
- fasi avanzate e complicate di malattie croniche;
- pazienti con necessità di nutrizione artificiale enterale e parenterale;
- pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo.
- pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza.

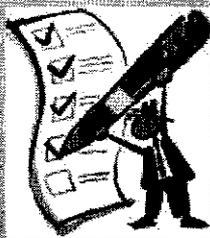
Le cure domiciliari palliative ai malati terminali di fatto non sono sovrapponibili alle cure domiciliari di terzo livello, esse sono comprese in un profilo specifico, poiché per la loro erogazione necessitano di un'équipe dedicata, hanno standard e profili assistenziali diversi dalle cure di terzo livello (vedi allegato 3).

A determinare la criticità e l'elevata intensità assistenziale concorrono l'instabilità clinica, la presenza di sintomi di difficile controllo, la necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o al caregiver.

Presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione di un piano di cura con intervento di tipo multidisciplinare.

Handwritten signature

Cure domiciliari Requisiti di accesso



Si tratta di interventi programmati sui 7 giorni settimanali e per le cure palliative è prevista la pronta disponibilità medica sulle 24 ore di norma erogata dall' équipe di cura e comunque da medici specificatamente formati. Nella nostra ASL la disponibilità medica sulle 24 ore sarà garantita dal team di cure palliative territoriale, dai medici ospedalieri e consisterà nella reperibilità telefonica.

La durata media della presa in carico= 90 giorni per le cure domiciliari di III livello e 60 giorni per le cure domiciliari palliative a malati terminali.

Il C.I.A. (Coefficiente di Intensità Assistenziale) > di 0,50 (pari ad un numero di accessi medi settimanali > di 3,5).

Le figure professionali coinvolte: infermiere, professionisti della riabilitazione, medico (MMG/PLS), medico specialista, operatore sociosanitario, psicologo, dietista.

Le figure professionali sopradescritte sono solo indicative, poiché per ciascun assistito, le figure professionali da impiegarsi saranno dettagliate nel Programma Assistenziale Individuale, redattodall'Unità Valutativa Multidimensionale Integrata, nel rispetto di quanto previsto nella DGRC n. 41/2011 e nel DCA n.1/2013.

L'impegno assistenziale giornaliero medio per figura professionale è: infermiere 60 minuti; medicoe/o specialista 60 minuti; psicologo 60 minuti; professionisti della riabilitazione 60 minuti; dietista 60 minuti; operatore sociosanitario 60-90 minuti.

La gamma di prestazioni che riguardano questi profili comprende prestazioni mediche, infermieristiche, dietologiche, riabilitative fisioterapiche e logopediche, psicologiche e medico specialistiche e sono illustrate nell'allegato n. 6.

Art. 7 – Accesso alle cure domiciliari: requisiti

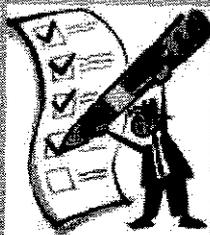
I requisiti indispensabili per l'attivazione delle cure domiciliari sono:

Requisiti di patologia:

- **per gli adulti e anziani:**
 - malati terminali
 - malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi
 - incidenti vascolari acuti
 - gravi fratture negli anziani

Alle

Cure domiciliari Requisiti di accesso



- riabilitazione di vasculopatici
- riabilitazione in neurolesi
- malattie temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro)
- dimissione protette da strutture ospedaliere.

▪ **per i minori:**

- asma grave
- fibrosi cistica
- malattie cromosomiche e o genetiche invalidanti
- sindrome di Down
- cardiopatie congenite a rischio di scompenso emodinamico
- artropatie con grave limitazione funzionale
- artrite reumatoide giovanile
- patologie onco-ematologiche
- cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi
- tetraplegia
- autismo e altre psicosi
- epilessie
- immunodeficienza acquisita
- neonati a rischio di deficit neurosensoriali

Requisiti di non autosufficienza:

condizione di **non autosufficienza** (disabilità), di fragilità e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio. Deve essere specificato il grado di non autosufficienza e gli strumenti utilizzati per la sua valutazione sono la SVAMA e la SVMADI.

28 ✓

Requisiti familiari:

presenza o possibilità di garantire adeguato supporto alla persona, la presenza di un nucleo familiare o, in caso di sua insufficienza o assenza, possibilità di assicurare la presenza di una rete solidale (vicinato, volontariato, ecc.) o di prestazioni di "assistenza tutelare e aiuto infermieristico" e comunque in questo caso è richiesta l'esistenza di un supporto familiare o amicale che garantisca la continuità assistenziale.

Requisiti strutturali:

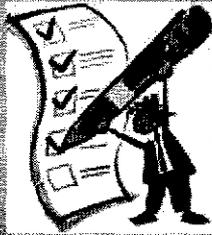
idoneità delle condizioni abitative, o possibilità di renderle tali con interventi di assistenza abitativa. È opportuno che questo aspetto o condizione, come il precedente, sia rilevato tramite la scheda di valutazione sociale della SVAMA e della SVMADI, che valutino la situazione familiare e di integrazione sociale dell'assistito, la sua situazione assistenziale, abitativa, economica, ecc.

Alle

Cure
domiciliari

Criteri di
esclusione e
durata PAI

Sistema di
Accesso e
Presenza in Carico



Economicità dell'assistenza:

il costo complessivo dell'assistenza domiciliare integrata, al netto della quota di partecipazione dell'utente, non deve essere superiore a quello dell'assistenza in regime residenziale.

Consenso informato:

da parte della persona e della famiglia.

Presenza in carico:

da parte del medico di medicina generale (MMG) o del pediatra di libera scelta (PLS) e garanzia degli accessi concordati e disponibilità telefonica dalle ore 8,00 alle ore 20,00.

Nel terzo e quarto livello assistenziale per il quale si prevedono interventi rivolti ai malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche, quindi malati terminali, oncologici e non, malati di patologie degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare, etc.), fasi avanzate e complicate di malattie croniche, pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale, pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo, pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza i requisiti indispensabili per l'attivazione delle cure domiciliari sono oltre a quelli indicati sopra:

- grado di autonomia che non consente l'accesso ai servizi ambulatoriali (indice di Karnosky < 50)
- grado di medicalizzazione compatibile con un programma di Cure Domiciliari

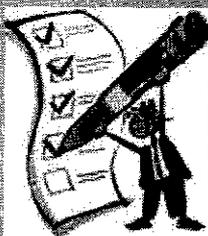
Art. 8 - Criteri di esclusione dalle Cure Domiciliari durata del programma di Cure Domiciliari

Criteri di esclusione dalle Cure Domiciliari Integrate (C.D.I.):

- Soggetti con autonomia e autosufficienza giudicate soddisfacenti;
- Gravi condizioni cliniche che richiedono elevato impegno sanitario con stretto monitoraggio clinico;
- Soggetto il cui team familiare è scarsamente o per nulla collaborante;
- Assenza di rete sociale.

Ques

Cure domiciliari Sistema di Accesso e Preso in Carico



La durata del Programma Assistenziale Individuale (PAI):

è di norma commisurata alla intensità assistenziale ed è legata soprattutto agli obiettivi stabiliti dall' Unità di Valutazione Integrata (UVI).

Nel caso di disabilità gravissime (SLA, etc.) e di cronicità: si determina in 12 mesi la durata temporale del PAI, alla scadenza dei quali in automatico viene convocata la seduta dell'UVI per la conferma del PAI stesso e per eventuali integrazioni e/o modifiche. Il PAI, comunque, può essere rivalutato su istanza del caregiver e/o dei familiari, dell'équipe operativa e/o degli specialisti, in ogni caso al verificarsi di variazioni delle condizioni del paziente. Ogni variazione che comporta la ridefinizione immediata del PAI e del piano esecutivo può avvenire in modo automatico ma comunque dovrà essere ratificato e valutato in sede U.V.I., anche ai fini del monitoraggio e della condivisione con la famiglia.

Art. 9—Il sistema di accesso e di presa in carico

Le cure domiciliari integrate si realizzano attraverso procedure unitarie e condivise tra ASL e Comuni associati dell'Ambito Territoriale, per l'accesso, la valutazione e la presa in carico.

30 -

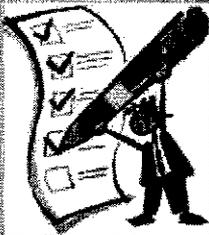
Le funzioni integrate per l'accesso e la presa in carico si articolano secondo il seguente percorso:

- La Richiesta va presentata ad uno degli attori della Porta Unica Di Accesso (P.U.A.), con modulistica specifica e adottata con Regolamento congiunto da ASL e Ambito Territoriale (come previsto anche dalla L.R. 11/07 all'art. 41)
- La proposta di ammissione all' ADI/CDI formulata, sulla base di requisiti essenziali, ai Servizi Sociali e/o all'Unità Operativa Distrettuale, in raccordo con il MMG
 - La valutazione multidimensionale a cura delle UVI (Unità di Valutazione Integrata)
 - La redazione del Progetto Personalizzato e l'individuazione del Case Manager in sede UVI, con definizione del Piano Esecutivo attuato dall'Equipe Operativa
 - La dimissione

La Legge Regionale 11/07, art. 41, prevede che l'accesso unitario concertato tra A.S.L. e Comuni degli Ambiti Territoriali nell'ambito della programmazione socio-

Cure domiciliari

Procedure per l'attivazione Segnalazione



sanitaria congiunta, sia oggetto di uno specifico regolamento allegato al Piano di Zona, che disciplini le funzioni della PUA e delle UVI, prevedendo una organizzazione funzionale di raccordo tra Unità Operative Distrettuali e Servizi Sociali dell'Ambito territoriale.

Art. 10 - Valutazione del caso e piano individuale di assistenza

La presa in carico nelle cure domiciliari si accompagna ad un approccio multidimensionale di cui sono aspetti essenziali:

- la valutazione globale dello stato funzionale del paziente attraverso la SVAMA e la SVAMDI, per produrre una sintesi delle condizioni cliniche, funzionali e sociali per l'elaborazione del piano assistenziale individuale (PAI), permettendo, nel contempo, la definizione del case-mix individuale e di popolazione;
- la predisposizione del PAI;
- un approccio assistenziale erogato attraverso un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare che comprende anche operatori sociali;
- il monitoraggio periodico e la valutazione degli esiti.

All'interno dell'équipe erogatrice delle cure viene inoltre individuato un responsabile del caso (**case manager**) che, in collaborazione con il MMG, orienta e coordina gli interventi in base a quanto definito.

Art. 11 - Procedure per l'attivazione delle cure domiciliari

11.1 Richiesta intervento - segnalazione

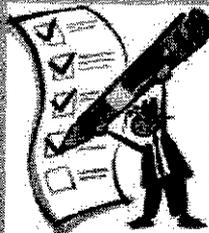
Gli interventi di assistenza domiciliare integrata possono essere richiesti dall'**interessato** e/o **familiare** o su segnalazione dei **servizi sociali del comune/piano di zona**, dei **medici di medicina generale**, dalle **U.U.O.O. dell'ASL**, **strutture ospedaliere**, **strutture sociosanitarie**, **hospice** ma sempre previo consenso dell'interessato (o del suo rappresentante legale).

Solo nel caso di un soggetto affetto da SLA la segnalazione potrà pervenire dal Centro certificatore che invierà la proposta al referente SLA aziendale il quale a sua volta, provvederà ad avviare le procedure di attivazione dell'Unità di Valutazione Integrata, allertando il direttore del

Al

Cure
domiciliari

La Porta Unica
di Accesso
(PUA)



distretto.

Tale richiesta, attraverso apposito modulo anche informatizzato, contenente le generalità del possibile utente, e di chi eventualmente la presenta (compresa la causale ed il rapporto tra i due soggetti) dovrà essere consegnata alla **PUA** che è ubicata presso il Distretto Sanitario di competenza. La segnalazione può essere anche telefonica.

Gli operatori del piano di zona e gli operatori degli uffici sociosanitari dell'ASL, attraverso la porta unica, di accesso daranno agli interessati tutte le informazioni connesse ai requisiti, alle modalità ed alle procedure richieste per l'accesso al servizio, anche attraverso l'attivazione dei mezzi di informazione di massa.

Nel caso in cui la segnalazione viene prodotta dal MMG deve essere corredata dalla scheda sanitaria della SVAMA o della SVAMDI nel caso in cui l'utente sia rispettivamente anziano o adulto e adulto disabile.

Nel caso dei soggetti in età pediatrica non vanno utilizzati i suddetti strumenti di valutazione.

11.2 La Porta Unica di Accesso (PUA)

La Porta Unica di Accesso (di seguito P.U.A.), è definita dalla Legge Regionale 11/07/2008 "... *come funzione esercitata sia dal Segretariato Sociale per i comuni sia dai Distretti Sanitari per le A.S.L., con compiti di informazione, decodifica dei bisogni, orientamento e trasmissione delle richieste ai servizi competenti*". Essa rappresenta, dunque, *l'anello operativo strategico per il recepimento unitario delladomanda di servizi sociali, sanitari e socio-sanitari*", cui fornire una risposta specifica e tempestiva, masoprattutto completa, orientata alla logica della *"presa in carico della persona"*, portatrice di moltepliciesigenze.

Nell'ottica del processo lavorativo della P.U.A., come indicato nella D.G.R.C. n.41 del 14 febbraio2011, *"la presa in carico può essere definita come un processo integrato e continuativo che si configura come governo di un insieme articolato e coordinato di interventi rivolti a soddisfare un bisogno complesso ed articolato"*.

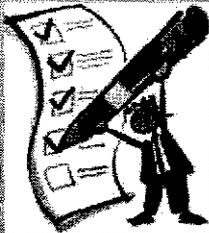
La PUA, esprime in maniera figurata il concetto di ingresso alla rete dei servizi, la cui unitarietà richiama la non settorialità dell'accoglienza, la unicità del trattamento dei dati ai fini della successiva valutazione. La responsabilità

all

**Cure
domiciliari**

**L'Unità di
Valutazione
Integrata
(UVI)**

**Il Piano
Individuale di
Assistenza
(PAI)**



condivisa dai Comuni e dalla ASL nella presa in carico della persona.

In effetti, il Cittadino si rivolge alle istituzioni per esprimere dei bisogni, spesso in maniera non mirata. Il più delle volte, cioè, il bisogno espresso non è esclusivamente sanitario, né esclusivamente socio-assistenziale, ma può presentare una componente sanitaria ed una sociale unite, richiedendo risposte integrate, alle quali è opportuno giungere attraverso un percorso specifico che è rappresentato dal **sistema dell'accesso ai servizi socio-sanitari integrati**.

11.3 Modalità di ammissione alle cure domiciliari – attivazione–stesura piano terapeutico (PAI) ed esecutivo

La segnalazione, indirizzata al Direttore del Distretto Sanitario, viene inoltrata al Coordinatore delle cure domiciliari, che sarà preferibilmente un infermiere, che entro 48 ore dalla segnalazione ricevuta, attiverà le procedure per la successiva convocazione dell'Unità di Valutazione Distrettuale, dopo aver recepito il consenso del malato o dei suoi familiari.

Il Sistema di Accesso deve prevedere, comunque:

- da parte dell'Azienda, in caso di necessità di attivazione a breve termine o ad alta priorità non differibile, la garanzia dell'attivazione nelle 24 ore;
- attivazione programmata ritenuta differibile.

La segnalazione potrà essere inoltrata dalla PUA, dal MMG e dal PLS anche online, collegandosi alla cartella informatizzata delle cure domiciliari, attraverso una password che va richiesta alla U.O.C. Assistenza Anziani e Cure Domiciliari.

L'accesso alle cure domiciliari prevede:

1. La compilazione da parte del MMG o del PLS dell'apposito modulo di segnalazione e della parte Sanitaria delle Schede di Valutazione Multidimensionale SVAMA nel caso di soggetti anziani e adulti e SVAMDI nel caso di soggetti adulti con disabilità.

2. La convocazione dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI) costituita da:

- Referente UVI del distretto individuato dal direttore del distretto
- Medico dell'U.O. distrettuale competente e il Referente per l'integrazione sociosanitaria dell'Ufficio di

**Cure
domiciliari
L'Unità di
Valutazione
Integrata
(UVI)
Il Piano
Individuale di
Assistenza
(PAI)**



Piano, entrambi delegati alla spesa per le parti di ciascuna competenza, su provvedimento, rispettivamente, del direttore del distretto e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano,

- MMG o PLS,
- Coordinatore delle Domiciliare,
- Referente Aziendale SLA e il medico specialista in riabilitazione ed eventualmente del referente case manager del centro proscrittore nel caso di utenti affetti da questa malattia, che potrà essere integrata a seconda delle disponibilità delle risorse e del caso trattato da:

- Specialista(anestesista,oncologo,palliativista, etc.)
- Infermiere
- Fisioterapista
- Logopedista
- Dietista
- Operatore Socio-Sanitario (OSS)

per la valutazione dell'elezione dell'utente nelle cure domiciliari.

Se l'UVI non ritenga necessario l'attivazione delle cure domiciliari deve darne **motivata comunicazione** al MMG o al PLS e all'utente e/o ai familiari dell'assistito.

34 -

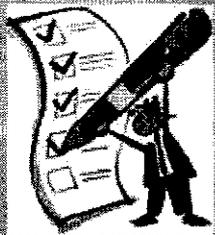
Nel caso in cui la proposta delle cure domiciliari sia approvata, l'UVI stila il piano individuale di assistenza, avvalendosi anche di altri specialisti se necessario, concordano:

- la durata presumibile del periodo di erogazione delle cure domiciliari;
- la tipologia degli altri operatori sanitari coinvolti;
- le richieste di intervento degli operatori del servizio sociale;
- la cadenza degli accessi del MMG o del PLS al domicilio del paziente in relazione alla specificità del processo morboso in corso e agli interventi sanitari e sociali necessari, tenendo conto della variabilità clinica di ciascun caso;
- i momenti di verifica comune all'interno del periodo di effettuazione del servizio.

Il PAI, pertanto, dovrà esplicitare:

- i bisogni socio-assistenziali dell'utente;
- la tipologia di servizi e prestazioni sociali e sanitarie da erogare, modalità di erogazione, livello di

Cure domiciliari Il Piano Esecutivo



intensità dell'intervento e le figure professionali impegnate, in rapporto al bisogno accertato;

- la titolarità e competenze e responsabilità di spesa fra sanità e sociale;
- le competenze e le funzioni del responsabile della presa in carico e delle figure di riferimento;
- le competenze e le funzioni del caregiver;
- la data di avvio e durata del progetto con la previsione di verifica intermedia;
- gli obiettivi del PAI che saranno quelli del mantenimento della stabilità clinica, del recupero funzionale raggiunto nella struttura che dimette o eventuali ulteriori recuperi funzionali possibili;
- gli eventuali trattamenti terapeutici particolari;
- gli eventuali presidi e ausili sanitari o apparecchi elettromedicali necessitanti;
- il consenso della famiglia, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al PAI, anche per l'eventuale quota di compartecipazione della spesa.

Inoltre, il PAI deve contenere, nel caso di utenti con SLA, informazioni relative al Centro di Riferimento/Ospedale o medicospecialista al quale rivolgersi in caso di necessità.

35

La valutazione multidimensionale dovrà concludersi entro e non oltre i 20gg. dalla segnalazione. Solo in caso di dimissione protetta entro le 48 ore dalla segnalazione.

Sono esclusi da questa procedura tutti quei casi per i quali si renda necessaria una presa in carico immediata, dato il prevalente bisogno sanitario.

In questi casi l'accesso all'ADI/CDI dovrà essere in un primo momento esclusivamente sanitario e successivamente sarà effettuata la valutazione integrata in sede di UVI per rispondere a bisogni di natura sociale.

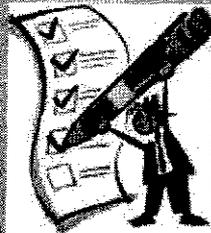
Nella presa in carico del paziente con SLA o in stato vegetativo e di minima coscienza, all'atto dell'invio a domicilio, il direttore di distretto all'atterrà la centrale operativa del 118 e il Medico di continuità assistenziale e comunicherà le informazioni cliniche utili alla eventuale presa in carico in caso di emergenza.

Sarà compito del responsabile dell'U.V.I. **raccogliere il consenso al PAI da parte del familiare al quale**

Ally

Cure domiciliari

Percorsi particolari per l'attivazione



saranno illustrati obiettivi, fasi e tempi del progetto assistenziale sia in sede di U.V.I. sia in modo continuativo durante tutta la fase della presa in carico da parte del MMG, dell'équipe individuata per la presa in carico del paziente.

L'UVI verifica l'attuazione del PAI mediante il responsabile del caso (*case manager*) individuato nelle modalità previste dalla D.G.R.C. n. 41/2011.

Al PAI, segue il piano esecutivo: e questo è redatto solo dopo aver definito il profilo di cura e l'intensità assistenziale delle cure domiciliari, esso contiene:

- Azioni specifiche, tipologia di prestazioni ed intervento
- Quantità durata e frequenza di ogni tipologia di intervento (accessi, consulenze, ore giornaliere e settimanali...);
 - Fornitura di presidi e materiali;
 - Somministrazione di farmaci;
 - Strumenti e tempi per il monitoraggio del piano

Il medico di medicina generale (MMG), e per i pazienti in cure domiciliari di III livello il medico specialista, rimangono le figure cruciali nell'impianto del progetto assistenziale e nel suo monitoraggio.

Il MMG, date le necessità cliniche che si modificano notevolmente nel corso della malattia, verificherà e controllerà la corretta applicazione, in accordo con il responsabile delle cure domiciliari, di tutte le procedure atte a salvaguardare la salute del paziente; qualora si creino problematiche di tipo etico riguardanti interventi che il paziente rifiuta, il Referente Aziendale per la SLA in caso di pazienti affetti da tali malattie e l'UVI distrettuale, in assenza di normative specifiche, dovranno tenere in considerazione la legislazione vigente.

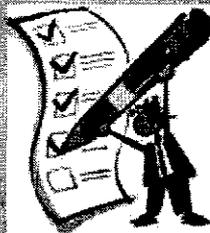
È fatto obbligo per l'équipe e per il case manager – individuato in sede di valutazione multidimensionale – disporre di un diario unico/cartella che deve rimanere a domicilio dell'assistito e deve riportare tutti gli accessi con indicazioni dei tempi e della durata. Sulla cartella vanno registrate tutte le informazioni utili di tipo clinico-medico, le variazioni osservate, gli episodi occorsi e eventuali manovre, somministrazioni di farmaci che si dovessero verificare.

Tale cartella può essere consultata dal **medico ospedaliero** in caso di ricovero, e dal **medico**

Ally

**Cure
domiciliari**

**Percorsi
particolari per
l'attivazione**



diContinuità Assistenziale nel caso di un accesso a casa del paziente, e da tutti gli specialisti e gli operatori che concorrono alla realizzazione del PAI.

Inoltre, per agevolare la raccolta e la consultazione di tutti i dati clinici del paziente nonché tutte le informazioni relative al PAI, al Piano Esecutivo, la cartella clinica/diario ecc., è previsto un sistema informatizzato di archiviazione, di volta in volta aggiornato a cura degli operatori a domicilio e dal coordinatore delle cure domiciliari affiancato dal medico dell'U.O. distrettuale competente.

Art. 12 - Percorsi particolari necessari per l'attivazione delle cure domiciliari

• **Richiesta consulenze specialistiche:**

Il Direttore del Distretto, su proposta del MMG su apposito modulo, attiva la consulenza domiciliare dello specialista territoriale, in maniera prioritaria rispetto alle richieste pervenute da pazienti non in carico nelle cure domiciliari, o dello specialista del presidio ospedaliero dell'ASL,.

• **Richiesta farmaci, sostituti dietetici e materiale per medicazione:**

• Il MMG o il PLS richiede i farmaci, presenti esclusivamente nel Prontuario delle cure domiciliari dell'ASL, se trattasi di assistenza di I o II livello. Per il trattamento farmacologico di pazienti di III livello e per i pazienti terminali (OD- CP) per i farmaci non inseriti nel Prontuario Cure Domiciliari si potrà fare riferimento al Prontuario Terapeutico Ospedaliero Aziendale utilizzando un'apposita modulistica, alla farmacia di riferimento, secondo le seguenti procedure:

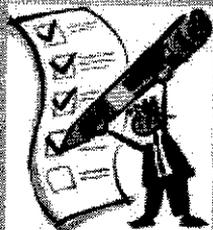
• i MMG/PLS effettuano, mensilmente, le prescrizioni dei farmaci e quanto altro incluso nel Prontuario delle cure domiciliari e nel prontuario ospedaliero dell'ASL;

• La prescrizione tramite il medico di famiglia o l'infermiere professionale o un familiare dell'utente viene consegnata all'UO distrettuale competente per le cure domiciliari che la inoltrerà alla farmacia di riferimento

• I farmaci non inclusi in detto prontuario (diverso principio attivo, dose, forma farmaceutica), potranno essere prescritti su ricettario del SSN (Farmaci in fascia A) in conformità alle norme di regolamentazione del servizio farmaceutico e spedite nelle Farmacie Convenzionate.

Alh

Cure domiciliari Percorsi particolari per l'attivazione



- Per la Nutrizione Artificiale Domiciliare si seguiranno le procedure previste dalla normativa regionale vigente.

- Per le medicazioni vanno prescritte quelle presenti nella gara Soresa dal MMG, dal PLS o dal medico specialista e inoltrate all'U.O.C. distrettuale competente secondo quanto stabilito dal direttore del distretto.

Erogazione:

- L'erogazione dei farmaci avviene tramite la farmacia di riferimento.

- L'erogazione delle medicazioni e dei presidi avviene ad opera dell'UOC distrettuale competente di appartenenza del paziente secondo le modalità stabilite in ciascun distretto.

- L'UOC distrettuale competente consegna le medicazioni e i presidi e la farmacia di riferimento i farmaci direttamente all'infermiere e o ai familiari del paziente prescritti con possibilità di frazionamento delle consegne anche settimanale secondo necessità e tipologie di farmaci nell'ottica della migliore utilizzazione delle risorse disponibili.

- Per la fornitura di ossigeno liquido, viene fatto riferimento alla specifica procedura ad oggi seguita dalla nostra azienda, secondo la normativa vigente; lo stesso dicasi per i farmaci soggetti a disciplina degli stupefacenti e per i farmaci per la terapia del dolore.

38

In ambito di Cure Domiciliari Integrate di I, II, III, IV livello è possibile erogare:

1. Farmaci di classe di rimborsabilità H e con diverso regime di fornitura;

2. Farmaci di classe di rimborsabilità A/PHT e con diverso regime di fornitura;

3. Farmaci di classe di rimborsabilità H e regime di fornitura OSP (ex OSP1);

4. Farmaci di classe C: erogazione permessa limitatamente alla cura della patologia per la quale il paziente è preso in carico nelle cure domiciliari;

5. Presidi: erogazione permessa limitatamente alla cura della patologia per la quale il paziente è in carico nelle cure domiciliari.

- **Richiesta ausili e apparecchi elettromedicali**

Cure domiciliari Percorsi particolari per l'attivazione



(D.M. 28/12/92):

- La richiesta degli ausili e apparecchi elettromedicali necessari per l'utente nelle cure domiciliari può essere fatta dai medici prescrittori, sull'apposito modulo regionale.

- Le richieste, raccolte dal coordinatore delle cure domiciliari, verranno trasmesse al responsabile dell'U.O. di competenza del Distretto per l'autorizzazione, attraverso corsie preferenziali che verranno concordate con la stessa U.O.

- Nel caso degli utenti affetti da SLA, al fine di attivare tempestivamente le procedure, si raccomanda al referente SLA e all'équipe distrettuale che prende in carico l'utente di prevedere e pianificare i tempi di fornitura di alcuni presidi, eventualmente indicati dal CCR (Centro Certificatore Regionale) o che si ritengono utili, quali ad esempio:

1. Letto articolato elettrico
2. Materasso antidecubito
3. Aspiratore secrezioni
4. Unità posturale
5. Sollevatore

L'indicazione di ausili e protesi, del CCR è trasmessa al referente SLA che procederà alla "prescrizione" degli ausili, protesi, contestualmente alla Valutazione Multidimensionale in Unità di Valutazione Multidimensionale Integrata - U.V.I.

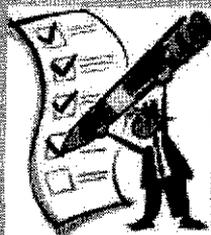
La raccomandazione è che in sede di U.V.I. la fornitura di tali presidi/ausili anche monouso dovrà essere pianificata attentamente.

Nelle fasi successive della presa in carico territoriale e in sede di rivalutazione effettuata in U.V.I., il rinnovo della prescrizione di ausili e protesi può essere effettuata direttamente dal referente senza ulteriori passaggi.

Per le procedure di rinnovo, anche per la fornitura di ausili monouso (pannoloni, cannule ecc...) si deve adottare un percorso agile quale la certificazione da parte del MMG/PLS di sussistenza delle condizioni ed esistenza in vita, da acquisirsi periodicamente. I MMG devono pertanto essere informati e formati su tale procedura.

Per tutto quanto risulti necessario e non previsto in fase di valutazione e certificazione della malattia, ma che si rendesse necessario nelle fasi successive alla

Cure domiciliari Livelli e Profili Assistenziali



ammissione alle cure domiciliari l'équipe domiciliare che prende in carico l'utente provvederà a segnalare ed allertare il referente SLA per la fornitura/il rinnovo della fornitura, modifica della fornitura.

• Richiesta di esami di laboratorio e strumentali

Gli esami di laboratorio richiesti dal MMG dovranno essere inviati dal Distretto di competenza ai servizi dell'ASL, su apposita modulistica oppure presso laboratori convenzionati con la ASL, a scelta dell'utente.

Art. 13 – Individuazione dei livelli e profili assistenziali

La scheda profili del decreto commissariale n. 1/2013 suddivide i livelli di cure domiciliari in 3 profili: *basso, alto, medio carico assistenziale*, per un totale di 12 profili di cure domiciliari.

I profili/livelli sono caratterizzati da intensità assistenziali diverse misurate mediante il CIA – Coefficiente di Intensità Assistenziale – che deriva dal rapporto tra giorni di effettiva assistenza e periodo di cura.

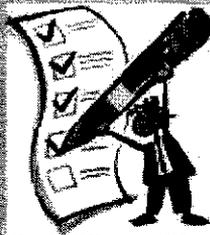
Nel decreto 1/2013 sono ricompresi tutti i profili di cura che possono interessare generalmente tutti i potenziali pazienti utenti di cure domiciliari, non è contemplata una specifica patologia.

L'inserimento in un determinato livello e quindi profilo di cura è successivo alla valutazione multidimensionale e conseguentemente alla valutazione dell'équipe che garantirà, la presa in carico, di norma la valutazione multidimensionale è effettuata con le schede di valutazione S.V.A.M.A. e S.Va.M.Di (vedi vademecum scheda profili pubblicato sul sito dell'ASL: www.aslavellino.it nella sezione assistenza domiciliare).

Nel caso del paziente affetto da SLA per poter individuare il miglior profilo di cure domiciliari occorre fare riferimento alla tabella desunta dal documento finale della consulta per le malattie neuromuscolari (allegato n. 7), che risponde in modo sintetico e mirato a quanto definito con il decreto 1/2013- e alla tabella definita per l'applicazione della DGRC n. 34/2013 istitutiva dell'assegno di cura per pazienti affetti da SLA e già testata in sede UVI (allegato n. 8).

Ball

Cure domiciliari Livelli e Profili Assistenziali



La tabella profili del decreto 1/2013 individua il livello di cura domiciliare, il profilo è invece individuato a posteriori ovvero utilizzando nel caso della SLA non solo la tabella del decreto 1/2013 ma anche le due tabelle, allegato 9 e allegato 8. La prima – l'allegato 9 – per poter collocare nell'ambito di cure domiciliari, la seconda – l'allegato 8 – per poter individuare all'interno del livello individuato l'intensità bassa, media, alta.

La tabella profili del decreto 1/13 alla quale si rinvia serve per verificare la intensità assistenziale e il numero minimo-massimo di prestazioni erogate/erogabili per ogni paziente affetto da SLA; va utilizzata per dettagliare meglio, in questo caso, il piano esecutivo.

L'allegato n. 9 descrive gli accessi domiciliari articolati per stadio di malattia e per livelli di cure domiciliari; si tratta di una schematizzazione indicativa, considerata l'elevata variabilità del decorso della malattia e la necessità di misurarsi continuamente con gli specifici bisogni del paziente, tarando su di essi accessi ed interventi, anche al domicilio.

La tabella deve supportare gli operatori del settore e indirizzare verso un inquadramento che, seppur suscettibile di modifiche, possa garantire un adeguato livello di assistenza in relazione al bisogno, che va rivalutato periodicamente, ovvero di norma in sede di Unità di Valutazione Integrata/Multidimensionale ogni 180 giorni/90 giorni (se collocato rispettivamente in I o II livello di cure domiciliari), comunque su richiesta del paziente del familiare e ogni volta che si verificano sensibili mutamenti delle condizioni e dei bisogni.

Per gli stadi A e B la maggior parte delle valutazioni e la presa in carico sarà curata da specifiche figure professionali ed effettuata presso il centro di riferimento.

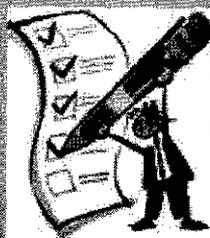
Per gli stadi C e D, invece sono riportati gli accessi medi per figura professionale ai quali si aggiungono gli accessi dei MMG: 2-4 accessi mensili e 2-5 accessi mensili, rispettivamente.

In sintesi, l'allegato 9 è di supporto all'Unità di Valutazione Integrata e all'équipe professionale domiciliare nella fase di valutazione multidimensionale; invece per la redazione del piano esecutivo è utile la tabella 8 e la tabella profili del Decreto 1/2013, come già indicato, al fine di correlare la stadiazione della malattia alle necessità di tipo assistenziale, ovvero collocare correttamente nel profilo

Ally

Cure domiciliari Dimissione

Emergenze/ Urgenze



alto, medio, basso del I, II o III livello di cure domiciliari integrate e individuare il repertorio delle prestazioni erogabili.

L'allegato 8 - già testato con l'applicazione dell'assegno di cura di cui alla DGRC 34/2013 - evidenzia il livello di complessità: alto, medio, basso, in relazione alle funzioni principali oggetto di valutazione per la certificazione della SLA e al grado di autonomia correnti espresse dal paziente e teorico livello di cure domiciliari (Vedi Decreto n.51/2015).

Art. 14 – Dimissioni dalle cure domiciliari integrate

L'erogazione delle cure domiciliari può essere interrotta in qualsiasi momento per:

- Dimissione per raggiungimento degli obiettivi previsti dal Progetto Personalizzato, a seguito di verifica da parte della U.V.I
- Dimissione per trasferimento ad altro regime assistenziale di tipo diverso dal domiciliare, disposta dalla U.V.I. in seguito a riscontro, in sede di valutazioni intermedie o finali, di impossibilità di raggiungimento degli obiettivi del Progetto Personalizzato, con l'assistenza domiciliare, o a seguito di mutate condizioni socio-sanitarie.
- Dimissione per ricovero in ospedale a seguito del verificarsi di condizioni cliniche non gestibili a domicilio.
- Dimissione per decesso della persona assistita.
- Dimissioni per volontà dell'assistito (con precisazione della motivazione, se espressa).

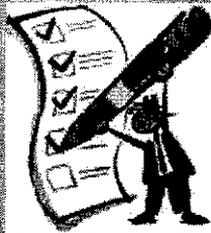
Il responsabile dell'UO distrettuale competente provvede alla compilazione del modulo di dimissione (con l'assenso del MMG) e viene annotato nella cartella domiciliare sia informatizzata che cartacea.

La cessazione dell'assistenza deve avvenire con preavviso al paziente e alla famiglia di almeno sette giorni.

A seguito della dimissione, tutti i documenti sanitari relativi ai singoli assistiti vengono archiviati e conservati secondo la normativa vigente.

Art. 15 – Emergenze/Urgenze

**Cure
domiciliari
Compiti della
continuità
assistenziale
Strumenti
informativi**



Nelle situazioni di emergenza/urgenza va attivato il servizio di emergenza medica **118**.

I pazienti in carico in Assistenza Domiciliare di Terzo livello vanno segnalati alla centrale operativa di emergenza da parte del Distretto di competenza.

Art.16 - Compiti della Continuità Assistenziale

Il medico di C.A., a richiesta, partecipa attivamente al programma A.D.I. per l'ambito territoriale del presidio, con accessi programmati e concordati con il medico di Assistenza Primaria, da effettuarsi durante le ore di servizio; il responsabile del Distretto comunica ai presidi di C.A. le generalità dei pazienti in ADI e il nominativo del Medico di assistenza primaria che li assiste e sono coordinati dal medico responsabile del distretto che predispone il piano di lavoro, fornendo chiara indicazione del domicilio del paziente e del familiare di riferimento.

Hanno diritto ad una retribuzione, sia legata agli accessi che alle altre voci, nella stessa misura dei medici di assistenza primaria se effettuano prestazioni non previste nel loro compito istituzionale.

Art. 17 - Strumenti informativi

L'Unità operativa competente per le cure domiciliari compila la cartella delle cure domiciliari sia quella cartacea sia quella informatizzata per alimentare il flusso regionale e ministeriale delle cure domiciliari.

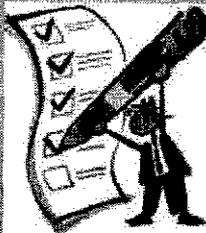
Al domicilio dell'utente è conservata la cartella cartacea per le prestazioni domiciliari, dotata di tag R-FID (gong) o di tag NFC per la rilevazione elettronica delle presenze e delle prestazioni. Tutti gli operatori coinvolti nelle cure domiciliari sono tenuti ad utilizzare tale cartella registrando i propri interventi e controfirmando. Sulla cartella va annotato qualsiasi tipo di intervento, sia medico generico che specialistico, come pure infermieristico e/o riabilitativo, in modo che chiunque possa conoscere lo stato assistenziale dell'individuo.

Tale cartella con la eventuale documentazione sarà ritirata dal case manager a dimissione avvenuta, per l'archiviazione nel Distretto Sanitario.

Presso il Distretto Sanitario è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico di medicina generale

Cure domiciliari

Oneri finanziari



e pediatra di libera scelta che eroga l'assistenza domiciliare. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti, con le relative variazioni e una copia del programma concordato per l'assistenza domiciliare.

Art. 18 - Oneri finanziari

La retribuzione degli accessi domiciliari dei MMG avverrà secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni e da quanto previsto DCA n. 87 del 24 luglio 2013 Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i MMG e dal DCA n. 149 del 24.12.2014 Modifiche ed integrazioni all'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i MMG approvato con decreto commissariale 87 del 24 luglio 2013 e precisamente € 30,00 per accesso ed € 60,00 per la tenuta cartella e per il coordinamento del caso in ADI, intesa quale partecipazione all'UVI.

L'Azienda Sanitaria Locale destina all'Assistenza domiciliare erogata dai MMG una somma pari al 20% della retribuzione mensile di tutti i medici di assistenza primaria. I compensi corrisposti al medico per le prestazioni di assistenza domiciliare non possono comunque superare complessivamente il 20% dei compensi mensili.

In particolari condizioni legate alla maggiore intensità assistenziale, le Aziende definiscono con le OO.SS., nel rispetto del fondo disponibile, il potenziamento dell'ADI.

2. La retribuzione degli accessi dei PLS avverrà secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti dei Pediatri di Libera Scelta ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni e precisamente € 18,90.

3. La retribuzione degli operatori sanitari dipendenti e in outsourcing (medici, infermieri, fisioterapisti, etc.) è a carico dell'A.S.L.

4. La retribuzione dell'O.S.S. (aiuto infermieristico) sarà per il 50% a carico dell'ASL e per il 50% a carico del Comune e/o dell'utente.

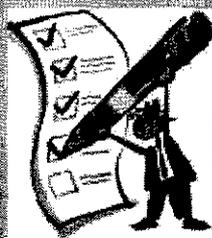
5. La retribuzione degli operatori sociali è a carico dei Comuni.

6. L'erogazione dei presidi, dei farmaci, del materiale di consumo, dei sostituti dietetici, dei presidi sanitari e l'effettuazione di prestazioni diagnostiche saranno fornite

Handwritten signature

Cure
domiciliari

Personale e
relativi compiti



direttamente dall' A.S.L.

7. Il numero di accessi del MMG e del PLS viene concordato riunione dell'UVI, tenendo conto del piano assistenziale previsto per il singolo caso.

Art. 19 – Personale del servizio e relativi compiti

Il servizio di assistenza domiciliare integrata si realizza attraverso procedure unitarie e condivise tra ASL e Comuni, associati nell'Ambito Territoriale per l'accesso, la valutazione e l'presa in carico.

Il personale impiegato nel servizio è formato, così come stabilito dalla normativa vigente, da operatori del Piano di Zona e dell'ASL.

Gli interventi sono di competenza del Piano di Zona per la parte relativa al settore socio-assistenziale e dell'ASL per la parte relativa all'assistenza sanitaria.

Le figure professionali che costituiscono le strutture organizzative ed operative delle cure domiciliari sono quindi le seguenti:

- **Il Medico di Medicina Generale (MMG) o il Pediatra di Libera Scelta (PLS) componente dell'Unità di Valutazione Integrata:**

A. partecipano in quanto attori della PUA (Porta Unica d'accesso) al processo di presa in carico;

B. accolgono ed effettuano una prima valutazione della richiesta di accesso alle cure domiciliari integrate;

C. compila solo il MMG la scheda S.Va.M.A. o S.Va.M.Di per la valutazione sanitaria dell'utente;

D. effettuano la segnalazione del caso all'U.O. distrettuale Competente per le cure domiciliari

E. partecipano all'U.V.I. per l'attività di valutazione multidimensionale, definendo il livello di intensità della cura;

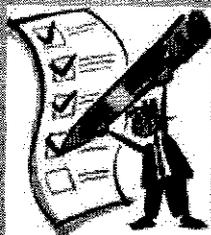
F. partecipano alla redazione del Progetto personalizzato e del Piano esecutivo, stabilendo la durata presumibile del periodo di erogazione dell'assistenza integrata (variabile al fine di salvaguardare le esigenze socio-sanitarie del paziente), la tipologia e la frequenza d'accesso degli altri operatori sanitari coinvolti, la disponibilità di presidi e materiali vari;

G. partecipano alla realizzazione del progetto di assistenza;

Alle

Cure domiciliari

Personale e relativi compiti



H. partecipano alle valutazioni periodiche e straordinarie del caso in U.V.I.

I. compilano il diario/cartella dell'utente annotando le prestazioni erogate e levariazioni delle condizioni cliniche.

• **Il medico di assistenza primaria nell'ambito del piano degli interventi:**

- ha la responsabilità unica e complessiva del paziente;
- tiene la cartella delle prestazioni fornita dall'ASL presso il domicilio del paziente sulla quale gli operatori sanitari riportano i propri interventi;
- attiva le eventuali consulenze specialistiche, gli interventi infermieristici e sociali programmati e concordati con il Medico responsabile del distretto per le cure domiciliari;
- coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente.

Le cure domiciliari non sono possibili e non possono essere considerate tali senza il coinvolgimento del MMG o del PLS che costituiscono i responsabili primari dell'assistenza stessa. Il MMG o il PLS, unici referenti clinici del proprio paziente, della cui salute hanno la responsabilità globale, fanno parte sia dell'équipe valutativa che costituisce l'UVI, sia dell'équipe operativa che è chiamato a coordinare in veste di capo équipe.

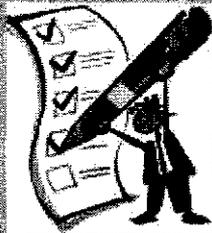
Le cure domiciliari sono una scelta professionale del MMG e del PLS che ne qualificano la figura sia perché ne evidenzia la diversa capacità assistenziale nell'ambito delle Cure Primarie rispetto all'Ospedale, ambito spesso alternativo a certe forme di ricovero, con indiscutibile vantaggi socio-economici, sia perché, anche per il ruolo che occupano nella conoscenza globale del paziente, li pongono al centro del processo assistenziale, ruotando intorno a loro le altre figure impegnate nell'assistenza, ciascuna secondo le proprie specifiche e autonome competenze.

– **Il medico dell'U.O. distrettuale competente per le cure domiciliari** ha i seguenti compiti:

- A. valutazione multidimensionale (VMD) dei bisogni assistenziali dei pazienti;
- B. ammissioni e dimissioni relative alle cure domiciliari;
- C. definizione del percorso assistenziale del paziente;
- D. elaborazione del PAI comprendente:

Allen

**Cure
domiciliari
Personale
relativi compiti**



- gli obiettivi essenziali da raggiungere;
- le modalità di raggiungimento degli obiettivi assistenziali;
- la tipologia degli interventi;
- la frequenza degli accessi dei singoli operatori MMG, medici specialisti, infermiere, fisioterapista e degli altri operatori sanitari;
- la durata presumibile degli interventi assistenziali;
- la verifica dell'andamento del Piano Assistenziale;
- le riunioni con gli operatori per la verifica, eventuale modifica e miglioramento degli interventi.

E. Collaborazione con l'infermiere coordinatore per l'inserimento dei dati nella cartella informatizzata per le cure domiciliari.

• **L'infermiere Coordinatore delle cure domiciliari**, componente dell'UO Distrettuale competente per le cure domiciliari dovrà esplicare le seguenti funzioni:

A. organizzazione e coordinamento degli interventi di assistenza domiciliare;

B. aggiornamento dei registri dell'utenza e delle schede individuali degli operatori;

C. tenuta delle cartelle del distretto e archiviazione cartelle cliniche del distretto e domiciliari;

D. inserimento dei dati nella cartella informatizzata per le cure domiciliari in collaborazione con il medico;

E. organizzazione di visite domiciliari per la verifica dei bisogni, modalità di intervento e susseguenti rilievi sul buon proseguimento delle prestazioni, insieme al Medico del Distretto per le cure domiciliari;

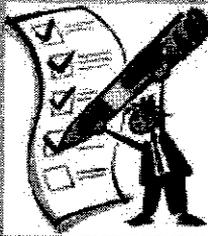
F. organizzazione riunioni con gli operatori per la verifica degli interventi e per la valutazione di eventuali proposte di modifica o miglioramento degli interventi, insieme al responsabile del Distretto per le cure domiciliari;

G. coordinamento con i servizi domiciliari comunali;

H. cura il rapporto con la famiglia dell'utente e con il referente familiare fornendo la più ampia informazione sul programma assistenziale che deve essere dalla famiglia pienamente condiviso, al fine di attivare la massima collaborazione e di raccogliere tutte le indicazioni utili e/o le richieste di aiuto e di supporto.

Alle

Cure domiciliari Personale e relativi compiti



Il Coordinatore delle cure domiciliari, sarà supportato nella sua attività da una **figura amministrativa** per l'inserimento dei dati nella cartella informatizzata.

- **“Il referente familiare”** è colui che si prende cura per più tempo dell'assistito, stando più frequentemente in “contatto” con lui.

È in genere un familiare o comunque un convivente con l'assistito stesso; in qualche caso può essere un amico o un vicino di casa o un volontario.

Svolge quindi una funzione di assistenza diretta della persona, provvedendo ad aiutare l'assistito.

È importante che l'équipe assistenziale e l'Unità di Valutazione Distrettuale individui precocemente la persona che svolge questo ruolo e ne valuti capacità e competenze ed esigenze di supporto, in quanto può costituire una risorsa operativa preziosa contribuendo alla realizzazione del piano assistenziale individuale.

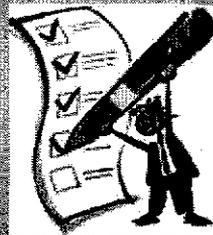
- **Medici specialisti:** l'ASL dovrà garantire, su richiesta del MMG, l'attivazione degli specialisti ospedalieri e territoriali (ambulatoriali e non) sul progetto alla persona definito dall'UVI, con consulti a domicilio di tutte le branche potenzialmente interessate. Nell'ambito della disponibilità di tutte le discipline specialistiche, lo standard minimo deve prevedere la possibilità di interventi/consulti specialistici a domicilio almeno per le seguenti branche:

- Geriatria
- Fisiatria
- Pneumologia
- Cardiologia
- Chirurgia
- Anestesia
- Neurologia
- Oncologia
- Urologia
- Psichiatria
- Radiologia

L'Infermiere è quell'operatore sanitario che è responsabile dell'assistenza generale infermieristica. Detta assistenza infermieristica, preventiva, curativa, palliativa, riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le loro principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di

ell

Cure domiciliari Personale e compiti relativi compiti



tutte le età e l'educazione sanitaria.

Esso:

A. partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;

B. identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;

C. pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;

D. garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;

E. agisce sia individualmente che in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali, avvalendosi, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;

F. svolge la sua attività professionale in regime di dipendenza o libero-professionale;

G. contribuisce alla formazione del personale di supporto;

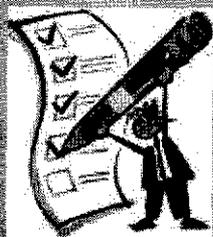
H. concorre direttamente all'aggiornamento relativo al suo profilo professionale e alla ricerca.

Le attribuzioni di **carattere organizzativo** ed **amministrativo** degli infermieri sono le seguenti:

- programmazione di propri piani di lavoro;
- annotazione sull'cartella domiciliare degli abituali rilievi di competenza (temperatura, polso, respiro, pressione, secreti ed escreti) e conservazione di tutta la documentazione clinica sino al momento della consegna agli archivi centrali;
- utilizzo del rilevatore elettronico delle presenze, sul quale annota anche le prestazioni effettuate;
- custodia delle apparecchiature in dotazione
- richiesta ordinaria ed urgente di interventi medici e di altro personale a seconda delle esigenze sanitarie, sociali e spirituali degli assistiti;
- tenuta e compilazione dei registri e dei moduli di uso corrente, ove previsto;
- registrazione del carico e scarico dei medicinali, dei disinfettanti, dei veleni e degli stupefacenti; loro custodia e sorveglianza sulla distruzione, ove previsto;
- controllo della pulizia, ventilazione, illuminazione e riscaldamento di tutti i locali di degenza domiciliari.

Alles

Cure domiciliari Personale e relativi compiti



Gli infermieri sono inoltre tenuti:

- a partecipare alle riunioni periodiche di gruppo e alle ricerche sulle tecniche e sui tempi dell'assistenza;
- a promuovere tutte le iniziative di competenza per soddisfare le esigenze psicologiche del malato e per mantenere un clima di buone relazioni umane con i pazienti e con le loro famiglie;
- ad eseguire ogni altro compito inerente alle loro funzioni.

L'infermiere pediatrico:

- partecipa all'identificazione dei bisogni di salute fisica e psichica del neonato, del bambino, dell'adolescente, della famiglia;
- identifica i bisogni di assistenza infermieristica pediatrica e formulano i relativi obiettivi;
- pianifica, conduce e valuta l'intervento assistenziale, infermieristico, pediatrico;
- garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- partecipa ad interventi di educazione sanitaria sia nell'ambito della famiglia che della comunità, alla cura di individui sani in età evolutiva nel quadro di programmi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e degli incidenti, all'assistenza ambulatoriale, domiciliare e ospedaliera dei neonati, all'assistenza ambulatoriale, domiciliare e ospedaliera dei soggetti di età inferiore ai 18 anni, affetti da malattie acute e croniche, alla cura degli individui in età adolescenziale nel quadro dei programmi di prevenzione e supporto socio-sanitario;
- agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli operatori sanitari e sociali;
- si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto per l'espletamento delle loro funzioni;
- svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale;
- contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al suo profilo professionale.

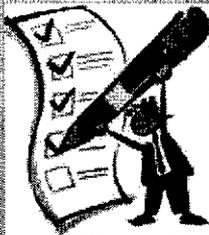
• **Il Fisioterapista** è l'operatore sanitario che svolge in maniera autonoma o in collaborazione con altre figure sanitarie, gli interventi di:

- prevenzione,
- cura,

Dei

Cure
domiciliari

Personale
relativi compiti



- riabilitazione,

nelle aree:

- della motricità,
- delle funzioni corticali superiori,
- di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici a varia eziologia congenita o acquisita.

In riferimento alla diagnosi ed alle prescrizioni del medico, nell'ambito delle proprie competenze, il fisioterapista:

- elabora, anche in équipe multidisciplinare, la definizione del programma riabilitativo volto all'individuazione ed al superamento del bisogno di salute del disabile;

- pratica autonomamente attività terapeutiche per la rieducazione funzionale:

- delle disabilità motorie,
- psicomotorie,
- cognitive

utilizzando terapie:

- fisiche,
- manuali,
- massoterapiche,
- occupazionali;

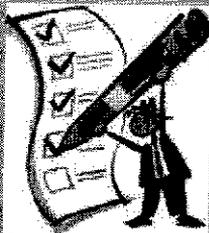
- propone l'adozione di protesi ed ausili, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia;

- verifica le risposdenze della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale.

• **Il Logopedista** svolge la sua attività nella prevenzione e nel trattamento riabilitativo delle patologie del linguaggio e della comunicazione in età evolutiva, adulta geriatrica. La sua attività è volta all'educazione e rieducazione di tutte le patologie che provocano disturbi della voce, della parola, del linguaggio orale e scritto e degli handicap comunicativi. Il logopedista, in riferimento alla diagnosi e alla prescrizione del medico, nell'ambito della sua competenza, elabora, anche in équipe multidisciplinare, il bilancio logopedico volto all'individuazione ed al superamento del bisogno di salute del disabile; pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità comunicative e cognitive, utilizzando terapie logopediche di abilitazione e riabilitazione della comunicazione e del linguaggio,

Alle

Cure domiciliari Personale e relativi compiti



verbali e non verbali; propone l'adozione di ausili, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia; svolge attività di studio, didattica, e consulenza professionale; verifica le rispondenze della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale.

• **L'O.S.S. (Operatore Socio Sanitario)** espleta tutte le attività di aiuto alla persona:

A. nella cura di sé e nello svolgimento delle funzioni primarie della vita quotidiana, quali:

- alzarsi dal letto
- igiene personale e cambio della biancheria
- espletamento delle funzioni fisiologiche
- vestizione
- assunzione dei pasti

B. tese a favorire l'autosufficienza nell'attività giornaliera, quali:

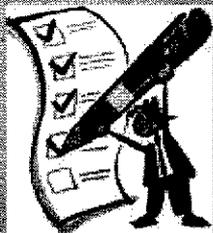
- mantenimento delle posture corrette
- aiuto ad una corretta deambulazione
- accorgimenti per una giusta posizione degli arti in condizioni di riposo
 - aiuto nel movimento di arti invalidi
 - movimenti di mobilizzazione semplici e mobilizzazione del paziente allettato
 - attività di recupero e mantenimento di capacità cognitive e manuali
 - accompagnamento per visite mediche o accertamenti diagnostici, nella vita di relazione o nell'accesso ai servizi e nell'espletamento di pratiche.

C. di accudimento infermieristico e igienico-sanitario di semplice attuazione, quali:

- somministrazione di farmaci per os
- effettuazione o cambio di piccole medicazioni
- misurazione della pressione arteriosa
- prevenzione piaghe da decubito
- uso di presidi, ausili, attrezzature e apparecchi sanitari di semplice uso

Ally

Cure domiciliari Personale relativi compiti



- somministrazione delle diete
- trasporto utenti per esigenze sanitarie da attuarsi spesso sotto il controllo medico o sanitario, e che possono essere integrativi di interventi infermieristici o riabilitativi.

Il Dietista:

A. organizza e coordina le attività specifiche relative alla alimentazione in generale e alla dietetica in particolare;

B. elabora, formula e attua le diete prescritte dal medico e ne controlla l'accettabilità da parte del paziente;

C. collabora con altre figure al trattamento multidisciplinare dei disturbi del comportamento alimentare;

D. studia ed elabora la composizione di razioni alimentari atte a soddisfare i bisogni nutrizionali dei pazienti;

E. svolge attività didattico-educativa e di informazione finalizzata alla diffusione di principi di corretta alimentazione tale da consentire il recupero e il mantenimento di un buono stato di salute del paziente

F. svolge la sua attività in regime di dipendenza o libero-professionale

Le prestazioni prescritte dall'UVI, saranno considerate, sia come richiesta di erogazione, che di relativi corrispettivi, in termini di accessi di durata prestabilita così come riportato nel relativo capitolato speciale di gara.

I suddetti operatori sanitari dovranno essere in grado di garantire le prestazioni prescritte dal programma terapeutico elaborato dall'UVI sulla base delle indicazioni del medico di medicina generale (MMG) del paziente, secondo le rispettive mansioni.

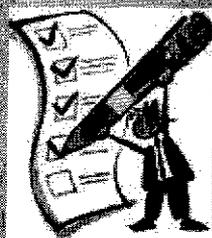
Essi dovranno quindi recarsi presso i distretti di residenza del paziente, dove saranno consegnati loro i piani terapeutici individuali e la cartella delle prestazioni e prestare la propria attività a domicilio del paziente, presso il quale devono poter sirecare con i mezzi propri.

Le prestazioni dovranno essere eseguite tendenzialmente nelle ore diurne e/o pomeridiane dei giorni feriali tranne che in casi particolari anche nei giorni festivi, sempre sulla base delle esigenze valutate dall'UVD dell'ASL; il servizio potrà dunque essere reso anche in orario notturno e/o festivo e con caratteristiche d'urgenza emergenza, in tal caso senza nessuna altra retribuzione (o rimborso) se non quella relativa alla prestazione effettivamente resa secondo il principio, innanzi specificato, dell'accesso.

Alce

**Cure
domiciliari**

**Prestazioni
sociali**



Infine, in appositi articoli del Capitolato Speciale d'Appalto sono ulteriormente definite le caratteristiche e le modalità dell'espletamento del servizio, operatori da impiegare, loro requisiti e prestazioni richieste, l'articolazione del servizio ADI e gli obblighi degli operatori.

Non solo gli infermieri ma anche gli altri operatori utilizzeranno a domicilio il rilevatore elettronico delle presenze, sul quale anoteranno anche le prestazioni effettuate.

Le prestazioni sopra indicate dovranno – ad esclusiva richiesta del responsabile delle cure domiciliari – integrarsi, ovvero essere congiuntamente prestate, con quelle offerte dai Piani di Zona e dalle Organizzazioni del Volontariato.

Art. 20 - Le prestazioni del sistema degli interventi e dei servizi sociali

L'organizzazione dei servizi domiciliari si ispira al modello della domiciliarizzazione delle prestazioni. Pur riconoscendosi alcune prestazioni di carattere specifico, che richiedono quindi un'adeguata disponibilità di operatori adeguatamente preparati, il domicilio dell'utente deve essere inteso alla stregua di uno dei regimi in cui si effettuano le prestazioni sociali; per cui occorre offrire agli utenti un ventaglio sufficientemente ampio di opportunità. L'attività al domicilio si iscrive precipuamente nell'area dei servizi di sostegno al nucleo familiare ed alla persona.

Le prestazioni organizzate da questo livello sono:

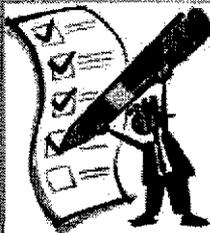
- Prestazioni professionali di carattere sociale, psicologico, educativo;
- Visite programmate dell'assistente sociale;
- Affidamenti familiari di minori, anziani, portatori di handicap, malati, per periodi da definire in base alle esigenze del nucleo familiare. Gli affidamenti sono supportati da una serie di interventi in ambito domiciliare o extra domiciliare;
- Attività di cura delle persone e della loro abitazione in caso di ridotta o totale non autosufficienza, permanente o temporanea, quale che ne sia la causa;
- Attività di supporto educativo;
- Attività amministrative quali certificazioni, denuncia dei redditi, domande di pensione, ecc.;

Allen

Cure
domiciliari

Nucleo
operativo

Integrazione
territorio
ospedale



- Accompagnamento dal domicilio ai servizi sociali, sanitari, formativi;
- Organizzazione dei servizi di trasporto verso servizi, scuola, luoghi di lavoro;
- Pasti a domicilio;
- Attività di supporto al referente familiare anche attraverso servizi di sollievo quali accoglienza per periodi determinati presso strutture residenziali e semiresidenziali.

Si accede alle prestazioni domiciliari socio-assistenziali attraverso la PUA che individua un'assistente sociale referente per il caso. L'assistente sociale individuato dovrebbe far parte sia del gruppo di valutazione che costituisce l'UVI sia del gruppo operativo. L'organizzazione e l'erogazione di queste prestazioni dovranno essere definite in linea programmatica di concerto tra il Distretto e attraverso il Piano di Zona.

Art. 21 - Nucleo operativo

Il livello organizzativo di tutto il sistema delle cure domiciliari ha come terminale operativo il Distretto Sanitario e con l'Ambito Territoriale.

Perciò in ciascun distretto dovrà prevedersi un nucleo di operatori territoriali, che svolgono la loro attività nel distretto, cui affidare l'erogazione delle prestazioni, comprendenti:

• FIGURE SANITARIE

- Il medico del Distretto
- Medici Specialisti
- MMG e PLS
- Infermieri
- Fisioterapisti
- Logopedisti
- Dietisti
- Psicologi

FIGURE AD INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA ED A RILEVANZA SOCIALE

- Assistenti sociali
- Operatore socio-sanitario (OSS)
- Operatore socio-assistenziale (OSA)

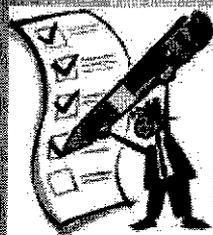
Del nucleo operativo potrà far parte qualsiasi altra figura professionale utile alla soluzione dei problemi assistenziali della persona presa in carico, compreso il

Dee

**Cure
domiciliari**

**Rapporti tra
personale e
utenti**

Formazione



volontariato, con le modalità e nei limiti stabiliti dalla legislazione vigente.

Art. 22 - Rapporti tra il personale ed i destinatari del servizio

I rapporti tra il personale e gli utenti dovranno essere improntati al massimo reciproco rispetto ed esprimersi nelle forme di una corretta educazione, svolgersi in un clima di serena e cordiale collaborazione.

È vietata qualsiasi diversità di trattamento tra gli utenti, e così pure non sono permesse mance, compensi o regali di nessun genere al personale da parte dei destinatari del servizio o loro congiunti.

Eventuali reclami inerenti ai servizi ed al personale devono essere presentati all'Ufficio Relazioni col Pubblico (U.R.P.) del Distretto Sanitario e comunicati per competenza al responsabile del servizio Cure Domiciliari (Vedi carta dei servizi cure domiciliari).

Art. 23 - Formazione del personale

Il personale sanitario e non che opera nelle cure domiciliari dovrà seguire specifici corsi di aggiornamento e qualificazione organizzati dall'ASL.

È opportuno, infatti, dare lo spazio dovuto all'attività formativa del Personale, essendo una necessità indispensabile per lo svolgimento di un efficace lavoro caratterizzato da un corretto approccio ai bisogni dei pazienti in cure domiciliari.

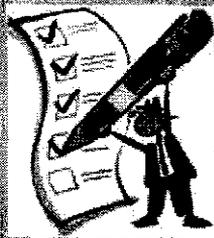
Art. 24 – Cure domiciliari: integrazione Territorio Ospedale

L'integrazione territorio – ospedale si realizza attraverso:

- la dimissione protetta
- la condivisione di risorse (ospedaliere e territoriali) quando utile/necessario/ possibile
- la realizzazione di percorsi preferenziali per la diagnostica e le urgenze
- la condivisione di procedure riguardanti il percorso assistenziale
- la comunicazione reciproca
- appositi accordi (tra ASL e Azienda Ospedaliera; tra Distretto e Presidi Ospedalieri dell'ASL; tra Distretto e strutture sociosanitarie dell'ASL o convenzionate con la stessa).

La Dimissione Protetta riservata ai pazienti critici ha i

Cure domiciliari Flussi informativi



seguenti obiettivi:

- riduzione o eliminazione di ingiustificati prolungamenti della degenza ospedaliera
- eliminazione di "dimissioni selvagge"
- riduzione o eliminazione di ricoveri ripetuti
- mantenimento della continuità assistenziale
- integrazione dell'ospedale con la rete assistenziale territoriale (domiciliare e residenziale)
 - mantenimento/miglioramento della qualità della vita dell'assistito.

Si realizza con la dimissione di pazienti critici stabilizzati e con i requisiti di ammissione alle cure domiciliari o con quelli di ammissione in strutture residenziali extraospedaliere. La cartella clinica ospedaliera viene chiusa al momento della dimissione e il paziente viene preso totalmente in carico dal sistema delle cure territoriali con il MMG o il PLS come unico responsabile clinico del paziente.

I momenti essenziali della stessa, da mettere in atto prima della dimissione, con un anticipo di almeno tre giorni rispetto alla data prevista di dimissione, sono:

- l'esistenza di problemi complessi o la necessità di cure palliative
- l'analisi della capacità della famiglia di prendersi cura del proprio congiunto
- la programmazione partecipata degli interventi (piano di assistenza)
 - la predisposizione delle risorse e delle procedure organizzative (chi fa che cosa, come, con quali mezzi, dove e quando; chi comanda su chi; chi è responsabile di che cosa)
- l'individuazione del/dei medico/i del reparto/divisione ospedaliera referente/i per la dimissione protetta stessa
 - l'individuazione degli specialisti ospedalieri disposti ad effettuare consulenze a domicilio

Le procedure di dimissione protetta saranno stabilite con appositi protocolli di intesa con le strutture interessate (ospedali e strutture residenziali dell'ASL, con le AA. Ospedaliere, Strutture sanitarie e residenziali convenzionate).

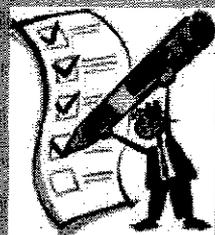
Saranno, infine, stabiliti PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) per i pazienti affetti da SLA, Stato vegetativo e di minima coscienza, malati terminali.

Art. 25 – Flussi Informativi

Handwritten signature

Cure domiciliari

Norme finali



In ottemperanza al D. M. del 17 dicembre del 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare" le UU.OO. competenti per le cure domiciliari sono tenute ad aggiornare puntualmente i dati delle attività svolte attraverso la compilazione della cartella informatizzata per le cure domiciliari.

A tale riguardo attualmente i flussi vano inviati alla Regione trimestralmente. Come è noto, per lo svolgimento di tale attività l'ASL utilizza un software proprio, i cui dati vengono riversati in quello regionale (SANIARP) della SORESA. Quest'ultimo li trasmette al Ministero della Salute.

La cartella informatizzata delle cure domiciliari deve essere puntualmente compilata durante la presa in carico e deve essere trasmessa al database regionale con assoluta e professionale puntualità da parte del SIA. In tal modo, non solo si raggiunge un appropriato livello di conoscenza degli eventi attraverso la stima puntuale, ma si risponde, altresì positivamente ad uno degli obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria assegnati alle AA.SS.LL.

I Direttori di Distretto e i medici delle UU.OO. distrettuali competenti per le cure domiciliari sono tenuti al controllo costante e continuo del corretto svolgimento di tale attività.

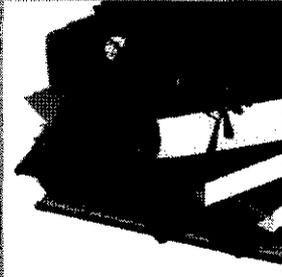
58.

Art. 26 – Norme Finali

Per tutto quanto non specificato nel presente regolamento si fa riferimento a quanto previsto dall'**allegato G e H** dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni e dall'Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale; dall'**allegato E e E bis** dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni e dell'Accordo Integrativo Regionale per la Pediatria.

BIBLIOGRAFIA

Cure
domiciliari



1. M. A. Becchi, E. Bernini Carri. *Qualità ed efficienza nell'assistenza domiciliare. Linee guida in conformità alle Norme ISO 9000.* Copyright by Franco Angeli s.r.l., 1998, Milano, Italy.

2. S. Beccastrini, A. Gardini, S. Tonelli. *Piccolo dizionario della qualità.* Centro Scientifico Editore, 2001

3. Androni. *Assistenza domiciliare integrata.* Masson, 2000

4. Scaccabarozzi G., Lovaglio P., Limonta F. et al. *"DRG domiciliari. La Asl di Lecco studia i parametri del livello assistenziale unico. Il giusto peso all'home care"* Sanità Management.

5. *Il Sole 24 ore - Sanità 2005; 4/5 9-17.* Scaccabarozzi G., Lovaglio P., Limonta F. et al. *"Progetto finanziare i costi per la long term care- UO n.2 Asl Lecco. Edizione a cura Asl di Lecco Ricerca finalizzata ex art 12, 2005: 1-123.*

6. Scaccabarozzi G., Lovaglio P., Limonta F. et al *"La remunerazione delle attività di assistenza domiciliare in "La remunerazione delle attività sanitarie: caratteristiche attuali e ipotesi evolutive" a cura di Nicola Falcitelli e Tommaso Langiano, il Mulino, Collana Fondazione Smith Kline: Management, economia e politica sanitaria, pagg. 89-118, 2006.*

7. Giunco F., *"Cura e Assistenza a domicilio".* Edizioni UTET, Divisione Scienze Mediche, 2005.

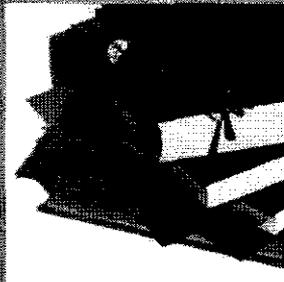
8. Crepaldi C., Giunco F., *"Anziani, istituzionalizzazione e cure domiciliari - Il caso lombardo"* Franco Angeli, 2005.

9. Zucco F., *"Aspetti economici in cure palliative e terapia del dolore. Cure palliative in Italia: stato dell'arte e proposte attuative"*, Centro Studi e Cultura Contro Il Dolore, stato dell'arte, anno 2005.

10. *Documenti di Lavoro del progetto di ricerca Finalizzata ex art 12 "La condizione dell'anziano non autosufficiente - Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive"* Unità Operative: Regioni Lazio, Lombardia, Marche, Molise, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto, Provincia autonoma di Trento, Anci-Federsanità, Censis, Assr, 14 Roma, Luglio 2005.

Alle

Cure domiciliari



11. Censis, "Finanziare i costi per la long term care: Strumenti, Previsioni, Esperienze: l'indagine di popolazione: Lombardia ed Italia a confronto." Roma, dicembre 2004.

12. Gori C., "Politiche sociali di centro-destra: la riforma del welfare lombardo" Carocci editore, 2005.

13. Ministero della Salute: "Progetto Mattoni Assistenza primaria e prestazioni domiciliari", Documento Sperimentazione della scheda "Flusso informativo nazionale: Prestazioni domiciliari", 24 ottobre 2005.

14. Comitato Ospedalizzazione Domiciliare: Caratterizzazione dei servizi di Cure Domiciliari.

15. Comitato Cure Palliative: "Il modello organizzativo per la realizzazione della rete di cure palliative"

16. Commissione Stato Vegetativo e Stati di Minima Coscienza: Documento Conclusivo.

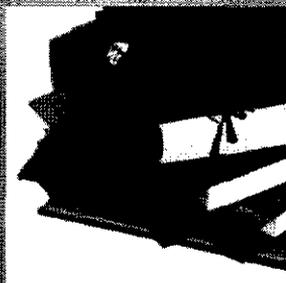
17. Commissione per lo studio delle problematiche concernenti la diagnosi, la cura e l'assistenza dei pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica: Rapporto di lavoro.

18. Trabucchi M., "I Vecchi, la città e la medicina", Il Mulino, 2005

19. F. Pesaresi "L'organizzazione delle cure domiciliari nelle Regioni italiane. Appunti", n.2, 2011.



Cure domiciliari Legenda

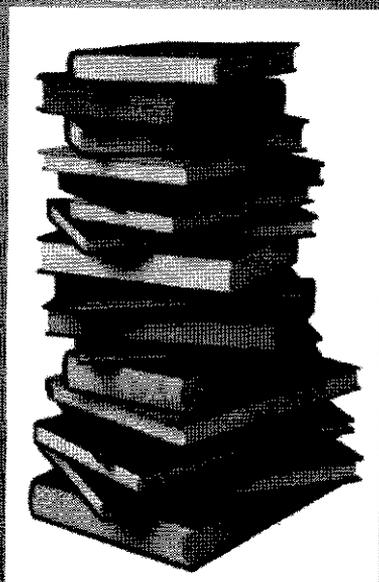


LEGENDA

- **ADI** = Assistenza Domiciliare Integrata
- **ASL** = Azienda Sanitaria Locale
- **CDI** = Cure Domiciliari Integrate
- **MMG** = Medico di Medicina Generale
- **OD** = Ospedalizzazione Domiciliare
- **OD-CP** = Ospedalizzazione Domiciliare – Cure Palliative
- **O.S.A.** = Operatore Socio-Assistenziale
- **O.S.S.** = Operatore Socio-Sanitario
- **PAI** = Piano Assistenziale Individuale
- **PLS** = Pediatra di Libera Scelta
- **R.S.A.** = Residenza Sanitaria Assistenziale
- **SLA** = Sclerosi Laterale Amiotrofica
- **UU.OO.** = Unità Operative
- **U.O.** = Unità Operativa
- **U.R.P.** = Ufficio Relazione con il Pubblico
- **UVI** = Unità di Valutazione Integrata
- **VMD** = Valutazione Multidimensionale

ALLEGATI

Cure
domiciliari

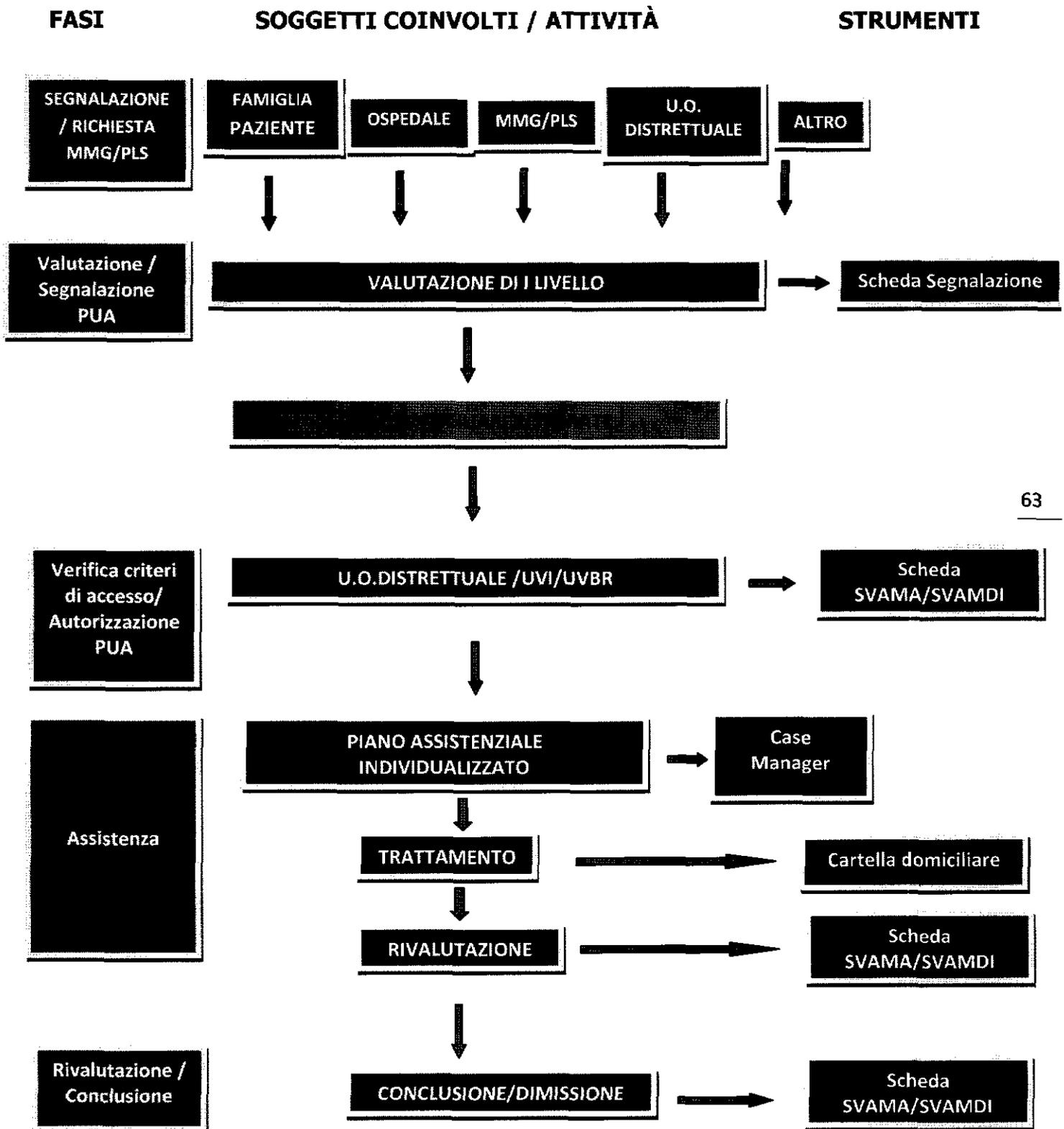


- ✚ **ALLEGATO N. 1:** processo assistenziale per la presa in carico di un assistito nelle C.D.I.
- ✚ **ALLEGATO N. 2:** tabella n. 1 scheda profili di cura DCA n.1/2013
- ✚ **ALLEGATO N. 3:** tabella n. 2 scheda fabbisogni assistenziali in relazione ai profili di cura
- ✚ **ALLEGATO N. 4:** prestazioni cure domiciliari prestazionali
- ✚ **ALLEGATO N. 5:** prestazioni C.D.I. di I e II livello
- ✚ **ALLEGATO N. 6:** prestazioni C.D.I. di III e IV livello
- ✚ **ALLEGATO N. 7:** tabella n. 4 DCA n. 51/2015
- ✚ **ALLEGATO N. 8:** tabella n. 6 DCA n. 51/2015
- ✚ **ALLEGATO N. 9:** tabella n. 5 DCA n. 51/2015
- ✚ **ALLEGATO N.10:** strumenti per la valutazione deidisabili gravissimi Decreto Ministeriale del 26.09.2016. FNA 2016

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Ollh' or similar, located at the bottom center of the page.

ALLEGATO N. 1

PROCESSO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DI UN ASSISTITO IN C.D.I



ALLEGATO N. 2

CURE ASSISTENZIALI CON SUDDIVISIONE IN PROFILI PER LE CURE DOMICILIARI DI 1° - II° - III° LIVELLO E CURE PALLIATIVE NON TERMINALI E CURE PALLIATIVE TERMINALI	
PROFILO BASSO	4 - 6
PROFILO MEDIO	7 - 8
PROFILO ALTO	9 - 12
Caratteristiche di complessità	
Punteggio	
a) Patologie	
<ul style="list-style-type: none"> • Fratture degli arti inferiori non operabili • Fratture trattate chirurgicamente 	1
<ul style="list-style-type: none"> • Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici • Miopatie gravi • Malattie cromosomiche e/o genetiche particolarmente invalidanti • Malattie vascolari del SNC con sindrome da immobilizzazione • Demenze con sindrome da immobilizzazione • Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa 	2
<ul style="list-style-type: none"> • Malattie degenerative del S.N.C. che non necessitano di ventilazione assistita • Malattie dell'apparato cardio-respiratorio che non necessitano di ventilazione assistita • Malattie oncologiche e non che necessitano di terapia del dolore - cure palliative • Diabete complicato (piede diabetico, insufficienza renale, retinopatia, gangrena degli arti inferiori, amputazioni ecc.) 	3
b) Funzione	
<ul style="list-style-type: none"> • ADL 6-5 	1
<ul style="list-style-type: none"> • ADL 4-3 	2
<ul style="list-style-type: none"> • ADL 2-0 	3
c) Necessità Assistenziali	
<ul style="list-style-type: none"> • Ano artificiale • Ureterostomia • Catetere vescicale 	1
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia parenterale con accesso periferico • Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die) • Tracheotomia • LdD III stadio (1 LdD) • Lesione della cute chirurgica, oncologica 	2
<ul style="list-style-type: none"> • Trasfusione emazie concentrate • NAD con SNG • Ulcere distrofiche arti • LdD III stadio (due o più LdD) • LdD IV stadio • Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali • Terapia di riabilitazione psicomotoria, cognitiva e logopedia • Bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico • Dialisi peritoneale 	3
d) Supporto Sociale	
<ul style="list-style-type: none"> • PSOC 1 	1
<ul style="list-style-type: none"> • PSOC 2 	2
<ul style="list-style-type: none"> • PSOC 3 	3

Caratteristiche di complessità	Punteggio
a) Patologie	
<ul style="list-style-type: none"> • Fratture degli arti inferiori non operabili • Malattie cromosomiche e/o genetiche particolarmente invalidanti • Miopatie gravi 	1
<ul style="list-style-type: none"> • Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici • Malattie vascolari del SNC con sindrome da immobilizzazione e/o che necessitano di NAD • Demenze con sindrome da immobilizzazione e/o che necessitano di NAD • Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa 	2
<ul style="list-style-type: none"> • Malattie degenerative del S.N.C. che non necessitano di ventilazione assistita • Malattie dell'apparato cardio-respiratorio che non necessitano di ventilazione assistita • Malattie oncologiche e non che necessitano di terapia del dolore - cure palliative • Diabete complicato (piede diabetico, insufficienza renale, retinopatia, gangrena degli arti inferiori, amputazioni ecc.) • Malattie oncologiche e non, che non necessitano di terapia del dolore - cure palliative 	3
b) Funzione	
<ul style="list-style-type: none"> • ADL 6-5 	1
<ul style="list-style-type: none"> • ADL 4-3 	2
<ul style="list-style-type: none"> • ADL 2-0 	3
c) Necessità Assistenziali	
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia parenterale con accesso periferico • Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die) • Tracheotomia • Ano artificiale • Ureterostomia • Catetere vescicale 	1
<ul style="list-style-type: none"> • NAD con SNG • LdD III stadio (1LdD) • Lesione della cute chirurgica, oncologica • Terapia di riabilitazione psicomotoria, cognitiva e logopedia • Bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico • Dialisi peritoneale 	2
<ul style="list-style-type: none"> • NAD con PEG • NPD • Terapia parenterale con accesso centrale • Ulcere distrofiche arti • LdD III stadio (due o più LdD) • LdD IV stadio • Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali • Trasfusione emazie concentrate • Emodialisi 	3
d) Supporto Sociale	
<ul style="list-style-type: none"> • PSOC 1 	1
<ul style="list-style-type: none"> • PSOC 2 	2
<ul style="list-style-type: none"> • PSOC 3 	3

Caratteristiche di complessità	Punteggio
a) Patologie	
BUON COMPENSO CLINICO	
<ul style="list-style-type: none"> • Malattie degenerative del S.N.C. che necessitano di ventilazione assistita • Malattie dell'apparato cardio-respiratorio con ventilazione assistita • Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici con ventilazione assistita • Malattie cromosomiche e/o genetiche particolarmente invalidanti • Miopatie gravi con ventilazione assistita • Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica 	1
DISCRETO COMPENSO CLINICO	
<ul style="list-style-type: none"> • Malattie degenerative del S.N.C. che necessitano di ventilazione assistita • Malattie dell'apparato cardio-respiratorio con ventilazione assistita • Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici con ventilazione assistita • Malattie cromosomiche e/o genetiche particolarmente invalidanti • Miopatie gravi con ventilazione assistita • Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica • Malattie oncologiche e non, che necessitano di terapia del dolore – cure palliative e/o NAD e/o trasfusioni di sangue ed emoderivati 	2
A RISCHIO DI SCOMPENSO CLINICO	
<ul style="list-style-type: none"> • Malattie degenerative del S.N.C. con ventilazione assistita • Malattie dell'apparato cardio-respiratorio con ventilazione assistita • Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici con ventilazione assistita • Malattie cromosomiche e/o genetiche particolarmente invalidanti • Miopatie gravi con ventilazione assistita • Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica • Malattie oncologiche e non, che necessitano di terapia del dolore – cure palliative e/o NAD e/o trasfusioni di sangue ed emoderivati 	3
b) Funzione	
• ADL 6-5	1
• ADL 4-3	2
• ADL 2-0	3
c) Necessità Assistenziali	
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia parenterale con accesso periferico • Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die) • Ulcere distrofiche arti • Tracheotomia • Ano artificiale • Ureterostomia • Catetere vescicale • Terapia di riabilitazione psicomotoria, cognitiva e logopedia • Bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico • Dialisi peritoneale 	1
<ul style="list-style-type: none"> • NAD con SNG • Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali • LdD III stadio (1 LdD) • Lesione della cute chirurgica, oncologiche • Terapia peridurale o terapia antalgica • Emodialisi 	2
<ul style="list-style-type: none"> • NAD con PEG • NPD • Terapia parenterale con accesso centrale • Trasfusione emazie concentrate • LdD III stadio (due o più LdD) • LdD IV stadio • Terapia peridurale o terapia antalgica che richiede adeguamento posologia 	3
d) Supporto Sociale	
• PSOC 1	1
• PSOC 2	2
• PSOC 3	3

CATEGORIA CURE A LIVELLO PALLIATIVE TERMINALI	
Caratteristiche di complessità	Punteggio
a) Patologie	
BUON COMPENSO CLINICO	
<ul style="list-style-type: none"> • Malattie degenerative del S.N.C. in fase terminale • Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica • Malattie oncologiche e non, in fase terminale che necessitano di terapia del dolore – cure palliative 	1
DISCRETO COMPENSO CLINICO	
<ul style="list-style-type: none"> • Malattie degenerative del S.N.C. in fase terminale • Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica • Malattie oncologiche e non, in fase terminale che necessitano di terapia del dolore – cure palliative 	2
A RISCHIO DI SCOMPENSO CLINICO	
<ul style="list-style-type: none"> • Malattie degenerative del S.N.C. in fase terminale • Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica • Malattie oncologiche e non, in fase terminale che necessitano di terapia del dolore – cure palliative e/o NAD e/o trasfusioni di sangue ed emoderivati 	3
b) Funzione	
<ul style="list-style-type: none"> • ADL 6-5 	1
<ul style="list-style-type: none"> • ADL 4-3 	2
<ul style="list-style-type: none"> • ADL 2-0 	3
c) Necessità Assistenziali	
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia parenterale con accesso periferico • Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die) • Ulcere distrofiche arti • Tracheotomia • Ano artificiale • Ureterostomia • Catetere vescicale • Terapia di riabilitazione psicomotoria, cognitiva e logopedia • Bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico • Dialisi peritoneale • Terapia peridurale o terapia antalgica 	1
<ul style="list-style-type: none"> • NAD con SNG • Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali • LdD III stadio (1 LdD) • Lesione della cute chirurgica, oncologiche • Terapia peridurale o terapia antalgica • Emodialisi 	2
<ul style="list-style-type: none"> • NAD con PEG • NPD • Terapia parenterale con accesso centrale • Trasfusione emazie concentrate • LdD III stadio (due o più LdD) • LdD IV stadio • Terapia peridurale o terapia antalgica che richiede adeguamento posologia 	3
d) Supporto Sociale	
<ul style="list-style-type: none"> • PSOC 1 	1
<ul style="list-style-type: none"> • PSOC 2 	2
<ul style="list-style-type: none"> • PSOC 3 	3

ALLEGATO N. 3**I fabbisogni assistenziali in relazione ai profili di cura**

Cura domiciliare integrata	BASSO punteggio fra 4 e 6 secondo la tabella profili	MMG o PLS: da 1 a 2 accessi mensili, esclusa la valutazione(30min) Infermiere: da 2 a 6 accessi mensili (max 30min.) Professionista della riabilitazione da 0 a 2 accessi settimanali (max 45min.) OSS: da 0 a 2 accessi settimanali (60min.)
	MEDIO punteggio fra 7 e 8 secondo la tabella profili	MMG o PLS: da 1 a 2 accessi mensili esclusa la valutazione(30min) Specialista: da 0 a 1 accesso mensile esclusa la valutazione(30min) Infermiere: da 2 a 10 accessi mensili (max 30min.) Professionista della riabilitazione da 1 a 2 accessi settimanali (max 45 min.) OSS: da 0 a 3 accessi settimanali (60min)
	ALTO punteggio fra 9 e 12 secondo la tabella profili	MMG o PLS: da 1 a 2 accessi mensili(esclusa la valutazione (30min) Specialista: da 0 a 1 accesso mensile esclusa la valutazione (30 min.) Infermiere: da 2 a 12 accessi mensili (max 30min.) Professionista della riabilitazione da 1 a 3 accessi settimanali (max 45min.) OSS: da 1 a 3 accessi settimanali (60min.)
Cura domiciliare integrata	BASSO punteggio fra 4 e 6 secondo la tabella profili	MMG o PLS: da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione(45min) Specialista: da 1a 2 accessi mensile esclusa la valutazione(45min) Infermiere: da 2 a 8 accessi mensili (30-45 min.) Professionista della riabilitazione da 1 a 3 accessi settimanali (45min). OSS: da 1 a 4 accessi settimanali (60-90min.) Dietista: 1 accesso mensile (30min.)
	MEDIO punteggio fra 7 e 8 secondo la tabella profili	MMG o PLS: da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione(45min) Specialista: da 1-3 accessi mensili esclusa la valutazione(45min) Infermiere: da 2 a 12 accessi mensili (30-45 min.) Professionista della riabilitazione da 2 a 3 accessi settimanali (max 45min.) OSS: da 2 a 4 accessi settimanali (60-90min.) Dietista: 1 accesso mensile (30min.)
	ALTO punteggio fra 9 e 12 secondo la tabella profili	MMG o PLS: da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione(45min) Specialista: da 1a 4 accessi mensili esclusa la valutazione(45min) Infermiere: da 2 a 20 accessi mensili (30- 45 min.) Professionista della riabilitazione da 2 a 3 accessi settimanali (max 45min.) OSS: da 2 a 5 accessi settimanali (60-90min.) Dietista: 1 accesso mensile (30min.)

CURE DOMICILIARI III LIVELLO	BASSO punteggio fra 4 e 6 secondo la tabella profili	MMG o PLS: da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione(60min.) Specialista: da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione(60min.) Infermiere: da 1 a 6 accessi settimanali (60 min.) Professionista della riabilitazione da 1 a 4 accessi settimanali (60min.) OSS: da 1 a 6 accessi settimanali (60-90 min.) Dietista: 1 accesso mensile (60min.) Psicologo: da 1 a 4 accessi mensili (60 min)
	MEDIO punteggio fra 7 e 8 secondo la tabella profili	MMG o PLS: da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione(60min.) Specialista: da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione(60min.) Infermiere: da 1 a 7 accessi settimanali (60 min.) Professionista della riabilitazione da 1 a 3 accessi settimanali (max60 min.) OSS: da 1 a 7 accessi settimanali (60-90min.) Dietista: 1 accesso mensile (60min.) Psicologo: da 1 a 4 accessi mensili (60 min.)
	ALTO punteggio fra 9 e 12 secondo la tabella profili	MMG o PLS: da 2 a 5 accessi mensili(esclusa la valutazione (30min) Specialista: da 2 a 5 accessi mensile esclusa la valutazione(60 min.) Infermiere: fino a 9 accessi mensili (max 60min.) Professionista della riabilitazione da 1 a 3 accessi settimanali (max60min.) OSS: fino a 9 accessi settimanali (6-90min.) Dietista: 1 accesso mensile (60min.) Psicologo: da 1 a 4 accessi mensili (60 min.)
CURE DOMICILIARI IV LIVELLO PALLIATIVE TERMINALI	BASSO punteggio fra 4 e 6 secondo la tabella profili	MMG o PLS: da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione(60min.) Specialista: da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione(60min.) Infermiere: da 1 a 7 accessi settimanali (60 min.) Professionista della riabilitazione da 1 a 3 accessi settimanali (60min.) OSS: da 2 a 7 accessi settimanali (60-90min.) Dietista: 1 accesso mensile (60min.) Psicologo: da 1 a 4 accessi mensili (60 min)
	MEDIO punteggio fra 7 e 8 secondo la tabella profili	MMG o PLS: da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione(60min.) Specialista: da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione(60min.) Infermiere: da 1 a 8 accessi settimanali (60 min.) Professionista della riabilitazione da 1 a 3 accessi settimanali (60 min.) OSS: da 3 a 9 accessi settimanali (60-90min.) Dietista: 1 accesso mensile (60min.) Psicologo: da 1 a 4 accessi mensili (60 min.)
	ALTO punteggio fra 9 e 12 secondo la tabella profili	MMG o PLS: da 2 a 5 accessi mensili esclusa la valutazione(60min.) Specialista: da 3 a 5 accessi mensili esclusa la valutazione(60min.) Infermiere: da 1 a 12 accessi settimanali (60 min.) Professionista della riabilitazione da 1 a 2 accessi settimanali (60 min.)

ALLEGATO 4

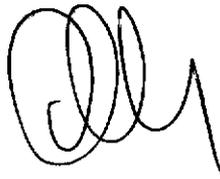
Prestazioni occasionali cure domiciliari	
Prestazioni Infermieristiche	
1.	Prelievo ematico
2.	Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.)
3.	Terapia iniettiva intramuscolare sottocutanea
4.	Terapia iniettiva sottocutanea
5.	Cateterismo vescicale (sostituzione periodica)
6.	Educazione del caregiver alla attività di nursing (cure igieniche, somministrazione di terapie, ecc.)
7.	Educazione del caregiver alla gestione di derivazioni urinarie
8.	Educazione del caregiver alla gestione di enterostomia
9.	Educazione del caregiver alla prevenzione di lesioni cutanee
Prestazione Fisioterapiche	
6.	Istruzione all'utilizzo di ausili per la deambulazione
7.	Educazione del caregiver* all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente
11.	Educazione del caregiver alla corretta mobilizzazione / corretta postura del paziente
Prestazioni Mediche	
13.	Prescrizione di ausili o protesi
14.	Consulenza medico specialistica
15.	Visita Programmata del Medico di Medicina Generale (ADP)



ALLEGATO N. 5

PRESTAZIONI CURE DOMICILIARI I E II LIVELLO
PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' CLINICA DI TIPO VALUTATIVO DIAGNOSTICO
1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica +anamnesi + esame obiettivo +rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmata di controllo (esame obiettivo+ rilevazione parametri vitali+monitoraggio segni e sintomi)
3. Visita in urgenza
4. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
5. Compilazione diario clinico (monitoraggio segni e sintomi)
6. Prelievo ematico
7. Prelievo ematico da sangue capillare
8. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.)
9. ECG
10. Consulenze specialistiche
11. Visite Programmate del Medico di Medicina Generale
PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' EDUCATIVO/RELAZIONALE/AMBIENTALE
12. Istruzione del caregiver alla gestione di una terapia
13. Educazione del caregiver alla attività di nursing (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari ecc.)
14. Educazione del caregiver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente
15. Educazione del caregiver alla gestione di derivazioni urinarie
16. Educazione del caregiver alla gestione di enterostomie
17. Educazione del caregiver alla corretta mobilizzazione / corretta postura del paziente
18. Educazione del caregiver alla prevenzione di lesioni cutanee
19. Applicazione di misure profilattiche a a pazienti con ridotta compliance
20. Igiene a persone allettate o con lesioni cutanee, bagno assistito
21. Istruzione del paziente o del caregiver all'utilizzo di ausili per la deambulazione e valutazione ambientale
22. Colloquio con familiare / caregiver
23. Colloquio con il medico di medicina generale
24. Colloquio con medico specialista
25. Prescrizione protesica
PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' CLINICA DI TIPO TERAPEUTICO
PRESTAZIONI RELATIVE AI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI E AL MANTENIMENTO DELL'OMEOSTASI
26. Prescrizione terapeutica
27. Terapia iniettiva intramuscolare
28. Terapia iniettiva sottocutanea
29. Terapia iniettiva endovenosa
30. Gestione cateterismo venoso periferico
31. Gestione catererismo venoso centrale/ sist. Port-a-cath
PRESTAZIONI RELATIVE ALLE FUNZIONI ESCRETORIE
32. Posizionamento/sostituzione/ gestione Cateterismo Vescicale
33. Valutazione del ristagno vescicale
34. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
35. Gestione alvo (intervento educativo igienico-alimentare)
36. Clistere evacuativo/evacuazione manuale
37. Gestione enterostomie
PRESTAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE E ALLE ALTERAZIONI DEI TESSUTI MOLLI
38. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, postchirurgiche, post attiniche ecc.)
39. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, postchirurgiche, post attiniche ecc.)
40. Anestesia locale
41. Sutura ferite
42. Rimozione dei punti/graff di sutura
43. Courettage chirurgico
44. Bendaggio elastocompressivo

PRESTAZIONI RELATIVE AI TRATTAMENTI DI TIPO RIABILITATIVO
45. Trattamento di rieducazione motoria
46. Rieducazione respiratoria
47. Rieducazione del linguaggio
48. Recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane
PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE
49. Stesura di un piano assistenziale
50. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche- passaggio di informazioni - consegne)
51. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile
52. Rendicontazione dell'attività svolta



ALLEGATO N. 6

PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' CLINICA DI TIPO VALUTATIVO DIAGNOSTICO	
1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica +anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)	
2. Visita programmata di controllo (esame obiettivo+ rilevazione parametri vitali+monitoraggio segni e sintomi)	
3. Visita in urgenza	
4. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)	
5. Compilazione diario clinico (monitoraggio segni e sintomi)	
6. Prelievo ematico	
7. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.)	
8. Prelievo ematico da sangue capillare	
9. ECG	
10. Valutazione delle alterazioni del linguaggio di tipo afasico	
11. Valutazione delle alterazioni del linguaggio di tipo disartrico	
12. Consulenze specialistiche	
13. Visite Programmate del Medico di Medicina Generale	
PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' EDUCATIVO/RELAZIONALE/AMBIENTALE	
14. Educazione del caregiver alla attività di nursing (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari ecc.)	
15. Educazione del caregiver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente	
16. Educazione del caregiver alla corretta mobilizzazione / corretta postura del paziente	
17. Educazione del caregiver alla prevenzione di lesioni cutanee	
18. Educazione del caregiver alla gestione di derivazioni urinarie	
19. Educazione del caregiver alla gestione di enterostomie	
20. Istruzione del caregiver alla gestione di una terapia	
21. Educazione del caregiver alla gestione di dispositivi per la somministrazione di farmaci (pompe, elastomeri, altro)	
22. Applicazione di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance	
23. Igiene a persone allettate o con lesioni cutanee, bagno assistito	
24. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi	
25. Prescrizione ausili e protesi	
26. Istruzione del paziente o del caregiver all'utilizzo di ausili per la deambulazione e valutazione ambientale	
27. Educazione del caregiver alla broncoaspirazione	
28. Colloquio con familiare / caregiver	
29. Colloquio con il medico di medicina generale	
30. Colloquio con medico specialista	
31. Supporto psicologico e supervisione delle équipe	
32. Supporto psicologico per il paziente	
33. Supporto psicologico per la famiglia	
34. Visita di cordoglio - Supporto al lutto	
PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' CLINICA DI TIPO TERAPEUTICO	
PRESTAZIONI RELATIVE AI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI E AL MANTENIMENTO DELL'OMEOSTASI	
35. Prescrizione terapeutica	
36. Terapia iniettiva intramuscolare	
37. Terapia iniettiva sottocutanea	
38. Terapia iniettiva sottocutanea in infusione	
39. Terapia iniettiva endovenosa	
40. Terapia infusionale con necessità di sorveglianza medica	
41. Terapia iniettiva endovenosa in infusione	
42. Terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed in infusione continua	
43. Posizionamento catetere venoso periferico	
44. Posizionamento cateterino sottocutaneo	
45. Gestione cateterismo sottocutaneo/venoso periferico	
46. Gestione cateterismo venoso centrale/ sist. Port-a-cath	
47. Assistenza/gestione pompa infusionale	
48. Gestione cateteri spinali	
49. Istillazione genitourinaria	
50. Irrigazione dell'occhio	
51. Irrigazione dell'orecchio	
52. Emotrasfusione	
53. Gestione drenaggi	

54. Impostazione dialisi peritoneale
55. Paracentesi
56. Toracentesi
57. Artrocentesi
PRESTAZIONI RELATIVE ALLA FUNZIONE RESPIRATORIA
58. Gestione tracheostomia
59. Sostituzione cannula tracheale
60. Broncoaspirazione
61. Impostazione ventilazione meccanica domiciliare
62. Controllo parametri ventilatori
PRESTAZIONI RELATIVE ALLA FUNZIONE ALIMENTARE
63. Verifica parametri nutrizionali
64. Anamnesi dietologica
65. Formulazione dieta personalizzata
66. Valutazione della disfagia
67. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale enterale
68. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale
69. Istruzione alla preparazione di diete a consistenza modificata
70. Istruzione alla somministrazione di pasti con posture facilitanti
71. Posizionamento/sostituzione SNG
72. Sostituzione di PEG con sistema di ancoraggio a bottone
73. Gestione SNG
74. Gestione PEG
75. Somministrazione di terapia tramite SNG-PEG
76. Controllo periodico del sistema di ancoraggio della PEG
77. Valutazione del ristagno gastrico
PRESTAZIONI RELATIVE ALLE FUNZIONI ESCRETORIE
78. Posizionamento/sostituzione/ gestione Cateterismo Vescicale
79. Valutazione del ristagno vescicale
80. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
81. Gestione alvo (intervento educativo igienico-alimentare)
82. Gestione alvo (clistere evacuativo/evacuazione manuale)
83. Esplorazione rettale
84. Gestione enterostomie
85. Irrigazione intestinale
PRESTAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE E ALLE ALTERAZIONI DEI TESSUTI MOLLI
86. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, postchirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
87. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, postchirurgiche, post attiniche ecc.)
88. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
89. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
90. Toilette lesione/ferita superficiale
91. Toilette lesione/ferita profonda
92. Courettage e o rimozione unghia/matrice ungueale
93. Svuotamento di ematomi
94. Incisione con drenaggio sottocutaneo
95. Drenaggio raccolta ascessuale
96. Anestesia locale
97. Anestesia periferica tronculare
98. Infiltrazione punti trigger
99. Sutura ferite
100. Rimozione dei punti/graff di sutura

PRESTAZIONI RELATIVE AI TRATTAMENTI DI TIPO RIABILITATIVO
101. Trattamento di rieducazione motoria (paziente neurologico, ortopedico, amputato, ecc.)
102. Rieducazione respiratoria
103. Rieducazione alla tosse assistita
104. Rieducazione del linguaggio
105. Rieducazione disturbi neuropsicologici (memoria ed attenzione)
106. Recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane
PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE
107. Stesura di un piano assistenziale
108. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche- passaggio di informazioni - consegne)
109. Rendicontazione dell'attività svolta
110. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile



ALLEGATO N. 7

Tabella 4. Valutazione del grado di disabilità nelle malattie neurologiche del movimento neuromuscolare

Funzioni		I colonna Stadio A	II colonna Stadio B	III colonna Stadio C	IV colonna Stadio D
Principali	Secundarie	Deficit moderato (34-66%)	Deficit medio-grave (67- 80%)	Deficit grave (81- 90%)	Deficit completo (91- 100%)
	Deambulazione	Autonomo ma rallentata e faticosa	Rallentata e con necessità di appoggio di sicurezza	Non sempre autonoma e con necessità di assistenza	Non autonoma e con necessità di assistenza
Motoria	Vestizione	Autonoma e completa, ma imprecisa e difficoltosa	Non sempre autonoma e con necessità di assistenza occasionale	Non sempre autonoma e con necessità di assistenza	Non autonoma e con necessità di assistenza
	Scrittura	Rallentata e/o imprecisa ma comprensibile	Rallentata e imprecisa, talora difficilmente comprensibile	Parzialmente comprensibile	Non comprensibile
Comunicazione	Parola	Dislalia occasionale, linguaggio comprensibile	Dislalia subcontinua, linguaggio talora incomprensibile	Dislalia continua, linguaggio incomprensibile	Dislalia completa, linguaggio incomprensibile
	Alimentazione	Disfagia occasionale o sporadica	Disfagia con necessità di modificazioni della consistenza della dieta	Disfagia con necessità di assistenza	Disfagia completa, con necessità di assistenza
Respirazione		Dispnea in attività fisiche moderate	Dispnea in attività fisiche minimali (necessità di assistenza ventilatoria intermittente e/o notturna)	Dispnea in attività fisiche minimali (necessità di assistenza ventilatoria intermittente e/o notturna)	Dispnea in attività fisiche minimali (necessità di assistenza ventilatoria intermittente e/o notturna)
Funzione Sinfasica		Moderata ritenzione, urgenza alla minzione o defecazione, o rara incontinenza urinaria	Frequente incontinenza urinaria e/o fecale	Frequente incontinenza urinaria e/o fecale	Frequente incontinenza urinaria e/o fecale

- STADIO A - DEFICIT **MODERATO**
- STADIO B - DEFICIT **MEDIO-GRAVE**
- STADIO C - DEFICIT **GRAVE**
- STADIO D - DEFICIT **COMPLETO**

ALLEGATO N. 8

Funzioni		Attività	LA	
Motricità	Passaggi posturali	Autonomo ma con difficoltà	1	-
		Necessità di aiuto saltuario o rischio di caduta	-	2
		Dipendenza da una persona per la maggior parte dei passaggi	-	-
	Deambulazione	Rallentata e con necessità di appoggio di sicurezza	1	-
		Possibile solo con ausili per tratti brevi o con assistenza	-	2
		Assente	-	-
Autonomia personale	Abbigliamento	Necessità di assistenza occasionale	1	-
		Necessità di assistenza sub-continua	-	2
		Dipendenza totale	-	-
	Alimentazione	Assistenza parziale	1	-
		Assistenza attiva e continua	-	2
		Dipendenza totale	-	-
	Igiene personale	Necessità di aiuto per una o più operazioni	1	-
		Necessità di aiuto per tutte le operazioni	-	2
		Dipendenza totale	-	-
Comunicazione	Linguaggio	Poco comprensibile	1	-
		Incomprensibile	-	2
		Assente	-	-
Respirazione		Ventilazione non invasiva > 12 ore/die	1	-
		Ventilazione non invasiva > 20 ore/die	-	2
		Assistenza ventilatoria continua	-	-
Alimentazione		Modificazione della dieta		
		Alimentazione enterale attivata		
		Nutrizione esclusivamente enterale o parenterale		
		Assistenza per la somministrazione di alimenti e bevande		
		Necessità di aiuto al mangiarlo o al bere		
		Dipendenza da una persona per almeno una delle operazioni		
		Assistenza incontinentia		
Assistenza di dimora				
Dipendenza da una persona per almeno una delle operazioni				
		PUNTEGGIO - SUBTOTALI		
		PUNTEGGIO - TOTALE		

L'intensità assistenziale, in tabella, viene indicata con:

1 = bassa intensità assistenziale

2 = media intensità assistenziale

3 = alta intensità assistenziale

ALLEGATO N. 9

Stadio della malattia	A	B
Neurologo		
Fisiatra		
Nutrizionista		
Pneumologo/Anestesista		
Psicoterapeuta o psicologo esperto		
Totale accessi medici		
Terapista motorio		3/sett.
Terapista occupazionale		1/mese
Logopedista		1/sett.
Terapista respiratorio		
Totale accessi professionisti riabilitazione		4,25 a settimana (III livello basso)
		1/sett. (I livello)
		1/sett. (I livello)
Profili di cure domiciliari di cui al decreto commissariale 1/2013		I Livello

ALLEGATO N. 10

DM del 26/09/2016 FNA – art. 3

Disabili gravissimi sono coloro nei quali si sia verificata almeno una delle seguenti condizioni (art. 3 del DM FNA 2016):

- a) Persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala ***Glasgow Coma Scale (GCS)*** ≤ 10 ;
- b) Persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa **(24/7)**;
- c) Persone con grave o gravissimo stato di demenza con punteggio sulla scala ***Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)*** ≥ 4 ;
- d) Persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ***ASLA Impairment Scale (AIS)*** di grado **A o B**. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- e) Persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con **bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti** alla scala ***Medical Research Council (MRC)***, o con **punteggio alla *Expanded Disability Status Scale (EDSS)* ≥ 9** , o in **stadio 5 di *Hoehn e Yahr*** mod;
- f) Persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di **minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore**, anche con eventuale correzione o **con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia**, a prescindere dall'epoca di insorgenza, **pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz dell'orecchio migliore**;
- g) Persone con gravissima disabilità comportamentale dello **spettro autistico** ascritta al **livello 3 della classificazione del DSM-5**;
- h) Persone con diagnosi di **Ritardo Mentale Greve o Profondo** secondo **classificazione DSM-5**, con **QI ≤ 34** e con punteggio sulla scala ***Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER)*** ≤ 8 ;
- i) Ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche.

Di seguito le scale per la valutazione della condizione di disabilità gravissima (art. 3, comma 2 del DM del 26/09/2016 FNA)



GLASGOW COMA SCALE

Teasdale G, Jannet B, (1974). "Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale". *Lancet* 13 (2): 81-4

Lettera a

Apertura occhi	Spontanea	4
	Agli stimoli verbali	3
	Solo al dolore	2
	Nessuna risposta	1
Risposta verbale	Orientata appropriata	5
	Confusa	4
	Con parole inappropriate	3
	Con parole incomprensibili	2
	Nessuna risposta	1
Risposta motoria	Obbedisce al comando	6
	Localizza gli stimoli dolorosi	5
	Si ritrae in risposta al dolore	4
	Flette gli arti superiori in risposta al dolore	3
	Estende gli arti superiori in risposta al dolore	2
	Nessuna risposta	1

CLINICAL DEMENTIA RATING SCALE (CDR) estesa

Hughes, C. P., Berg, L., Danziger, W. L., et al (1982) A new clinical scale for the staging of dementia. British Journal of Psychiatry, 140, 566 -572

Lettera c

	NORMALE	DEMENZA DUBBIA	DEMENZA LIEVE	DEMENZA MODERATA	DEMENZA GRAVE
	CDR 0	CDR 0,5	CDR 1	CDR 2	CDR 3
Memoria	Memoria adeguata o smemoratezza occasionale	Lieve smemoratezza permanente; parziale rievocazione di eventi	Perdita memoria modesta per eventi recenti, interferenza attività quotidiane	Perdita memoria severa: nuovo perso rapidamente	Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti
Orientamento	Perfettamente orientato		Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento topografico	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
Giudizio soluzione problemi	Risolve bene i problemi giornalieri; giudizio adeguato rispetto al passato	Dubbia compromissione nella soluzione di problemi; analogie differenze	Difficoltà moderata; esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale adeguato	Difficoltà severa esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale compromesso	Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi
Attività sociali	Attività indipendente e livelli usuali ne lavoro, acquisti, pratiche burocratiche	Solo dubbia compromissione nelle attività descritte	Incapace di compiere indipendentemente le attività, ad esclusione di attività facili	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. In grado di essere portato fuori casa	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. Non in grado di uscire
Casa e hobbies	Vita domestica e interessi intellettuali conservati	Vita domestica e interessi intellettuali lievemente compromessi	Lieve ma sensibile compromissione della vita domestica; abbandono hobbies ed interessi	Interessi ridotti, non sostenuti, vita domestica ridotta a funzioni semplici	Nessuna funzionalità fuori dalla propria camera
Cura personale	Interamente capace di curarsi della propria persona	Richiede facilitazione	Richiede aiuto per vestirsi, igiene, utilizzazione effetti personali	Richiede molta assistenza per cura personale; non incontinenza urinaria	Richiede molta assistenza per cura personale; incontinenza urinaria

CDR 4: DEMENZA MOLTO GRAVE

Il paziente presenta severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da solo, nel controllare la funzione intestinale o vescicale.

CDR 5: DEMENZA TERMINALE

Il paziente richiede assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente.

Per ottenere il punteggio della CDR è necessario disporre di informazioni raccolte da un familiare o operatore che conosce il soggetto e di una valutazione delle funzioni cognitive del paziente con particolare riferimento ai seguenti aspetti: 1) memoria; 2) orientamento temporale e spaziale; 3) giudizio ed astrazione; 4) attività sociali e lavorative; 5) vita domestica, interessi ed hobby; 6) cura della propria persona. In base al grado di compromissione viene assegnato un punteggio variabile tra 0 - 0.5 - 1 - 2 - e 3; 0= normale; 0.5= dubbia compromissione; 1 compromissione lieve; 2=compromissione moderata; 3= compromissione severa. Ogni aspetto va valutato in modo indipendente rispetto agli altri. La memoria è considerata categoria primaria; le altre sono secondarie. Se almeno tre categorie secondarie ottengono lo stesso punteggio della memoria, allora il CDR

è uguale al punteggio ottenuto nella memoria. Se tre o più categorie secondarie ottengono un valore più alto o più basso della memoria, allora il punteggio della CDR corrisponde a quello ottenuto nella maggior parte delle categorie secondarie. Qualora due categorie ottengano un valore superiore e due un valore inferiore rispetto a quello ottenuto dalla memoria, il valore della CDR corrisponde a quello della memoria. La scala è stata successivamente estesa per classificare in modo più preciso gli stadi più avanzati della demenza (Hayman et al, 1987). I pazienti possono essere perciò classificati in stadio 4 (demenza molto grave) quando presentano severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da soli, nel controllare la funzione intestinale o vescicale. Sono classificati in stadio 5 (demenza terminale) quando richiedono assistenza totale perché completamente incapaci di comunicare, in stato vegetativo, allettati, incontinenti.

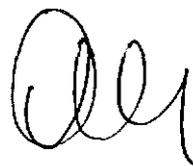


ASIA Impairment Scale (AIS)

www.asia-spinalinjury.org/elearning/ASIA_ISCOS_high.pdf

Lettera d

A=completa	Deficit sensitivo e motorio completo a livello S4-S5
B=incompleta	Deficit motorio completo con conservazione della sensibilità al di sotto del livello neurologico che include S4-S5
C=incompleta	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e più della metà dei muscoli chiave ha una validità inferiore a 3
D=incompleta	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e almeno la metà dei muscoli chiave ha una validità uguale o superiore a 3
E=normale	Nessun deficit neurologico (non ipovalidità muscolare, sensibilità integra, non disturbi sfinterici ma possibili alterazioni dei riflessi)



Bilancio muscolare complessivo alla scala *MedicalResearchCouncil (MRC)*

Lettera e

Forza muscolare

La forza muscolare nei vari distretti muscolari viene valutata con la scala MRC (valori da 5 a 0).

- 5/5 alla scala MRC: movimento possibile contro resistenza massima;
- 4/5 alla scala MRC: movimento possibile solo contro resistenza minima;
- 3/5 alla scala MRC: movimento possibile solo contro gravità;
- 2/5 alla scala MRC: movimento possibile solo in assenza di gravità;
- 1/5 alla scala MRC: accenno al movimento;
- 0/5 alla scala MRC: assenza di movimento;

Expanded Disability Status Scale (EDSS)

Lettera e

Punteggio EDSS	Caratteristiche cliniche
1-3,5	Paziente deambulante, ma sono presenti deficit neurologici evidenti in diversi sistemi funzionali (motorio, sensitivo, cerebellare, visivo, sfinterico) di grado lieve-moderato, con un impatto parziale sull'autonomia.
4	Paziente autonomo, deambulante senza aiuto e senza riposo, per circa 500 metri.
4,5	Paziente autonomo, con minime limitazioni dell'attività quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 300 metri.
5	Paziente non del tutto autonomo, con modeste limitazioni dell'attività completa quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 200 metri.
5,5	Paziente non del tutto autonomo, con evidenti limitazioni dell'attività quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 100 metri.
6	Paziente che necessita di assistenza saltuaria o costante da un lato per percorrere 100 metri senza fermarsi.
6,5	Paziente che necessita di assistenza bilaterale costante, per camminare 20 metri senza fermarsi.
7	Paziente non in grado di camminare per più di 5 metri, anche con aiuto, e necessita di sedia a rotelle, riuscendo però a spostarsi dalla sedia da solo.
7,5	Paziente che può muovere solo qualche passo. È obbligato all'uso della carrozzella, e può aver bisogno di aiuto per trasferirsi dalla sedia.
8	Paziente che è obbligato a letto non per tutta la giornata o sulla carrozzella. Ingenuo, usa bene una o entrambe le braccia.
8,5	Paziente essenzialmente obbligato a letto. Mantiene alcune funzioni di autoassistenza, con l'uso abbastanza buono di una o entrambe le braccia.
9	Paziente obbligato a letto e dipendente. Può solo comunicare e viene alimentato.
9,5	Paziente obbligato a letto, totalmente dipendente.
10	Morte dovuta alla malattia.

Scala di Hoehn e Yahr

Lettera e

La scala di Hoehn e Yahr è utile per definire lo stadio clinico del paziente affetto da morbo di Parkinson:

Stadio 1: Malattia unilaterale.

Stadio 2: Malattia bilaterale senza coinvolgimento dell'equilibrio.

Stadio 3: Malattia da lieve a moderata, qualche instabilità posturale indipendente.

Stadio 4: Malattia conclamata, ancora in grado di deambulare autonomamente.

Stadio 5: Paziente costretto a letto o in sedia a rotelle.

LAPMER-Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation

Versione originale italiana: Tesio L. *Journal of Applied Measurement* 2002;3,1: 50-84

Lettera h

ITEMS	Livelli	Punteggio
Alimentazione	Viene alimentato, cibo di consistenza modificata	0
	Viene alimentato, cibo di consistenza ordinaria	1
	Porta il cibo alla bocca (con o senza supervisione o assistenza)	2
Controllo sfinterico	Non riesce a segnalare necessità di evacuazione né eventuali perdite (vescicali o intestinali)	0
	Riesce a segnalare necessità di evacuazione o eventuali perdite (vescicali o intestinali)	1
Comunicazione	Riesce a segnalare alcuni bisogni, attraverso un comportamento aspecifico stereotipato	0
	Riesce a segnalare alcuni bisogni identificabili da comportamenti specifici	1
	Comunica bisogni verbalmente	2
Manipolazione	Manipolazione assente, oppure reazione di afferramento	0
	Afferramento palmare spontaneo	1
	Utilizza la pinza pollice-indice	2
Vestizione	Vestizione Passiva	0
	Si sforza di dare una qualche collaborazione	1
Locomozione	Stazionario anche su sedia o carrozzina	0
	Si traferisce nell'ambiente	1
Orientamento spaziale	Non ha orientamento spaziale	0
	Si orienta in ambienti familiari	1
	Si orienta al di fuori del suo ambiente familiare (casa, reparto assistenziale)	2
Prassie	Nessuna prassia, oppure movimenti a finalistici e stereotipati	0
	Realizza prodotti plastici o grafici (incastra, connette, plasma e colora) oppure pilota una carrozzina manualmente	1
	Disegna o pilota una carrozzina elettrica	2



A handwritten signature or mark, possibly a stylized 'Q' or similar character, located at the bottom center of the page.

**REGOLAMENTO
CURE DOMICILIARI INTEGRATE
ANNO 2017**

Il Direttore U.O.C. Assistenza Anziani
Dott.ssa Anna Marro

