



2024

Regolamento Cure Domiciliari Integrate ASL AV

AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

DIRETTORE GENERALE:
DOTT. MARIO NICOLA VITTORIO FERRANTE





REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

Direttore Generale:
dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

Direttore Sanitario:
dott.ssa Maria Concetta Conte

Direttore Amministrativo:
dott. Franco Romano

A cura di:

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

Collaboratori:

Cosimo Zarrella	Dirigente Medico
Lidia Rinaldi	C.P.S.E. Assistente Sanitaria
Anna Maria Torello	C.P.S.E. Infermiere
Sergio Guerrera	Coadiutore Amministrativo
Linda Zeccardo	Specialista Ambulatoriale
Daniela De Blasio	Specialista Ambulatoriale
Massimo De Vinco	Specialista Ambulatoriale

ANNO 2024

INDICE

Le Fonti	pag. 4-9
Introduzione	pag. 10-11
Indicatori	pag. 12-15
Articolato	pag. 16-48
Bibliografia	pag. 49
Legenda	pag. 50
Allegati	pag. 51-74

LE FONTI

La **Normativa Nazionale** principale di riferimento per le cure domiciliari è la seguente:

- 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";
- DPCM del 14/02/2001 recante "Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria";
- 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";
- 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);
- 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) (11°06960);
- 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;
- Piano nazionale della cronicità – Accordo Stato – Regioni del 15 settembre 2016.
- 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;
- Il patto della Salute 2019-2021 – Intesa Stato – Regioni del 18 dicembre 2019.
- Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178". Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021;

- PNRR Misura 6 - Casa come primo luogo di cura (ADI). Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza Missione 6: Salute Componente 1 (M6C1): Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale - *Investimento 1.2.1 Assistenza Domiciliare: LINEE GUIDA ORGANIZZATIVE CONTENENTI IL MODELLO DIGITALE PER L'ATTUAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE (Milestone EU M6C1-4)*
- Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 ha definito le Cure domiciliari come “un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza” e individua il target di presa in carico nel 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente; nella misurazione del raggiungimento del target effettuata attraverso il flusso SIAD devono essere considerati tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni “presi in carico” per tutte le classi di coefficiente di intensità assistenziale (CIA) come definito dal citato D.M. n. 77/2022, compreso quello base;
- Il Decreto interministeriale de 23 gennaio 2023, pubblicato in G.U. n. 55 del 6 marzo 2023, con il quale si è provveduto a ripartire, in favore delle Regioni e delle Province autonome quali soggetti attuatori, le risorse finalizzate alla realizzazione degli obiettivi di cui alla Missione 6 – Componente 1 - **Investimento 1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (ADI)" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**, per un importo complessivo di € 2.720.000.000;
- DM 7 agosto 2023 “Modifiche al decreto 17 dicembre 2008, recante: “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare”. Con Circolare n. 716 del 17 marzo 2023 il Ministero della Salute ha fornito ai soggetti attuatori indicazioni per la predisposizione del **Piano operativo regionale – ADI** finalizzato all'utilizzo delle risorse di cui alla suddetta Missione 6 Salute Componente 1 - Investimento 1.2: Case casa come primo luogo di cura e telemedicina Sub - investimento 1.2.1 – Assistenza domiciliare;

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

- 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”;
- 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. 270 del 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 03/07/2012 "Adozione della Scheda di Valutazione Multidimensionale per le Persone Adulte Disabili - S.Va.M.Di. Campania;
- L.R. N. 15 del 6Luglio 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;
- 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 ictus Definito con D.C.A. n. 23 del 10.3.2015;
- DECRETO n. 98 del 20.09.2016 ad oggetto: Istituzione della Rete Oncologica Campana;
- 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;
- DD n. 192 del 18.10.2017 Oggetto dell'Atto: Procedure operative per la trasmissione e l'elaborazione dei flussi informativi necessari per il monitoraggio degli obiettivi dei Direttori Generali;
- Decreto n. 14 del 01/03/2017 ad oggetto: Programmi Operativi 2016 – 2018. Approvazione;
- Decreto n. 48 del 27/10/2017 ad oggetto: *Approvazione Piano Regionale Malattie Rare e del Documento Percorso Diagnostico Assistenziale del paziente raro (acta VII)*;
- Decreto n. 70 del 21/12/2017 ad oggetto: Percorso riabilitativo della persona con Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) – Linee di indirizzo regionali (acta VII "*attuazione degli interventi rivolti all'incremento della produttività e della qualità dell'assistenza erogata dagli enti del Servizio Sanitario Regionale*");
- Decreto Dirigenziale n. 192 del 18/10/2017 Oggetto dell'Atto: Procedure operative per la trasmissione e l'elaborazione dei flussi informativi necessari per il monitoraggio degli obiettivi dei Direttori Generali
- Decreto n. 79 del 28/12/2017 ad oggetto: Definizione dei requisiti minimi strutturali, organizzativi e tecnologici per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle attività sanitarie in speciali unità di accoglienza permanente (S.U.A.P.) ad alta intensità assistenziale anche per persone in stato vegetativo e definizione dei requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale – Indirizzi e modalità di accesso -Integrazione e modifica ai Decreti del Commissario ad Acta n. 70/2012 e n. 21/2015. (*Deliberazione Consiglio dei ministri 10/07/2017, acta IX*);
- Decreto n. 3 del 17/01/2018 ad OGGETTO: DCA n. 24/2017 Percorso Diagnostico terapeutico Assistenziale Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) – aggiornamento. Modifiche e integrazioni al DCA 24 del 29/03/2017 (*acta vii: "attuazione degli interventi rivolti all'incremento della produttività e della qualità dell'assistenza erogata dagli enti del Servizio Sanitario Regionale"*);
- Decreto n. 99 del 14.12.2018 ad oggetto: Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n.191 per persone in stato vegetativo e definizione dei requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale – Indirizzi e

modalità di accesso -Integrazione e modifica ai Decreti del Commissario ad Acta n. 70/2012 e n. 21/2015. (*Deliberazione Consiglio dei ministri 10/07/2017, acta IX*);

- Decreto n. 69 del 21/12/2017 oggetto: percorso riabilitativo della persona con frattura di femore – linee di indirizzo regionali (*acta vii “attuazione degli interventi rivolti all’incremento della produttività e della qualità dell’assistenza erogata dagli enti del servizio sanitario regionale”*);
- Decreto n. 94 del 21.11.2019 ad oggetto: approvazione del “piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del sanitario campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n.191”. Modifiche ed integrazioni al piano già approvato con decreto commissariale n. 99 del 14 dicembre 2018;
- Decreto n. 60 del 24/07/2019 ad oggetto: recepimento dell’accordo tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sancito in sede di conferenza stato regioni sul “piano nazionale cronicità”;
- Decreto n. 83 del 31/10/2019 oggetto: Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019 - 2021. (*deliberazione del Consiglio dei ministri del 10 luglio 2017, acta VI: “completamento e attuazione del piano di riorganizzazione territoriale, in coerenza con i tavoli tecnici di monitoraggio”*);
- Decreto n. 6 del 17/01/2020 ad oggetto: Approvazione del “Piano Triennale 2019-2021 di Sviluppo e Riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n.191”. Modifiche ed integrazioni al piano già approvato con decreto commissariale n. 94 del 21 novembre 2019;
- Delibera della Giunta Regionale n. 475 del 03/11/2020 Oggetto dell'Atto: Approvazione Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete di Assistenza Territoriale.
- DD n. 135 del 16.04.2021 ad oggetto: *Adozione del Percorso Diagnostico-Terapeutico- Assistenziale (PDTA) Scopenso Cardiaco in Regione Campania.*
- DGRC n. 174 del 07/06/2022 ad oggetto: “*Adozione modello digitale assistenza domiciliare*”;
- DGRC 421 del 3 agosto 2022 la regione Campania ha adottato l’atto di “Recepimento dell’Intesa n.151/CRS del 4 agosto 2021 sul documento recante “*Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l’autorizzazione all’esercizio e requisiti ulteriori per l’accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell’articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178*”;
- DGRC n. 682 del 13/12/2022 ad oggetto: “*Linee Guida sugli Interventi di Riordino Territoriale della Regione Campania in Applicazione delle Attività Previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza Recepite dal Decreto Ministeriale n. 77 del 23 Maggio 2022*”.
- DGRC n. 21 del 17/01/2023 modificata dalla DGRC n. 71 del n. 71 del 21/02/2023, ha definito il sistema di autorizzazione e accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari comprese le cure domiciliari di base;
- D.G.R.C. 306 del 25.05.2023 ha approvato il Piano Operativo Regionale – ADI, per un valore complessivo di **€ 475.035.428,00**, demandando alla Direzione Generale Politiche Sociali e Sociosanitarie di curare ogni adempimento finalizzato all’attuazione del medesimo Piano Operativo, in raccordo con la Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, e con le Aziende Sanitarie Locali, queste ultime in qualità di soggetti attuatori esterni, nonché gli adempimenti relativi all’implementazione e ottimizzazione dei sistemi informativi, previo coinvolgimento dell’Ufficio Speciale per la Crescita e la Transizione al digitale per quanto di competenza.
- La delibera di giunta regionale n. 382 del 29 /06/2023 “ **PNRR-investimento M6C1-sub investimento Casa come primo luogo di cura (ADI)-Attuazione Piano operativo regionale adi-DGR 306 DEL 25.5.2023**” ha demandato alle Direzioni Generali competenti, tra l’altro, il compito di definire, sul piano tecnico, la disciplina delle cure domiciliari prestazionali di base/primo livello, ad

integrazione dell'attuale sistema regolamentato con delibera di Giunta n.41/2011, nonché di approvare il relativo documento tecnico operativo;

- Decreto Dirigenziale 524 del 04/08/2023 ad oggetto: Adozione Documento Tecnico Recante "Definizione, Procedure di Attivazione ed Erogazione delle Cure Domiciliari Di Base ". Attuazione DGRC n. 382 del 29 giugno 2023.

INTRODUZIONE

Le cure domiciliari integrate rappresentano il cardine nel complesso sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari 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 socio-sanitarie integrate dalle forme di assistenza domiciliare di natura socioassistenziale e tutelare. Come descritto dalla normativa nazionale il cui riferimento prioritario è rappresentato dal DPCM del 12.01.2017 - *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502* all'art.22 e all'art. 23 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, 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 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:

- 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)"].

Tab. 1 - Diretrici di classificazione degli interventi di cura.

DIRETRICE-DESCRITTORE	ESEMPI
Obiettivo	Educazione, informazione, prevenzione, tutela, riabilitazione, trattamento
Tempo	<ul style="list-style-type: none"> • fase intensiva • fase estensiva • lungo assistenza
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

INDICATORI

Gli indicatori sono quelli previsti dal DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (NSG)" è stato pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 ed è operativo dal 1 gennaio 2020, vedi tabella sottostante:

Tab. 2 - INDICATORI DEL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE (CDI) NSG

Id.	Indicatore	Significato	Valore soglia
D20Z	Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione residente	Fornisce indicazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare integrata per pazienti adulti con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.
D22Z	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	Indicatore composito che fornisce indicazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare integrata per pazienti trattati con i diversi livelli di intensità assistenziale (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	<ul style="list-style-type: none"> • CIA1 = 2,6 • CIA2 = 1,9 • CIA3 = 1,5
D23Z	Tasso di PIC (Prese in carico) in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	Fornisce informazioni sull'offerta e sull'attività del servizio di assistenza domiciliare integrata, attraverso la somma delle prese in carico domiciliari in relazione ai diversi livelli di intensità assistenziale	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	Indicatore per la misura dell'offerta di servizi di cure palliative domiciliari per la presa in carico e l'assistenza dei pazienti oncologici terminali	>35%

Tab. 3 - ALTRI INDICATORI DEL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE

Id.	Indicatore	Significato	Valore soglia
7	Numero di anziani con età ≥ 65 anni presi in carico in ADI su Numero totale della popolazione anziana con età ≥ 65 anni	Percentuale di anziani ≥65 anni trattati in ADI	Entro l'anno 2026 il 10% della popolazione anziana deve essere trattata nelle cure domiciliari integrate
Id.	Indicatore	Significato	Valore soglia
AREA 1	Numero di soggetti dimessi con età ≥ 65 anni, sottoposti a valutazione multidimensionale per la presa in carico in ADI entro due giorni dalla dimissione sul Numero di soggetti dimessi con età ≥ 65 anni, sottoposti a valutazione multidimensionale per la presa in carico in ADI	Percentuale di ultrasessantacinquenni sottoposti a valutazione multidimensionale per la presa in carico in ADI entro due giorni dalla dimissione ospedaliera	≥10%
AREA 2	Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con almeno un accesso su numero totale di prese in carico con data di dimissione nell'anno	Percentuale delle prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con almeno un accesso sul totale delle prese in carico con data di dimissione nell'anno	≥90%

Tab. 4 – Target 10% anziani in cure domiciliari anno 2026 suddivisi per CIA (CIA 0, CIA 1; CIA 2; CIA 3, CIA 4)

DESCRIZIONE ASL	CIA Base		CIA 1		CIA 2		CIA 3		CIA4	
	Utenti con PIC erogate	% Utenti CIA 0/Utenti Totali	Utenti con PIC erogate	% Utenti CIA 1/Utenti Totali	Utenti con PIC erogate	% Utenti CIA 2/Utenti Totali	Utenti con PIC erogate	% Utenti CIA 3/Utenti Totali	Utenti con PIC erogate	% Utenti CIA 4/Utenti Totali
A.S.L. AVELLINO	5813	0,6	1938	0,2	969	0,1	388	0,04	581	0,06

(Da allegato 5 della DGRC n.21/2023)

Nella tabella sottostante gli indicatori del flusso FLS21:

Tab. 5 - 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 SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica)

Tab. 6 - 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

Tab. 7 - 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

Tab. 8 - ALTRI INDICATORI DI ATTIVITÀ

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. presidi 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

ART. 1 – DEFINIZIONE

Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.

L'Azienda Sanitaria Locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.

Le cure domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 recante «Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria». Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale (Scheda SVAMA e SVAMD) che consentano la presa in carico della persona e la definizione del «Progetto di assistenza individuale» (PAI) sociosanitario integrato. La responsabilità clinica è in capo al medico di Medicina Generale (MMG), Pediatra di libera Scelta (PLS).

Sono escluse:

- 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 suscettibili di trattamento domiciliare, evitando i ricoveri ospedalieri impropri e l'ingresso in residenza;
- B. favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle residue capacità di autonomia e relazionali;
- C. rendere possibili dimissioni ospedaliere tempestive ed assicurare la continuità assistenziale mediante lo strumento della “dimissione protetta”;
- D. supportare la famiglia e i “caregiver” e trasmettere loro delle competenze che possano tradursi in autonomia di intervento;
- E. 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

Il DPCM del 12 gennaio 2017: “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”, all’art. 22 e il DCA n. 1/2013: Approvazione documento recante “Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania”, in relazione al bisogno di salute dell’assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell’intervento assistenziale articola le cure domiciliari nei seguenti livelli:

a) cure domiciliari di livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo e/o tutelare, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» **CIA 1 inferiore a 0,14** (vedi Delibera Aziendale n. 1707 del 24/11/2023 ad oggetto “Definizione, procedure di attivazione ed erogazione delle cure domiciliari di base”);

b) cure domiciliari integrate (ADI) di I^a livello (profilo basso, medio, alto): costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un **CIA compreso tra 0,14 e 0,30** in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione artificiale.

Le cure domiciliari di primo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI) che definisce i bisogni riabilitativi della persona, e sono attivate su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;

c) cure domiciliari integrate (ADI) di II^a livello (profilo basso, medio, alto): costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un **CIA compreso tra 0,31 e 0,50**, in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione artificiale.

Le cure domiciliari di secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI), e sono attivate anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;

d) cure domiciliari integrate (ADI) di III^a livello (profilo basso, medio, alto): costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da

un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver. Le cure domiciliari ad elevata intensità richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI). Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

Ai sensi dell'art. 3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001, recante «Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria», le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona. Le suddette prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale sono a interamente carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi.

Le cure domiciliari sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.

La classificazione in cure domiciliari integrate di I, II o III livello non è relativa solo alla durata 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).

Il CIA è il coefficiente intensità assistenziale. Il CIA è uguale al rapporto GEA/GdC. GEA sono le giornate di effettiva assistenza nelle quali è stato effettuato almeno un accesso domiciliare; GdC sono le giornate di cura dalla data della presa in carico alla cessazione del programma.

Tab. 8 – STANDARD QUALIFICANTI I LEA CURE DOMICILIARI

PROFILO DI CURA	CIA= GEA/GdC
CD integrate di Livello Base	0 - 0,13
CD integrate di Primo Livello	0,14 – 0,30
CD integrate di Secondo Livello	0,31 – 0,50
CD integrate di Terzo Livello	0,51 – 0,60

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

ART. 4 - CURE DOMICILIARI DI LIVELLO BASE

Quando la persona non autosufficiente, che presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali, ha bisogno occasionalmente delle prestazioni professionali del medico, dell'infermiere o del terapeuta della riabilitazione, anche ripetute nel tempo, in risposta a un bisogno sanitario di bassa complessità, si parla di **cure domiciliari di livello base**.

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 è illustrata nell'allegato n. 4.

✚ Cure domiciliari di livello base

Caratteristiche dell'assistenza da erogare ai pazienti nelle cure domiciliari di livello base				
Profilo di cura	Intensità Assistenziale CIA= GEA/GdC	Durata media del piano di cura	Figure professionali Impegno assistenziale in minuti	Servizio operativo (dalle 8 alle 20)
Livello base (occasionalmente o cicliche o programmate)	CIA = fino a 0,13 3 accessi mensili x 3 mesi = 9 (3 mesi)	Giorni 90 Settimane 12 Mesi 3	Infermiere (30') o Fisioterapista (30') 0 OSS (30')	5 giorni su 7

ART. 5 - CURE DOMICILIARI INTEGRATE DI I LIVELLO

Le **Cure Domiciliari Integrate di primo 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.

Le cure integrate di primo 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, infermieristiche, riabilitative, mediche, medico specialistiche e socioassistenziali: tali prestazioni sono integrate tra loro in un *mix* all'interno di un Progetto Personalizzato, frutto di un processo di valutazione multidimensionale.

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

✚ Cure domiciliari integrate (ADI) di primo livello

Caratteristiche dell'assistenza da erogare ai pazienti nelle cure domiciliari di primo livello				
Profilo di cura	Intensità Assistenziale CIA= GEA/GdC	Durata media del piano di cura	Figure professionali Impegno assistenziale in minuti	Servizio operativo (dalle 8 alle 20)
Primo Livello (già ADI)	CIA = 0,14 – 0,30 2 accessi settimanali x 6 mesi = 48 (6 mesi) In media	Giorni 180 Settimane 24 Mesi 6	MMG/PLS (30') Specialista (30') Infermiere (30'), Fisioterapista (45') OSS (60')	5 giorni su 7

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 a seconda (vedi allegato n. 3).

ART. 6 - CURE DOMICILIARI INTEGRATE DI II LIVELLO

Le **Cure Domiciliari Integrate di 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 6 giorni.

Le cure integrate di 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, infermieristiche, riabilitative, dietologiche, mediche, medico specialistiche e socioassistenziali: tali prestazioni sono integrate tra loro in un *mix* all'interno di un Progetto Personalizzato, frutto di un processo di valutazione multidimensionale.

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

Cure domiciliari integrate (ADI) di secondo livello

Caratteristiche dell'assistenza da erogare ai pazienti nelle cure domiciliari di secondo livello				
Profilo di cura	Intensità Assistenziale CIA= GEA/GdC	Durata media del piano di cura	Figure professionali Impegno assistenziale in minuti	Servizio operativo (dalle 8 alle 20)
Secondo Livello (già ADI)	CIA = 0,31 - 0,50 3 accessi settimanali x 6 mesi = 72 (6 mesi) In media	Giorni 180 Settimane 24 Mesi 6	MMG/PLS (45') Specialista (30'-45') Infermiere (30'), Dietista (30') Fisioterapista (45') OSS (60'-90')	6 giorni su 7

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 a seconda (vedi allegato n. 3).

ART. 7 - CURE DOMICILIARI INTEGRATE DI III LIVELLO

Le **Cure Domiciliari Integrate di terzo livello**, assorbono l'Ospedalizzazione Domiciliare (OD), 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 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.

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. Si tratta di interventi programmati su 7 giorni settimanali.

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.

Cure domiciliari integrate di terzo livello

Caratteristiche dell'assistenza da erogare ai pazienti nelle cure domiciliari di terzo livello				
Profilo di cura	Intensità Assistenziale CIA= GEA/GdC	Durata media del piano di cura	Figure professionali Impegno assistenziale in minuti	Servizio operativo (dalle 8 alle 20)
Terzo Livello (già OD)	CIA = 0,51 – 0,60 accessi > 3,5 settimanali x 3 mesi = 42 (3 mesi) In media	Giorni 90 Settimane 12 Mesi 3	MMG/PLS (60') Specialista (60') Psicologo (60') Infermiere (60'), Dietista (60') Fisioterapista (60') OSS (60'-90')	7 giorni su 7

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 a seconda (vedi allegato n. 3).

ART. 8 – CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

Il Servizio sanitario nazionale garantisce le cure domiciliari palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38, nell'ambito della Rete di cure palliative a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Le cure sono erogate dalle Unità di Cure Palliative (UCP) sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione artificiale, da aiuto infermieristico, assistenza tutelare professionale e sostegno spirituale.

Il DPCM del 12 gennaio 2017: Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, all'art. 23 e DCA n. 1/2013: Approvazione documento recante "Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania", articolano le cure palliative domiciliari nei seguenti livelli:

a) livello base: costituito da interventi coordinati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, che garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi programmati caratterizzati da **un CIA minore di 0,50** in funzione del progetto di assistenza individuale;

b) livello specialistico: costituito da interventi da parte di equipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. Il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta sono in ogni caso parte integrante di queste equipe, garantendo una continuità assistenziale ininterrotta. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità

assistenziale, interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50 definiti dal progetto di assistenza individuale nonché pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore.

Le cure domiciliari palliative richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e dei familiari e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI).

Le cure domiciliari palliative sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.

Tab. 9 - STANDARD QUALIFICANTI I LEA CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

PROFILO DI CURA	CIA= GEA/GdC
Cure palliative domiciliari livello base	< 0,50
Cure palliative domiciliari livello specialistico	0,61 – 1

ART. 9 - CURE PALLIATIVE DOMICILIARI LIVELLO BASE E SPECIALISTICO

Le Cure Palliative di Livello base (CPB) si differenziano dalle **Cure Palliative di Livello Specialistiche (CPS)** per alcuni elementi strutturali e nei processi di cura. In particolare:

Stato di malattia al momento della presa in carico;

- Continuità assistenziale;
- Care Manager (per le CPB è il MMG mentre per le CPS è il medico palliativista);
- Livelli di intensità assistenziale a domicilio, misurati attraverso il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA medio 0,3 nelle CPB e CIA medio 0,8 nelle CPS);
- Complessità assistenziale e bisogni socioassistenziali;
- Durata media dell'intervento dei singoli operatori;
- Pronta disponibilità infermieristica e medica h 24 (per le CPS);
- Supporto alla famiglia.

Le cure palliative domiciliari specialistiche 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). Le cure palliative domiciliari 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. Si tratta di interventi programmati su 7 giorni settimanali.

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 e consisterà nella reperibilità telefonica.

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.

Cure palliative domiciliari di livello base

Caratteristiche dell'assistenza da erogare ai pazienti nelle cure palliative domiciliari di livello base				
Profilo di cura	Intensità Assistenziale CIA= GEA/GdC	Durata media del piano di cura	Figure professionali Impegno assistenziale in minuti	Servizio operativo (dalle 8 alle 20)
Livello base (già OD-CP)	CIA <0,50 accessi da 2 a 5 settimanali x 2 mesi = da 16 a 40 (2 mesi) in media	Giorni 60 Settimane 8 Mesi 2	MMG/PLS (45') Specialista (60') Psicologo (45') Infermiere (45'), Dietista (45') Fisioterapista (45') OSS (45'-60')	5 giorni su 7

Cure palliative domiciliari di livello specialistico

Caratteristiche dell'assistenza da erogare ai pazienti nelle cure palliative domiciliari di livello specialistico				
Profilo di cura	Intensità Assistenziale CIA= GEA/GdC	Durata media del piano di cura	Figure professionali Impegno assistenziale in minuti	Servizio operativo (dalle 8 alle 20)
Livello specialistico (già OD-CP)	CIA=0,61-1 accessi da 7 a 12 settimanali x 2 mesi = da 56 a 96 (2 mesi) in media	Giorni 60 Settimane 8 Mesi 2	MMG/PLS (60') Specialista (60') Infermiere (60'), Dietista (60') Fisioterapista (60') OSS (60'-90')	7 giorni su 7

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 Integrata, nel rispetto di quanto previsto nella DGRC n. 41/2011 e nel DCA n.1/2013.

ART. 10 - MODELLO ORGANIZZATIVO E GESTIONALE

Il modello organizzativo e gestionale di cure sanitarie a domicilio, integrato con la parte socioassistenziale, già sperimentato ormai da più di un decennio, attraverso il quale conseguire gli obiettivi di cui in premessa, è il seguente:

- Un **livello direttivo centrale** dell'U.O.C. Cure Domiciliari
- Un **livello direttivo periferico** dei Direttori di Distretto Sanitario
- Un **livello operativo** comprende le **UU. OO. Distrettuali competenti per le cure domiciliari** che coordinano a livello distrettuale le cure domiciliari in collaborazione con i Direttori di Distretto e tutte le UU.OO. coinvolte a seconda delle necessità sanitarie e/o sociali dell'utente preso in carico.

Il **Livello Direttivo Centrale** ha funzione di coordinamento delle Cure domiciliari con le seguenti responsabilità:

- coordinare le attività delle funzioni di produzione distrettuali dell'Assistenza Domiciliare Integrata e della non Autosufficienza ed Anziani fragili;
- uniformare le attività delle funzioni di produzione distrettuali dell'Assistenza Domiciliare Integrata e della non Autosufficienza ed Anziani fragili nelle diverse realtà distrettuali;
- definire le procedure;
- stilare protocolli tecnici e standard operativi volti a uniformare le attività e i comportamenti e ridurre quindi la discrezionalità del singolo operatore;
- condividere protocolli con i presidi ospedalieri dell'ASL e l'Azienda ospedaliera;
- proporre protocolli operativi sanitari e sociosanitari in collaborazione con il Coordinamento Sociosanitario;
- verificare e promuovere la qualità relativamente agli obiettivi tecnici delle relative UU.OO;
- raccogliere ed elaborare i dati sulla base anche delle indicazioni dei servizi aziendali;
- coordinare le attività di ricerca, formazione e aggiornamento del personale delle cure domiciliari, programmi di formazione e sostegno ai caregivers (familiari, badanti, ecc.);
- monitorare e verificare le attività e il corretto utilizzo delle risorse;
- controllare l'applicazione di quanto previsto nel capitolato speciale delle cure domiciliari per l'affidamento delle prestazioni infermieristiche, fisioterapiche, di aiuto infermieristico, psicologiche da parte gestore esterno;
- liquidare il personale medico in convenzione impegnato nelle cure domiciliari.

Il **Livello Direttivo Periferico** è rappresentato dai Direttori di Distretto che con la collaborazione delle UU.OO distrettuali competenti per le cure domiciliari:

- recepiscono le richieste di cure domiciliari;
- valutano le richieste;
- attivano i percorsi sanitari e socioassistenziali appropriati così come previsti dal regolamento delle cure domiciliari aziendale;
- attivano e gestiscono i rapporti con i servizi ospedalieri per la programmazione delle dimissioni e l'attivazione delle cure domiciliari con il coinvolgimento del MMG;
- svolgono un ruolo di coordinamento (sotto l'aspetto organizzativo, operativo e tecnico) delle attività svolte a livello periferico;
- tengono i rapporti con i servizi sociali, le unità di valutazione aziendali (UVI);
- gestiscono il sistema informativo con la produzione dei dati necessari alla funzione direttiva sia periferica che centrale.

Il **Livello Operativo** è rappresentato:

- dal Coordinatore delle Cure Domiciliari Distrettuale, con funzione di case manager, preferibilmente un infermiere professionale o altra figura sanitaria a seconda delle risorse umane del Distretto.
- dall'équipe domiciliari che sono formate dagli infermieri, dai fisioterapisti, dai logopedisti, dagli operatori sociosanitari, psicologi (risorse in outsourcing e affidato tramite gara a un gestore esterno), MMG, PLS, Medici specialisti ambulatoriali o dipendenti, assistenti sociali dei Piani di Zona e dell'ASL che operano a domicilio dell'utente.

ART. 11 – 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
 - riabilitazione di vasculopatici
 - riabilitazione in neurolesi
 - malattie temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro)
 - dimissione protette da strutture ospedaliere.

- **per i minori:**
 - malattie genetiche invalidanti
 - artropatie con grave limitazione funzionale
 - patologie onco-ematologiche
 - immunodeficienza congenita e acquisita
 - soggetti politraumatizzati
 - cerebropatici e cerebrolesi con forme gravi
 - cardiopatie congenite a rischio di scompenso emodinamico
 - insufficienza respiratoria grave
 - insufficienza renale
 - distrofia muscolare

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 SVMMDI.

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 SVMMDI, che valutino la situazione familiare e di integrazione sociale dell'assistito, la sua situazione assistenziale, abitativa, economica, ecc.

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.

Presa 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 livello assistenziale e nelle cure palliative domiciliari per i quali 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. 12 – CRITERI DI ESCLUSIONE NELLE CURE DOMICILIARI
E DURATA DEL PROGRAMMA ASSISTENZIALE****Criteria 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.

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. 13 - 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.

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)
- 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 sociosanitaria 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. 14 - 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, allo stesso tempo, 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. 15 – PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI

15.1 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 distretto.

Tale richiesta, attraverso apposito modulo anche via web, 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.

15.2 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 della domanda di servizi sociali, sanitari e sociosanitari*”, cui fornire una risposta specifica e tempestiva, ma soprattutto completa, orientata alla logica della *“presa in carico della persona”*, portatrice di molteplici esigenze.

Nell'ottica del processo lavorativo della P.U.A., come indicato nella D.G.R.C. n.41 del 14 febbraio 2011, *“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 è 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 socioassistenziale, 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 sociosanitari integrati**.

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

La segnalazione, indirizzata Distretto Sanitario, viene inoltrata all'U.O. Distrettuale competente per le cure domiciliari, che entro 48 ore dalla segnalazione ricevuta, attiverà le procedure per la presa in carico 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 via web, 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.
1. La convocazione dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI), per la valutazione dell'elezione dell'utente nelle cure domiciliari sarà costituita da:
 - **Il Referente UVI del distretto individuato dal direttore del distretto**
 - **Il Medico dell'U.O. distrettuale competente per le cure domiciliari e**
 - **Il Referente per l'integrazione sociosanitaria dell'Ufficio di 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)
 - **Il MMG o PLS**
 - **Il Coordinatore delle Cure Domiciliari Distrettuale**
 - **Il Referente Aziendale SLA** (nel caso dei pazienti affetti da SLA o altre malattie del motoneurone) e il **medico specialista in riabilitazione** ed eventualmente **dal referente case manager del centro proscrittore** nel caso di utenti affetti da questa malattia.

La UVI 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.

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 socioassistenziali dell'utente;
- la tipologia di servizi e prestazioni sociali e sanitarie da erogare, modalità di erogazione, livello di 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 medico specialista al quale rivolgersi in caso di necessità.

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 UVI per rispondere ai 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 allerverà 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 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: 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/PLS), 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/PLS, date le necessità cliniche che si modificano notevolmente nel corso della malattia, verificherà e controllerà la corretta applicazione, in accordo con il medico del distretto dell'U.O. Distrettuale competente per le 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, dovranno tenere in considerazione la legislazione vigente.

È fatto obbligo all'équipe e al 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 ed eventuali manovre, somministrazioni di farmaci che si dovessero verificare.

Tale cartella può essere consultata dal **medico ospedaliero in caso di ricovero**, e dal **medico di Continuità Assistenziale o dal medico del 118 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. 16 - 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. Tra i compiti e funzioni dello specialista ambulatoriale vi è anche l'attività in assistenza domiciliare integrata (vedi art. 24, comma 7; art. 32, comma 3 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni 31/03/2020).

• 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.
- Per la Nutrizione Artificiale Domiciliare si seguiranno le procedure previste dal Centro NAD dell'ASL.
- Le medicazioni avanzate vanno prescritte dal medico specialista presenti nelle gare SORESA e inoltrate all'U.O.C. distrettuale competente per le cure domiciliari 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 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 dell'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.

In ambito di Cure Domiciliari Integrate di I, II, III e le cure palliative domiciliari 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 (D.P.C.M. 17/01/2017):**

- 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 ritengano utili, quali ad esempio:
 - Letto articolato elettrico
 - Materasso antidecubito
 - Aspiratore secrezioni
 - Apparecchio per la tosse
 - Unità posturale
 - Sollevatore
 - Comunicatore oculare

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 effettuato direttamente dal referente senza ulteriori passaggi.

Per le procedure di rinnovo, anche per la fornitura di ausili monouso (pannoloni, cannule etc....) 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 ammissione alle cure domiciliari l'equipe 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. 17 – 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'equipe 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).

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 nel livello 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 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. 18 – 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 sociosanitarie;
- 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 vigenti.

ART. 19–EMERGENZE/URGENZE

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. 20 - COMPITI DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Il medico di Continuità Assistenziale (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. 21 - 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 tag NFC per la rilevazione elettronica delle presenze e delle prestazioni da parte degli operatori del gestore esterno. 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 e/o sociosanitario e/o psicologico e/o dietistico, 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 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. 22 - 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.

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.

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

La retribuzione degli operatori sanitari dipendenti e in outsourcing (medici, infermieri, fisioterapisti, etc.) avverrà secondo quanto previsto dai rispettivi CCNL.

La retribuzione dell'OSS (Operatore SocioSanitario) sarà per il 50% a carico dell'ASL e per il 50% a carico del Comune e/o dell'utente.

La retribuzione degli operatori sociali è a carico dei Comuni.

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

ART. 23 – 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 la 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 socioassistenziale 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 sociosanitarie 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;
- 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 le variazioni delle condizioni cliniche.

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

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

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 individuino 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 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 sulla cartella domiciliare degli abituali rilievi di competenza;
- 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.

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,
- 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, 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.
- **Il logopedista si occupa della Disfagia** o più comunemente disturbo della deglutizione: consiste nell'incapacità, nel rallentamento o nella difficoltà di deglutizione del cibo oppure delle sostanze liquide, dalla bocca allo stomaco. Con il passare del tempo, questo percorso non fisiologico del bolo può comportare seri danni alla salute; primi fra tutti l'aspirazione del cibo o liquido nelle vie aeree e di conseguenza una possibile polmonite *ab ingestis* che può sfociare in esiti infausti. Le persone di età avanzata o con malattie neurodegenerative come il morbo di Parkinson, l'Alzheimer, demenza, SLA, SM o esiti di ictus, ischemie e tumori testa-collo, possono avere maggiori difficoltà nella deglutizione.
-

L'O.S.S. (Operatore SocioSanitario) 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
- 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 potersi recare 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.

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. 24 - 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 una 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.;
- 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 socioassistenziali 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. 25 - 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 sociosanitaria e a rilevanza sociale**
 - Assistenti sociali
 - Operatore sociosanitario (OSS)
 - Operatore socioassistenziale (OSA)

Del nucleo operativo potrà far parte qualsiasi altra figura professionale utile alla soluzione dei problemi assistenziali della persona presa in carico, compreso il volontariato, con le modalità e nei limiti stabiliti dalla legislazione vigente.

ART. 26 - RAPPORTI TRA IL PERSONALE E 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. 27 - 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. 28 – 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 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 incarico 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. 29 – FLUSSI INFORMATIVI

In ottemperanza al D. M. del 17 dicembre del 2008 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare” e al DM 12 marzo 2019 “Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria” 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 vanno 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 (SINFONIA) 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 SII. 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.

ART.20 – 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

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.
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.

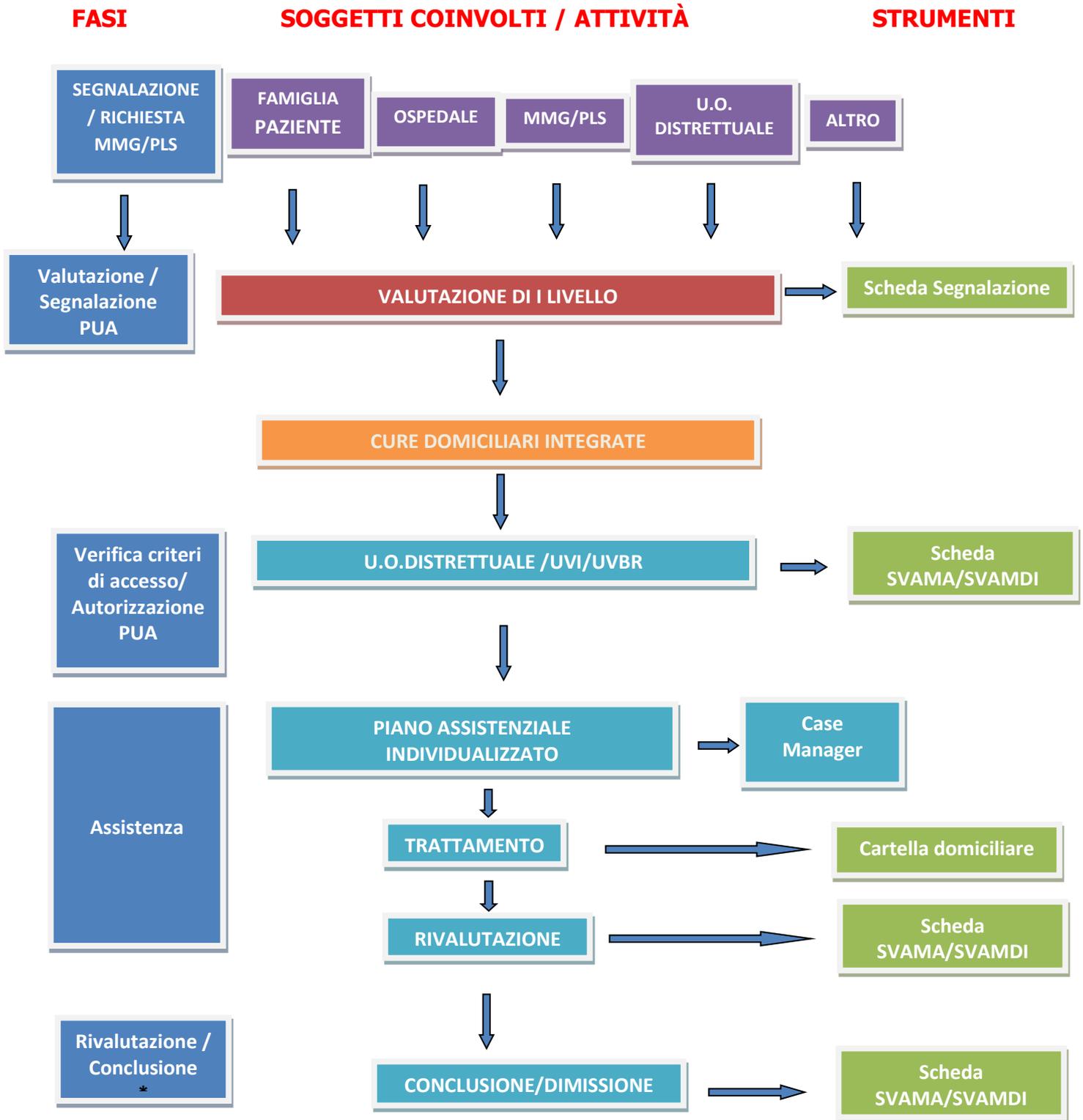
LEGENDA

- **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

- ✚ **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 di base
- ✚ **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 dei disabili gravissimi - Decreto Ministeriale del 26.09.2016. FNA 2016

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



ALLEGATO N. 2

COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE CON SUDDIVISIONE IN PROFILI PER LE CURE DOMICILIARI DI I – II – III LIVELLO E CURE PALLIATIVE NON TERMINALI E CURE PALLIATIVE TERMINALI	
PROFILO BASSO	4 - 6
PROFILO MEDIO	7 - 8
PROFILO ALTO	9 - 12
CURE DOMICILIARI I LIVELLO E CURE PALLIATIVE NON TERMINALI	
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

CURE DOMICILIARI II LIVELLO E CURE PALLIATIVE NON TERMINALI	
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

CURE DOMICILIARI III LIVELLO E CURE PALLIATIVE NON TERMINALI	
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

CURE DOMICILIARI IV 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 e 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	
• 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 • 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	
• PSOC 1	1
• PSOC 2	2
• PSOC 3	3

ALLEGATO N. 3

I fabbisogni assistenziali in relazione ai profili di cura

CURE DOMICILIARI I LIVELLO	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.)
CURE DOMICILIARI II LIVELLO	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 mensili 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 N. 4

PRESTAZIONI OCCASIONALI CURE DOMICILIARI DI BASE
Prestazioni Infermieristiche
1. Prelievo ematico
2. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.)
3. Terapia iniettiva intramuscolare
4. Terapia iniettiva sottocutanea
5. Cateterismo vescicale (sostituzione periodica)
6. Controllo saturazione
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
10. Istruzione all'utilizzo di ausili per la deambulazione
11. Educazione del caregiver* all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente
12. Educazione del caregiver alla corretta mobilizzazione / corretta postura del paziente
Prestazioni di aiuto infermieristico/Assistenza Tutelare/OSS
13. Igiene e mobilizzazione
14. Assistenza tutelare
15. Vigilanza su corretta assunzione di farmaci per os e registrazione in cartella
16. Educazione al caregiver
Prestazioni Mediche
17. Prescrizione di ausili o protesi
18. Consulenza medico specialistica
19. Visita Programmata del Medico di Medicina Generale
20. Visita programmata del medico specialista
21. Monitoraggio clinico
22. Teleconsulto

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 biomorali 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 sovrappubico 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 CURE DOMICILIARI DI III E CURE PALLIATIVE DOMICILIARI AI MALATI TERMINALI
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 infusione 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 infusione

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 ad interessamento neuromuscolare

Funzioni		I colonna Stadio A	II colonna Stadio B	III colonna Stadio C	IV colonna Stadio D
<i>Principali</i>	<i>Secondarie</i>	Deficit moderato (34-66%)	Deficit medio-grave (67- 80%)	Deficit grave (81 – 99%)	Deficit completo (100%: accompagnamento
Motricità	Deambulazione	Autonomo ma rallentata e faticosa	Rallentata e con necessità di appoggio di sicurezza	Perdita subcompleta della capacità di camminare autonomamente	Perdita completa della capacità di camminare
	Vestizione	Autonoma e completa, ma imprecisa e difficoltosa	Non sempre autonoma e con necessità di assistenza occasionale	Necessita di assistenza subcontinua	Dipendenza totale
Comunicazione	Scrittura	Rallentata e/o imprecisa ma comprensibile	Rallentata e imprecisa, talora difficilmente comprensibile	Perdita della capacità di scrivere a mano	Perdita della capacità di scrivere su tastiera
	Parola	Dislalia occasionale, linguaggio comprensibile	Dislalia subcontinua, linguaggio talora incomprensibile	Dislalia continua con linguaggio incomprensibile	Perdita della verbalizzazione
Alimentazione		Disfagia occasionale o sporadica	Disfagia con necessità di modificazioni della consistenza della dieta	Necessità di nutrizione enterale con gastrostomia	Nutrizione esclusivamente enterale o parenterale
Respirazione		Dispnea in attività fisiche moderate	Dispnea in attività fisiche minimali (necessita di assistenza ventilatoria intermittente e/o notturna)	Dispnea a riposo (necessita di assistenza ventilatoria intermittente e/o notturna)	Dipendenza assoluta dal respiratore
Funzione Sfinteriche		Moderata ritenzione, urgenza alla minzione o defecazione, o rara incontinenza urinaria	Frequente incontinenza urinaria e/o fecale	Cateterizzazione urinaria pressoché costante	Perdita delle funzioni vescicale e/o intestinale

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

ALLEGATO N. 8

TABELLA 6					
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	-	-	3
	Deambulazione	Rallentata e con necessità di appoggio di sicurezza	1	-	-
		Possibile solo con ausili per tratti brevi o con assistenza	-	2	-
		Assente	-	-	3
Autonomia personale	Abbigliamento	Necessità di assistenza occasionale	1	-	-
		Necessità di assistenza sub-continua	-	2	-
		Dipendenza totale	-	-	3
	Alimentazione	Assistenza parziale	1	-	-
		Assistenza attiva e continua	-	2	-
		Dipendenza totale	-	-	3
	Igiene personale	Necessità di aiuto per una o più operazioni	1	-	-
		Necessità di aiuto per tutte le operazioni	-	2	-
		Dipendenza totale	-	-	3
Comunicazione	Linguaggio	Poco comprensibile	1	-	-
		Incomprensibile	-	2	-
		Assente	-	-	3
Respirazione		Ventilazione non invasiva > 12 ore/die	1	-	-
		Ventilazione non invasiva > 20 ore/die	-	2	-
		Assistenza ventilatoria continua	-	-	3
Alimentazione	Deglutizione	Modificazione della dieta	1	-	-
		Alimentazione enterale adiuata	-	2	-
		Nutrizione esclusivamente enterale o parenterale	-	-	3
Funzioni sfinteriche	Continenza fecale	Saltuaria incontinenza o gravi episodi di stipsi	1	-	-
		Necessità frequente di manovre evacuative effettuate da terzi	-	2	-
		Dipendente da una persona per effettuare l'evacuazione	-	-	3
	Continenza urinaria	Saltuaria incontinenza	1	-	-
		Catetere a dimora	-	2	-
		Dipendente da una persona per effettuare la minzione	-	-	3
		PUNTEGGIO - SUBTOTALE			
		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

TABELLA 5. NUMERO MINIMO DI ACCESSI DOMICILIARI DELLE DIVERSE FIGURE PROFESSIONALI PER PAZIENTE SLA NEI DIVERSI STADI DI MALATTIA				
Stadio della malattia	A	B	C	D
ACCESSI MEDICI SPECIALISTI				
Neurologo	-	-	4/anno	3/anno
Fisiatra	-	-	4/anno	3/anno
Nutrizionista	-	-	4/anno	4/anno
Pneumologo/Anestesista	-	-	12/anno	15/anno
Psicoterapeuta o psicologo esperto	-	-	1	1
Totale accessi medici			12,5 in 180gg	13 in 180gg
ACCESSI PROFESSIONISTI DELLA RIABILITAZIONE				
Terapista motorio	-	3/sett.	2-4/sett.	1-2/sett.
Terapista occupazionale	-	1/mese	1/mese	1/mese
Logopedista	-	1/sett.	-	-
Terapista respiratorio	-	-	1/sett.	1/sett.
Totale accessi professionisti riabilitazione	-	4,25 a settimana (III livello basso)	5,25 a settimana (I livello max è di 4)	3,25 a settimana (II livello basso o alto o III livello basso)
Infermiere (case manager)	-	1/sett. (I livello)	1-8/sett. (compatibile con tutti i livelli di cure domiciliari)	0-14/sett. (compatibile con tutti i livelli di cure domiciliari)
Operatore sociosanitario (OSS)	-	1/sett. (I livello)	1-10/sett. (compatibile con tutti i livelli di cure domiciliari)	0-14/sett il massimo è 12. (nel caso è compatibile con tutti i livelli di cure domiciliari)
Profili di cure domiciliari di cui al decreto commissariale 1/2013	-	I Livello	II – III Livello	II - III Livello

ALLEGATO 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 Yahrmod**;
- 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: materiale 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 *Medical Research Council (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. In genere, 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 ostereotipato	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 afinalistici 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



REGOLAMENTO CURE DOMICILIARI INTEGRATE ANNO 2024

**Il Direttore U.O.C. Assistenza Anziani
e Cure Domiciliari
Dott.ssa Anna Marro**