



REGIONE CALABRIA

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

(nella qualità di Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Calabria nominato con delibera del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010)

n. 12 del 31 gennaio 2011

Oggetto: Approvazione linee guida sul sistema di cure domiciliari e accesso ai servizi territoriali. Obiettivo specifico (B6)

**Publicato sul Bollettino Ufficiale
della Regione Calabria n. _____ del _____**

REGIONE CALABRIA

Il Presidente della Giunta regionale

(nella qualità di Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria, nominato con delibera del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010)

Premesso che:

- la L. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) al co. 180 dell'articolo unico, come modificato dall'art. 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito in L. 14 maggio 2005, n. 80, prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico la necessità di procedere ad una ricognizione delle cause che lo determinano ed alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;
- ai sensi della medesima norma i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal successivo comma 173;
- l'articolo 22, co. 4, del decreto-legge 1° luglio 2009 n. 78, convertito con modificazioni dalla L. 3 agosto 2009 n. 102, ha stabilito, attesa la straordinaria necessità ed urgenza di tutelare, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, e di assicurare il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario regionale della regione Calabria, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tenuto conto dei risultati delle verifiche del Comitato e del Tavolo, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che la regione predisponga un Piano di rientro contenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale, da sottoscrivere con l'Accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e s.m.i.;
- il Piano di rientro è stato approvato con delibera di Giunta Regionale n. 845 del 16 dicembre 2009 ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima regione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009;

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 908 del 23.12.2009, avente ad oggetto: "Accordo per il piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria ex art. 1, co. 180, L. 311/2004, sottoscritto tra il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro della salute ed il Presidente della regione Calabria il 17 dicembre 2009 - Approvazione", successivamente integrata dalla D.G.R. n. 97 del 12/02/2010;

PRESO ATTO CHE:

- l'art. 7, co. 5, dell'Accordo prevede che gli interventi individuati dal Piano e allegati all'Accordo "sono vincolanti, ai sensi dell'art. 1, co. 796, lettera b) della L. n. 296/2006, per la regione Calabria e le determinazioni in esso previste comportano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione Calabria in materia di programmazione sanitaria";
- che l'art. 2, co. 95, della L. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), prevede che "Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro";

DATO ATTO che, ai sensi dell'art. 3 del sopra citato Accordo in materia di esecuzione del Piano di Rientro, è prevista:

- la funzione di affiancamento della regione per l'attuazione dello stesso, che è svolta da parte del

Ministero della Salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui all'art. 1 co. 288 della L. 23/12/2005 n. 266;

- la trasmissione ai Ministeri competenti, ai fini dell'acquisizione di un preventivo parere, dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e, comunque, di tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 30 Luglio 2010 con la quale il Presidente *pro tempore* della Regione Calabria è stato nominato Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario ai sensi dell'art. 4 del D.L. 01/10/2007 n. 159, convertito in legge con modificazioni dall'art. 1 L. 29/11/2007 n. 222;

CONSIDERATO che ai sensi dell'art. 2, co. 83 della Legge n° 191/09 il Presidente della Regione nominato Commissario *ad acta* adotta tutte le misure indicate nel piano nonché gli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali da esso implicati in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano;

DATO ATTO che la citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010 dispone la prosecuzione del Piano di rientro attraverso i programmi operativi del Commissario *ad acta*, diretti a dare attuazione alle linee di intervento già previste dal Piano di rientro, coerentemente con gli obiettivi finanziari programmati, sia nella dimensione finanziaria che nella tempistica di attuazione e tenuto conto delle specifiche prescrizioni e osservazioni già comunicate dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 4 agosto 2010, con la quale il Gen. Dott. Luciano Pezzi e il Dott. Giuseppe Navarra sono stati nominati *sub commissari* per l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria;

CONSIDERATO CHE:

- la Giunta della Regione Calabria, con deliberazione 11 novembre 2008, n. 848 ha preso atto del meccanismo di incentivazione legato agli obiettivi di servizio del Quadro Strategico Nazionale 2007 – 2013 previsto nella delibera CIPE n. 82 del 3 agosto 2007;

- nella citata delibera CIPE sono, altresì, esplicitati i target di realizzazione, coerenti con la legislazione europea e nazionale, da raggiungere entro il 2013, previo esito positivo della verifica intermedia del 2009, finalizzato all'attivazione dei meccanismi premiali;

- tra gli obiettivi di servizio condivisi con le regioni del Mezzogiorno, è stato individuato tra gli altri quello di *aumentare i servizi di cura per l'infanzia e la popolazione anziana*, qualificato come Obiettivo 2;

- tra gli indicatori statistici, per verificare il conseguimento degli obiettivi, in termini di disponibilità e qualità dei servizi offerti, è stato individuato, tra gli altri, l'*indicatore S.06* relativo alla percentuale degli anziani assistiti in ADI rispetto al totale della popolazione anziana;

- entro il 2013, previa verifica intermedia fissata nel 2009 e già eseguita con esito positivo, la Regione dovrà, dunque, garantire, per accedere al sistema di premialità sotteso al QSN, il raggiungimento di un target pari al 3,5%;

- il Dipartimento Tutela della Salute, con i componenti del Gruppo Regionale di Coordinamento per l'Assistenza Domiciliare Integrata e con i Funzionari e Dirigenti del Dipartimento Lavoro – Settore Politiche Sociali, ha posto in campo una serie di azioni sinergiche che, in linea anche con la programmazione regionale in materia socio-sanitaria ed indipendentemente dalla premialità da conseguire, consentissero una migliore implementazione del servizio (rientrante nei LEA) e il superamento del problema interistituzionale da riferire al sistema di regolazione integrata dei rapporti tra i soggetti responsabili dell'erogazione integrata delle prestazioni;

- il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - Settore Salute e Settore Sociale, insieme al Dipartimento delle Politiche della Famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha affidato al Formez, in qualità di Ente in house della PA, il compito di affiancare l'Amministrazione nel processo attuativo della prima fase (2009 – 2010) del Progetto "Azioni di Sistema e Assistenza Tecnica per il conseguimento dei target relativi ai servizi di Assistenza Domiciliare Integrata per la popolazione anziana", prevedendo in particolare, tra gli obiettivi specifici, nell'ambito della linea d'intervento "Costruzione di un approccio integrato alla programmazione e gestione dei servizi ADI" il superamento delle criticità rilevate circa l'effettiva erogazione integrata del servizio;

- con il supporto del Formez, il gruppo di coordinamento regionale A.D.I costituito con il decreto dirigenziale n. 21948 del 28 dicembre 2007 formato dai referenti delle 5 A.S.P. e da un rappresentante del Settore Politiche Sociali del Dipartimento Lavoro, ha elaborato le Linee Guida (L.G.) regionali sul sistema di cure domiciliari e l'accesso ai servizi territoriali,

- tra gli obiettivi e le azioni relativi alla riorganizzazione del piano di rientro relativi alla riorganizzazione della rete di assistenza territoriale di cui Piano di Rientro della Regione Calabria, è previsto l'obiettivo specifico (B6) "Sviluppo delle cure domiciliari";

- le Linee Guida elaborate dal gruppo regionale di coordinamento prevedono, in particolare:

- L'adozione sperimentale della scala di valutazione multidimensionale S.Va.MA.;
- la riorganizzazione del sistema di offerta dei servizi sociosanitari mediante l'attuazione del P.U.A (Punto Unico d'Accesso) distrettuale;
- l'attivazione dell'ADI vincolata all'elaborazione e attuazione del progetto PAI definito in sede di Valutazione multidimensionale (UVM);
- la necessità di assicurare la continuità assistenziale h 24 attraverso processi di dimissione "protetta", di coinvolgimento dei medici di assistenza primaria e dei medici di continuità assistenziale;
- lo sviluppo di strumenti per l'analisi del fabbisogno di cure domiciliari e la valutazione dei servizi erogati;
- indicatori e standard ministeriali per lo sviluppo di sistemi di pianificazione e controllo qualitativo delle attività;
- lo snellimento delle procedure per l'erogazione diretta a domicilio dell'assistenza farmaceutica, integrativa e protesica;
- il progetto dell'integrazione territorio ospedale da attuare attraverso la Dimissione Protetta a favore di quei malati che al momento della dimissione necessitano di continuità assistenziale;
- la realizzazione di percorsi formativi mirati allo sviluppo di competenze in ambito di:
 - organizzazione e gestione integrata dei servizi sociosanitari;
 - valutazione multidimensionale, programmazione integrata degli interventi, presa in carico e verifica sulla realizzazione delle prestazioni integrate sociosanitarie;
 - professioni sociali impegnate nel lavoro di cura;

DECRETA

Per quanto esposto in narrativa che si richiama quale parte integrante e sostanziale:

DI APPROVARE le "Linee Guida sul sistema di cure domiciliari e l'accesso ai servizi territoriali" allegate al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale;

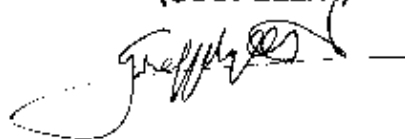
DI TRASMETTERE il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell'accordo del piano di rientro, ai Ministeri competenti ai fini dell'acquisizione di un preventivo parere;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto, agli interessati, ai Ministeri dell'economia e finanze e della salute, per la pubblicazione sul Bollettino regionale e sul sito web istituzionale della Regione Calabria.

Il Sub Commissario

Gen. Dott. Luciano Pezzi

(SCOPELLIT)





REGIONE CALABRIA

GIUNTA REGIONALE

Dipartimento "Tutela della Salute Politiche Sanitarie"

**LINEE GUIDA SUL SISTEMA DI CURE
DOMICILIARI E L'ACCESSO AI SERVIZI
TERRITORIALI**

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M. Cucu'.

1. CURE DOMICILIARI	Pag 3
1.1 Inquadramento generale	Pag 3
1.2 Servizio Socio Assistenziale Domiciliare (SSAD)	Pag 3
1.3 Cure Domiciliari Integrate e Cure Palliative	Pag 4
1.4 Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) e Cure Domiciliari Prestazionali Cicliche (CDPO)	Pag 5
2. IL PUNTO UNITARIO DI ACCESSO	Pag 6
2.1 Inquadramento generale	Pag 6
2.2 Organizzazione generale e funzioni di base	Pag 6
2.3 Composizione	Pag 6
3. L'UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE	Pag 7
3.1 Inquadramento generale	Pag 7
3.2 Composizione	Pag 7
3.3 Gli strumenti operativi dell'UVM: la scheda di valutazione multidimensionale	Pag 7
3.4 Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e profili di ruolo dedicati (care manager, care giver, case manager)	Pag 8
4. MODALITA' ORGANIZZATIVE	Pag 10
4.1 Presentazione della domanda	Pag 10
4.2 Gestione istanza in PUA	Pag 10
4.3 Funzionamento dell'UVM e definizione del PAI	Pag 10
4.4 Dimissione protetta	Pag 11
4.5 Fornitura di farmaci, ausili e presidi	Pag 11
4.6 Cessazione del servizio di Cure Domiciliari Integrate e Palliative	Pag 11
4.7 Tempi	Pag 12
5. IL GOVERNO CLINICO DEL SISTEMA DI CURE DOMICILIARI	Pag 12
5.1 Standard qualificanti i profili di cura domiciliari	Pag 12
5.2 Adempimenti informativi: NSIS	Pag 14
5.3 La formazione	Pag 16
ALLEGATI	
1. Elenco delle prestazioni sociali previste nel SSAD	Pag 17
2. Elenco delle prestazioni sanitarie previste nelle CDI di 1° e 2° livello	Pag 18
3. Elenco delle prestazioni sanitarie previste nelle CDI di 3° livello	Pag 20
4. Elenco delle prestazioni sanitarie previste nelle CDPO	Pag 24
5. Scheda di Proposta di Accesso ai Servizi Territoriali	Pag 25



1. CURE DOMICILIARI

1.1 Inquadramento generale

Le cure domiciliari consistono in un insieme coordinato di interventi sanitari e/o sociali per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti ed in condizioni di fragilità.

Gli obiettivi che le cure domiciliari si prefiggono sono quelli di:

- stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana della persona anche nella malattie in fase avanzata, evitando il ricorso inappropriato in ospedale od altra struttura residenziale;
- consentire il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione della persona;
- supportare la famiglia.

In base alla complessità assistenziale dettata dalla natura del bisogno espresso dalla persona sotto l'aspetto clinico, funzionale e sociale, si distingue tra:

1. Servizio Socio Assistenziale Domiciliare (SSAD);
2. Cure Domiciliari Integrate (CDI):
 - di primo Livello;
 - di secondo Livello;
 - di terzo Livello;
3. Cure Domiciliari Palliative (CDP);
4. Assistenza Domiciliare Programmata (ADP);
5. Cure Domiciliari Prestazionali Occasionali (CDPO).

Le cure domiciliari integrano le altre forme di assistenza territoriale fornite dal distretto socio-sanitario e dai comuni.

1.2 Servizio Socio Assistenziale Domiciliare (SSAD)

Il SSAD si caratterizza per una risposta assistenziale ad un bisogno di natura sociale. Il SSAD è rivolto a persone non autosufficienti con bisogni di tipo sociale (emarginazione sociale, isolamento, difficoltà familiari ecc.) al fine di supportarle nelle azioni quotidiane garantendone le condizioni di sicurezza nel proprio contesto abitativo e promuovendone la vita sociale nella propria comunità, anche con il concorso del terzo settore e di tutte le risorse di cui la comunità dispone.

Il SSAD comprende inoltre un insieme integrato di servizi diretto ad alleggerire le famiglie dal carico assistenziale ed a fornire alle stesse, conoscenze in materia di cura e assistenza delle persone non autosufficienti. Il servizio fornisce prestazioni flessibilmente adattate ai bisogni della persona e che possono coesistere od integrarsi con quelle sanitarie (Allegato 1).



1.3 Cure Domiciliari Integrate e Cure Palliative

Le CDI si rivolgono a persone che presentano un bisogno complesso, sanitario o socio-sanitario, che implica l'adozione di interventi ad integrazione multi professionale e continuativi nel tempo e quindi una presa in carico. Esse richiedono la definizione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) basato su una valutazione globale di tutti i bisogni della persona (valutazione multidimensionale) condotta da una *equipe* dedicata rappresentata dall' Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

I requisiti indispensabili per l'attivazione delle CDI sono:

- condizione di non autosufficienza, fragilità e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;
- adeguato supporto familiare o informale;
- idonee condizioni abitative;
- consenso informato da parte della persona e della famiglia;

Le CDI di primo e secondo livello si rivolgono a persone che, pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente invalidanti, hanno bisogno di continuità assistenziale con interventi che si articolano sui 5 giorni (primo livello) o 6 giorni (secondo livello) è riportato nell'**allegato 2**.

Le CDI di terzo livello si rivolgono a persone che presentano dei bisogni con un livello di complessità assistenziale elevato in presenza di criticità specifiche:

- malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata;
- 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 stato di minima coscienza.

A determinare l'elevata intensità assistenziale delle CDI di terzo livello concorrono l'instabilità clinica, la presenza di sintomi di difficile controllo, la necessità di un particolare supporto alla famiglia. Gli interventi si articolano su 7 giorni settimanali.

L'elenco delle prestazioni sanitarie per le CDI di terzo livello è riportato nell'**allegato 3**.

Le CDP rappresentano, per caratteristiche di complessità dei bisogni e dell'intervento, delle CDI di terzo livello. Esse possono essere definite come l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali finalizzati alla cura attiva di persone con patologie (oncologiche e non)



caratterizzate da una evoluzione progressiva e prognosi infausta che non rispondono più a trattamenti specifici.

Richiedono la presenza di una *equipe* assistenziale con peculiari competenze la cui composizione minima è costituita da un infermiere, medico dedicato alle cure palliative (palliativista in possesso di idonea formazione ed esperienza in cure palliative) e dal medico di medicina generale/pediatra di libera scelta dell'assistito a cui si aggiungono, in funzione dei bisogni dell'assistito e dei familiari, altri professionisti (psicologo, assistente sociale, operatore socio-assistenziale, fisioterapista, assistente spirituale).

La continuità assistenziale per 7 giorni la settimana per 24/24 ore deve essere garantita dalla predetta *equipe*, anche attraverso meccanismi di integrazione di risorse mediche e infermieristiche con formazione specifica nelle cure palliative.

L'elenco delle prestazioni sanitarie per le CDI di primo e secondo livello è riportato nell'**allegato 2**. Quello delle CDI di terzo livello e delle CDP nell' **allegato 3**. Per le prestazioni sociali eventualmente integrative di quelle sanitarie si rimanda all'**allegato 1**.

1.4 Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) e Cure Domiciliari Prestazionali Occasionali (CDPO)

Un bisogno sanitario semplice, che non richieda interventi continuativi nel tempo e l'adozione di un PAI definito attraverso una valutazione multidimensionale, può trovare soddisfacimento nell'ADP e nelle CDPO.

L'ADP viene definita nell' Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale a cui si rimanda (art. 53, comma 1, lettera b ed allegato G).

Le CDPO consistono in prestazioni di natura sanitaria e che hanno la caratteristica di essere di tipo occasionale. Possono essere richieste dal MMG/PLS anche ad integrazione di progetti di ADP. La gamma di prestazioni delle CDPO viene riportata nell'**Allegato 4**.

Sia l'ADP che le CDPO possono coesistere con interventi di natura sociale (SSAD) laddove, accanto al bisogno sanitario semplice, si evidenzia anche un bisogno sociale.



2. IL PUNTO UNITARIO DI ACCESSO

2.1 Inquadramento generale

Il “ Punto Unitario di Accesso” (PUA), è un organismo unitario, realizzato dalle Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) e dai Comuni, che esprime, in senso figurato, il luogo di ingresso ai servizi territoriali. L'unitarietà richiama l'idea di un accesso non settoriale e frammentato ai servizi, con una gestione esclusiva della domanda attraverso il raccordo operativo e la condivisione di responsabilità tra ASP e Comuni. In tal senso il PUA si prefigge, facendosi carico della domanda, di agevolare l'accesso dei cittadini all'offerta dei servizi territoriali ed allo stesso tempo di migliorare l'appropriatezza clinico-organizzativa degli interventi assistenziali.

2.2 Organizzazione generale e funzioni di base

All'interno di uno specifico ambito territoriale, il PUA è organizzato in più *front office* ed un servizio di *back office*.

Il servizio di *front office* costituisce la diramazione periferica del PUA con diffusione capillare sul territorio. Esso rappresenta il punto di riferimento per l'informazione ai cittadini circa le prestazioni e le risorse dell'offerta dei servizi territoriali. Accoglie le richieste di accesso e predispone quanto necessario in raccordo con i comuni ed il servizio di PUA *back office* contribuendo a dare risposta immediata ai bisogni semplici. Può essere localizzato a livello del distretto socio sanitario, nonché dei comuni (ed eventualmente, nell'ambito di questi, delle circoscrizioni od aree periferiche) anche in forma associata.

Il servizio di *back office* rappresenta invece l'anello di congiunzione tra *front office* ed UVM, la cabina di regia del PUA. Esso accoglie, gestisce e valuta le richieste di accesso ai servizi territoriali contribuendo ad identificare l'ambito più appropriato per il soddisfacimento dei bisogni della persona. Si raccorda, a seconda dei casi, con i comuni, le professionalità del distretto socio sanitario e l'UVM a cui fornisce supporto di segreteria amministrativa. E' inoltre gestore della banca dati relativa agli assistiti. Tale servizio trova la propria collocazione naturale all'interno del distretto socio sanitario.

2.3 Composizione

I servizi di PUA *front office* dovranno prevedere la presenza di figure professionali adeguatamente formate e preferibilmente di area sociale. I servizi di PUA *back office* dovranno



prevedere la presenza di un medico ed un infermiere del distretto socio sanitario integrati da un assistenti sociali e figure professionali di area sociale/amministrativa, tutti adeguatamente formati.

3. L'UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

3.1 Inquadramento generale

L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) è una *equipe* professionale con competenze multidisciplinari il cui obiettivo è quello di valutare il bisogno complesso dalla persona dandone soddisfazione attraverso gli interventi assistenziali più appropriati.

Le funzioni essenziali dell'UVM possono essere così riassunte:

- a) valutare, attraverso un processo completo e dinamico (valutazione multidimensionale) i bisogni complessi dalla persona segnalati dal PUA;
- b) identificare l'ambito e gli interventi più appropriati al caso attraverso l'elaborazione del PAI;
- c) verificare periodicamente i risultati ottenuti rimodulando, se necessario, il programma assistenziale proposto;

3.2 Composizione

L'UVM ha la seguente composizione di base:

- a) Responsabile UVM (Dirigente Medico Distretto);
- b) Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS) dell'assistito;
- c) Infermiere; .
- d) Assistente sociale;

L'UVM si integra con il medico geriatra per la valutazione di soggetti anziani (età ≥ 65 anni) e con componenti a chiamata (medico specialista, psicologo, terapeuta della riabilitazione ecc) in relazione alle necessità del caso.



3.3 Gli strumenti operativi dell'UVM: la scheda di valutazione multidimensionale

Lo strumento a supporto dell'UVM è la scheda di valutazione multidimensionale S.Va.M.A (Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'adulto e dell'anziano). Attraverso tale scheda avviene l'inquadramento dettagliato della persona sotto il profilo socio-sanitario tramite la raccolta di:

- a) informazioni sulle condizioni sociali, familiari, economiche ed abitative;
- b) informazioni specifiche sulle patologie e sul quadro clinico-funzionale;

La scheda S.Va.M.A. si compone di tre schede di valutazione monodimensionale:

1. scheda per la valutazione sanitaria che dovrà essere compilata dal MMG/PLS del richiedente o medico proponente il servizio;
2. scheda per valutazione cognitivo-funzionale che potrà essere compilata dal medico o dall'infermiere del PUA back office;
3. scheda per la valutazione sociale che dovrà essere compilata da un assistente sociale.

La S.Va.M.A. è completata da una quarta scheda (scheda generale), da compilare in sede di valutazione multidimensionale, riassuntiva delle caratteristiche anagrafiche, sanitarie e sociali dell'assistito e contenente il verbale della seduta UVM.

La S.Va.M.A può essere integrata, di volta in volta, da specifiche schede per la valutazione di altre aree ad elevata integrazione come la psichiatria, le dipendenze, la disabilità e l'arca minori.

L'utilizzo dello strumento S.Va.M.A. sarà inizialmente avviato come sperimentazione annuale.

3.4 Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e profili di ruolo dedicati (care manager, care giver, case manager)

Attraverso la valutazione multidimensionale condotta dall'UVM viene definito il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). Il PAI rappresenta la base di programmazione degli interventi assistenziali. Esso deve definire esplicitamente ed in maniera analitica:

- a) obiettivo da raggiungere (verificabile e misurabile);
- b) regime prestazionale (domiciliare, residenziale, semiresidenziale)
- c) tipologia di servizi e prestazioni da erogare
- d) figure professionali da impiegare (*team* assistenziale);
- f) data di avvio, cadenza degli interventi e durata del piano con la previsione di una verifica intermedia e finale;



- g) modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi

Il PAI è comunicato all'assistito ed ai suoi familiari ed è da essi approvato e sottoscritto

Il PAI deve inoltre esplicitare le competenze e funzioni di due profili di ruolo dedicati: il *case manager* ed il *care giver*.

Il *case manager* assume la funzione di responsabile del percorso assistenziale, con il compito di seguire il paziente, coordinare le risorse e migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza. Questo ruolo viene affidato di norma, nel corso della definizione del PAI, ad un infermiere.

Il *care giver* è il referente familiare che partecipa attivamente alle Cure. Soggetto ed oggetto di cura, il *care giver* deve essere adeguatamente formato e supportato a svolgere il suo ruolo definito nel PAI.

Al MMG/PLS viene riconosciuto il ruolo di *care manager* ossia responsabile del processo di cura e quindi di referente formale della presa in carico che coordina gli interventi sanitari all'interno del PAI.

Il *care manager*:

- a) sorveglia la corretta esecuzione del PAI;
- b) contribuisce a supportare il *care giver* familiare di riferimento per l'attuazione del piano d'intervento nel rispetto delle abitudini di vita del malato/famiglia;
- c) richiede eventuali consulenze specialistiche;
- d) suggerisce la rivalutazione anticipata per eventuale nuovo PAI.

4. MODALITA' ORGANIZZATIVE

4.1 Presentazione della domanda

La richiesta di accesso ai servizi territoriali può essere presentata al PUA *front-office*, mediante l'apposita scheda di proposta per l'accesso (**allegato 5**).

A tale scheda dovrà essere allegata tutta la documentazione necessaria, nonché la modulistica eventualmente prevista, per la valutazione dell'istanza e concessione del servizio.

Nel caso di richieste di accesso a servizi che necessitano di una valutazione multidimensionale e della predisposizione del PAI, alla scheda di proposta di accesso possono essere allegate le schede di valutazione monodimensionale (sanitaria e/o sociale).



4.2 Gestione istanza in PUA

Nel caso di richieste di SSAD e di servizi forniti direttamente dai comuni, ai fini della concessione degli stessi, il PUA *front office* può trasmettere l'istanza al PUA *back office* od altresì può, verificata l'eleggibilità del richiedente, procedere direttamente all'attivazione che in ogni caso dovrà avvenire per il tramite dei servizi sociali del comune di residenza o del comune capofila sede di distretto socio sanitario.

Le richieste relative agli altri servizi territoriali dovranno invece essere trasmesse al PUA *back office* che valuterà le istanze al fine di identificare la soluzione più appropriata al caso.

Per servizi che presuppongano la valutazione multidimensionale e la redazione del PAI, il PUA *back office* si attiverà per il completamento di tutta la documentazione necessaria alla valutazione multidimensionale (schede di valutazione monodimensionale cognitivo-funzionale e schede di valutazione monodimensionale sanitaria e/o sociale, se mancanti, nonché ogni altra documentazione utile). Contestualmente trasmetterà l'istanza al responsabile UVM.

4.3 Funzionamento dell'UVM e definizione del PAI

L'istanza è esaminata preliminarmente dal responsabile UVM il quale ha la facoltà di predisporre ulteriori approfondimenti sanitari e/o sociali. Egli convoca quindi la seduta di valutazione multidimensionale, momento di integrazione delle informazioni e di vera e propria valutazione complessiva da parte dell'UVM ed in cui avviene l'elaborazione del PAI. Alla seduta UVM viene invitato a partecipare il referente familiare (od eventualmente della rete informale) della persona.

Una volta definito il PAI il *team* assistenziale dovrà disporre, al domicilio dell'assistito, di una cartella su cui riportare la cronologia degli accessi e gli interventi effettuati. Sarà cura del *case manager* verificare la corretta tenuta della predetta cartella che correrà, alla chiusura del progetto assistenziale, il fascicolo personale dell'assistito che dovrà essere conservato presso il distretto socio sanitario.

Qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base ai quali è stato elaborato il PAI esso dovrà essere modificato, adattato e nuovamente comunicato all'assistito ed ai suoi familiari per l'approvazione e sottoscrizione.



.....

.....

4.4 Dimissione protetta

La dimissione protetta si applica a tutti i pazienti ricoverati che, al momento della dimissione, necessitano di continuità assistenziale erogabile attraverso i servizi territoriali.

La richiesta di accesso va rappresentata, dal referente medico della struttura di ricovero, attraverso la scheda di proposta di accesso, al PUA back office che può provvedere ad attivare direttamente il servizio od altresì, nel caso di accesso a servizi che necessitano di una valutazione multidimensionale e della predisposizione del PAI, trasmettere l'istanza (che in questi casi dovrà essere corredata della S.Va.M.A sanitaria e sociale) al responsabile UVM che attiverà la valutazione multidimensionale a cui dovranno sempre essere presenti il medico e l'assistente sociale della struttura di ricovero che propone la dimissione protetta nonché il MMG/PLS dell'assistito.

La richiesta per l'accesso ai servizi territoriali dovrà essere rappresentata almeno 72 ore lavorative prima la data presunta di dimissione.

La dimissione protetta, pur potendo essere ulteriormente disciplinata nel dettaglio operativo da protocolli locali, non può mai prescindere dalla presentazione della richiesta al PUA back office e dalla compilazione della scheda S.Va.M.A. nel caso di servizi che presuppongano la valutazione multidimensionale e la predisposizione del PAI.

4.5 Fornitura di farmaci, ausili e presidi

Il team assistenziale dovrà provvedere all'erogazione diretta di tutti i farmaci inclusi in quelli di fascia H necessari all'attuazione dei piani terapeutici definiti dall'UVM. Restano, invece, prescrivibili dai MMG/PLS e dal medico responsabile di UVM, tramite l'utilizzo dei ricettari del SSN, tutti i farmaci per il trattamento della patologie concomitanti o i farmaci non presenti nel prontuario terapeutico.

Il bisogno dell'assistito di utilizzare specifici ausili o presidi, se non preliminarmente definito da un medico specialista, viene rilevato dall'UVM al momento della valutazione multidimensionale o, successivamente, nel corso dell'assistenza, in relazione ai bisogni occorrenti, dal *care manager* in raccordo con l'UVM.

Sarà cura del *team* assistenziale supportare, quando necessario, l'assistito ed il *care giver* al corretto utilizzo di determinati ausili e/o presidi

Sarà cura del *case manager* assicurarsi che gli ausili e/o presidi concessi siano resi al fornitore cessato il bisogno iniziale.

4.6 Cessazione del servizio di Cure Domiciliari Integrate e Palliative

La dimissione dal percorso di cure domiciliari può avvenire per:

- volontà esplicita del paziente di interrompere il PAI;



- cessazione su richiesta del *care manager* per il miglioramento delle condizioni dell'assistito;
- trasferimento ad altro regime assistenziale (residenziale, semiresidenziale, ospedaliero).
- decesso.

4.7 Tempi di attivazione

Per quanto riguarda l'accesso a servizi volti al soddisfacimento di bisogni complessi sanitari o socio-sanitari l'istruttoria (dalla richiesta all'erogazione del PAI), dovrà di norma concludersi entro 14 giorni lavorativi.

Qualora le risorse necessarie alla realizzazione del PAI a domicilio non fossero immediatamente disponibili, l'assistito verrà inserito in lista di attesa nel rispetto dell'ordine di presentazione della richiesta.

Nel caso di CDI e CDP che necessitino di una presa in carico immediata in relazione ai bisogni della persona, il responsabile UVM attiva direttamente gli interventi più idonei rimandando la valutazione multidimensionale in un momento successivo nell'arco di 7 giorni.

5. IL GOVERNO CLINICO DEL SISTEMA DI CURE DOMICILIARI

Il sistema delle cure domiciliari rappresenta uno degli ambiti sanitari più suscettibili a strategie di governo clinico finalizzate a consentirne un continuo miglioramento.

A riguardo si rende indispensabile garantire:

- Il rispetto degli standard qualificanti i profili di cura domiciliari;
- l'efficace assolvimento degli adempimenti informativi;
- la formazione costante degli operatori.

5.1 Standard qualificanti i profili di cura domiciliari

Gli standard qualificanti i profili di cura domiciliari, che si propongono nelle presenti linee guida, sono stati proposti nel documento elaborato dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza dal titolo: "*Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*".

Essi si basano su tre principali indicatori:

1. la durata pianificata del progetto (dall'avvio alla cessazione del servizio) espressa dal numero di Giornate di Cura (GdC)
2. la durata effettiva del progetto, espressa dal numero di Giornate Effettive di Assistenza (GEA)



3. la complessità assistenziale espressa dal Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) ottenuto come rapporto tra GEA/GdC

Gli stessi inoltre quantificano, in funzione del case mix clinico assistenziale, l'impegno delle figure professionali coinvolte nell'assistenza domiciliare. Tali figure professionali previste negli standard possono essere integrate nei progetti assistenziali, in relazione alle varie esigenze, da operatori del terzo settore (cooperative sociali, associazioni di promozione sociale, associazioni di volontariato, ONG, ONLUS, ecc.) di cui le ASP ed i Comuni potranno avvalersi.

Gli standard sono riportati nella tabella 1.

Tabella 1. Standard qualificanti i profili di cura domiciliari

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità (CIA- GEA/GdC) 31	Durata Media	Complessità	
				Mix delle figure professionali / impegno assistenziale	Operatività del servizio (fascia oraria 8-20)
				Figure professionali previste in funzione del PAI 28 e tempo medio in minuti per accesso domiciliare	
CD Prestazionali (Occasionali o cicliche programmate)	Clinico Funzionale			Infermiere (15-30') Professionisti della Riabilitazione(30') Medico (30')	5 giorni su 7 8 ore die
CD Integrate di Primo Livello (ge A10)	Clinico Funzionale Sociale	Fino a 0,30	180 giorni	Infermiere (30') Professionisti della Riabilitazione (45') Medico (30') Operatore socio-sanitario (60')	5 giorni su 7 8 ore die
CD Integrate di Secondo Livello (ge A20)	Clinico Funzionale Sociale	Fino a 0,50	180 giorni	Infermiere (30-45') Professionisti della Riabilitazione(45') Dietista (30') Medico (45') Operatore socio-sanitario (60-90')	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
CD Integrate di Terzo Livello (ge O0)	Clinico Funzionale Sociale	Superiore a 0,50	90 giorni	Infermiere (60') Professionisti della Riabilitazione(60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o Medico Specialista (60') Operatore socio-sanitario (60-90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Pronta disponibilità medica ore 8-20
Cure Palliative malati terminali (ge O50)	Clinico Funzionale Sociale	Superiore a 0,60	60 giorni	Infermiere (60') Professionisti della Riabilitazione(60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o Medico Specialista (60') Operatore socio-sanitario (60-90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Pronta disponibilità medica 24 ore

5.2 Adempimenti informativi: SIAD (Sistema Informativo per il monitoraggio dell' Assistenza Domiciliare)

Il Sistema Informativo per il monitoraggio dell' Assistenza Domiciliare (SIAD), ufficialmente istituito con Decreto ministeriale del 17 dicembre 2008, prevede a partire dal primo gennaio 2010 l'assolvimento del debito informativo relativo agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati in maniera programmata nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

Tale sistema prevede la raccolta sistematica di informazioni relative ai seguenti ambiti:

- caratteristiche anagrafiche dell'assistito;

- valutazione ovvero rivalutazione socio sanitaria dell'assistito e dei relativi bisogni assistenziali;
- erogazione dell'assistenza;
- sospensione della presa in carico;
- dimissione dell'assistito.

Le tipologie di Cure Domiciliari oggetto di rilevazione sono quelle ricomprese nelle CDI e nelle CDP (inclusi i casi di dimissione protetta).

Non devono invece essere inviati al sistema informativo nazionale per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare le informazioni relative:

- Le cure domiciliari in cui l'erogazione delle prestazioni a domicilio avviene da parte di un'equipe ospedaliera.
- Le ADP e CDPO;

Per quest'ultime, così come per il SSAD dovrà essere attivato un flusso informativo regionale per completare il quadro informativo.

La regione provvede alla redazione di un Rapporto biennale sulle cure domiciliari utilizzando i dati dei nuovi flussi informativi (di cui al D.M. 17/12/2008) a cui si devono aggiungere i dati sulla integrazione sociosanitaria delle prestazioni al fine di verificare il livello di raggiungimento degli obiettivi, le criticità e le possibili proposte per sviluppare e migliorare l'assistenza domiciliare.

Al fine di verificare tempestivamente l'andamento dell'assistenza domiciliare e il raggiungimento di determinati obiettivi, tenuto conto che il flusso informativo attivato dal Decreto ministeriale 17/12/2008 fornisce un ampio quadro di informazioni statistiche, si ritiene utile aggiungere una serie di 9 indicatori che saranno rilevati annualmente. Tali indicatori sono riportati nella tabella 2.



Tabella 2. Indicatori di verifica attività erogata

INDICATORI DI VERIFICA DELL'EROGAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI E CRITERI DI ELEGGIBILITÀ			
Profilo di cura	INDICATORI	VALORI STANDARD	CRITERI DI ELEGGIBILITÀ
Per tutti i livelli	N.1 Numero Distretti (Asl) che erogano tutti i livelli / Numero totale Distretti Asl	100%	Non autosufficienza Disabilità motoria permanente/temporanea tale da impedire l'accesso agli ambulatori di competenza Deterioramento cognitivo di livello elevato con disturbi del comportamento
CD Prestazionali (occasionali o cicliche programmate)			Condizioni anche temporanee di particolare fragilità clinica
CD Integrate di Primo Livello	N.2.1 Numero malati assistiti >= 65 anni / residenti >= 65 anni	3,5%	Condizioni di fragilità clinica in malati multiproblematici anche al fine di prevenire il ricovero ospedaliero Continuità assistenziale in fase di dimissione dall'ospedale o da una struttura residenziale territoriale Quadri clinici instabili che richiedono un monitoraggio continuativo e di adeguamento della terapia compatibili con la permanenza a domicilio. Stati vegetativi e di minima coscienza. Condizioni di terminalità oncologica e non. Sclerosi Laterale Amiotrofica. AIDS
CD Integrate di Secondo Livello	N.2.2 Numero malati assistiti >= 75 anni / residenti >= 75 anni	7%	
CD Integrate di Terzo Livello			
Cure Palliative malati terminali DM 22.02.07 - n.43	N. 3 Numero malati deceduti per anno a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) assistiti dalla rete di Cure palliative a domicilio :numero malati deceduti per malattia oncologica per anno	>=45%	
	N. 4 Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208)	>= al valore soglia individuato per l'indicatore n. 3	
	N. 5 Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa tra segnalazione e presa in carico domiciliare è inferiore o uguale a 3 gg / numero malati curati a domicilio con assistenza conclusa	moltiplicato per 55 (espresso in giorni)	

5.3 La formazione

La Regione provvederà a realizzare corsi di formazione per tutte le figure professionali coinvolte nell'assistenza domiciliare. Ogni ASP e Comune dovrà dotarsi di proprio programma formativo per garantire agli operatori la formazione continuativa e permanente da estendere, come proposta formativa più allargata, anche a figure professionali operanti nel settore sociale e nel volontariato. Particolare attenzione dovrà essere rivolta alla formazione dei care case manager, a loro volta formatori dei *care givers* (familiare, vicino di casa, badante italiana o non) a garanzia sia della qualità dell'assistenza che della conservazione dello stato di salute del *care giver*.



ALLEGATO 1 – ELENCO DELLE PRESTAZIONI SOCIALI PREVISTE NEL SERVIZIO SOCIO ASSISTENZIALE DOMICILIARE (SSAD)

1. Prestazioni di aiuto domestico: aiuto per il governo della casa, per l'assunzione dei pasti, assistenza per la pulizia e l'igiene personale e dell'ambiente, consegna di alimenti e aiuto nella preparazione dei pasti, servizio di lavanderia e stireria, ecc.
2. Assistenza di base e prestazioni para-infermieristiche di semplice attuazione: aiuto nell'alzata e messa a letto; mobilizzazione; predisposizione e posizionamento di cuscini o altri accessori antidecubito; cambio pannolone al bisogno; sorveglianza e controllo della sacca di raccolta catetere; controllo eventuali cannule o sondini; controllo rigurgiti; controllo dell'alimentazione, del rispetto delle norme igieniche elementari e nell'assunzione e nel corretto uso dei farmaci in stretto collegamento con il medico curante, con gli operatori sanitari, e con gli altri operatori adibiti all'assistenza.
3. Assistenza per favorire l'autosufficienza nelle attività giornaliere: accompagnatore, anche motorizzato per raggiungere i luoghi di diagnosi e cura, o per commissioni varie; segretario sociale; Tale figura è altresì molto importante, non solo per le funzioni anzidette, ma soprattutto perché favorisce la partecipazione dell'utente alla vita di sociale e di relazione nell'ambito della propria comunità, con riferimento in particolare ai luoghi di socializzazione (centri diurni, circoli sociali, ecc.). Questi ultimi, se presenti, fungono spesso da complemento dei servizi domiciliari e possono anzi considerarsi una estensione degli stessi (quando ad es. forniscono il servizio mensa, lavanderia, servizio doccia, ecc.). Specialmente il servizio mensa non ha soltanto una funzione meramente alimentare o di controllo della corretta alimentazione ma anche di socializzazione al momento del pasto che, se vissuto individualmente in casa, acuisce le condizioni oggettive di solitudine e lo stato soggettivo di depressione.



ALLEGATO 2 - ELENCO DELLE PRESTAZIONI PREVISTE NELLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE DI 1° E 2° LIVELLO

Prestazioni relative all'attività clinica di tipo valutativo diagnostico

1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica +anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmata di controllo (esame obiettivo+ rilevazione parametri vitali+monitoraggio segni e sintomi)
3. Visita in urgenza
4. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
5. Compilazione diario clinico (monitoraggio segni e sintomi)
6. Prelievo ematico
7. Prelievo ematico da sangue capillare
8. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, esame colturale ccc.)
9. ECG
10. Consulenze specialistiche
11. Visite Programmate del Medico di Medicina Generale

Prestazioni relative all'attività educativo/relazionale/ambientale

12. Istruzione del *care giver* alla gestione di una terapia
13. Educazione del *care giver* alla attività di nursing (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari ecc.)
14. Educazione del *care giver* all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente
15. Educazione del *care giver* alla gestione di derivazioni urinarie
16. Educazione del *care giver* alla gestione di enterostomie
17. Educazione del *care giver* alla corretta mobilizzazione / corretta postura del paziente
18. Educazione del *care giver* 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 *care giver* all'utilizzo di ausili per la deambulazione valutazione ambientale
22. Colloquio con familiare / *care giver*
23. Colloquio con il medico di medicina generale
24. Colloquio con medico specialista
25. Prescrizione protesica



Prestazioni relative all'attività clinica di tipo terapeutico

26. Prescrizione terapeutica
27. Terapia iniettiva intramuscolare
28. Terapia iniettiva sottocutanea
29. Terapia iniettiva endovenosa
30. Gestione cateterismo venoso periferico
31. Gestione cateterismo venoso centrale/ sist. Port-a-cath
32. Posizionamento/sostituzione/ gestione Cateterismo Vescicale.
33. Valutazione del ristagno vescicale
34. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
35. Gestione alvo (intervento educativo igienico-alimentare)
36. Clistere evacuativo/evacuazione manuale)
37. Gestione enterostomie

Prestazioni relative al trattamento delle lesioni cutanee e alle alterazioni dei tessuti molli

38. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
39. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
40. Anestesia locale
41. Sutura ferite
42. Rimozione dei punti/graff di sutura
43. Courrettage 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'attività 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 3 – ELENCO DELLE PRESTAZIONI PREVISTE NELLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE DI 3° LIVELLO E PALLIATIVE

Prestazioni relative all'attività 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 alterazione del linguaggio di tipo afasico
11. Valutazione delle alterazione del linguaggio di tipo disartrico
12. Consulenze specialistiche
13. Visite Programmate del Medico di Medicina Generale
- 15 In questo documento il care giver è colui che all'interno del nucleo familiare partecipa all'esecuzione del PAI

Prestazioni relative all'attività' educativo/relazionale/ambientale

14. Educazione del care giver alla attività di nursing (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari ecc.)
15. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente
16. Educazione del care giver alla corretta mobilizzazione / corretta postura del paziente
17. Educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee
18. Educazione del care giver alla gestione di derivazioni urinarie
19. Educazione del care giver alla gestione di enterostomie
20. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
21. Educazione del care giver 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 care giver all'utilizzo di ausili per la deambulazione e valutazione ambientale
27. Educazione del care giver alla broncoaspirazione
28. Colloquio con familiare / care giver
29. Colloquio con il medico di medicina generale
30. Colloquio con medico specialista
31. Supporto psicologico e supervisione delle équipes
32. Supporto psicologico per il paziente
33. Supporto psicologico per la famiglia
34. Visita di cordoglio - Supporto al lutto

Prestazioni relative ai trattamenti farmacologici e al mantenimento dell'omeostasi

35. Prescrizione terapeutica
36. Terapia iniettiva intramuscolare
37. Terapia iniettiva sottocutanea
38. Terapia iniettiva sottocutanea in infusione
39. Terapia iniettiva endovenosa
40. Terapia infusionale con necessità di sorveglianza medica
41. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
42. Terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed in infusione continua.
43. Posizionamento catetere venoso periferico
44. Posizionamento cateterino sottocutaneo
45. Gestione cateterismo sottocutaneo/ venoso periferico
46. Gestione cateterismo venoso centrale/ sist. Port-a-cath
47. Assistenza/gestione pompa infusione
48. Gestione cateteri spinali
49. Istillazione genitorurinaria
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, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
87. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, 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'attività 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 4 – ELENCO DELLE PRESTAZIONI PREVISTE NELLE CURE DOMICILIARI
PRESTAZIONALI CICLICHE (CDPC)**

1. Prelievo ematico
2. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.)
3. Terapia iniettiva intramuscolare sottocutanea
4. Terapia iniettiva sottocutanea
5. Cateterismo vescicale (sostituzione periodica)
6. Istruzione all'utilizzo di ausili per la deambulazione
7. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente
8. Educazione del care giver alla attività di nursing (cure igieniche, somministrazione di terapie, ecc.)
9. Educazione del care giver alla gestione di derivazioni urinarie
10. Educazione del care giver alla gestione di enterostomia
11. Educazione del care giver alla corretta mobilizzazione / corretta postura del paziente
12. Educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee
13. Prescrizione di ausili o protesi
14. Consulenza medico specialistica



Motivo della richiesta

- deficit della deambulazione (specificare) _____
-
- impossibilità ad accedere in ambulatorio pur senza deficit della deambulazione (specificare) _____
-
- non autosufficienza
- presenza di gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico (specificare):
- malati terminali (oncologici e non);
 - gravi fratture (in anziani);
 - malattia vascolare acuta;
 - insufficienza cardiaca in stato avanzato;
 - insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;
 - grave artropatia degli arti inferiori in stato avanzato;
 - arteriopatia obliterante degli arti inferiori con gravi limitazioni;
 - cerebropatia e/o cerebroleso con forme gravi;
 - paraplegico e/o tetraplegico;
 - malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);
 - fasi avanzate e complicate di altre malattie croniche;
 - pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale;
 - pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
 - pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza.
- dimissione protetta da Struttura Ospedaliera;
- altro _____

DIAGNOSI DETTAGLIATA E SINTESI DEI PROBLEMI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI



PROFILO DELL'AUTONOMIA (INDICARE CON UNA X)

Profilo cognitivo

- lucido
- confuso
- molto confuso o stuporoso
- problemi comportamentali prevalenti

Profilo mobilità'

- si sposta da solo
- si sposta assistito

Profilo funzionale

- autonomo o quasi
- dipendente
- totalmente dipendente

Profilo sanitario

- bassa
- intermedia
- elevata

Profilo sociale

- ben assistito
- parzialmente assistito
- non sufficientemente assistito

Programma proposto dal Medico proponente

Accessi MMG/PLS: SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi infermiere: SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi fisioterapista: SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi operatore sociale: SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi specialista 1 (specificare _____): SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi specialista 2 (specificare _____): SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi psicologi (specificare _____): SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Accessi altri operatori (specificare _____): SI NO

Periodicità: giornaliero mensile quindicinale settimanale

Durata presunta dell'intervento (indicare il numero di giorni effettivi):

Obiettivi dell'intervento (Sintetica descrizione dei risultati attesi):

Data:

Timbro e Firma del Medico



