



Regione Molise

Giunta Regionale

Il Vicepresidente - Michele Petrarola

PROT. n. 2641/2015

02/10/2015

*Alla cortese attenzione:
Presidente ANCI Molise
Avv. Pompilio Sciulli
Via Elena, 1
86100 Campobasso*

Confederazioni Sindacali del Molise

Amministrazioni Comunali del Molise

*Presidenti delle Conferenze dei Sindaci
dei Piani Sociali di Zona
Sindaco di Campobasso
Commissario Prefettizio di Isernia
Sindaco di Venafro
Sindaco di Portocannone
Sindaco di Agnone
Sindaco di Riccia
Sindaco di Larino*

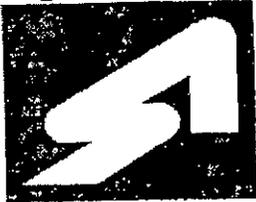
Oggetto: Regolamento sull'Assistenza Domiciliare Integrata n. 593/2015.

Si trasmette copia del Provvedimento del Direttore Generale dell'ASREM n. 593 del 31.08.2015 inerente la disciplina dell'A.D.I. e delle cure domiciliari, già notificato agli Ambiti Territoriali di Zona, che va ad implementare le attività socio – assistenziali di pertinenza delle amministrazioni locali e dell'Assessorato alle Politiche Sociali (Assistenza Tutelare di Base, Servizio Assistenza Domiciliare, ecc.).

Distinti Saluti.

Campobasso, 2 ottobre 2015

L'Assessore
Michele Petrarola



Provvedimento del Direttore Generale

N. 593 del 31 AGO, 2015

OGGETTO: Provvedimento del Direttore Generale n.478 del 17.07.2015 avente ad oggetto "Approvazione regolamentazione provvisoria delle attività delle cure domiciliari: rettifica"

Il giorno 31 del mese di AGOSTO dell'anno duemilaquindici, nella sede dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise, sito in Via Petrella, 1 – Campobasso

IL DIRETTORE GENERALE

Avv. Mauro Pirazzoli, prende in esame, per le determinazioni di competenza, l'argomento di cui in oggetto:

VISTO il decreto legislativo n. 165 del 30/03/2001 ss.mm.ii., art. 4. comma 2, e l'art. 17;

VISTA la Legge Regionale n.9 del 01/04/2005 di istituzione della ASREM regionale e messa in liquidazione delle disciolte AA.SS.LL.;

VISTA la Legge Regionale n. 26 novembre 2008, n. 34 "Modifiche alla Legge Regionale 1° aprile 2005, n. 9".

RICHIAMATA la delibera di Giunta Regionale n.1867 del 26/12/2005, avente ad oggetto la costituzione della nuova ASREM;

RICHIAMATA la deliberazione di Giunta Regionale n. 453 del 27.09.2014 con il quale l'Avv. Mauro Pirazzoli è stato nominato Direttore Generale dell'ASReM;

RICHIAMATO il precedente provvedimento del Direttore Generale n. 478 del 17.07.2015 con il quale, nelle more di una riorganizzazione complessiva del sistema delle cure domiciliari, integrato anche dalla regolamentazione dei diversi servizi legati alla qualificazione delle stesse, è stato approvato un regolamento provvisorio introducendo una differenziazione per profili di cura basato sul sistema degli accessi in relazione al livello assistenziale del paziente;

DATO ATTO che, nell'ambito del primo mese di adozione del regolamento sono pervenute osservazioni e suggerimenti da parte delle strutture distrettuali con le quali si era definito congiuntamente il percorso, derivanti dall'applicazione fattuale di quanto previsto per le quali si reputa opportuno integrare lo stesso al fine di permearlo maggiormente alle esigenze scaturenti al fine di una erogazione qualificata delle cure domiciliari;

RITENUTO, pertanto, provvedere alla rimodulazione di quanto già approvato, fermo restando l'individuazione di profili di cura per intensità assistenziale basato sul sistema degli accessi così



ASREM

come concordato anche con le Cooperative attualmente eroganti parte del servizio e ritenendo tale regolamentazione provvisoria fino al completamento della riorganizzazione dell'intero sistema delle cure domiciliari;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario per quanto di competenza;

DELIBERA

Per tutto quanto rappresentato in premessa e che si intende integralmente riportato:

- Rettificare il provvedimento del Direttore Generale n.478 del 17 luglio 2015 avente ad oggetto "Approvazione regolamentazione provvisoria dell'attività delle cure domiciliari" nella parte relativa al regolamento allegato;
-
- Sostituire il regolamento predetto con il nuovo regolamento, allegato al presente provvedimento, parte integrale e sostanziale, avente carattere provvisorio, integrato secondo quanto osservato e suggerito in sede di applicazione delle nuove modalità di erogazione dalle strutture distrettuali;
- Confermare che l'erogazione delle prestazioni avvenga in base alla differenziazione per profili di cura basata sul sistema degli accessi, e non sulla tipologia prestazionale, in relazione al livello assistenziale del paziente derivante dalla compilazione della Scheda di valutazione SVAMA, ed indicati nel regolamento che si approva;
- Riservarsi di apportare, qualora se ne ravvisasse la necessità, eventuali modifiche e/o integrazioni fino alla adozione della regolamentazione finale dell'intero sistema delle cure domiciliari;
- Notificare il presente provvedimento ai Direttori dei Distretti Sanitari che provvederanno ad adottare tutti gli atti di relativa competenza.
- Dichiarare il presente atto immediatamente eseguibile.

Il Direttore Generale
Avv. Mauro Pirazzoli

F.to

Il Direttore Amministrativo
Dott. Bruno Riccardi

F.to

Il Direttore Sanitario
D.ssa Giuseppina Arcaro

F.to

REGOLAMENTAZIONE PROVVISORIA DELL'ATTIVITA' DELLE CURE DOMICILIARI

INTRODUZIONE

L'esigenza di regolamentare il settore delle cure domiciliari nasce anche dalla volontà dell'Asrem di uniformare le regole e soprattutto le modalità di valutazione e presa in carico dei pazienti, al momento non uniformi nei diversi distretti, nonché di favorire la deospedalizzazione e la permanenza in famiglia delle persone in condizioni di non autosufficienza ed, in particolare, delle persone con più di sessantacinque anni di età, in vista del raggiungimento dei più elevati livelli di benessere della popolazione nella logica di un obiettivo strategico della programmazione regionale. Il presente documento, elaborato in prosecuzione di quanto già definito con il precedente provvedimento n. 836 del 20.06.2011, nasce quindi dall'esigenza dell'Asrem di completare il sistema di classificazione per le Cure domiciliari con la individuazione dei profili di cura, in coerenza con quanto sancito dal documento del 2006 della Commissione LEA: "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" che ha compiutamente definito le cure domiciliari e le sue caratteristiche, distinguendo le prestazioni in esse rientranti in:

- cure domiciliari di tipo prestazionale occasionale o ciclico programmato;
- cure domiciliari integrate di primo, secondo e terzo livello (ovvero BASSA, MEDIA ed ELEVATA intensità);
- cure domiciliari palliative a malati terminali.

Indicando gli standard qualificanti le attività domiciliari, le principali prestazioni domiciliari per profilo e per figura professionale del livello assistenziale, i criteri omogenei di eleggibilità, il set minimo di indicatori di verifica, le modalità di valorizzazione economica del costo medio mensile, la stima del costo pro capite per residente al raggiungimento di definiti valori standard.

DESTINATARI

Le Cure Domiciliari possono essere garantite **esclusivamente in favore di assistiti residenti nella Regione Molise.**

DEFINIZIONE di CURE DOMICILIARI

Le cure domiciliari sono una modalità di assistenza sanitaria e sociale erogata a domicilio del paziente in modo continuo ed integrato, al fine di fornire cure appropriate, da parte del Medico di famiglia e di altri operatori dei servizi territoriali e delle associazioni di volontariato secondo le necessità rilevate.

Non sono comprese nelle Cure Domiciliari le prestazioni erogate a soggetti inseriti nel sistema della residenzialità, disciplinate a parte.

OBIETTIVI

- Garantire un'appropriate assistenza sanitaria e socio-assistenziale domiciliare all'utente
- Favorire il recupero dell'autonomia residua e delle relazioni interpersonali al fine di migliorare la qualità della vita dell'assistito
- Sostenere la famiglia, trasmettendo ove possibile, le competenze minime necessarie ad acquisire autonomia negli interventi socio-assistenziali
- Ottenere un elevato livello di integrazione tra i servizi già operanti, al fine di ottimizzare le risorse e aumentare la qualità degli interventi.

CLASSIFICAZIONE

In relazione ai bisogni le Cure Domiciliari si dividono in " Cure Domiciliari Prestazionali " (CP) e " Cure domiciliari di primo (Bassa), secondo (Media) e terzo (Elevata) livello eventualmente integrate con il sociale.

Le cure domiciliari di tipo prestazionale (CP)

Si definiscono "Cure Prestazionali" quelle prestazioni professionali di tipo occasionale o ciclico programmato erogate in risposta a bisogni sanitari di tipo medico e/o infermieristico, anche ripetute nel tempo, ma che non richiedono la valutazione multidimensionale e la compilazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI); la presa in carico è limitata all'episodio di malattia. Sono richieste su prescrizione del medico di medicina generale, responsabile del processo di cura del paziente e sono rivolte a soddisfare un **bisogno sanitario semplice** nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali.

Le prestazioni che afferiscono a tale tipologia di intervento domiciliare sono le seguenti:

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 all'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 cutanea
13. Prescrizione di ausili o protesi
14. Consulenza medico specialistica
15. Visita Programmata del Medico di Medicina Generale (ADP) art.53 ACN Medicina Generale e art. 51 ACN Pediatria.

Cure domiciliari integrate

Sono ricompresi in questa tipologia assistenziale interventi professionali rivolti ai malati e alle loro famiglie previsti dal PAI. L'attivazione dell'assistenza richiesta dal medico responsabile delle cure del paziente prevede il coinvolgimento del medico di Medicina Generale nella definizione degli obiettivi e dei processi assistenziali attraverso la valutazione multidimensionale. Si rivolge a malati che pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni (I^o livello) o 6 giorni (II^o livello). Le cure integrate di primo e secondo livello prevedono un ruolo di centralità del Medico di Medicina Generale che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura.

La gamma di prestazioni che riguardano questa tipologia di intervento professionale comprende prestazioni medico infermieristiche, medico riabilitative e medico specialistiche :

PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' CLINICA DI TIPO VALUTATIVO DIAGNOSTICO
1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica +anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmata di controllo (esame obiettivo+ rilevazione parametri vitali+monitoraggio segni e sintomi)
3. Visita in urgenza
4. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)

5. Compilazione diario clinico (monitoraggio segni e sintomi)
6. Prelievo ematico
7. Prelievo ematico da sangue capillare
8. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.)
9. ECG
10. Consulenze specialistiche
11. Visite Programmate del Medico di Medicina Generale
PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' EDUCATIVO/RELAZIONALE/AMBIENTALE
12. Istruzione del 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 e 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'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 softocutanea
29. Terapia iniettiva endovenosa
30. Gestione cateterismo venoso periferico
31. Gestione catererismo venoso centrale/ sist. Port-a-cath
PRESTAZIONI RELATIVE ALLE FUNZIONI ESCRETORIE
32. Posizionamento/sostituzione/ gestione Cateterismo Vescicale.
33. Valutazione del ristagno vescicale
34. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
35. Gestione alvo (intervento educativo igienico-alimentare)
36. Clistere evacuativo/evacuazione manuale)
37. Gestione enterostomie
PRESTAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE E ALLE ALTERAZIONI DEI TESSUTI MOLLI
38. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, 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'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

Nell'ambito delle cure ad alta intensità rientrano gli interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche.

- malati terminali (oncologici e non);
- malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);
- 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 la criticità e l'alta intensità assistenziale concorrono l' instabilità clinica, la presenza di sintomi di difficile controllo, la necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o al care-giver.

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. Tali cure sono richieste dal medico responsabile delle cure del paziente. Si tratta di interventi programmati sui 7 giorni settimanali e per le cure palliative è prevista la pronta disponibilità medica sulle 24 ore di norma erogata dall'équipe di cura e comunque da medici specificatamente formati. La gamma di prestazioni che riguardano questi profili comprende prestazioni mediche, infermieristiche, dietologiche, riabilitative fisioterapiche e logopediche, psicologiche e medico specialistiche:

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 biumorali 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
PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' 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 mobilitazione del paziente
16. Educazione del care giver alla corretta mobilitazione / 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 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 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'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

Le cure domiciliari integrate costituiscono un servizio offerto a supporto delle famiglie per l'assistenza a **persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità affette da patologie gravi trattabili a domicilio**. Le cure domiciliari sono l'insieme coordinato di attività sanitarie, mediche, infermieristiche e di rieducazione motoria integrate tra loro e con gli interventi socio-assistenziali per la cura della persona nella propria casa, dove questa può mantenere il legame con le proprie abitudini e le persone che gli sono care.

In relazione alla criticità e alla complessità del caso, possiamo classificare le cure domiciliari in 3 livelli di intensità di cure:

Cure domiciliari integrate di primo livello o a bassa intensità assistenziale : sono costituite da prestazioni di tipo medico, infermieristico e rieducazione motoria a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale e interventi programmati articolati **fino a 5 giorni**.

Cure domiciliari integrate di secondo livello o a media intensità assistenziale : le prestazioni devono essere articolate **fino 6 giorni** in relazione alle criticità e complessità del caso. Sono inoltre cure domiciliari di media intensità le cure delle ulcere di terzo e quarto stadio, lesioni vascolari croniche e ferite difficili in generale fino alla totale guarigione, eventualmente trattate con medicazioni avanzate. Sono inoltre di media intensità le Cure Domiciliari a tutti i pazienti

oncologici, ad eccezione di pazienti in cure palliative che rientrano nelle cure domiciliari di elevata intensità.

Cure domiciliari integrate di terzo livello o ad elevata intensità assistenziale: sono prestazioni a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale e interventi programmati su 7 giorni.

Anche le Cure Palliative rientrano nell'elevata intensità assistenziale, le relative modalità saranno esplicitate nella regolamentazione della rete delle cure palliative.

Tab. 1 - Riepilogo delle Cure Prestazionali e delle Cure Domiciliari

TIPOLOGIA	UVI PAI	INTENSITA' (CIA = GEA/GDC)*	DURATA	OPERATIVITA'	FIGURE PROFESSIONAL/IMPEGNO ASSISTENZIALE
Cure Domiciliari Prestazionali	no	Fino a 0,13	Concordata con la UO Cure domiciliari (max 1 anno)	Fino a 5 giorni su 7	INFERMIERE PROFESSIONALE (15' MAX 30') TERAPISTA RIABILITAZIONE (30') MEDICO (30')
Cure Domiciliari Integrate di bassa intensità assistenziale I livello	si	da 0,14 fino a 0,30	180 giorni	Fino a 5 giorni su 7	INFERMIERE PROFESSIONALE (30') TERAPISTA RIABILITAZIONE (30') OPERATORE SOCIO-SANIT (45') MEDICO (30')
Cure Domiciliari Integrate di media intensità assistenziale II livello	si	da 0,31 fino a 0,50	180 giorni	Fino a 6 giorni su 7	INFERMIERE PROFESSIONALE (30' MAX 45') TERAPISTA RIABILITAZIONE (45') DIETISTA (30') PSICOLOGO (60') OPERATORE SOCIO-SANIT (60') MEDICO (45')
Cure Domiciliari Integrate di elevata intensità assistenziale III livello	si	da 0,51 fino a 0,60	90 giorni	7 giorni su 7 di cui 6 in servizio attivo (12 ore fino a venerdì 6 ore sabato e festivi o pronta disponibilità (p.d.))	INFERMIERE PROFESSIONALE (60') TERAPISTA RIABILITAZIONE (60') DIETISTA (60') PSICOLOGO (60') OPERATORE SOCIO-SANIT (60/90'') MEDICO (60')
Cure Palliative	si	> 0,61	60 giorni	7 giorni su 7 di cui 6 in servizio attivo (12 ore fino a venerdì 6 ore sabato e festivi o pronta disponibilità (p.d.))	INFERMIERE PROFESSIONALE (60') TERAPISTA RIABILITAZIONE (60') DIETISTA (60') PSICOLOGO (60') OPERATORE SOCIO-SANIT (60/90'') MEDICO (60')

*L'intensità è espressa con il coefficiente intensità assistenziale (CIA), dato dal rapporto tra le giornate di assistenza (GEA), intese come giornate di accesso e le giornate di cura (GDC), intese come durata del trattamento prevista dal PAI.

Il modello assistenziale. Accesso alla rete e percorso assistenziale

Il Distretto è l'ambito organizzativo dell' ASREM responsabile della regolazione dell'offerta dei servizi territoriali (nella fattispecie ADI e servizi residenziali per anziani non autosufficienti), dell'inserimento/dimissione nelle strutture residenziali socio-sanitarie, nonché della messa a punto dei percorsi assistenziali per la long term care cui contribuisce anche regolando le interazioni tra medico di medicina generale, continuità assistenziale, e ammissione/dimissione negli ospedali di territorio, e altre aree di prestazioni. Il medico di medicina generale, anche nel quadro delle équipes territoriali e delle altre forme associative previste, ha la responsabilità della continuità assistenziale della persona.

- **Il sistema di accesso** deve essere organizzato in modo tale da consentire la massima capillarità dell'accesso evitando duplicazioni e sovrapposizioni organizzative.

- **Ruolo del Medico di Medicina Generale**

Il Medico di Medicina Generale, per le sue caratteristiche istituzionali e professionali, è abitualmente il primo contatto della persona e pertanto rappresenta il segnalatore di eccellenza di un bisogno. Attraverso la certificazione di non autosufficienza, egli può consentire un accesso immediato al PUA e quindi l'avvio delle procedure valutative e di progettazione relative.

Qualora l'accesso, da parte dell'assistito, avvenga senza il preventivo passaggio dal proprio MMG, saranno i servizi ad informare il medico relativamente all'avvio della presa in carico, richiedendo al medico stesso la relativa certificazione.

Il MMG è inoltre una fonte indispensabile di informazioni e di conoscenza sulla persona e sul contesto sociale e ambientale della stessa ed è pertanto opportuno che le UVM acquisiscano tali conoscenze ai fini della valutazione stessa e della stesura del relativo progetto personalizzato.

- **La Porta Unica di Accesso (PUA)**

La PUA costituisce il punto unico deputato ad essere lo snodo obbligatorio aziendale della raccolta della documentazione relativa a ciascuna domanda di accesso alle prestazioni previste e, di conseguenza, spetta a tale livello la presa in carico della persona non autosufficiente e l'attivazione della unità di valutazione multidisciplinare prevista dalle disposizioni regionali.

Sulla scorta di ciò il Distretto rappresenta il livello attraverso cui si assicura la gestione unitaria delle risorse, il coordinamento fra le diverse componenti sanitarie e tra queste e le componenti socio-assistenziali e la continuità assistenziale.

Pertanto, attraverso il raccordo con il Settore dell'Assistenza sociale dell'Ambito territoriale, al Distretto compete la presa in carico della persona non autosufficiente, garantendo ad essa la valutazione, il progetto di assistenza personalizzato e l'allocazione delle risorse necessarie al fine di raggiungere gli obiettivi dello stesso.

A tale scopo il Distretto garantisce la regia organizzativa:

- ✓ dell'accesso, garantendo di concerto con l'Ambito Territoriale, l'organizzazione dei servizi deputati (sedi, orari, personale, modalità operative ecc.)
- ✓ della valutazione, individuando le risorse e l'articolazione organizzativa delle Unità di Valutazione
- ✓ della presa in carico nominando, su indicazione dell'UVM, il case manager

- ✓ della continuità assistenziale, assicurando, attraverso protocolli mirati, il raccordo tra i diversi servizi ed in particolar modo tra l'ospedale ed il territorio.

L'accesso ai servizi socio-sanitari è stato garantito e facilitato con la attivazione in ogni Distretto della Porta Unica d'accesso (PUA) e con la predisposizione del programma personalizzato di assistenza (PAI).

4.2 Dall'accesso alla presa in carico integrata

L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVIM) è l'organismo del Distretto per la qualificazione della domanda di ammissione in ADI, in quanto soggetto deputato alla valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali degli assistibili a domicilio. In essa sono presenti diverse competenze professionali (team multiprofessionale) idonee a realizzare l'integrazione tra i servizi sanitari e servizi sociali territoriali a livello di valutazione, progettazione, cura e assistenza dell'anziano non autosufficiente.

Il team multiprofessionale dell'UVIM è costituito dal Direttore del Distretto o un Dirigente Sanitario delegato, individuato a livello distrettuale con funzioni di Coordinatore, il Medico di Medicina Generale che ha in carico l'assistito, un dirigente Medico dell'Area territoriale, un operatore professionale-infermiere professionale, un operatore professionale-terapista della riabilitazione, un operatore professionale-dietista, un operatore professionale-psicologo, un assistente sociale, un operatore amministrativo con funzioni di verbalizzante, eventuali professionisti esperti in branche specialistiche, individuati dal Coordinatore se necessario, dall'assistente sociale referente del Settore assistenza sociale del Comune o dei Comuni associati su scala territoriale distrettuale (Ambito territoriale). Vanno sperimentate, nel medio periodo, immissioni nel team di figure professionali a più spiccata competenza geriatrica nel campo infermieristico e socio-assistenziale.

Il team multiprofessionale dell'UVM viene attivato d'intesa fra medico di medicina generale e il responsabile delle cure domiciliari e opera sia a livello territoriale che ospedaliero.

Il team utilizza strumenti unitari su scala regionale, (Scheda SVAMA e Svam.Di) validati a livello nazionale ed internazionale, per la valutazione multi dimensionale del paziente fragile e disabile e dei suoi bisogni in modo tale da poter fornire, nel rispetto delle responsabilità assistenziali, indicazioni sulla risposta assistenziale e sulle integrazioni più opportune in base alle necessità della persona, svolgendo una preziosa funzione di consulenza sia per il medico di medicina generale che per il case manager dell'ADI.

L'Unità di Valutazione Integrata Multidimensionale è un organismo operativo capace di fornire risposte adeguate anche per quanto concerne l'area anziani proponendo programmi assistenziali e riabilitativi che si avvalgono di tutta la rete di servizi presenti sul territorio, prevedendo la permanenza a domicilio dell'assistito con un percorso terapeutico riabilitativo, programmando il temporaneo accesso in ospedale o in day hospital per accertamenti e/o cure. Tutto ciò al fine di riattivare le capacità residue di base per mantenere o rallentare la perdita delle stesse.

CRITERI di AMMISSIONE

L'ammissione alle Cure Domiciliari è subordinata a preventiva valutazione, volta ad accertare la presenza contemporanea dei seguenti requisiti:

Ammissione alle Cure domiciliari di tipo prestazionale:

- Intrasferibilità dell'assistito valutata, accertata e dichiarata dal medico curante;
- Idoneità delle condizioni socio-ambientali dell'assistito: compresenza di supporto familiare o, in caso di sua assenza o insufficienza, supporto da parte di personale dei servizi sociali o di volontariato, alloggio idoneo o comunque reso tale da interventi di assistenza abitativa;
- Bassa attività assistenziale.

Ammissione alle Cure domiciliari integrate:

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

1. Condizione di non autosufficienza (disabilità), di fragilità e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;
2. Adeguato supporto familiare o informale;
3. Idonee condizioni abitative;
4. Consenso informato da parte della persona e della famiglia;
5. Presa in carico da parte MMG/PLS (garanzia degli accessi concordati, disponibilità telefonica dalle ore 08:00 alle ore 20:00).

L'utente potrà essere ammesso al servizio indipendentemente dalle condizioni economiche personali o familiari, fatto salvo l'obbligo di compartecipazione al costo del servizio sociale secondo i criteri e le modalità definite nel regolamento di accesso ai servizi di Ambito Sociale.

Modalità di ammissione

La richiesta di accesso e la segnalazione del caso abisognevole di cure domiciliari vengono effettuate presso la Porta Unica di Accesso (P.U.A.), ubicata all'interno del Distretto Sanitario di Base (D.S.B.); le richieste possono essere presentate dall'assistito o suo referente, dal medico di assistenza primaria, dai competenti dei servizi sanitari e sociali o dalle famiglie, attraverso la compilazione di una scheda di ammissione al servizio.

La P.U.A. è attualmente prevista quale sportello distrettuale per l'accoglienza delle richieste inerenti i bisogni dei pazienti che necessitano, anche per periodi limitati, di assistenza domiciliare sanitaria, raccordata, ove necessita di interventi sociali, agli Uffici per la Cittadinanza Sociale che i Comuni hanno istituito nell'ambito dei Piani Sociali di Zona.

Presso la P.U.A. vengono accolte le richieste di Assistenza Domiciliare nelle diverse tipologie assistenziali.

Per ogni paziente da immettere nel percorso delle Cure Domiciliari viene definito, entro le 48 ore dalla segnalazione ricevuta, da un medico del Gruppo Operativo dell'U.V.M. distrettuale d'intesa con il M.M.G. un Piano Operativo Provvisorio (P.O.P) nel quale sono autorizzate le prestazioni sanitarie necessarie per l'avvio del percorso assistenziale. Il P.O.P. ha validità massima di durata di gg. 30.

Entro 10 gg. dalla segnalazione ricevuta e dalla attivazione del P.O.P., per il prosieguo degli interventi, il caso viene portato all'esame dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (U.V.M.), una équipe professionale, con competenze multiprofessionali, in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi, con il compito di rilevare e classificare le condizioni di bisogno. Le aree tematiche fondamentali, o "dimensioni", che configurano la natura multipla della valutazione sono rappresentate da: salute fisica, abilità cognitive (o salute mentale), stato funzionale (le attività della vita quotidiana), condizione economica e condizione sociale. L'U.V.M., attraverso la valutazione multidisciplinare e multidimensionale, avvalendosi degli strumenti SVAMA e/o S.Vam.di propone un progetto assistenziale Piano Assistenza Individuale (P.A.I.) nel quale sono definite e coordinate l'insieme delle prestazioni sanitarie e, ove occorre, socio-sanitarie, e la relativa durata. Il P.A.I. può avvalersi di tutta la rete di servizi presente nel territorio e deve necessariamente coniugare i bisogni della persona e della sua famiglia con la rete distrettuale dei servizi: la risposta, dunque, deve avvenire nel rispetto della libertà di scelta della persona e tenendo presente la reale offerta di strutture e servizi cercando di essere la più efficiente possibile nel rapporto costi-benefici.

Il M.M.G. è il principale attore del percorso di Cure Domiciliari, partecipa al momento della valutazione ed è il referente clinico titolare della cura.

Il medico di continuità assistenziale interviene nelle fasce orarie di competenza con pari funzioni e diritti del Medico di Medicina Generale (M.M.G.).

Gli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri i cui rapporti sono disciplinati con apposito protocollo d'intesa concorrono al programma di cura con interventi di tipo diagnostico, terapeutico e di controllo clinico.

Il P.A.I. viene autorizzato dal Coordinatore della U.V.M. e nello stesso viene indicata la data di inizio e di termine del Piano.

Ad avvenuta notifica del P.A.I. cessa la operatività del P.O.P..

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

ha la responsabilità unica e complessiva del paziente;

richiede l' attivazione di consulenze specialistiche, interventi infermieristici, riabilitativi e sociali, nel rispetto del P.A.I..

Possono essere previste forme di collaborazione nelle fasi istruttorie e di verifica del piano assistenziale, avvalendosi di altre professionalità mediche.

Modalità di erogazione delle prestazioni

Il P.O.P. e successivamente, eventualmente approvato, il P.A.I., sono notificati al Medico Curante e all' assistito.

Dopo la predisposizione del P.O.P. viene trasmessa richiesta delle prestazioni infermieristiche e/o di rieducazione motoria o logopedica da effettuare nelle more dell' approvazione del P.A.I. alla equipe operativa individuata presso ogni distretto che assume l' impegno di effettuare, tramite i propri operatori o gli operatori della cooperativa che ha in gestione il servizio, in conformità del piano di assistenza, le prestazioni di assistenza domiciliare di natura infermieristica, di rieducazione motoria, dotando gli operatori del materiale e dello strumentario necessario, ove non espressamente previstane la fornitura da parte dell' Azienda Sanitaria.

Ove confermata dall' U.V.M. l' ammissione al percorso domiciliare, viene trasmessa all' equipe operativa richiesta delle prestazioni infermieristiche e/o di rieducazione motoria da effettuare secondo le previsioni del P.A.I..

Presso ogni distretto, per ciascun paziente, viene redatta una cartella nella quale vanno custoditi la proposta di ingresso al servizio domiciliare, il Piano Operativo Provvisorio, il Piano Assistenziale Individuale, le eventuali richieste di visite specialistiche, gli esiti, le proroghe, le verifiche, le cessazioni, il diario giornaliero. Il diario giornaliero deve essere trattenuto per l' intera durata del trattamento presso il domicilio dell' assistito allo scopo di permettere agli operatori una completa e sistematica conoscenza delle condizioni del paziente e degli interventi effettuati ed eventuali verifiche da parte del distretto.

Nel diario vanno annotati la data di accesso, l' orario di entrata e di uscita dell' operatore che effettua la prestazione, eventuali osservazioni, gli interventi effettuati dal medico di base, dallo specialista, dai sanitari della continuità assistenziale. Il diario va sottoscritto, per conferma dei trattamenti eseguiti, dall' assistito o suo referente. Al termine del periodo di assistenza il diario va restituito al Distretto e inserito nella cartella del paziente.

Per le visite specialistiche domiciliari va formalizzata richiesta da parte del medico curante e presentata al distretto che provvede, a seconda della disponibilità, all' inoltrare alla U.O. competente con la quale definito protocollo d' intesa per interazione Ospedale-Territorio o prenotata attraverso il sistema CUP Pass nelle agende appositamente dedicate per le prestazioni domiciliari in ADI .

Gli esiti delle visite specialistiche, da restituire da parte dello specialista al competente settore distrettuale, vanno comunicati al medico curante, unitamente a eventuali osservazioni o proposte degli operatori che seguono il caso.

La rendicontazione al Distretto Sanitario delle prestazioni infermieristiche, di rieducazione motoria e gli accessi medici- sia da parte del medico di base , che degli specialisti e delle Cooperative per le prestazioni infermieristiche e fisioterapiche - va effettuata entro i primi 10 gg del mese successivo a quello in cui sono effettuate le prestazioni. Il Distretto, in sede di liquidazione delle stesse, provvederà alla verifica della esecuzione delle medesime prestazioni previste ed autorizzate nel PAI. Ulteriori prestazioni non presenti nel Piano di Assistenza Individuale, non autorizzate, non potranno essere poste in pagamento.

5.5 Dimissioni protette

L' istituto delle dimissioni protette rappresenta uno degli aspetti più qualificanti delle Cure Domiciliari, momento di umanizzazione, strumento di comunicazione tra Presidio Ospedaliero e territorio, criterio di valutazione dell'efficienza e dell' efficacia del percorso assistenziale. Il percorso aziendale è stato già approvato con provvedimento del Direttore Generale n.12 del 11 gennaio 2012 ed è confermato nel presente regolamento.

Il Medico della U.O. Ospedaliera, definita la eleggibilità clinica del paziente per l' Assistenza Domiciliare, ne informa il paziente e la famiglia.

Conseguito l' assenso alla dimissione protetta, contatta il M.M.G. e il coordinatore dell' U.V.M. con le seguenti modalità:

- possibilmente cinque giorni prima, ma non meno di tre giorni prima della prevista dimissione;
- la dimissione protetta non dovrà avvenire nei giorni prefestivi e festivi, salvo specifici casi concordati;

il contatto avverrà con il M.M.G. nelle ore di attività ambulatoriale o nelle fasce orarie di rintracciabilità; dopo assenso del Medico di M.M.G. la dimissione protetta sarà effettuata su apposito modulo da inviare al competente distretto.

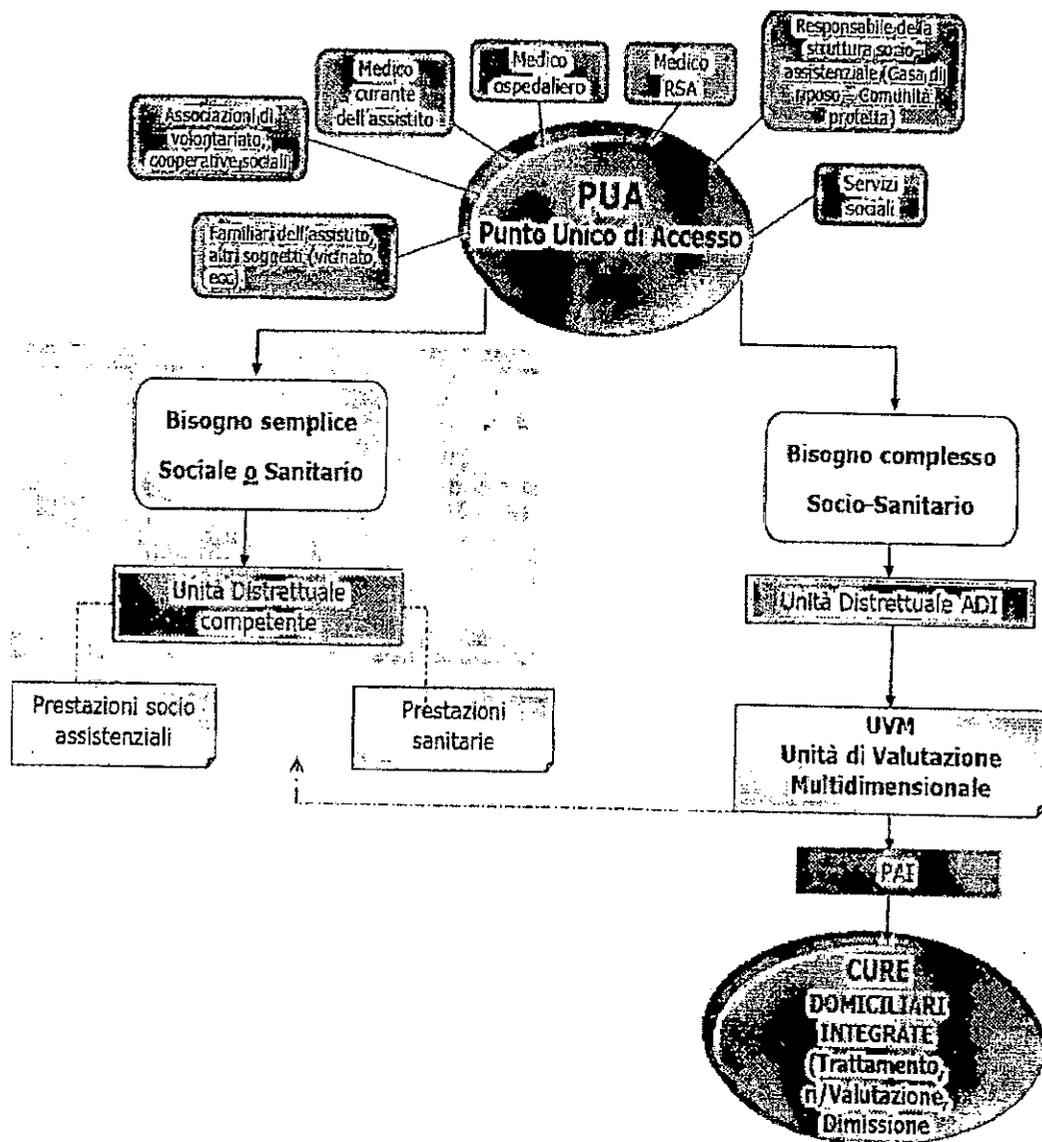
5.6 Proroga sospensione e chiusura del percorso di cure domiciliari

Le prestazioni di assistenza domiciliare hanno di norma una durata non superiore a 180 giorni, fatti salvi i casi in cui per comprovata necessità l' intervento domiciliare debba essere protratto su valutazione dell' U.V.I.M., per ragioni di tipo sanitario o per assenza di soluzioni assistenziali alternative confacenti alle esigenze dell' assistito.

La dimissione dell' assistito dal servizio di assistenza domiciliare viene concordata dall' U.V.I.M. a scadenza del periodo autorizzato o anticipatamente, su segnalazione del M.M.G., in caso di intervenute modifiche quali:

- guarigione
- trasferimento in altra regione
- ricovero ospedaliero
- ricovero in RSA
- rinuncia dell' assistito
- decesso

Di seguito viene illustrato il percorso di erogazione delle cure domiciliari:



INTENSITA' ASSISTENZIALE

Al fine di definire l'intensità assistenziale di un progetto di presa in carica, concorrono numerose variabili fra cui importanti sono sicuramente il numero e la tipologia di problemi di salute del paziente.

Si osserva infatti che la corrispondenza fra bisogni dell'utente e risposta assistenziale fornita dagli Enti pubblici spesso non è diretta, bensì mediata da fattori quali il contesto sociale, la rete informale, la presenza di care giver nella famiglia, lo stile assistenziale del medico curante.

Accade così che pazienti con bisogni simili (ad esempio: anziano allettato con PEG e lesioni da decubito) possano ricevere dal personale sanitario e sociale delle ASL e Comuni interventi di complessità organizzativa molto diversa, a seconda ad esempio delle caratteristiche dell'abitazione (barriere architettoniche, distanza dagli ambulatori), della esistenza e disponibilità di familiari capaci di prestare cure adeguate, della possibilità da parte degli operatori di espletare efficaci interventi di educazione terapeutica (crescente è il numero di persone assistite da straniere) ed altro.

VALORIZZAZIONE del CIA

Mentre l'intensità è definita dal numero e dalla tipologia di problemi di salute del paziente, il numero e la tipologia di accessi effettuati presso il domicilio del paziente definiscono il "profilo organizzativo" **CIA** dato dal rapporto tra le giornate di assistenza (GEA), intese come giornate di accesso e le giornate di cura (GDC), intese come durata del trattamento prevista dal PAI.

BASSO Livello	C.I.A. da 0.14 a 0.30	GDC 180
MMG o PLS :da 1 a 2 accessi mensili, esclusa la valutazione		
Infermiere: in media fino a 5 accessi mensili della durata massima di 30 min. ad accesso		
Professionista della riabilitazione: da 1 a 2 accessi settimanali max 45 min.		
O.S.S.: da 0 a 3 accessi settimanali		
Specialista: da 0 a 1 accesso mensile esclusa la valutazione		

MEDIO Livello	C.I.A. da 0.31 a 0.50	GDC 180
MMG o PLS :da 2 a 4 accessi mensili, esclusa la valutazione		
Infermiere: in media fino a 8 accessi mensili della durata massima di 35 min. ad accesso		
Professionista della riabilitazione: da 1 a 3 accessi settimanali (max 45 min)		
O.S.S.: da 2 a 4 accessi settimanali (60-90 min)		
Specialista: da 1 a 3 accessi mensili esclusa la valutazione		

ELEVATO Livello	C.I.A. da 0.51 a 0,60	GDC 90
MMG o PLS :da 2 a 4 accessi mensili, esclusa la valutazione		
Infermiere: in media fino a 20 accessi mensili della durata massima di 60 min. ad accesso		
Professionista della riabilitazione: da 1 a 3 accessi settimanali (max 60min)		
O.S.S.: da 1 a 7 accessi settimanali (60-90 min)		
Specialista: da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione		
Dietista: 1 accesso mensile (60 min)		
Psicologo: da 1 a 4 accessi mensili (60 min.)		

CURE PALIATIVE C.I.A. > 0.61	GDC 60
PRESTAZIONE ECCEDENTI SECONDO IL PAI	

NB: nella definizione del profilo organizzativo la combinazione degli accessi per le figure professionali interessate deve comunque rispettare il C.I.A. proprio del Livello assistenziale

FORNITURA FARMACI E MATERIALE SANITARIO

L'Assistenza Domiciliare Integrata, eccetto le Cure Prestazionali, prevede, per tutti i pazienti, la fornitura diretta dei farmaci e/o la somministrazione di prodotti farmaceutici da utilizzare al domicilio da parte degli infermieri. La fornitura dovrà essere effettuata dal servizio di farmacia in conformità con le normative vigenti e con oneri a totale carico del Distretto richiedente.

L' Azienda provvederà a stilare un prontuario dei farmaci fornibili direttamente ai pazienti in ADI e a regolamentare la fornitura stessa.

Analogamente si dovrà prevedere la fornitura diretta di materiale sanitario per le cure infermieristiche, protesi, ausili e presidi sanitari attivando procedure snelle e semplificate su richiesta del medico di Medicina Generale validata dall'UVM/Distretto.

Anche per il materiale erogabile, l'Azienda provvederà a stilare un prontuario dei materiali fornibili direttamente ai pazienti in ADI e a regolamentare la fornitura stessa, anche nei casi i cui necessitano procedure in deroga con modalità extra nomenclatore.

Tutti i farmaci e presidi sanitari forniti al paziente a domicilio dovranno essere coerenti con i LEA e con la prescrivibilità dei farmaci. Per la copertura economica extra LEA verrà adottato un apposito atto regionale, in assenza del quale non sarà possibile procedere all'erogazione.

NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE

La nutrizione artificiale (NA) è una procedura terapeutica che permette di soddisfare i fabbisogni nutrizionali dei pazienti impossibilitati ad alimentarsi per via naturale. Essa permette di mantenere o reintegrare lo stato di nutrizione dei soggetti in cui l'alimentazione orale è controindicata, impraticabile o non sufficiente. Tale terapia non è esente da complicanze e dovrebbe essere utilizzata in situazioni cliniche dopo averne valutato la necessità.

La terapia nutrizionale, consentendo il trattamento della malnutrizione, migliora stabilmente il decorso clinico, la qualità di vita e la prognosi di numerose patologie, influenzandone significativamente morbilità e mortalità.

La N.A.D. (Nutrizione Artificiale Domiciliare) viene proposta dal MMG attraverso la PUA del Distretto di residenza e valutata dalla UVM che può decidere di richiedere l'intervento del centro di riferimento regionale per la N.A.D.

In tal caso il Centro ha la competenza nella gestione dell'assistito.

La N.A.D. potrà essere attivata secondo le seguenti modalità:

NUTRIZIONE PARENTERALE: o *Insufficienza intestinale reversibile o irreversibile conseguente a:*

PER LA NPD-st: Patologie neoplastiche (in presenza di impossibilità alla nutrizione per via orale o enterale e di condizioni cliniche adeguate alla terapia nutrizionale sostitutiva) Altre patologie con indicazione NPD short term;

PER LA NPD PER IICB: Sindrome da intestino corto (esiti di ampie resezioni per infarto mesenterico, malattia di Chron, enterite attinica, volvolo,...) alterazioni della motilità intestinale (pseudo-ostruzione; esiti tardivi di enterite attinica; neuropatie tossiche ed ischemiche) malassorbimenti gravi transitori (fase iniziale pancreopatie, morbo di Whipple, fistole digestive) patologie rare (errori metabolici congeniti, sclerodermia, linfangectasia, malassorbimenti intrattabili, amiloidosi, VIP syndrome) situazioni cliniche rare reversibili (anoressia psichica, iperemesi gravidica, patologie immunitarie).

NUTRIZIONE ENTERALE: Impossibilità o controindicazione alla nutrizione per via orale conseguente a:

DISFAGIA DA OSTRUZIONE AL TRANSITO DELLE PRIME VIE DIGESTIVE: o *Patologie neoplastiche* (tumori regione capocollo, tumori esofago, stomaco, duodeno, in fase terapeutica e non).

DISFAGIA FUNZIONALE: *Patologie neurologiche* (coma cerebrale, esiti di eventi cerebrovascolari acuti e di traumi cerebrali; malattie croniche progressive come la demenza senile, la malattia di Parkinson, la sclerosi multipla, la malattia del motoneurone).
Alterazioni della motilità delle prime vie digestive (acalasia, ...) o *Necessità di integrazione alla nutrizione per via orale*

SITUAZIONI CLINICHE CARATTERIZZATE DA ELEVATE RICHIESTE ENERGETICHE: Esiti di gravi traumi e gravi ustioni:

- o Patologie intestinali in fase terapeutica
- o Substenosi intestinali (Malattia di Chron)
- o Fistole digestive a bassa portata

PROCEDURA DI REALIZZAZIONE

La NAD dovrà essere prescritta, attuata e monitorata da personale sanitario competente sulla base di protocolli condivisi con il MMG. Le Linee Guida Ministeriali prevedono che tale attività sia attuata da un team nutrizionale (composto da Medico, Dietista, Infermiere, eventualmente affiancati da un farmacista clinico) afferente la Unità Operativa competente; quest'ultima dovrà identificare il paziente, scegliere la via d'accesso, fornire un piano terapeutico-nutrizionale, e valutare – insieme al MMG – per ogni singolo paziente, il monitoraggio clinico e gestionale più appropriato.

Per la gestione della NAD dovrà essere assicurata al paziente (direttamente o tramite i servizi territoriali):

- a) una adeguata assistenza infermieristica domiciliare (tramite l'ADI) in grado di attuare ogni tipo di azione prevista dalla NAD (es. sostituzione delle PEG a domicilio) ed un periodico follow-up (concordato con il personale del team nutrizionale);
- b) un controllo periodico del MMG in base a quanto concordato con il Distretto di residenza del paziente;
- c) la fornitura delle attrezzature (es. nutripompe, piantane, ecc), dei materiali (es. garze, ecc) e dei prodotti (es. nutrienti) al domicilio del paziente;
- d) il training al paziente e ai familiari (o caregiver) con la consegna di un manuale di istruzioni, contenente informazioni per le procedure di gestione della NAD (es. come usare la nutripompa, quali sono i possibili rischi, le problematiche più frequenti, cosa fare in caso di emergenza, ecc).

Il trattamento di NAD, sarà diversificato per i due differenti trattamenti:

Nutrizione Parenterale Domiciliare sacche nutrizionali in EVA contenente soluzioni nutrizionali personalizzate su prescrizione del centro di riferimento per soddisfare il totale fabbisogno individuale giornaliero del malato da infondere mediante Catetere Venoso Centrale (CVC) a permanenza; prodotti di integrazione multivitaminica o di oligoelementi e di anticoagulanti; pompa peristaltica per l'infusione controllata; set di infusione con sacca per la somministrazione della soluzione; cappucci per il CVC; materiali di medicazione quali disinfettanti, kit sterili per il cambio cappuccio del CVC; kit sterili per medicazione dell'emergenza cutanea del CVC; siringhe, aghi monouso, garze sterili, ect., addestramento del paziente per renderlo autosufficiente, insieme ad un suo familiare e/o convivente, nella gestione delle "manovre in asepsi" e nella "tecnica di eparinizzazione del CVC" e nella sostituzione

del capuccio del CVC; refrigeratore per la conservazione delle soluzioni nutrizionali; fornitura di tutti i prodotti e presidi.

Nutrizione Enterale Domiciliare prodotti di nutrizione enterale secondo le indicazioni qualitative e quantitative prescritte dal centro di riferimento che il paziente assumerà per via orale, per sondino naso gastrico o mediante gastrostomia per via endoscopica (PEG); pompa peristaltica per l'infusione controllata se il paziente è portatore di sondino o PEG; set di infusione con sacca per la somministrazione della soluzione; materiali di medicazione in presenza di PEG, addestramento del paziente e di un familiare alla procedura di infusione, alla gestione del sondino o della PEG, al controllo della pompa e alla prevenzione delle complicanze; fornitura di tutti i prodotti e presidi.

E' in fase di adozione apposito regolamento aziendale riguardante le regole per la erogazione dei prodotti e dispositivi per la Nutrizione Artificiale Domiciliare.

ALLEGATO A

L'elenco che segue riporta le PRESTAZIONI più frequentemente erogate dalle figure professionali abitualmente coinvolte nelle cure domiciliari.

ELENCO PRESTAZIONI PER CURE DOMICILIARI INTEGRATE

Medico Specialista (es. geriatria- medicina interna o discipline equipollenti)

1. Prima visita domiciliare e stesura della relativa documentazione sanitaria
2. Visita programmata di controllo e stesura della relativa documentazione sanitaria
3. Esecuzione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
4. Compilazione diario clinico
5. Stesura di un piano assistenziale
6. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
7. Proposta di ausili e protesi
8. Proposta terapeutica
9. Educazione del care giver alla gestione di una terapia
10. . Prelievo ematico
11. Terapia iniettiva intramuscolare
12. Terapia iniettiva sottocutanea
13. Terapia iniettiva sottocutanea in infusione
14. Terapia iniettiva endovenosa
15. Terapia infusione con necessità di sorveglianza medica
16. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
17. Gestione della terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed in infusione continua.
18. Terapia infusione con necessità di sorveglianza medica
19. Posizionamento catetere venoso periferico
20. Posizionamento cateterino sottocutaneo
21. Gestione cateterismo sottocutaneo/ venoso periferico
22. Gestione cateterismo venoso centrale/ sist. Port-a-cath
23. . Assistenza/gestione pompa infusione
24. . Irrigazione dell'orecchio
25. Verifica parametri nutrizionali
26. Anamnesi dietologica
27. . Formulazione dieta personalizzata
28. Valutazione della disfagia
29. Monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale enterale
30. Monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale
31. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
32. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
33. . Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
34. Toilette lesione/ferita superficiale
35. Toilette lesione/ferita profonda

- 36.. Courettage e o rimozione unghia/matrice ungueale
- 37.. Svuotamento di ematomi
38. Incisione con drenaggio sottocutaneo
- 39.. Drenaggio raccolta ascessuale
40. Bendaggio elastocompressivo
41. Anestesia locale
42. Infiltrazione punti trigger
43. Sutura ferite
- 44.. Rimozione dei punti/graff di sutura
45. Sostituzione cannula tracheale
- 46.. Broncoaspirazione
47. Monitoraggio ventilazione meccanica domiciliare
- 48.. Controllo parametri ventilatori
- 49.. Prelievo da sangue capillare
- 50.. Esecuzione altre indagini biumorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.)
51. Gestione PEG
52. Posizionamento/sostituzione SNG
53. Posizionamento/sostituzione/ gestione Cateterismo Vescicale
54. Valutazione del ristagno vescicale
- 55.. Esplorazione rettale
56. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
57. Monitoraggio dialisi peritoneale

Medico specialista: medicina fisica e riabilitativa

1. Prima visita domiciliare e stesura della relativa documentazione sanitaria
2. Visita programmata di controllo e stesura della relativa documentazione sanitaria
3. Esecuzione di test / scale di valutazione
4. Definizione del trattamento riabilitativo - Stesura di un piano assistenziale (PRI)
5. Compilazione diario clinico
6. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
7. Proposta ausili e protesi
8. Monitoraggio periodico dell'andamento del trattamento
9. Proposta terapeutica
10. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
11. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
12. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
- 13.. Consulenza specialistica

Medico specialista esperto in cure palliative

1. Prima visita domiciliare e stesura della relativa documentazione sanitaria
2. Visita programmata di controllo e stesura della relativa documentazione sanitaria
3. Visita in urgenza
4. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)

5. Compilazione diario clinico
6. Stesura di un piano assistenziale
7. Proposta terapeutica
8. Istruzione del caregiver alla gestione di una terapia
9. Educazione del caregiver alla gestione di dispositivi per la somministrazione di farmaci (pompe, elastomeri, altro)
10. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
11. Proposta ausili e protesi
12. Monitoraggio dei sintomi
13. Terapia iniettiva intramuscolare
14. Terapia iniettiva sottocutanea
15. Terapia iniettiva sottocutanea in infusione
16. Terapia iniettiva endovenosa
17. Terapia infusione con necessità di sorveglianza medica
18. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
19. Gestione della terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed in infusione continua.
20. Posizionamento catetere venoso periferico
21. Posizionamento cateterino sottocutaneo
22. Gestione cateterismo sottocutaneo/ venoso periferico
23. Gestione cateterismo venoso centrale/ sist. Port-a-cath
24. Assistenza/gestione pompa infusione
25. Gestione cateteri spinali
26. Istillazione genitourinaria
27. Irrigazione dell'orecchio
28. Valutazione della disfagia
29. Monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale enterale
30. Monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale
31. . Prelievo ematico
32. . Prelievo da sangue capillare
33. Esecuzione altre indagini biomorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.)
34. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
35. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
36. Toilette lesione/ferita superficiale
37. Toilette lesione/ferita profonda
38. Courettage e o rimozione unghia/matrice ungueale
39. Svuotamento di ematomi
40. Incisione con drenaggio sottocutaneo
41. Anestesia locale
42. Infiltrazione punti trigger
43. Sutura ferite
44. Rimozione dei punti/graff di sutura

45. Sostituzione cannula tracheale
46. Broncoaspirazione
47. Gestione ventilazione meccanica domiciliare
48. Posizionamento/sostituzione SNG
49. Sostituzione di PEG
50. Posizionamento/sostituzione/ gestione Cateterismo Vescicale
51. Valutazione del ristagno vescicale
52. Gestione cateterismo sovrappubico o altre derivazioni urinarie
53. Gestione dialisi peritoneale
54. Controllo parametri ventilatori
55. Esplorazione rettale
56. Emotrasfusione

Infermiere

1. Prima visita domiciliare
2. Visita programmata di attuazione del piano assistenziale
3. Visita in urgenza solo per Cure Palliative
4. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
5. Compilazione diario clinico infermieristico
6. Stesura di un piano assistenziale
7. Educazione del care giver alla attività di nursing (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari ecc.)
8. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
9. Educazione del care giver alla gestione di dispositivi per la somministrazione di farmaci (pompe, elastomeri, altro)
10. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
11. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente
12. Applicazione di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance
13. Educazione del care giver alla corretta mobilizzazione / corretta postura del paziente
14. Educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee
15. Educazione del care giver alla gestione di derivazioni urinarie
16. Educazione del care giver alla gestione di enterostomie
17. Prelievo ematico da sangue capillare (dtx)
18. Prelievo ematico
19. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.)
20. Gestione tracheostomia
21. Educazione del care giver alla broncoaspirazione
22. Broncoaspirazione
23. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
24. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
25. Sostituzione di bendaggio con doccia di immobilizzazione
26. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
27. Toilette lesione/ferita superficiale

28. Terapia iniettiva intramuscolare
29. Terapia iniettiva sottocutanea
30. Terapia iniettiva sottocutanea in infusione
31. Terapia iniettiva endovenosa
32. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
33. Gestione della terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed in infusione continua per Cure Palliative
34. Posizionamento catetere venoso periferico
35. Posizionamento cateterino sottocutaneo
36. Gestione cateterismo sottocutaneo/ venoso periferico
37. Gestione cateterismo venoso centrale/ sist. Port-a-cath
38. Assistenza/gestione pompa infusionale
39. Gestione cateteri spinali
40. Istillazione genitourinaria
41. Irrigazione dell'occhio
42. Irrigazione dell'orecchio
43. Valutazione della disfagia
44. Posizionamento/sostituzione SNG
45. Gestione SNG
46. Gestione PEG
47. Valutazione del ristagno gastrico
48. Somministrazione di terapia tramite SNG-PEG
49. Controllo periodico del sistema di ancoraggio della PEG
50. Posizionamento/sostituzione/ gestione Cateterismo Vescicale
51. Valutazione del ristagno vescicale
52. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
53. Supporto alla gestione dialisi peritoneale
54. Gestione alvo (intervento educativo igienico-alimentare)
55. Gestione alvo (Clistere evacuativo Evacuazione manuale)
56. Esplorazione rettale
57. Gestione enterostomie
58. Gestione drenaggi
59. Irrigazione intestinale
60. Gestione derivazioni urinarie

Fisioterapista

1. Esecuzione di test / scale di valutazione
2. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
3. Istruzione utilizzo ausili e protesi
4. Istruzione del paziente o del care giver all'utilizzo di ausili per la deambulazione e valutazione ambientale
5. Educazione del care giver ad interventi adattativi che rendano più sicuri e fruibili gli
6. ambienti domestici
7. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente

8. Educazione del caregiver alla corretta mobilizzazione / corretta postura del paziente
9. Applicazione di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance
10. Compilazione diario clinico
11. Trattamento di rieducazione motoria del paziente neurologico
12. Trattamento di rieducazione motoria del paziente ortopedico
13. Trattamento di rieducazione motoria del paziente amputato
14. Trattamento di rieducazione globale del paziente portatore di patologia neurodegenerativa
15. Rieducazione respiratoria
16. Rieducazione alla tosse assistita
17. Sostituzione del bendaggio con doccia di immobilizzazione
18. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici

Logopedista

1. Valutazione delle alterazioni del linguaggio di tipo afasico
2. Valutazione delle alterazioni del linguaggio di tipo disartrico
3. Esecuzione di test / scale di valutazione
4. Stesura di un piano assistenziale
5. Rieducazione al linguaggio
6. Rieducazione disturbi neuropsicologici (memoria ed attenzione)
7. Monitoraggio del disturbo
8. Valutazione della disfagia

Terapista occupazionale

1. Stesura di un piano assistenziale
2. Rieducazione disturbi neuropsicologici (memoria ed attenzione)
3. Recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane
4. Colloquio con il familiare/caregiver
5. Valutazione dell'ambiente domestico per indicazioni ai fini di una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi

Educatore professionale

1. Prima visita domiciliare
2. Stesura di un piano individualizzato
3. Visita programmata
4. Colloquio e sostegno ai familiari, in ambito educativo
5. Supporto ad attività di socializzazione
6. Supporto ad attività per lo sviluppo di capacità relazionali
7. Sostegno nella gestione dei comportamenti inadeguati
8. Attività di accompagnamento e accettazione del decorso della malattia

Operatore socio sanitario

1. Igiene personale a persone allettate o con lesioni cutanee
2. Bagno assistito

3. Posizionamenti e mobilizzazione
4. Supporto alle prestazioni infermieristiche
5. Rilevazione parametri vitali (temperatura corporea, frequenza respiratoria e cardiaca, peso)
6. Medicazioni semplici
7. Microclismi senza sonde
8. Bendaggi e fasciature
9. Addestramento e colloqui con i familiari/caregiver per la gestione del paziente allettato sotto il profilo igienico-sanitario

Ausiliario socio-assistenziale

1. Igiene personale
2. Bagno assistito
3. Posizionamenti e mobilizzazione
4. Collaborazione con il personale sanitario per mobilizzazione pazienti
5. Addestramento familiari/caregiver all'igiene del paziente

Psicologo

1. Terapia di supporto ai pazienti e ai familiari
2. Consulenza individuale agli operatori delle équipe
3. Attività di supervisioni di équipe
4. Colloqui per sostegno ed elaborazione del lutto

Comuni a tutte le figure

1. Colloquio con familiare / care giver
2. Colloquio con il medico di Medicina Generale
3. Colloquio con medico specialista
4. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche- passaggio di informazioni - consegne)
5. Visita di cordoglio- Supporto al lutto
6. Rendicontazione attività svolta