



REGOLAMENTO CURE DOMICILIARI ASL BENEVENTO



FONTI

La normativa principale di riferimento Nazionale e Regionale per le cure domiciliari è la seguente:

- D.lgs n.502/92 e successive modifiche e integrazioni;
- D.lgs n.229/99 recante “Norme per la razionalizzazione del SSN”;
- Progetto Obiettivo Anziani approvato dal Parlamento il 30/01/1992;
- Legge n.328/2000 recante “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;
- DGRC n. 5744 28/11/2000 Approvazione del Progetto obiettivo regionale "Potenziamento dell'assistenza domiciliare all'anziano fragile ed attivazione della rete di assistenza geriatrica;
- DPCM del 14/02/2001 recante “Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria”;
- DPCM del 29/11/2001 che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria e sociosanitaria;
- DPR del 03/05/2001 “Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003”;
- L.R. n. 29/81 recante “Interventi a favore degli anziani”;
- L.R. n. 5/84 recante “Interventi a favore degli anziani”;
- L.R. n. 46/85 recante “Interventi a favore degli anziani”;
- L.R. n. 21/89 recante “Interventi a favore degli anziani”;
- L.R. n. 17/91 recante “Interventi a favore degli anziani”;
- L.R. n. 32/94 recante “D.Lgs 30/12/1992, n.502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del Servizio Sanitario Regionale”;
- L.R. n. 5/97 recante “Istituzione del servizio di Telesoccorso-Telecontrollo”
- DPR 8 marzo 2000: Progetto obiettivo AIDS;
- DGRC n.1826 del 4/05/2001 “Linee di programmazione regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali”;
- Conferenza Unificata (ex art. 8 del d.lgs. 28 agosto 1997, n. 281) Accordo 19 aprile 2001
 - Accordo tra il Ministro della Sanità, le regioni, le province autonome di Trento e Bolzano e le province, i comuni e le comunità montane, sul documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative;
- Ministero della Salute - Comitato Ospedalizzazione a Domicilio (DM 12/04/2002) – Sperimentazione di un sistema di Ospedalizzazione Domiciliare;
- Ministero della Salute - Comitato Ospedalizzazione a Domicilio – Documento Conclusivo: “Caratterizzazione dei Servizi di Cure Domiciliari” del 30/11/2002;
- DGRC n. 6467 del 30/12/2002 con la quale la Giunta Regionale ha emanato gli indirizzi regionali di programmazione a Comuni ed ASL per un sistema integrato di interventi e servizi socio-sanitari anno 2003;
- Piano Sanitario Regionale 2002 – 2004; Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. 22 del 03 maggio 2003 - Linee Guida per le Attività di Riabilitazione in Regione Campania
- Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale - Deliberazione n.2128 del 20/06/2003;
- DGRC 3329 del 21/11/2003 Approvazione delle linee guida per l'attivazione della rete integrata di Assistenza ai malati Terminali tra gli Hospice, i Servizi e le strutture esistenti sul territorio preposti alle cure palliative (DGRC n.4408 26.09.2001);
- Piano Sanitario nazionale 2003-2005

- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni; Ministero della Salute Decreto n.43 del 22 febbraio 2007;
- DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 5 marzo 2007 Modifica del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, recante: «Definizione dei livelli essenziali di assistenza».
- Ministero della Salute Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA: Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio, ottobre 2006;
- Ministero della Salute Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche anno 2007;
- Deliberazione N. 1098 del 22 giugno 2007 – Approvazione del documento "LINEE GUIDA PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE ONCOLOGICA";
- Deliberazione N. 1155 del 29 giugno 2007- Programmazione del potenziamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, utilizzando anche la riconversione dei presidi ospedalieri dismessi;
- Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulle cure palliative nell'età neonatale, pediatrica e adolescenziale del 27/06/2007 ai sensi dell'art. 4 del D.lgs n. 281 del 28/08/1997;
- Legge Regionale n. 11 del 23 ottobre 2007 “Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328”
 - Decreto Commissario ad Acta n. 49/2010
 - DGRC n.41/2011
 - Decreto Commissario ad Acta n. 1/2013-
- Piano Sanitario REGIONALE 2011-2013---

PREMESSA

- Il presente documento persegue l’obiettivo generale di ridefinire il Sistema di Cure Domiciliari erogate sul territorio dell’ AZIENDA SANITARIA LOCALE di BENEVENTO in un’ottica di integrazione tra le Istituzioni e tra le diverse professionalità, nel rispetto del PIANO SANITARIO REGIONALE e della normativa sopra riportata e rappresenta la modalità con la quale l’Azienda intende fornire risposta alla complessità della domanda di salute-cura-benessere.
- L’attività delle Unità Operative Assistenza Anziani e Cure Domiciliari dei Distretti Sanitari si rivolge prevalentemente agli anziani non autosufficienti, parzialmente non autosufficienti

ed a quelli affetti da pluripatologie ad alto rischio di invalidità, con particolare riguardo ai "pazienti ultra -sessantacinquenni".

- Per poter adempire a questo compito, l'U.O. Assistenza Anziani non si avvale esclusivamente di quanto la medicina tradizionale mette a disposizione in termini di strutture, servizi, organizzazione e metodologia di lavoro, ma ha bisogno di una organizzazione assistenziale e di una metodologia appropriata ai bisogni della persona anziana fragile. La valutazione globale è il metodo indispensabile per l'elaborazione di un piano di intervento personalizzato per l'anziano.
- Questo metodo è proprio dalla Geriatria e si realizza con la valutazione multidimensionale (V.M.D), che tiene conto della componente sanitaria e di quella sociale, spesso intimamente connesse.
- Il principio della Valutazione Multi Dimensionale (VMD) viene sancito in modo esplicito dal DPCM 14 febbraio 2001, dove all'articolo 4, comma 3, si recita: "per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio sanitarie, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidimensionale del bisogno.
- Per effettuare la valutazione del bisogno si ricorre a scale e strumenti scientificamente validati.
- La valutazione multi dimensionale- VMD- delle persone adulte ed anziane è lo strumento per l'accesso ai servizi socio sanitari di rete residenziali, semiresidenziali e domiciliari integrati.
- Le **Cure Domiciliari Integrate** sono rivolte non solo ai pazienti anziani ultra-sessantacinquenni ma anche ai malati terminali, malati oncologici, ai disabili, alle persone con disagio psichico, ai minori con patologie croniche.
- Le **Cure Domiciliari** sono un servizio erogato direttamente a casa dell'utente, che comprende prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali, erogazione di farmaci, materiale per medicazione, ausili e presidi.
- È caratterizzata da vari livelli, che dipendono dalle specifiche necessità della persona che la richiede:
 - **"Cure Domiciliari Prestazionali"**
 - caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato.
 - Esse costituiscono una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, per la presa in carico del paziente non richiede né una valutazione multidimensionale né l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare. Sono richieste dal Medico responsabile del processo di cura del paziente e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali. In caso di mutate condizione sanitarie e/o sociali rilevate il MMG deve richiedere l'attivazione dell' Unità di Valutazione Integrata-U.V.I.;
 - **"Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello"**
 - comprendono quelle già definite in precedenza ADI. Si rivolgono a persone che, pur presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi, necessitano di continuità assistenziale ed interventi programmati articolati. La gamma di prestazioni che riguardano questa tipologia di intervento professionale comprende prestazioni, medico infermieristiche, riabilitative mediche, medico specialistiche e socio assistenziali: tali prestazioni sono integrate in un mix all'interno di un Progetto Personalizzato, frutto di un processo di valutazione multidimensionale.
 - **-"Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e le Cure Domiciliari Palliative per malati terminali"**

- assorbono l'assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale e l'Ospedalizzazione domiciliare (Cure Palliative) sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità erogata da un'équipe in possesso di specifiche competenze.
- Consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche riferite a:
 - malati terminali (oncologici e non);
 - malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);
 - 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;
- Le cure domiciliari di terzo livello e le cure palliative ai malati terminali, pur se ricomprese in un unico livello assistenziale, sono erogate da distinte équipe:
- per i malati terminali è individuato un profilo specifico di cure palliative che richiede l'intervento di un'équipe dedicata di cui fa parte anche il medico di medicina generale, i cui componenti abbiano un'adeguata formazione e competenza per le cure palliative.
- La collocazione elettiva delle cure domiciliari, anche dove vengono offerti apporti ospedalieri, è nel LEA Assistenza Distrettuale.
- L'assistenza domiciliare, a qualsiasi livello, viene fornita solo in giorni ed ad ore stabilite. Gli operatori vengono assegnati ai vari assistiti, e dopo aver fatto il proprio lavoro presso il domicilio di ognuno di essi se ne vanno.
- Il supporto domiciliare non è continuativo come avviene in ospedale, chi ne usufruisce dovrà avere determinati requisiti:
 1. essere non autosufficiente o temporaneamente non autosufficiente;
 2. avere un supporto familiare, dato che l'assistenza domiciliare occupa solo un certo arco di tempo nel periodo della giornata. Il servizio domiciliare fornisce quelle prestazioni che la famiglia non può assicurare.

Regolamento di accesso ai servizi sociosanitari

- **REGOLAMENTO**, allegato alla Convenzione sottoscritta dalla ASL e dagli Ambiti Territoriali, così come sancito dalla DGRC n. 50/2012 che definisce l'iter procedurale per l'accesso alla rete dei servizi;
- In particolare nel regolamento sono definite le funzioni della PUA e dell' UVI.

PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI

Accesso per l'erogazione dei servizi socio-sanitari integrati

- L'accesso, la valutazione e la presa in carico dei soggetti richiedenti prestazioni socio sanitarie integrate avviene con procedure unitarie attraverso:
- **la Porta Unitaria di Accesso (PUA)**
- **l'Unità di Valutazione Integrata (UVI).**
- Gli interventi di assistenza domiciliare possono essere richiesti dall'interessato o familiare o su segnalazione dei servizi sociali del Comune, dei Medici di Medicina Generale, dalle UU.OO. distrettuali, strutture ospedaliere, **ma sempre previo consenso dell'interessato.**
Le richieste devono giungere attraverso la PUA.

La Porta Unitaria di Accesso (PUA)

- La PUA è una struttura di snodo dell'offerta dei servizi alla persona e svolge, attraverso sportelli unificati, i compiti di ascolto delle persone, vigilanza sul rischio di burocratizzazione, informazione, decodifica dei bisogni, orientamento, trasmissione delle richieste ai servizi competenti (sociali, sanitari e sociosanitari).
- Tutti i punti di accesso utilizzano strumenti unici e sono collegati con la rete telefonica, fax ed informatica.
- La segnalazione alla PUA può essere attivata:
 - dal singolo cittadino interessato;
 - da un familiare, parente o componente della rete informale (es. vicinato)
 - da un tutore giuridico;
 - da Servizi sanitari (UO ospedaliere, UO distrettuali, MMG/PLS etc; strutture residenziali)
 - dai servizi sociali o da altri servizi dell'ambito territoriale.
- La richiesta deve essere effettuata attraverso il modello,, approvato con D.G.R.C.. n. 41/2011.
- In tutti i casi in cui la segnalazione/richiesta non è stata effettuata dal diretto interessato, occorre acquisire dal cittadino o dal suo tutore giuridico il consenso informato al trattamento dei dati da parte dei diversi soggetti della rete di servizi sociali e sanitari, nel rispetto della normativa sulla privacy e della L.241/90 in merito alla responsabilità del procedimento.
- Gli attori della Porta Unitaria di Accesso devono valutare il bisogno espresso dal cittadino (*valutazione di primo livello*) ed avviare un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle situazioni problematiche espresse, semplici o complesse, possa prevedere l'invio e l'accompagnamento ai servizi - sanitari o sociali - o l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata.
- In caso di bisogno semplice, cui corrisponde l'erogazione di prestazioni sanitarie o sociali che non richiedono una valutazione multidimensionale, tutti i punti di accesso svolgono funzioni di informazione, orientamento, invio ed accompagnamento alla prestazione richiesta.
- In caso di bisogno complesso, ossia quando nel corso del processo di presa in carico da parte di uno dei punti di accesso si ritiene che esistano situazioni multiproblematiche e condizioni di complessità che richiedano un'attività integrata con la partecipazione sia del servizio sociale che del servizio sanitario, la PUA, contatta il MMG/PLS, il quale formula la proposta motivata di ammissione alle prestazioni socio sanitarie integrate.
Le modalità di funzionamento della PUA sono state disciplinate con Delibera ASL n 381 del 2014 avente ad oggetto : Presa d'atto Regolamento delle procedure operative della PUA .

La proposta di ammissione

- La PROPOSTA di ammissione, formulata dal MMG su apposita modulistica (Scheda A-SVAMA) corredata dalla scheda di accesso PUA, è inviata all'U.O. competente del

Distretto Sanitario ed al Coordinatore dell'Ufficio di Piano, ai quali è affidata la responsabilità di attivare l'UVI.

- La proposta di ammissione contiene, oltre alle informazioni già presenti nella richiesta di accesso, le seguenti informazioni:
- indicazioni generali di carattere socio ambientale relative a condizioni abitative e situazione familiare (nucleo di convivenza e di primo grado), rete familiare e sociale di supporto, situazione economica del soggetto e del nucleo familiare;
- bisogno/problema rilevato (condizioni generali di salute, diagnosi cliniche e patologie presenti), corredato da certificazione medica del MMG/PLS o di struttura pubblica a supporto della richiesta;
- prima ipotesi di intervento;
- Nei casi di dimissione protetta, la Direzione Sanitaria dell'Ospedale e/o il Responsabile dell'U.O./Reparto Ospedaliero in cui è ricoverato il paziente trasmette la proposta al Direttore del Distretto Sanitario, unitamente ad una relazione clinica in cui, oltre alla diagnosi, viene indicata la data prevista per la dimissione ed i bisogni assistenziali della persona. La condizione di dimissibilità e l'ammissione ai servizi sociosanitari devono essere condivisi ed approvati in sede di UVI in via preventiva rispetto alla dimissione. In tali casi l'assistente sociale competente per il caso dovrà redigere la relazione sociale con informazioni relative alla situazione familiare ed alle reti di supporto. In particolare, nel caso in cui non sia possibile assistere il paziente a domicilio, la relazione dovrà evidenziare le situazioni di eventuale assenza o impossibilità della rete parentale e/o amicale, specificando la motivazione di tale indisponibilità.

L'Unità di Valutazione Integrata (UVI)

- **L'Unità di Valutazione Integrata (UVI)**, quale equipe socio-sanitaria multidisciplinare integrata, è composta da personale dell'ASL e dell'Ambito territoriale.
- All'UVI partecipano i seguenti componenti:
- Dirigente Responsabile del centro di costo dell'U.O. competente del Distretto Sanitario per la spesa dell'ASL;
- Delegato alla spesa sociale nominato dall'Ambito Territoriale;
- Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS) dell'assistito responsabile della presa in carico del cittadino/utente;
- Assistente sociale dell'Ambito Territoriale responsabile della presa in carico del cittadino/utente.
- L'UVI può essere integrata con figure specialistiche sanitarie e sociali legate alla valutazione del singolo caso, su richiesta rispettivamente del Dirigente dell'U.O. Competente del Distretto Sanitario e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano.
- Alle sedute è sempre invitato a partecipare il cittadino-utente, o suo familiare, il quale è coinvolto nella fase di formazione del Progetto personalizzato.
- L'U.V.I. si riunisce di norma presso il Distretto Sanitario salvo diverse esigenze per le quali risulti opportuno, su decisione congiunta dei componenti dell'UVI, utilizzare un'altra sede sanitaria territoriale od extraterritoriale (strutture residenziali extra ASL) o la sede dei servizi sociali territoriali coinvolti, oppure il domicilio del richiedente la prestazione.

Convocazione dell'UVI

- Sulla base della PROPOSTA per l'ammissione alle prestazioni socio sanitarie, il Dirigente dell'U.O. competente del Distretto Sanitario ed il Coordinatore dell'Ufficio di Piano concertano la convocazione dell'UVI. Se lo ritengono necessario possono chiedere

chiarimenti o integrazioni alla proposta di ammissione, prima di procedere alla convocazione dell'UVI.

- L'UVI è convocata per iscritto a firma congiunta del Dirigente dell'U.O. competente del Distretto e del Direttore del Distretto. Le convocazioni UVI sono inviate al cittadino-utente, o suo familiare, ed ai componenti dell'UVI.
- Qualora il Dirigente dell'U.O. competente del Distretto Sanitario ed il delegato alla spesa per l'Ambito, fossero impossibilitati a partecipare, la seduta è comunque valida se successivamente provvedono a sottoscrivere il verbale UVI (Scheda D Svama, autorizzativa dell'erogazione del servizio.).
- Per ogni utente valutato in UVI è compilata ed adottata la modulistica SVAMA di cui alla D.G.R.C. n. 323/12. Per ogni seduta UVI è redatto specifico verbale secondo lo schema allegato alla suddetta D.G.R.C..
- Entro 30 giorni dalla Proposta di accesso viene effettuata la valutazione multidimensionale a cura dell'UVI e la relativa redazione del Progetto Personalizzato, rispettando, nell'ordine di precedenza, le urgenze.
- Sono esclusi da questa procedura tutti quei casi per i quali si renda necessaria, per ragioni di necessità ed urgenza assoluta ed indifferibile una presa in carico immediata. In questi casi, in particolare quelli che necessitano di Cure Domiciliari di III livello (vedi DGRC n. 41 del 14/2/11) oppure in cui è completamente assente il supporto familiare (anziani e/o disabili gravi che vivono da soli), l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie integrate potrà essere autorizzato per iscritto in via eccezionale congiuntamente dal Dirigente dell'UO distrettuale competente e dal rappresentante dell'Ambito territoriale con delega alla spesa e successivamente sarà effettuata la valutazione integrata in sede di UVI.
- Così come disposto all'art. 5 punto 4 dell' All. 1 alla DGRC n° 50 del 28/2/2012, nel caso in cui il rappresentante dell'Ambito, formalmente convocato, risulti assente a due sedute consecutive dell'UVI, l'ASL procederà alla valutazione dell'assistito e le relative risultanze sono vincolanti ai fini della compartecipazione.

Compiti dell'UVI e l'individuazione del Responsabile del caso

- La UVI svolge i seguenti compiti :
- effettua la valutazione multidimensionale del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali dell'assistito e del suo nucleo familiare (valutazione di secondo livello), applicando strumenti idonei e standardizzati (schede e scale di valutazione sanitaria e sociale: SVAMA);
- elabora il Progetto Personalizzato, tenendo conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e del suo ambito familiare, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari. Il Progetto deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela;
- individua tra i propri componenti il Responsabile del caso per garantire l'attuazione e l'efficacia degli interventi previsti dal Progetto personalizzato (case manager);
- individua il costo della prestazione autorizzata e stabilisce la percentuale di compartecipazione alla spesa socio sanitaria da parte dell'ASL e dell'Ambito/utente;
- verifica e aggiorna l'andamento del Progetto Personalizzato;
- stabilisce le modalità di dimissione.
- Rispetto al compito di cui al terzo punto, è importante distinguere tra la responsabilità clinica del caso, che rimane in capo al MMG/PLS (il naturale referente sanitario dell'assistito che coordina comunque gli interventi sanitari) e la responsabilità del Progetto Personalizzato, che è appunto del *Case Manager o Responsabile del caso*.
- Il ruolo di Case manager è assunto da figure assistenziali diverse a seconda della tipologia e complessità del bisogno del paziente: può quindi essere una figura sanitaria o sociale, in

base ai bisogni prevalenti del soggetto e alle scelte organizzative. Il responsabile del caso viene individuato tra i propri componenti in sede UVI, scelto in base al maggior coinvolgimento che egli assume sia sul piano tecnico-scientifico, sia sul piano amministrativo ed è all'UVI che deve direttamente rispondere del suo operato. Visto l'impegno che tale funzione richiede, è opportuno affidare ad uno stesso operatore un numero limitato e compatibile di casi da coordinare.

Il Progetto personalizzato

- Il Progetto Personalizzato definisce esplicitamente e in maniera analitica:
 - gli obiettivi essenziali da raggiungere
 - la tipologia della prestazione
 - la data di avvio e la durata presumibile degli interventi
 - tempi di verifica dell'andamento del Progetto
 - i costi della prestazione e la ripartizione percentuale dei costi tra ASL e Ambito/utente
- il consenso del cittadino interessato, o dei familiari, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al progetto personalizzato, anche per l'eventuale quota di compartecipazione alla spesa.
- Il Progetto deve prevedere:
- Anamnesi del Medico di Medicina Generale (M.M.G.) o del Pediatra di Libera Scelta (P.L.S.);
- Anamnesi socio-ambientale del singolo e/o del nucleo familiare;
- Diagnosi sociale;
- Individuazione risorse personali;
- Individuazione risorse familiari (famiglia nucleare e allargata);
- Individuazione risorse comunitarie;
- Indicatore della situazione economica del singolo e/o del nucleo familiare di riferimento (I.S.E. e I.S.E.E.);
- Obiettivi dell'intervento integrato;
- Metodologia;
- Prestazione sanitaria dettagliata e operatori coinvolti;
- Prestazione sociale dettagliata e operatori coinvolti;
- Eventuale impegno di risorse del terzo settore e operatori coinvolti;
- Case Manager;
- Tempistica;
- Strumenti di monitoraggio, verifica e valutazione;
- Eventuali moduli, schede, protocolli, relazioni, certificazioni, frutto della professionalità, dell'esperienza, della competenza, dei componenti e/o delle unità operative e dei servizi che questi rappresentano.
- Tutti i componenti dell'U.V.I. contribuiscono all'elaborazione del Progetto Individualizzato attraverso l'apporto della propria competenza professionale e delle funzioni istituzionali che rappresentano.
- Il Progetto è sottoscritto dai componenti dell'U.V.I. e proposto al cittadino/utente, a cura del Case Manager (eventualmente supportato da altri componenti dell'U.V.I.), per l'accettazione dello stesso.
- L'utente ha la possibilità di:

- accettare o non accettare il Progetto,
- proporre eventuali modifiche, motivate;
- chiedere la revisione, motivata, successivamente alla sua sottoscrizione.
- L'utente può avvalersi della consulenza e del sostegno delle organizzazioni di tutela e rappresentanza dei consumatori e degli utenti.
- Il Progetto personalizzato è redatto in triplice copia, di cui una riservata al Distretto, una riservata all'Ambito ed una riservata per l'utente o suo familiare/tutore. La copia riservata al Distretto è conservata presso la sede in un fascicolo personale, nel quale è riposta tutta la documentazione relativa all'assistito (proposta di ammissione, certificazioni, schede di valutazione, cartella, revisioni del progetto, ecc.) nel rispetto della normativa sulla privacy (D.lgs 196/2003). Tale fascicolo può essere consultato dai componenti dell'UVI.

Qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base ai quali è stato elaborato il Progetto Personalizzato (bisogni, preferenze, menomazioni, abilità-disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative, priorità etc.), esso deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori. Tutte le proposte di modifica strutturale dello stesso vanno decise e condivise dall'U.V.I.

L'erogazione del servizio socio-sanitario

- Alla definizione del Progetto personalizzato da parte dell'UVI segue l'erogazione del servizio socio-sanitario.
- Il Dirigente dell'U.O. competente del Distretto Sanitario, il Delegato alla spesa per l'Ambito Territoriale e l'utente sottoscrivono, congiuntamente, l'allegato D della SVAMA.
- L'allegato D compilato e sottoscritto, documento autorizzativo e di certificazione di spesa, sarà trasmesso ai responsabili delle strutture pubbliche e/o private accreditate che erogano prestazioni socio-sanitarie
- L'erogazione delle prestazioni è subordinata alla recettività dei servizi, alla disponibilità di risorse economiche dell'Ambito e ai tetti di spesa dell'ASL, per cui potrà essere stilata una lista d'attesa che terrà conto dell'ordine cronologico delle istanze e del livello di complessità dei bisogni clinici e socio-economici che scaturiscono dai punteggi ottenuti a seguito della valutazione.
-

CARTELLA CLINICA DOMICILIARE

- L'unità operativa Assistenza Anziani e Cure domiciliari compila la Cartella Clinica delle cure domiciliari, nella quale sono registrate tutte le attività sanitarie, sociosanitarie e assistenziali svolte a domicilio del paziente.
- Tutti gli operatori coinvolti (Equipe Operativa) sono tenuti a utilizzare la suddetta Cartella registrando i loro interventi e controfirmando.
- Sulla Cartella va annotato qualsiasi tipo di intervento, sia Medico generico che Specialistico, come pure infermieristico, riabilitativo ed assistenziale, in modo che chiunque possa conoscere lo stato assistenziale dell'individuo.

- Tale Cartella , con la documentazione al completo, sarà poi ritirata da case-manager, a dimissione avvenuta, per l'archiviazione presso l'U.O. distrettuale.

INTEGRAZIONE TERRITORIO/OSPEDALE

L'integrazione delle cure domiciliari TERRITORIO- OSPEDALE si realizza attraverso:

- La Dimissione Protetta
- La condivisione di risorse (ospedaliere/territoriali) quando utile/necessarie/possibili.
- La realizzazione di percorsi preferenziali per la diagnostica e le urgenze.
- La stesura di protocolli d'intesa sottoscritti tra ASL e Ospedali..

SVAMA

- **La DGRC n. 323 del 2012** avente ad oggetto “ **Adozione della scheda multidimensionale per le persone adulte ed anziani -SVAMA Campania - modifiche ed integrazione della DGRC n. 1811/07:**
- indica lo strumento da utilizzare per la valutazione del bisogno e per l'accesso ai servizi di rete residenziale , semiresidenziale e domiciliari integrati.
- La SVAMA analizza tutti gli aspetti della vita di un soggetto: salute, autosufficienza, rapporti sociali, situazione economica; permette di avere un quadro di riferimento assolutamente imparziale e completo per giudicare lo stato qualitativo di vita delle persone che chiedono assistenza presso gli uffici di competenza
- La valutazione viene effettuata dai diversi componenti della Unità di Valutazione Multidimensionale-(schede A-B-C-D-E-F-).
- La scheda SVAMA permette di valutare, in modo omogeneo le istanze delle persone adulte e anziane non autosufficienti, misurandone le condizioni, sanitarie sociali e sociosanitarie, e definendone il conseguente profilo assistenziale, riducendo il tasso di inappropriatazza delle prestazioni erogate ai fini del riequilibrio della spesa, monitorare e valutare nel tempo gli esiti dei percorsi assistenziali proposti.

FLUSSI INFORMATIVI

- In ottemperanza al Decreto Ministeriale n. 17 –dicembre 2008 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare “ le UU.OO. Anziani e cure domiciliari sono tenute ad aggiornare puntualmente i dati relativi alle attività svolte provvedendo al caricamento dei dati attraverso il Sistema Informativo Lea SocioSan.

LINEE GUIDA CURE DOMICILIARI

- La **DGRC n. 41/2011** definisce il
- **“Sistema dei servizi domiciliari in Campania”**
- ed approva le linee di indirizzo recanti Profili Di Cura e Standards Assistenziali;
- con tale delibera sono definiti in particolare le funzioni integrate per l'accesso e la presa in carico del paziente.
- Tali funzioni si realizzano secondo il seguente percorso:
- Richiesta presentata ad uno degli attori della P.U.A. con modulistica adottata dal Regolamento sottoscritto tra ASL e Ambiti Territoriali (scheda PUA DGRC .n.41/11);

- Proposta di ammissione all' ADI/CDI;
- Valutazione Multidimensionale a cura dell' UVI;
- Redazione del Progetto Personalizzato, con definizione del piano esecutivo attuato dall' Equipe-Operativa;
- Piano Assistenziale Individuale che di norma ha una durata media di 180 giorni per il primo e secondo livello di Cure Domiciliari Integrate è di 90 giorni per il terzo livello di CDI;
- La Dimissione;

- **Il Decreto del Commissario ad Acta n. 1/2013** ha approvato il
- **“Sistema di tariffe e profili di cure domiciliari”**, documento che costituisce un orientamento ed indirizzo per la definizione di un Appropriato percorso di cura domiciliari;
- .Ciascun livello di cure domiciliari (I-II-III livello) e di cure palliative ricomprende tre diversi profili di cura basso, medio, alto caratterizzato dallo stesso range di punteggio .
- Qualora il paziente presenti più patologie o più necessità assistenziali verrà considerato solo il punteggio più alto ed uno per ogni caratteristica di complessità. Riassumendo, ciascuna patologia caratterizzante un soggetto arruolabile in uno specifico livello di Cure domiciliari integrate/ADI avrà una collocazione in uno specifico livello di intensità bassa, media ed alta, sulla base dei corrispondenti livelli di punteggio che presentano le caratteristiche funzionali, le necessità assistenziali e le condizioni sociali.
- La scheda sarà predisposta ed utilizzata dal Responsabile dell'Unità Operativa Cure Domiciliari che ha in carico l'utente, solo successivamente alla compilazione della scheda S.Va.M.A. -S.Va.M.Di., per individuare il tipo specifico di profilo cui ricondurre il paziente e determinare il setting assistenziale più appropriato; naturalmente la scheda non sostituisce affatto la definizione del Piano di Assistenza Individuale (PAI) ma può costituire un valido supporto nella redazione dello stesso.
- La scheda dei profili di cura si integra pertanto con la valutazione multidimensionale effettuata con le schede di valutazione multidimensionale in uso e non le sostituisce.
- Si deve precisare che lo schema proposto è coerente con le schede di valutazione multidimensionale in uso e che eventuali transcodifiche che dovessero rendersi utili saranno rese disponibili dai competenti uffici con atti propri; inoltre, per i malati terminali che necessitano di cure domiciliari, si specifica che la valutazione multidimensionale può essere effettuata con le scale e gli strumenti dedicati e specifici già in uso ed eventualmente integrandola con la scheda S.Va.M.A. che consente comunque la valutazione dell'assistente sociale utile alla definizione del setting assistenziale.

L'analisi precedentemente descritta è stata propedeutica a quella relativa alla determinazione delle tariffe, infatti, le cure domiciliari fanno riferimento a patologie con livelli di complessità differenti che danno luogo ad una tipologia assistenziale, che deve necessariamente tenere conto delle condizioni cliniche del paziente anche in riferimento a quelle sociali. La considerazione di appropriati profili di cura comporta, quindi, l'attenta valutazione di risorse assorbite differenti a seconda del livello di Cure domiciliari Integrate/Cure Palliative e di complessità specifica, con riferimento ai fabbisogni assistenziali correlati ai diversi profili di cura individuati.

COMPLESSITA' ASSISTENZIALE CON SUDDIVISIONE IN PROFILI PER LE CURE DOMICILIARI DI I – II – III Livello e Cure Palliative Non Terminali – CURE PALLIATIVE TERMINALI

- PROFILO BASSO 4 - 6
- PROFILO MEDIO 7 - 8

- PROFILO ALTO 9 - 12
- CURE DOMICILIARI I LIVELLO E CURE PALLIATIVE NON TERMINALI
- Caratteristiche di complessità
- A) PATOLOGIE
 - Punteggio 1
 - - Fratture degli arti inferiori non operabili
 - - Fratture trattate chirurgicamente
 - Punteggio 2
 - - Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici
 - - Miopatie gravi
 - - Malattie cromosomiche e/o genetiche particolarmente invalidanti
 - - Malattie vascolari del SNC con sindrome da immobilizzazione
 - - Demenze con sindrome da immobilizzazione
 - - Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa
 - Punteggio 3
 - - Malattie degenerative del S.N.C. che non necessitano di ventilazione assistita
 - - Malattie dell'apparato cardio-respiratorio che non necessitano di ventilazione assistita
 - - Malattie oncologiche e non che necessitano di terapia del dolore - cure palliative
 - - Diabete complicato (piede diabetico, insufficienza renale, retinopatia, gangrena degli arti inferiori, amputazioni ecc.)
- B) FUNZIONE
 - ADL 5-6 Punteggio 1
 - ADL 4-3 Punteggio 2
 - ADL 2-0 Punteggio 3
- C) NECESSITA' ASSISTENZIALI
 - Punteggio 1
 - - Ano artificiale
 - - Ureterostomia
 - - Catetere vescicale
 - Punteggio 2
 - - Terapia parenterale con accesso periferico
 - - Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die)
 - - Tracheotomia
 - - LdD III stadio (1 LdD)
 - - Lesione della cute chirurgica, oncologica
 - Punteggio 3
 - - Trasfusione emazie concentrate
 - - NAD con SNG
 - - Ulcere distrofiche arti
 - - LdD III stadio (due o più LdD)

- - LdD IV stadio
- - Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali
- - Terapia di riabilitazione psicomotoria, cognitiva e logopedia
- - Bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico
- - Dialisi peritoneale

- D) SUPPORTO SOCIALE
- PSOC 1 Punteggio 1
- PSOC 2 Punteggio 2
- PSOC 3 Punteggio 3

- CURE DOMICILIARI II LIVELLO E CURE PALLIATIVE NON TERMINALI
- Caratteristiche di complessità

- A) PATOLOGIE

- Punteggio 1
- - Fratture degli arti inferiori non operabili
- - Fratture trattate chirurgicamente

- Punteggio 2
- - Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici
- - Miopatie gravi
- - Malattie cromosomiche e/o genetiche particolarmente invalidanti
- - Malattie vascolari del SNC con sindrome da immobilizzazione
- - Demenze con sindrome da immobilizzazione
- - Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa

- Punteggio 3
- - Malattie degenerative del S.N.C. che non necessitano di ventilazione assistita
- - Malattie dell'apparato cardio-respiratorio che non necessitano di ventilazione assistita
- - Malattie oncologiche e non che necessitano di terapia del dolore - cure palliative
- - Diabete complicato (piede diabetico, insufficienza renale, retinopatia, gangrena degli arti inferiori, amputazioni ecc.)

- B) FUNZIONE
- ADL 5-6 Punteggio 1
- ADL 4-3 Punteggio 2
- ADL 2-0 Punteggio 3

- C) NECESSITA' ASSISTENZIALI

- Punteggio 1
- - Ano artificiale
- - Ureterostomia
- - Catetere vescicale

- Punteggio 2
- -Terapia parenterale con accesso periferico

- - Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die)
- - Tracheotomia
- - LdD III stadio (1 LdD)
- - Lesione della cute chirurgica, oncologica

- **Punteggio 3**
- - Trasfusione emazie concentrate
- - NAD con SNG
- - Ulcere distrofiche arti
- - LdD III stadio (due o più LdD)
- - LdD IV stadio
- - Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali
- - Terapia di riabilitazione psicomotoria, cognitiva e logopedia
- - Bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico
- - Dialisi peritoneale

- **D) SUPPORTO SOCIALE**
- PSOC 1 Punteggio 1
- PSOC 2 Punteggio 2
- PSOC 3 Punteggio 3

- **CURE DOMICILIARI III LIVELLO E CURE PALLIATIVE NON TERMINALI**
- Caratteristiche di complessità

- **PATOLOGIE**

- **BUON COMPENSO CLINICO Punteggio 1**
- - Malattie degenerative del S.N.C. con ventilazione assistita
- - Malattie dell'apparato cardio-respiratorio con ventilazione assistita
- - Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici con ventilazione assistita
- - Malattie cromosomiche e/o genetiche particolarmente invalidanti
- - Miopatie gravi con ventilazione assistita
- - Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica
- - Malattie oncologiche e non, che necessitano di terapia del dolore- cure palliative

- **DISCRETO COMPENSO CLINICO Punteggio 2**
- - Malattie degenerative del S.N.C. con ventilazione assistita
- - Malattie dell'apparato cardio-respiratorio con ventilazione assistita
- - Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici con ventilazione assistita
- - Malattie cromosomiche e/o genetiche particolarmente invalidanti
- - Miopatie gravi con ventilazione assistita
- - Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica
- - Malattie oncologiche e non, che necessitano di terapia del dolore-cure palliative e/o NAD e/o trasfusioni di sangue ed emoderivati

- **A RISCHIO DI SCOMPENSO CLINICO Punteggio 3**
- - Malattie degenerative del S.N.C. con ventilazione assistita
- - Malattie dell'apparato cardio-respiratorio con ventilazione assistita

- - Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici con ventilazione assistita
- - Miopatie gravi con ventilazione assistita
- - Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica
- - Malattie oncologiche e non, che necessitano di terapia del dolore-cure palliative e/o NAD e/o trasfusioni di sangue ed emoderivati

- B) FUNZIONE
- ADL 5-6 Punteggio 1
- ADL 4-3 Punteggio 2
- ADL 0-2 Punteggio 3

- C) NECESSITA' ASSISTENZIALI
- Punteggio 1
 - - Terapia parenterale con accesso periferico
 - - Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die)
 - - Ulcere distrofiche arti
 - - Tracheotomia
 - - Ano artificiale
 - - Ureterostomia
 - - Catetere vescicale
 - - Terapia di riabilitazione psicomotoria, cognitiva e logopedia
 - - Bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico
 - - Dialisi peritoneale

- Punteggio 2
 - - NAD con SNG
 - - Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali
 - - LdD III stadio (1 LdD)
 - - Lesioni della cute chirurgiche, oncologiche
 - - Terapia perdurale o terapia antalgica
 - - Emodialisi

- Punteggio 3
 - - NAD con PEG
 - - NPD
 - - Terapia parenterale con accesso centrale
 - - Trasfusione emazie concentrate
 - - LdD III stadio (due o più LdD)
 - - LdD IV stadio
 - - Terapia perdurale o terapia antalgica che richiede adeguamento posologia

- D) SUPPORTO SOCIALE
- PSOC 1 Punteggio 1
- PSOC 2 Punteggio 2
- PSOC 3 Punteggio 3

- CURE DOMICILIARI PALLIATIVE TERMINALI
- Caratteristiche di complessità Punteggio

- PATOLOGIE
- **BUON COMPENSO CLINICO Punteggio 1**
 - - Malattie degenerative del S.N.C. in fase terminale
 - - Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica
 - - Malattie oncologiche e non, in fase terminale che necessitano di terapia del dolore e cure palliative
- **DISCRETO COMPENSO CLINICO Punteggio 2**
 - - Malattie degenerative del S.N.C. in fase terminale;
 - - Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica;
 - - Malattie oncologiche e non, in fase terminale che necessitano di terapia del dolore e cure palliative
- **A RISCHIO DI SCOMPENSO CLINICO Punteggio 3**
 - - Malattie degenerative del S.N.C. in fase terminale;
 - - Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica;
 - - Malattie oncologiche e non, in fase terminale che necessitano di terapia del dolore -cure palliative e/o NAD e/o trasfusioni di sangue ed emoderivati
- B) FUNZIONE
 - ADL 5-6 Punteggio 1
 - ADL 4-3 Punteggio 2
 - ADL 0-2 Punteggio 3
- C) NECESSITA' ASSISTENZIALI
 - Punteggio 1
 - - Terapia parenterale con accesso periferico
 - - Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die)
 - - Ulcere distrofiche arti
 - - Tracheotomia
 - - Ano artificiale
 - - Ureterostomia
 - - Catetere vescicale
 - - Terapia di riabilitazione psicomotoria, cognitiva e logopedia
 - - Bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico
 - - Dialisi peritoneale
 - - Terapia peridurale o terapia antalgica
 - Punteggio 2
 - - NAD con SNG
 - - Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali
 - - LdD III stadio (1 LdD)
 - Punteggio 3
 - - Lesioni della cute chirurgiche, oncologiche
 - - Terapia peridurale o terapia antalgica
 - - Emodialisi
 - - NAD con PEG

- - NPD
- - Terapia parenterale con accesso centrale
- - Trasfusione emazie concentrate
- - LdD III stadio (due o più LdD)
- - LdD IV stadio
- - Terapia peridurale o terapia antalgica che richiede adeguamento posologia
- D) SUPPORTO SOCIALE
- PSOC 1 Punteggio 1
- PSOC 2 Punteggio 2
- PSOC 3 Punteggio 3

I fabbisogni assistenziali in relazione ai profili di cura

- L'équipe di Cure Domiciliari dopo aver collocato la persona nell'appropriato profilo assistenziale del relativo livello di cure domiciliari e cure palliative, utilizza le indicazioni successive per determinare il numero di accessi mensili o settimanali (a seconda delle figure professionali necessarie) utili alla corretta esecuzione del progetto di assistenza individualizzato. Con il supporto di questo strumento si potrà redigere il Piano Esecutivo su base settimanale/mensile per l'intero periodo di cura e comunque coerentemente con la valutazione effettuata dai singoli professionisti. Ogni scostamento dalle ipotesi di seguito riportate all'interno del medesimo profilo dovrà essere supportato da ulteriori valutazioni specifiche in relazione al singolo caso.

• CURE DOMICILIARI I LIVELLO

- BASSO
- punteggio fra 4 e 6 secondo la tabella profili
- MMG o PLS :da 1 a 2 accessi mensili, esclusa la valutazione(30min)
- Infermiere: da 2 a 6 accessi mensili (max 30min.)
- Professionista della riabilitazione da 0 a 2 accessi settimanali (max 45min.)
- OSS: da 0 a 2 accessi settimanali (60min.)

• MEDIO

- punteggio fra 7 e 8 secondo la tabella profili
- MMG o PLS :da 1 a 2 accessi mensili esclusa la valutazione (30min)
- Specialista: da 0 a 1 accesso mensile esclusa la valutazione (30min)
- Infermiere: da 2 a 10 accessi mensili (max 30min.)
- Professionista della riabilitazione da 1 a 2 accessi settimanali (max 45 min.)
- OSS: da 0 a 3 accessi settimanali (60min)

• ALTO

- punteggio fra 9 e 12 secondo la tabella profili
- MMG o PLS :da 1 a 2 accessi mensili esclusa la valutazione (30min)
- Specialista: da 0 a 1 accesso mensile esclusa la valutazione (30 min.)
- Infermiere: da 2 a 12 accessi mensili (max 30min.)
- Professionista della riabilitazione da 1 a 3 accessi settimanali (max 45min.)
- OSS: da 1 a 3 accessi settimanali (60min.)

• CURE DOMICILIARI II LIVELLO

- BASSO

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

• CURE DOMICILIARI III LIVELLO

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

- Professionista della riabilitazione da 1 a 2 accessi settimanali (60min.)
- OSS: fino a 9 accessi settimanali (60-90min.)
- Dietista: 1 accesso mensile (60min.)
- Psicologo: da 1 a 4 accessi mensili (60 min)

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

Competenze e responsabilità

Il MMG-PLS:

- partecipa in quanto attore della PUA (Porta Unica d'accesso):
- accoglie ed effettua una prima valutazione della richiesta di accesso alle cure domiciliari integrate;
- compila la scheda S.Va.M.A. o S.Va.M.Di per la valutazione sanitaria dell'utente;

- partecipa all'U.V.I. per l'attività di valutazione multidimensionale;
- partecipa alla redazione del Progetto personalizzato e del Piano esecutivo;
- partecipa alla realizzazione del progetto di assistenza;
- partecipa alle valutazioni periodiche e straordinarie del caso in U.V.I.
- compila il diario/cartella dell'utente annotando le prestazioni erogate e le variazioni delle condizioni cliniche;
- Sono esclusi da questa procedura tutti quei casi per i quali si renda necessaria una presa in carico urgente per rispondere immediatamente al bisogno di salute dell'utente.
- In questi casi l'accesso alle Cure Domiciliari potrà essere in un primo momento esclusivamente sanitario e immediatamente dopo sarà effettuata la procedura per valutazione integrata in sede di UVI.
- La valutazione multidimensionale dell'U.V.I. deve essere effettuata adottando come strumento la scheda SVAMA approvata dalla Regione con DGRC n. 323 del 3/7/2012 e la scheda SVAMDI per le persone adulte con disabilità approvata dalla Regione con DGRC n. 324 del 3/7/2012.
- La compilazione delle predette schede, sono strumenti necessari ed obbligatori all'arruolamento nell'ambito delle cure domiciliari.
- La responsabilità clinica del caso rimane in capo al MMG quale naturale referente sanitario dell'assistito che coordina comunque gli interventi sanitari.

La retribuzione degli accessi domiciliari dei medici di assistenza primaria per l'assistenza domiciliare integrata è di 30 euro per accesso. La retribuzione dei medici di assistenza primaria per la tenuta di ciascuna cartella e per il coordinamento del caso in Cure Domiciliari è di € 60,00.

La retribuzione di specifiche prestazioni connesse allo svolgimento dell'Assistenza Domiciliare non previste dall'allegato D dell'ACN vigente viene definita in ambito Regionale, nel Comitato Regionale art. 24.

Cure Domiciliari di tipo Prestazionale (ADP)

- L'Assistenza Domiciliare Programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (ADP) è disciplinata dall'Allegato G dell'ACN vigente. Al fine di favorire un'omogeneità di interventi in materia di ADP, per consentire a livello aziendale una uniforme valutazione di qualità dell'attività assistenziale espletata dai medici di assistenza primaria al domicilio del paziente non ambulabili e per valutare gli obiettivi dei livelli di spesa programmati, le parti concordano di adottare, come linea guida, la modulistica allegata al Decreto Commissario ad Acta n.87 del 2013..La retribuzione degli accessi domiciliari dei medici di assistenza primaria per l'assistenza domiciliare programmata (ADP) è di 18.90 euro. La modulistica utilizzata per l'ADP è uniforme su tutto il territorio Regionale; non è consentita integrazione o ulteriore richiesta di consenso informato. Al fine della corresponsione degli emolumenti previsti all'ACN il MMG consegna al Distretto di competenza entro il decimo giorno del mese successivo il numero complessivo degli accessi effettuati ed il rispettivo nominativo del paziente in ADP. La verifica degli accessi viene effettuata ai sensi dell'art 8 dell'Allegato G dell'ACN vigente.

Prestazioni MMG/PLS

- 1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica + anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
- 2. Visita programmata di controllo

- 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. Stesura di un piano assistenziale
- 7. Valutazione dell'ambiente domestico
- 8. Prescrizione terapeutica
- 9. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
- 10. Prelievo ematico
- 11. Terapia iniettiva intramuscolare
- 12. Terapia iniettiva sottocutanea
- 13. Terapia sottocutanea in infusione
- 14. Terapia iniettiva endovenosa
- 15. Terapia infusione con necessità di sorveglianza medica
- 16. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
- 17. Terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed infusione continua
- 18. Posizionamento catetere venoso periferico
- 19. Gestione cateterismo sottocutaneo/venoso periferico
- 20. Gestione cateterismo venoso centrale / sist. Port-a-cath
- 21. Assistenza/Gestione pompa infusione
- 22. Irrigazione dell'orecchio
- 23. Verifica parametri nutrizionali
- 24. Anamnesi dietologica
- 25. Formulazione dieta personalizzata
- 26. Valutazione della disfagia
- 27. Medicazioni semplici(lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
- 28. Medicazioni complesse(lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
- 29. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
- 30. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
- 31. Toilette lesioni/ferita superficiale
- 32. Toilette lesioni/ferita profonda
- 33. Courettage e o rimozione unghia/matrice ungueale
- 34. Svuotamento di ematomi
- 35. Incisione con drenaggio sottocutaneo
- 36. Drenaggio raccolta asessuale
- 37. Bendaggio elastocomprendivo
- 38. Anestesia locale
- 39. Sutura ferite
- 40. Rimozione dei punti/graff di sutura
- 45. Emotrasfusione
- 46. Broncoaspirazione
- 47. Controllo parametri ventilatore
- 48. Prelievo di sangue capillare
- 49. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie(es. urine, esame colturale ecc.)
- 50. Sostituzione PEG con sistema di ancoraggio a bottone
- 51. Posizionamento/sostituzione SNG
- 52. ECG

- 53. Posizionamento/Sostituzione/Gestione Cateterismo Vescicale
 - 54. Valutazione del ristagno vescicale
 - 55. Esplorazione rettale
 - 56. Gestione di cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
 - 57. Colloquio con familiare/care giver
 - 58. Colloquio con il medico curante
 - 69. Colloquio con medico specialista
 - 60. Confronto con l'équipe(riunioni periodiche- passaggio di informazioni – consegne)
 - 62. Consulenze specialistiche
 - 63. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile
 - 64. Rendicontazione dell'attività svolta
-
- Prestazioni dei Medici Specialistici
 - Prestazione di Geriatria – Medicina Interna
 - 1. Prima visita domiciliare(compilazione cartella clinica + anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
 - 2. Visita programmatica di controllo
 - 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. Stesura di un piano assistenziale
 - 7. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
 - 8. Prescrizione ausili e protesi
 - 9. Prescrizione terapeutica
 - 10. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
 - 11. Prelievo ematico
 - 12. Terapia iniettiva intramuscolare
 - 13. Terapia iniettiva sottocutanea
 - 14. Terapia sottocutanea in infusione
 - 15. Terapia iniettiva endovenosa
 - 16. Terapia infusione con necessità di sorveglianza medica
 - 17. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
 - 18. Terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed infusione continua
 - 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. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale entrale
 - 30. Impostazione e 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. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
 - 34. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
 - 35. Toilette lesioni/ferita superficiale
 - 36. Toilette lesioni/ferita profonda
 - 37. Courettage e o rimozione unghia/matrice ungueale
 - 38. Svuotamento di ematomi
 - 39. Incisione con drenaggio sottocutaneo
 - 40. Drenaggio raccolta asessuale
 - 41. Bendaggio elastocomprendivo
 - 42. Anestesia locale
 - 43. Anestesia periferica tronculare
 - 44. Infiltrazione punti trigger
 - 45. Sutura ferite
 - 46. Rimozione dei punti/graff di sutura
 - 47. Emotrasfusione
 - 48. Toracentesi
 - 49. Paracentesi
 - 50. Artrocentesi
 - 51. Sostituzione cannula tracheale
 - 52. Broncoaspirazione
 - 53. Impostazione ventilazione meccanica domiciliare
 - 54. Controllo parametri ventilatore
 - 55. Prelievo di sangue capillare
 - 56. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie(es. urine, esame colturale ecc.)
 - 57. Sostituzione PEG con sistema di ancoraggio a bottone
 - 58. Posizionamento/sostituzione SNG
 - 59. ECG
 - 60. Posizionamento/Sostituzione/Gestione Cateterismo Vescicale
 - 61. Valutazione del ristagno vescicale
 - 62. Esplorazione rettale
 - 63. Gestione di cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
 - 64. Impostazione dialisi peritoneale
 - 65. Colloquio con familiare/care giver
 - 66. Colloquio con il medico curante
 - 67. Colloquio con medico specialista
 - 68. Confronto con l'équipe(riunioni periodiche- passaggio di informazioni – consegne)
 - 69. Consulenze specialistiche
 - 70. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile
 - 71. Rendicontazione dell'attività svolta
-
- Prestazione di Medicina fisica e riabilitativa
 - 2. Visita programmatica di controllo
 - 3. Esecuzione di test / scale di valutazione (FIM)
 - 4. Definizione del trattamento riabilitativo in sede di Unità di valutazione
 - 5. Stesura di un piano assistenziale
 - 6. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
 - 7. Prescrizione ausili e protesi

- 8. Monitoraggio periodico dell'andamento del trattamento
- 9. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
- 10. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
- 11. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
- 12. Colloquio con familiare/care giver
- 13. Colloquio con il medico curante
- 14. Colloquio con medico specialista
- 15. Confronto con l'équipe(riunioni periodiche – passaggio di informazioni – consegne)
- 16. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile
- 17. Consulenze specialistiche
- 18. Rendicontazione dell'attività svolta

- Prestazione di Medico specialista esperto in cure palliative-anestesista rianimatore
- 1. Prima visita domiciliare(compilazione cartella clinica + anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
- 2. Visita programmatica di controllo
- 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. Stesura di un piano assistenziale
- 7. Prescrizione terapeutica
- 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. Prescrizione ausili e protesi
- 12. Monitoraggio dei sintomi
- 13. Terapia iniettiva intramuscolare
- 14. Terapia iniettiva sottocutanea
- 15. Terapia sottocutanea in infusione
- 16. Terapia iniettiva endovenosa
- 17. Terapia infusione con necessità di sorveglianza medica
- 18. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
- 19. Terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed 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. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale enterale
- 30. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale
- 31. Prelievo ematico
- 32. Prelievo di sangue capillare
- 33. Esecuzione altre indagini bioumorali 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 lesioni/ferita superficiale
- 37. Toilette lesioni/ferita profonda
- 38. Courettage e o rimozione unghia/matrice ungueale
- 39. Svuotamento di ematomi
- 40. Incisione con drenaggio sottocutaneo
- 41. Anestesia locale
- 42. Anestesia periferica tronculare
- 43. Infiltrazione punti trigger
- 44. Sutura ferite
- 45. Rimozione dei punti/graff di sutura
- 46. ECG
- 47. Sostituzione cannula tracheale
- 48. Broncoaspirazione
- 49. Impostazione ventilazione meccanica domiciliare
- 50. Posizionamento/sostituzione SNG
- 51. Sostituzione di PEG con sistema di ancoraggio a bottone
- 52. Posizionamento/sostituzione/gestione Cateterismo Vescicole
- 53. Valutazione del ristagno vescicole
- 54. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
- 55. Impostazione dialisi peritoneale
- 56. Controllo parametri ventilatori
- 57. Esplorazione rettale
- 58. Paracentesi
- 59. Toracentesi
- 60. Artrocentesi
- 61. Emotrasfusione
- 62. Colloquio con familiare/care giver
- 63. Colloquio con il medico curante
- 64. Colloquio con medico specialista
- 65. Confronto con l'équipe(riunioni periodiche – passaggio di informazioni – consegne)
- 66. Consulenze specialistiche
- 67. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile
- 68. Visita di cordoglio – Supporto al lutto
- 69. Rendicontazione dell'attività svolta

- **Infermiere professionale**
 1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica + anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
 - 2. Visita programmatica di controllo
 - 3. Visita in urgenza
 - 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 alle 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
- 11. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilitazione del paziente
- 12. Applicazioni 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 tracheotomia
- 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. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
- 26. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
- 27. Toilette lesioni/ferita superficiale
- 28. Terapia iniettiva intramuscolare
- 29. Terapia iniettiva sottocutanea
- 30. Terapia sottocutanea in infusione
- 31. Terapia iniettiva endovenosa
- 32. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
- 33. Terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed infusione continua
- 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 genitoruinaria
- 41. Irrigazione dell'occhio
- 42. Irrigazione dell'orecchio
- 43. Valutazione della disfagia
- 44. Posizionamento / sostituzione SNG
- 45. Gestione SNG
- 46. Valutazione del ristagno gastrico
- 47. Somministrazione di terapia tramite SNG – PEG
- 48. Controllo periodico del sistema di ancoraggio della PEG
- 49. Posizionamento/sostituzione/gestione Cateterismo Vescicole
- 50. Valutazione del ristagno vescicole
- 51. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie

- 52. Impostazione dialisi peritoneale
 - 53. Gestione alvo (intervento educativo igienico – alimentare)
 - 54. Gestione alvo (Clistere evacuativo Evacuazione manuale)
 - 55. Esplorazione rettale
 - 56. Gestione enterostomie
 - 57. Gestione drenaggi
 - 58. Irrigazione intestinale
 - 59. Gestione derivazioni urinarie
 - 60. ECG
 - 61. Colloquio con familiare/care giver
 - 62. Colloquio con il medico curante
 - 63. Colloquio con medico specialista
 - 64. Confronto con l'équipe(riunioni periodiche – passaggio di informazioni – consegne)
 - 65. Visita di cordoglio – Supporto al lutto
 - 66. Rendicontazione dell'attività svolta
- **Terapista della Riabilitazione**
 1. Esecuzione di test / scale di valutazione (FIM)
 - 2. Valutazione dell'ambiente domestico
 - 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 adattivi che rendano più sicuri e fruibili gli ambienti domestici
 - 6. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente
 - 7. Educazione del care giver alla corretta mobilizzazione / corretta postura del paziente
 - 8. Applicazione di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance
 - 9. Compilazione diario clinico
 - 10. Trattamento di rieducazione motoria del paziente emiplegico
 - 11. Trattamento di rieducazione motoria del paziente ortopedico
 - 12. Trattamento di rieducazione motoria del paziente amputato
 - 13. Trattamento di rieducazione globale del paziente portatore di patologia neurodegenerativa
 - 14. Rieducazione respiratoria
 - 15. Rieducazione alla tosse assistita
 - 16. Trattamento di rieducazione respiratoria
 - 17. Trattamento di rieducazione alla tosse assistita
 - 18. Terapia fisica
 - 19. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
 - 20. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
 - 21. Confronto con l'équipe(riunioni periodiche – passaggio di informazioni – consegne)
 - 22. Colloquio con familiare/care giver
 - 23. Contatto con lo specialista
 24. Rendicontazione attività svolta

Operatore Socio Sanitario (OSS)

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

- 3. Posizionamento e mobilitazione
- 4. Supporto alle prestazioni infermieristiche
- 5. Bagno a letto (allettato./con disabilità fisiche gravi)
- 6. Bagno complesso in vasca/doccia (non autosufficiente)
- 7. Rimessa a letto complessa (carrozzina/non deambulante)
- 8. Mobil passiva semplice e al letto
- 9. Deambulazione. Assistita
- 10. Vigilanza su corretta assunzione farmaci e registrazione in cartella di eventuali problemi per MMG
- 11. Vigilanza su corretta assunzione farmaci e registrazione in cartella di eventuali problemi per MMG
- 12. Controllo stato soggettivo (salute, vigilanza, umore, lagnanze etc) e registrazione in cartella x MMG
- 13. Somministrazione farmaci per os e registrazione in cartella
- 14. Piccole medicazioni, prevenzione piaghe
- 15. Controllo parametri vitali e indici corporei con apparecchi sanitari di semplice uso e registrazione in cartella.
- 16. Prevenzione incidenti domestici
- 17. Lavaggio dei capelli a letto (allettato non collaborante)
- 18. Vigilanza su corretta assunzione farmaci e registrazione in cartella di eventuali problemi per MMG
- 19. Controllo stato soggettivo (salute, vigilanza, umore, lagnanze etc) e registrazione in cartella x MMG

RAPPORTI CON IL PRIVATO FORNITORE DI SERVIZI

Le prestazioni infermieristiche, riabilitative e dell'operatore sociosanitario per le Cure Domiciliari di competenza dell'ASL, sono state oggetto di appalto con apposita gara qualità/prezzo.

- L'Associazione Temporanea d'Imprese (da questo momento ATI), aggiudicataria del Servizio, dovrà garantire pertanto le prestazioni suddette oltre a una serie di prestazioni che fanno parte integrante del Capitolato Speciale d'Appalto e del Contratto stipulato dall'ASL e l'ATI aggiudicataria e a cui si rimanda.
- Oggetto di queste linee guida, invece, sono i rapporti e le procedure da adottare da parte delle UUOO Assistenza Anziani distrettuali e l'ATI aggiudicataria nelle varie fasi di erogazione del Servizio e nelle fasi riguardanti la corresponsione dei corrispettivi economici relativamente alle prestazioni rese.
- L'ATI metterà a disposizione del servizio Cure Domiciliari una Centrale Operativa (C.O.) dotata di telefono e fax e collegamento informatico (e-mail)
- Alla C.O. le UU.OO.AA. **in caso di piani d'intervento a carattere sanitario urgenti** dovranno far pervenire i piani d'intervento riguardanti la parte infermieristica e riabilitativa stilati sulla scorta delle richieste dei MMG e/o degli specialisti ASL (geriatra, fisiatra, nutrizionista, anestesista, pneumologo, chirurgo ecc.), in caso di dimissioni ospedaliere se il

piano assistenziale è redatto dal medico di reparto va condiviso ed autorizzato dal dirigente dell'U.O. Distrettuale. I piani d'intervento devono essere firmati dal Responsabile dell'U.O. Distrettuale o da altro medico della struttura a ciò delegato (modulo allegato)

- **In caso di piani d'intervento a carattere sanitario urgenti** che prevedano servizi “Home-Care” contrassegnati dai Livelli 1, 1bis, 2, 3, 4 e 5 (forniture di apparecchiature elettromedicali, ventilatori polmonari, nutrizione artificiale, pompe, medicazioni avanzate e quant'altro previsto nel Capitolato di gara) sullo stesso modulo utilizzato per descrivere il piano d'intervento sarà indicato, a cura dell'U.O. Distrettuale, il Livello Home-Care accompagnato da una descrizione delle apparecchiature, del materiale di consumo, delle miscele nutrizionali, delle medicazioni avanzate ecc. redatte dagli specialisti ASL di cui al punto precedente.
- In caso di bisogno complesso socio-sanitario e di convocazione UVI il PAI, redatto sulla scorta delle valutazioni effettuate e sottoscritto con la scheda D della Svama, sarà inviato alla C.O. con indicazione degli interventi infermieristici, riabilitativi e di assistenza tutelare (OSS) (modulo allegato)
- A sua volta l'ATI comunicherà all'UO distrettuale i nominativi degli operatori che intende impegnare nei casi segnalati ed eventuali osservazioni sul numero e sui tempi relativamente agli accessi prescritti nel piano d'intervento
- L'effettiva erogazione delle prestazioni da parte degli operatori dell'A.T.I. sarà documentata e descritta sul “foglio firma” della Cartella Domiciliare del paziente seguita dalla firma dell'operatore e del familiare di riferimento dell'assistito. Copia del “foglio firma domiciliare” sarà consegnato a cura della C.O. all'U.O. Distrettuale alla fine di ogni mese per i dovuti controlli.
- IL Dirigente Responsabile dell'U.O. Anziani distrettuale:
 - controllerà che i “fogli firma domiciliari” siano firmati dall'operatore indicato dalla C.O. al momento della presa in carico e controfirmati dall'utente o dal familiare di riferimento indicato all'U.O. al momento della richiesta di Cure Domiciliari
 - verificherà che gli accessi siano aderenti e coerenti, nel numero e nei tempi, ai piani d'intervento personalizzati redatti in sede UVI e stilerà una nota con l'elenco mensile degli stessi. Copia del “foglio firma” andrà inserito nella Cartella Personale dell'utente conservata presso l'U.O. e servirà anche per l'inserimento dei dati di attività nel sistema LEA Sociosan - SIAD

- Ai fini del pagamento delle prestazioni, l'ATI farà pervenire, entro la fine del mese successivo a quello in cui sono state rese le prestazioni, una distinta di tutti gli accessi effettuati recante le generalità dell'assistito e degli operatori impegnati, la data d'inizio del servizio, il numero di accessi settimanali e mensili con i relativi tempi, così come previsti nel piano d'intervento ricevuto dall'U.O. Distrettuale
- A sua volta l'UOAA dopo aver verificato che le prestazioni indicate nella distinta siano esattamente corrispondenti alle prestazioni da essa verificate, controllate e autorizzate mensilmente, provvederà a compilare un elenco di tutte le prestazioni (suddivise per tempi ed operatori)* che saranno oggetto del "ricevimento" tramite il sistema Oliamm.
- Per quanto riguarda la contabilizzazione dei servizi "Home-Care" Liv. 1 e 1bis, Liv. 2, Liv.3, Liv.4 e Liv.5 si rimanda al Capitolato d'Appalto
- La fatturazione dei servizi resi dall'ATI, suddivisa per Distretto richiedente, dovrà essere inviata all'UO Economico-Finanziaria che effettuerà la registrazione ai fini dell'IVA e controllerà, tramite il sistema Oliamm, la corrispondenza del fatturato con gli "ordini" e i "ricevimenti" effettuati dai Distretti ogni fine mese.
- L'effettiva erogazione del servizio, corrispondente al primo accesso domiciliare dell'operatore dell'ATI, non dovrà oltrepassare le 24 ore dalla trasmissione del piano d'intervento alla Centrale Operativa.

L'operatore dell'ATI dovrà contattare il MMG dell'assistito e il personale dell'U.O. Distrettuale competente per conoscere modalità e tempi del primo accesso, eventuali indicazioni supplementari non descritte nel piano d'intervento e le modalità per l'approvvigionamento del materiale occorrente (cateteri, medicazioni, ausili, farmaci, provette, ecc.)**. Settimanalmente, con modalità da concordare col Responsabile dell'UOAA distrettuale, gli operatori dell'ATI incontreranno MMG e personale dell'UVG per la discussione periodica sul caso assistito, la riunione coinvolgerà anche gli operatori non sanitari eventualmente impegnati nell'assistenza domiciliare (operatori socio-sanitari e assistenti domiciliari dei SAD comunali).

Per tutto quanto non indicato nel presente regolamento si rimanda alle norme e ai regolamenti in premessa richiamati.

IN ALLEGATO:

- 1) Richiesta urgente di cure domiciliari.
- 2) Richiesta di accesso ai servizi sociosanitari- in allegato scheda di accesso PUA-Scheda svama- all.A-
- 3) Piano Assistenziale nursing-home-care- Attivazione urgente-
- 4) Piano assistenziale nursing-home-care.Estratto dell'.D della scheda Svama come da seduta UVI del....- solo prestazioni previste dalla gara d'appalto-
- 5) Piano Assistenziale nursing-home-care- continuazione piano precedente in scadenza-
- 6) Piano Assistenziale nursing-home-care- modifica piano precedente.-

Azienda Sanitaria Locale Benevento

DISTRETTO SANITARIO _____ UOC ASSISTENZA ANZIANI E CURE DOMICILIARI

RESPONSABILE DOTT. _____

TEL. _____ FAX _____

DATA _____ PROT. _____

Alla Centrale Operativa A.T.I.
Capofila Vivisol

Paziente _____ nato/a il _____

Indirizzo _____

Tel. Casa _____ Citofono _____

Referente _____ Tel. _____

MMG _____ Fasc. N° _____

PIANO ASSISTENZIALE NURSING/HOME CARE

Attivazione urgente

CURE PRESTAZIONALI CURE DOMICILIARI

ACCESSI INFERMIERISTICI

Frequenza accessi _____ / _____ Accesso 15m num. _____ Accesso 30m. num. _____

Dal _____ al _____ Accesso 45m. num. _____ Accesso 60m. num. _____

prelievi venosi gestione catet. vesc. medicazione lesioni cutanee terapie iniettive infusive

gestione stomie gestione SNG-PEG-CVC controllo parametri vitali

altro _____

ACCESSI TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE

Frequenza accessi _____ / _____ Accesso 30m. num. _____ Accesso 45m. num. _____

Dal _____ al _____ Accesso 60m. num. _____

contrasto delle rigidità, retrazioni ed anchilosi correzione della postura in clinostatismo

facilitazione passaggi posturali mobilizzazione attiva e/o passiva riabilitazione respiratoria

altro _____

ACCESSI OSS

HOME-CARE

Il Responsabile U.O.

Dott. _____

Azienda Sanitaria Locale Benevento

DISTRETTO SANITARIO _____ UOC ASSISTENZA ANZIANI E CURE DOMICILIARI

RESPONSABILE DOTT. _____

TEL. _____ FAX _____

DATA _____ PROT. _____

Alla Centrale Operativa A.T.I.
Capofila Vivisol

Paziente _____ nato/a il _____

Indirizzo _____

Tel. Casa _____ Citofono _____

Referente _____ Tel. _____

MMG _____ Fasc. N° _____

PIANO ASSISTENZIALE NURSING/HOME CARE

Estratto dell'all. D della scheda SVAMA come da seduta UVI del _____
(solo prestazioni previste dalla gara d'appalto)

CURE PRESTAZIONALI CURE DOMICILIARI

ACCESSI INFERMIERISTICI

Frequenza accessi _____ / _____ Accesso 15m num. _____ Accesso 30m. num. _____

Dal _____ al _____ Accesso 45m. num. _____ Accesso 60m. num. _____

- prelievi venosi gestione catet. vesc. medicazione lesioni cutanee terapie iniettive infusive
 gestione stomie gestione SNG-PEG-CVC controllo parametri vitali
 altro _____

ACCESSI TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE

Frequenza accessi _____ / _____ Accesso 30m. num. _____ Accesso 45m. num. _____

Dal _____ al _____ Accesso 60m. num. _____

- contrasto delle rigidità, retrazioni ed anchilosi correzione della postura in clinostatismo
 facilitazione passaggi posturali mobilizzazione attiva e/o passiva riabilitazione respiratoria
 altro _____

ACCESSI OSS

HOME-CARE

Il Responsabile U.O.
Dott. _____

Azienda Sanitaria Locale Benevento

DISTRETTO SANITARIO _____ UOC ASSISTENZA ANZIANI E CURE DOMICILIARI

RESPONSABILE DOTT. _____

TEL. _____ FAX _____

DATA _____ PROT. _____

Alla Centrale Operativa A.T.I.
Capofila Vivisol

Paziente _____ nato/a il _____

Indirizzo _____

Tel. Casa _____ Citofono _____

Referente _____ Tel. _____

MMG _____ Fasc. N° _____

PIANO ASSISTENZIALE NURSING/HOME CARE

Modifica piano precedente

CURE PRESTAZIONALI CURE DOMICILIARI

ACCESSI INFERMIERISTICI

Frequenza accessi _____ / _____ Accesso 15m num. _____ Accesso 30m. num. _____

Dal _____ al _____ Accesso 45m. num. _____ Accesso 60m. num. _____

prelievi venosi gestione catet. vesc. medicazione lesioni cutanee terapie iniettive infusive

gestione stomie gestione SNG-PEG-CVC controllo parametri vitali

altro _____

ACCESSI TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE

Frequenza accessi _____ / _____ Accesso 30m. num. _____ Accesso 45m. num. _____

Dal _____ al _____ Accesso 60m. num. _____

contrasto delle rigidità, retrazioni ed anchilosi correzione della postura in clinostatismo

facilitazione passaggi posturali mobilizzazione attiva e/o passiva riabilitazione respiratoria

altro _____

ACCESSI OSS

HOME-CARE

Il Responsabile U.O.
Dott. _____

Azienda Sanitaria Locale Benevento

DISTRETTO SANITARIO _____ UOC ASSISTENZA ANZIANI E CURE DOMICILIARI

RESPONSABILE DOTT. _____

TEL. _____ FAX _____

DATA _____ PROT. _____

Alla Centrale Operativa A.T.I.
Capofila Vivisol

Paziente _____ nato/a il _____

Indirizzo _____

Tel. Casa _____ Citofono _____

Referente _____ Tel. _____

MMG _____ Fasc. N° _____

PIANO ASSISTENZIALE NURSING/HOME CARE Continuazione piano precedente in scadenza

CURE PRESTAZIONALI CURE DOMICILIARI

ACCESSI INFERMIERISTICI

Frequenza accessi _____ / _____ Accesso 15m num. _____ Accesso 30m. num. _____

Dal _____ al _____ Accesso 45m. num. _____ Accesso 60m. num. _____

prelievi venosi gestione catet. vesc. medicazione lesioni cutanee terapie iniettive infusive

gestione stomie gestione SNG-PEG-CVC controllo parametri vitali

altro _____

ACCESSI TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE

Frequenza accessi _____ / _____ Accesso 30m. num. _____ Accesso 45m. num. _____

Dal _____ al _____ Accesso 60m. num. _____

contrasto delle rigidità, retrazioni ed anchilosi correzione della postura in clinostatismo

facilitazione passaggi posturali mobilizzazione attiva e/o passiva riabilitazione respiratoria

altro _____

ACCESSI OSS

HOME-CARE

Il Responsabile U.O.
Dott. _____

Azienda Sanitaria Locale Benevento

RICHIESTA DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI IN ALLEGATO SCHEDA DI ACCESSO PUA- SCHEDA SVAMA-ALL.A

AL DISTRETTO SANITARIO

U.O. Anziani e Cure Domiciliari

Dati anagrafici dell'assistito

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Codice fiscale _____

Comune di nascita _____ Comune di residenza _____

Indirizzo (domicilio attuale) _____

Numeri di telefono (casa e cell.) _____

Titolo di studio _____

N° di familiari conviventi _____

Patologia principale _____

Stato civile: Coniugato Vedovo/a Celibe/nubile Separato/Divorziato

Esenzione ticket: Età Invalidità Patologia Reddito Accompagnamento

Macrolivello di Assistenza:

Ambulatoriale Domiciliare Semiresidenziale Residenziale

Il Medico di Medicina Generale
(timbro e firma)

Azienda Sanitaria Locale Benevento

RICHIESTA URGENTE DI CURE DOMICILIARI

AL DISTRETTO SANITARIO
U.O. Anziani e Cure Domiciliari

Dati anagrafici dell'assistito

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Codice fiscale _____

Comune di nascita _____ Comune di residenza _____

Indirizzo (domicilio attuale) _____

Numeri di telefono (casa e cell.) _____

Titolo di studio _____

N° di familiari conviventi _____

Paziente oncologico Paziente terminale
Dimissione Protetta da struttura di ricovero (allegare richiesta della struttura)

Patologia principale _____

Stato civile: Coniugato Vedovo/a Celibe/nubile Separato/Divorziato

Esenzione ticket: Et  Invalidit  Patologia Reddito Accompagnamento

Indicazioni sulle prestazioni assistenziali

Ass. medico generica Medico specialistica Infermieristica Riabilitativa
Terapia del dolore Nutrizione Artificiale Domiciliare
Assistenza tutelare

Il Medico di Medicina Generale
(timbro e firma)

SI ALLEGA PROPOSTA DI PIANO ASSISTENZIALE URGENTE