

**LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE IN TEMA DI  
CURE DOMICILIARI:  
La D.G.R.C 41/2011  
IL DECRETO COMMISSARIALE N. 1/2013  
IL DECRETO COMMISSARIALE N. 15/2014**

**Le Cure Domiciliari in Campania**

***Marina Rinaldi  
UOD Interventi Sociosanitari  
Regione Campania***





# LA NUOVA VISIONE DELL'ASSISTENZA DELLA REGIONE CAMPANIA

## Continuità delle cure

Successione delle prestazioni sanitarie e delle azioni di protezione sociale erogate da Servizi fra loro collegati (Servizi in rete) per rispondere ai bisogni sociali e sanitari del Paziente, dal momento della emergenza del bisogno fino all'esaurimento dello stesso

## Integrazione socio-sanitaria

Integrazione fra attività sanitarie e attività di protezione sociale attuate da Equipe socio-sanitarie nei confronti di pazienti non autosufficienti per i quali risultano inscindibili cura e assistenza



## L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA COME STRATEGIA NEL P.S.R. 2011-2013

*“Tendere sempre di più verso modelli che privilegiano la appropriatezza quale imprescindibile ambito di approccio gestionale e l'integrazione quale scelta strategica”.*

## LA LOGICA DELLA INTEGRAZIONE DELLE RISPOSTE NEL P.S.R. 2011-2013

Ad ogni cittadino corrisponde un bisogno differente al quale si collega una risposta unitaria che integra in se una gamma di servizi erogati da istituzioni e strutture differenti e diverse tra loro (Comuni, Terzo settore, ASL).



**Continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio  
dell'utente come mezzo fondamentale per rendere  
effettivo il diritto alla salute del cittadino.**



## **IL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI NEL P.S.R. 2011-2013: IL RUOLO**

Nell'ambito dello sviluppo del sistema di erogazione dei servizi sociosanitari, per la programmazione regionale riveste particolare importanza il sistema di cure domiciliari che è stato individuato quale area strategica di interventi nella riorganizzazione della filiera di servizi territoriali.

## IL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI NEL P.S.R. 2011-2013: GLI OBIETTIVI

Affinché il sistema di presa in carico e di erogazione dei servizi sia appropriato e flessibile occorre riequilibrare l'offerta a favore della domiciliarità per:

- ✓ riequilibrare il sistema degli investimenti, liberando risorse;
- ✓ produrre un cambiamento nel sistema di erogazione superando l'asimmetria tra rete ospedaliera e rete territoriale dei servizi;
- ✓ favorire la long term care per i soggetti cronici e non autosufficienti.



## ***LA REGOLAMENTAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI***

- **Delibera di Giunta regionale 41/2011:** linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari: il sistema dei servizi domiciliari in Campania” ha disciplinato compiutamente le cure domiciliari in ambito regionale.
- **Delibera di Giunta regionale n.323/12 e 324/12** su sistemi di valutazione multidimensionale (S.Va.M.A. e S.Va.M.Di.)
- **Decreto commissariale n.1/13:** “Approvazione documento recante “Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania”
- **Delibera di Giunta regionale 790/12** recepita con decreto 84/13Linee Operative P.U.A.
- **Decreto commissariale 4/2011 e Decreto commissariale n.128/12** requisiti e linee indirizzo per la rete di cure palliative
- **Decreto commissariale regionale 15/2014** linee di indirizzo per l'organizzazione e l'esecuzione dell'Assistenza Domiciliare I. 135/09



# **LA REGOLAMENTAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI: LA DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N.41/11**

La delibera 41/2011 è il risultato di una condivisione assessorato sanità e politiche sociali ed è il frutto del lavoro realizzato con la partecipazione degli operatori del territorio , realizzato con il contributo del FormezPA nell'ambito dell'assistenza tecnico Obiettivo di servizio S06

**IL SISTEMA DEI SERVIZI DOMICILIARI IN CAMPANIA**

**LINEE GUIDA REGIONALI**

## **INDICE**

### **INTRODUZIONE**

#### **1 - IL SISTEMA REGIONALE DEI SERVIZI DOMICILIARI INTEGRATI**

- 1.1 La nuova caratterizzazione delle Cure Domiciliari in ambito sanitario
- 1.2 Nuova caratterizzazione dell'Assistenza Domiciliare in ambito sociale
- 1.3 L'integrazione tra sociale e sanitario e la definizione degli standard assistenziali

#### **2- IL SISTEMA DI ACCESSO E DI PRESA IN CARICO**

- 2.1 Segnalazione/richiesta di accesso attraverso la PUA
- 2.2 La proposta di ammissione alle cure domiciliari integrate,
- 2.3 valutazione multi-dimensionale a cura delle UVI e l'individuazione del Case Manager
- 2.4 La redazione del Progetto Personalizzato: il Piano Esecutivo
- 2.5 La gestione del progetto assistenziale
- 2.6 La dimissione

#### **3 - LA QUALITÀ DEL SERVIZIO E I SISTEMI INFORMATIVI**

- 3.1 Standard e indicatori per verificare gli esiti dei progetti personalizzati e flussi informativi integrati
- 3.2 La formazione e l'aggiornamento del personale

### **CONCLUSIONI**

#### **ALLEGATI**

1. *Glossario socio - sanitario per le cure domiciliari*
2. *Prestazioni sanitarie - tabelle riepilogative*
3. *Prestazioni sociali - tabelle riepilogative*
4. *Prototipo Scheda di Accesso*
5. *Riepilogo dei riferimenti normativi nazionali e regionali*



# I PRINCIPI ISPIRATORI DELLA DGRC N. 41/2011

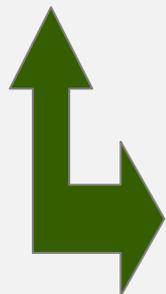
Trae spunto dal documento ministeriale Nuova caratterizzazione delle cure domiciliari e della ospedalizzazione a domicilio (2006).

Incidere sul livello organizzativo, regolamentando a livello regionale le fasi dall'accesso alla presa in carico del paziente

Riorganizzare le cure domiciliari a partire dal bisogno del paziente

➤ Processo di erogazione delle cure domiciliari:

strumenti, attori , ruoli



➤ Territorializzazione della presa in carico: dall'ospedalizzazione a domicilio alle cure domiciliari integrate distrettuali

➤ Individuazione livelli e standard assistenziali

Tab. 1 – Profili di cura e standards qualificanti delle cure domiciliari

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità CIA= GEA/GDC*	ATTIVAZIONE UVI	Durata media	Complessità	
					Mix delle figure professionali/impegno assistenziale**	Operatività del servizio*** (fascia oraria 8-20)
<b>CD prestazionali</b> (Occasionali o cicliche programmate)	Clinico funzionale		No		Infermiere (min.15-max30') Professionisti della riabilitazione (30') Medico (30')	5 giorni su 7 8 ore die
<b>CD integrate di primo livello</b> (già ADI)	Clinico funzionale sociale	Fino a 0,30	Si	180 giorni	Infermiere (max: 30') Professionisti della riabilitazione (45') Medico (30') Operatore sociosanitario (60')	5 giorni su 7 8 ore die
<b>CD integrate di secondo livello</b> (già ADI)	Clinico funzionale sociale	Fino a 0,50	Si	180 giorni	Infermiere (min.30-max.45') Professionisti della riabilitazione (45') Dietista (30') Medico (45') Operatore sociosanitario (60-90')	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
<b>CD integrate di terzo livello</b> (già OD)	Clinico funzionale sociale	Superiore a 0,50	In relazione al bisogno espresso	90 giorni	Infermiere (60') Professionisti della riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o medico specialista (60') Operatore sociosanitario (min.60-max.90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi pronta disponibilità medica ore 8/20
<b>Cure palliative malati terminali<sup>1</sup></b> (già OD CP)	Clinico funzionale sociale	Superiore a 0,60	In relazione al bisogno espresso	60 giorni	Infermiere (60') Professionisti della riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o medico specialista (60') Operatore sociosanitario (min.60-max.90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi pronta disponibilità medica 24 ore

\* CIA= coefficiente intensità assistenziale; GEA= giornata effettiva assistenza; GDC= giornate di cura (durata PAI).

\*\* Figure professionali previste in funzione del PAI; se non specificato in tabella i minuti indicati si ritengono quale tempo medio per accesso domiciliare.

\*\*\* Per "operatività del servizio ci si riferisce ovviamente ai giorni di apertura, non al monte ore giornaliero erogate

## GLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI NELLA DELIBERA N. 41/2011

- ✓ *Favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle residue capacità di autonomia e relazionali;*
- ✓ *Rendere possibili dimissioni ospedaliere tempestive ed assicurare la continuità assistenziale mediante lo strumento della “dimissione protetta”;*
- ✓ *Supportare i “caregiver” e trasmettere loro delle competenze che possano tradursi in autonomia di intervento;*
- ✓ *Migliorare la qualità della vita di persone non autosufficienti o a rischio di perdita dell'autosufficienza, favorendo il mantenimento delle capacità residue.*
- ✓ *Fornire adeguata assistenza a persone che presentano problematiche di tipo sanitario e sociale suscettibili di trattamento domiciliare, evitando i ricoveri ospedalieri impropri e l'ingresso in residenza;*



## IL SISTEMA DI ACCESSO E DI PRESA IN CARICO NEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE D.G.R.C. n. 41 del 14 .02.2011 e PIANO SANITARIO REGIONALE (PSR)

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

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

### ○2,1 Richiesta di accesso/segnalazione attraverso la Porta Unitaria di Accesso - PUA

○La Porta Unitaria di Accesso, come definito dalla Legge Regionale, “va intesa come funzione esercitata sia dal segretariato sociale per i comuni, sia dai distretti sanitari per le ASL, con compiti di informazione, decodifica dei bisogni, orientamento, trasmissione delle richieste ai servizi competenti”.

○La P.U.A. rappresenta quindi l'anello operativo strategico per il recepimento unitario della domanda per tutti i servizi sociali e sanitari a gestione integrata e partecipata (di natura domiciliare, residenziale e semiresidenziale).

○Il Regolamento congiunto Ambito Territoriale/ASL deve prevedere un meccanismo di coordinamento automaticamente attivato ogni qual volta una richiesta di accesso da parte del cittadino interessato o una segnalazione da parte di terzi pervenga ad uno dei seguenti punti della rete formale:

- Medico di Medicina Generale (MMG)/ Pediatra di Libera Scelta (PLS)
- Unità Operativa Distrettuale
- Segretariato Sociale dell'Ambito Territoriale (che opera in stretto raccordo funzionale con i Servizi Sociali Professionali)



## L'U.V.I nel percorso di attivazione della rete dei servizi sociosanitari e nella presa in carico

La UVI svolge i seguenti compiti :

- effettua la *valutazione multidimensionale* del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del suo nucleo familiare (valutazione di 2° livello);
- elabora il Progetto Personalizzato, che deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela;
- verifica e aggiorna l'andamento del Progetto Personalizzato
- La *valutazione multidimensionale* dell'UVI deve essere effettuata con uno strumento specifico, al fine di rendere omogenei e confrontabili i criteri di valutazione, strumento che sarà reso disponibile dalla Regione Campania sulla base delle sperimentazioni già effettuate con la scheda SVAMA.

- In seguito alla valutazione di primo livello, nel caso di risposta complessa, viene formulata la Proposta di Ammissione all'ADI/CDI. Per l'Ambito Territoriale, il Segretariato Sociale invia la richiesta di accesso di cui al precedente paragrafo ai Servizi Sociali competenti per Comune di residenza.
- La Proposta di Ammissione è formulata dall'UO distrettuale competente o dal Servizio Sociale Professionale in raccordo con il MMG, stante il consenso informato ed il rispetto della privacy del diretto interessato. La Proposta di Ammissione è inviata al Direttore del Distretto Sanitario (o suo delegato) e al Coordinatore dell'Ufficio di Piano, ai quali è affidata la responsabilità di attivare l'UVI, come disciplinato dall'apposito regolamento

## **La valutazione multidimensionale a cura delle UVI e l'individuazione del Case Manager**

- La valutazione multidimensionale è attivata in casi di problemi complessi che richiedono una valutazione delle diverse dimensioni sanitario-assistenziali-sociali. Rappresenta l'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni dell'assistito ed è l'atto ineludibile per la definizione del Progetto Personalizzato.
- Effettuata da un team multiprofessionale, con competenze multidisciplinari, in grado di leggere le esigenze di persone che presentano situazioni problematiche complesse, in cui è inscindibile il bisogno sanitario da quello sociale<sup>[1]</sup>.
- L'istituzione delle UVI è oggetto del Regolamento di Accesso ex art.41 L.R. 11/07 .
- Va istituita almeno una UVI per ogni distretto sanitario, secondo quanto definito nei Piani di Zona e nei PAT.

All'UVI devono partecipare i seguenti componenti:

- M.M.G./PLS e assistente sociale individuato dall'Ambito Territoriale, entrambi responsabili della presa in carico del cittadino/utente;
- Medico dell'UO distrettuale competente<sup>[1]</sup> e referente per l'integrazione sociosanitaria dell'Ufficio di Piano, entrambi delegati alla spesa per le parti di ciascuna competenza, su provvedimento, rispettivamente, del Direttore del Distretto Sanitario e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano.
- Il referente per l'integrazione sociosanitaria dell'Ufficio di Piano può essere individuato tra le seguenti figure professionali: assistente sociale; sociologo; psicologo; educatore professionale.
- L'UVI può essere integrata, con le modalità previste nel regolamento, da altre figure specialistiche legate alla valutazione del singolo caso.
- 

<sup>[1]</sup> Laddove previsto, anche referente UVI del Distretto

## La redazione del Progetto Personalizzato

Alla valutazione multidimensionale segue la elaborazione del Progetto Personalizzato. L'UVI 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.

L'UVI è responsabile del Progetto Personalizzato e ne verifica l'attuazione mediante il Case manager o Responsabile del caso,

- Il Progetto Personalizzato deve definire esplicitamente e in maniera analitica:
- in rapporto al bisogno accertato, la tipologia di servizi e prestazioni sociali e sanitarie da erogare, modalità di erogazione, livello di intensità (alto, medio-basso) dell'intervento e le figure professionali impegnate;
- titolarità, competenze e responsabilità di spesa
- le competenze e funzioni del responsabile della presa in carico delle figure di riferimento
- le competenze e funzioni del referente familiare
- data di avvio e durata del progetto, con la previsione di una verifica intermedia e finale
- le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi
- gli obiettivi e i risultati attesi, sia riguardo alla persona assistita che ai suoi familiari,
- 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 DECRETO 1/13

Il decreto 1/13 è uno dei prodotti realizzati nell'ambito del POAT Salute, linea verticale 3, con il contributo del FormezPA, in forma laboratoriale con i referenti territoriali delle cure domiciliari



**SISTEMA DI TARIFFE PER  
PROFILI DI CURE DOMICILIARI  
DELLA REGIONE CAM-  
PANIA**

1

## INDICE

<b>1. Premessa: il contesto internazionale e regionale</b> .....	3
1.1. Metodologia .....	4
<b>2. L'esperienza della Regione Campania in tema di cure domiciliari</b> .....	5
2.1. La progettualità per le Cure Palliative in Regione Campania .....	7
2.2. Ruoli e funzioni dei diversi attori delle cure domiciliari in Regione Campania ai sensi della D.G.R.C. 41/2011.....	7
2.2.1. Il sistema delle cure domiciliari realizzata dalle AA.SS.LL. della Regione Campania in base ai profili della D.G.R.C. 41/2011. ....	8
<b>3. Il lavoro dei Tavoli Tecnici dei referenti aziendali delle cure domiciliari</b> .....	9
3.1. Le proposte del Tavolo Tecnico sui profili di cura.....	10
3.2. I fabbisogni assistenziali individuati in relazione ai profili di cura .....	18
3.3. Analisi dei sistemi tariffari aziendali e scelte metodologiche regionali .....	21
3.4. Modello di sistema tariffario regionale .....	23
3.6. Proposta dell'impegno dell'operatore sociosanitario-oss ai fini del calcolo dei costi .....	26
<b>4. Il monitoraggio, appropriatezza</b> .....	27
4.1 I sistemi informativi.....	28
<b>5. Requisiti dei soggetti erogatori</b> .....	29
<b>6. Bibliografia</b> .....	31

2



# IL DECRETO 1/13: PRINCIPI ISPIRATORI

Promuovere una programmazione ed un utilizzo omogeneo delle risorse sulla base di criteri di appropriatezza in tutta la Regione:

- Definizione dei fabbisogni assistenziali con criteri omogenei di valutazione
- Individuazione degli accessi e delle figure professionali



Individuazione dei costi di riferimento:  
sistema di tariffazione basata sui costi medi  
per pacchetti di cure domiciliari omogenei



# IL DECRETO 1/13

La Regione Campania, con il Decreto Commissariale 1/2013 ha definito i criteri di valutazione della complessità assistenziale dei singoli pazienti da collocare in cure domiciliari ed ha costruito un sistema tariffario per le cure domiciliari correlando i costi all'assorbimento di risorse professionali necessarie al soddisfacimento dei bisogni espressi.

*ha tracciato un sistema unico di presa in carico del paziente che parte dall'espressione del bisogno del cittadino e lo guida in un processo di valutazione e di presa in carico*



# OPPORTUNITA' E NOVITA' INTRODOTTE

- Introduzione elementi di misurazione e peso delle singole figure professionali 
  - Introdurre criteri di qualità dei servizi
  - Consolidamento delle responsabilità professionali ed individuali
  - Promuovere il lavoro per équipe
- Passaggio dalle prestazioni domiciliari ai percorsi di presa in carico/ pacchetti assistenziali 
  - Diversificazione del sistema di offerta
  - Unitarietà dei percorsi/processi di cura

# Profili di cura:decreto commissariale 15/2014 1/2

Con il decreto commissariale 15/2014 si definisce il passaggio da assistenza domiciliare per pazienti affetti da HIV a cure domiciliari di intensità, complessità diverse in relazione al bisogno assistenziale e complessità del caso, così come e avviene per tutte le patologie, pur mantenendo una specifica organizzazione per il III livello ovvero per la ospedalizzazione a domicilio e per la terminalità

# Profili di cura:decreto commissariale 15/2014

2/2

A seguito di preliminare valutazione del caso il paziente è inserito in un determinato livello assistenziale e successivamente è definito il profilo di cura. Per il paziente HIV schematicamente il livello di intensità e complessità bassa e media è ricompreso nei livelli I e II che possono essere gestiti dall'ASL, il III e il livello palliative dai SOD

## Il percorso di ammissione all'assistenza domiciliare per pazienti HIV: decreto 15/2014

D.P.C.M. del 29.11. 2001: l'assistenza sanitaria e sociosanitaria di tipo ambulatoriale e domiciliare è nel livello di assistenza distrettuale;

Documento ministeriale “Nuova caratterizzazione delle cure domiciliari e ospedalizzazione a domicilio”: definisce le cure domiciliari territoriali, graduandole in livelli assistenziali,

L'area delle immunodeficienze acquisite da Hiv assimilabile per l'assistenza domiciliare alle tre diverse intensità assistenziali e naturalmente alle cure palliative terminali nel caso di terminalità.

La suddivisione per livelli di intensità assistenziale consente di rapportare il bisogno espresso e rilevato alla tipologia di prestazione da erogare secondo le figure professionali riportate:

un paziente con immunodeficienze da HIV potrebbe presentare caratteristiche di complessità determinate dalla compresenza di uno o più fattori (patologie); la valutazione del livello di complessità consente di determinare il livello di impegno delle diverse figure professionali.

Ad ogni bisogno/intensità corrisponde un livello che definisce un numero minimo e massimo di accessi da parte di figure professionali in coerenza con quanto previsto dalla Delibera n. 41/2011.



## Il percorso di ammissione all'assistenza domiciliare per pazienti HIV 1/2

1. Il paziente richiede l'ammissione al trattamento domiciliare al Primario della Direzione Sanitaria del Reparto ospedaliero di Malattie Infettive, d'ora in poi denominato SOD-Servizio di Ospedalizzazione a domicilio;

2. il SOD valuta la richiesta sulla base di requisiti socio-sanitari, economici ed ambientali e se ammissibile convoca la ROS-Riunione Operativa dei Servizi;

3. la ROS a cui partecipano: il Primario che ha proposto l'ammissione al trattamento domiciliare; un rappresentante della Farmacia Ospedaliera; il medico di medicina generale che ha in carico l'assistito; il responsabile della medicina di base della A.S.L. competente; un rappresentante dei servizi sociali comunali; un rappresentante di uno o più dei seguenti servizi della A.S.L. competente per territorio di residenza del paziente: -Sert, Centro di Salute Mentale, Consultorio familiare, Servizio di riabilitazione svolge i seguenti compiti:

3.1 definisce il programma terapeutico assistenziale d'ora in poi definito pai (piano di assistenza individuale) e le modalità di integrazione dei servizi secondo un modello operativo di tipo dipartimentale;

3.2 stende il piano degli interventi e delle prestazioni da effettuare, dopo aver opportunamente e preventivamente rilevato le condizioni soggettive del paziente e dell'ambiente di vita domestico;

# Il percorso di ammissione all'assistenza domiciliare per pazienti HIV 2/2

4. Il SOD riceve il pai e lo attua, assicurando anche le seguenti funzioni:
  - 4.1 Coordinamento delle attività assistenziale erogate a domicilio del paziente;
  - 4.2 erogazione di interventi specialistici infettivologici al domicilio del paziente secondo una tempistica preventivamente stabilita, salvo necessità subentranti.
  - 4.3 Valutazione delle problematiche terapeutiche (variazioni posologiche, interazioni farmacologiche, tossicità, etc.) con particolare riferimento ai farmaci di pertinenza specialistica (antivirali, antibiotici, farmaci per la terapia del dolore)



# Il decreto commissariale 15/2014: accesso, criteri, profili

-Criteri per l'ammissione alle cure domiciliari per tale tipologia di utenti sono i seguenti- delibera 2340/2001: pazienti affetti da malattie acute, pazienti ospedalizzati in fase di remissione che non possono accedere al day hospital , pazienti terminali, pazienti non autosufficienti, pazienti con adc (stadio 3-4 di price), pazienti che richiedono terapia nutrizionale e/o Palliativa e/o antinfettiva.



## obiettivi di sistema

Per le procedure di attivazione del servizio di ospedalizzazione a domicilio, è prioritario coinvolgere sin dalla ROS-Riunione operativa dei servizi l'asl di riferimento di residenza dell'utente, il Mmg, con l'obiettivo di attivare nel caso di necessità assistenziali rilevate una presa in carico congiunta e realizzare così il pai per l'utente; l'ente locale in relazione alla complessità e alle necessità assistenziali evidenziate a seguito di valutazione del caso



La valutazione multidimensionale, nel caso delle cure domiciliari di I e II livello, può avvenire in forma congiunta con gli enti locali in sede di U.V.I., a secondo del bisogno espresso e su istanza precisa dell'utente. L'erogazione delle cure domiciliari di I e II livello avviene in casa famiglia o a domicilio dell'utente.



L'A.S.L. provvederà in sede di valutazione multidimensionale a coinvolgere la struttura che segnala il caso nelle fasi di valutazione multidimensionale e di presa in carico. Anche ipotizzando una fattiva partecipazione del medico infettivologo/specialista che prenderà attivamente parte alla erogazione delle prestazioni in modalità continuativa o quale consulenza specialistica.

# Obblighi del decreto commissariale 15/2014

## A ciascuna Azienda Sanitaria Locale è richiesto di:

- individuare un'équipe di cure domiciliari -composta almeno da 1 infermiere, 1 oss, 1 terapeuta della riabilitazione, 1 psicologo, da formare ed addestrare con un percorso che sarà definito da questa amministrazione e dal Ce.Ri.FaRC.,
- di individuare azioni di coinvolgimento dei MMG/PLS
- di realizzare un protocollo operativo con i reparti di ospedalizzazione a domicilio per pazienti di HIV afferenti al proprio territori
- di nominare un referente aziendale per tale tipologia di assistenza



Alle Aziende Ospedaliere è richiesto di:

- di definire percorsi di cure domiciliari integrate per i soggetti affetti da HIV
- di cooperare con le asl fattivamente alla realizzazione dei percorsi di cure domiciliari integrate nei termini suesposti
- di definire e stipulare con le asl protocolli operativi per la presa in carico congiunta dei soggetti affetti da HIV
- di garantire il percorso di ammissione alle cure domiciliari definito dal D.P.R.C. Del 18 aprile 1994.

---

## Cure domiciliari di I-II livello

---

### Destinatari

---

- **Pazienti con infezioni HIV correlate**
  - **Pazienti HIV con patologie infettive E NON correlate**
  - **Pazienti con neoplasie HIV correlate**
- 

### Caratteristiche di complessità

---

#### A) PATOLOGIE

---

- Patologie gastro-intestinali
  - Patologie oncologiche anche se necessitano di terapia del dolore e cure palliative
  - Patologie bronco-polmonari che non necessitano di ventilazione assistita
  - Patologie CMV-correlate
  - Patologie cerebrali degenerative del Snc che non necessitano di ventilazione assistita
- 

#### B) NECESSITA' ASSISTENZIALI

---

- Terapia parenterale con accesso periferico
  - Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die)
  - Ureterostomia
  - Catetere vescicale
  - LdD III stadio (1 LdD)
  - Lesione della cute chirurgica,
  - Terapia di riabilitazione psicomotoria,
  - Bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico
  - Dialisi peritoneale
  - NPD
  - Terapia parenterale con accesso centrale
  - LdD III stadio (due o più LdD)
  - LdD IV stadio
  - Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali
- 

#### D) SUPPORTO SOCIALE

---

- Ben assistito a domicilio
  - Inserito in Casa Alloggio
-



# LE AZIONI DI MONITORAGGIO PREVISTE

- Monitoraggio dell'appropriatezza
- Monitoraggio economico
- Monitoraggio delle modalità organizzative

I quesiti ai quali si intende fornire informazioni sono i seguenti:

- dati di presa incarico e incremento delle cure domiciliari;
- presenza di una azione di regia univoca sulle cure domiciliari;
- la composizione delle équipe domiciliari e eventualmente il dettaglio secondo il livello e/o la patologia la presenza degli operatori sociosanitari;
- le liste di attesa;
- modalità di gestione delle cure domiciliari;
- costi riconducibili alle cure domiciliari



## IL MONITORAGGIO ECONOMICO

Gli strumenti contabili/informativi su cui saranno attivati i flussi di monitoraggio sono la contabilità generale, che dà luogo al bilancio, e la contabilità analitica che analizza le modalità di assorbimento delle risorse all'interno dell'azienda. Nel caso di carenze di tali strumenti contabili sarà richiesta l'attivazione di flussi informativi ad hoc di natura extra-contabile.



## **IL MONITORAGGIO DELLE CONDIZIONI ORGANIZZATIVE**

Il monitoraggio è stato realizzato con un apposito sondaggio che ha analizzato, tra i diversi aspetti, per ciascuna azienda la tipologia di coordinamento realizzata, con particolare riferimento alle seguenti modalità:

- 1.coordinamento organizzativo,
- 2.coordinamento gestionale,
- 3.coordinamento professionale.



## **IL MONITORAGGIO DELLE CONDIZIONI ORGANIZZATIVE**

Il monitoraggio è stato realizzato con un apposito sondaggio che ha analizzato, tra i diversi aspetti, per ciascuna azienda la tipologia di coordinamento realizzata, con particolare riferimento alle seguenti modalità:

- 1.coordinamento organizzativo,
- 2.coordinamento gestionale,
- 3.coordinamento professionale.

***Grazie per l'attenzione!***

***Marina Rinaldi  
UOD Interventi Sociosanitari  
Regione Campania***

