



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 7770

Seduta del 17/01/2018

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vice Presidente*
VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSSI
SIMONA BORDONALI
FRANCESCA BRIANZA
CRISTINA CAPPELLINI
LUCA DEL GOBBO

GIOVANNI FAVA
GIULIO GALLERA
MASSIMO GARAVAGLIA
MAURO PAROLINI
ANTONIO ROSSI
ALESSANDRO SORTE
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto

INTERVENTI DI PROGRAMMAZIONE IN MATERIA DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA.

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

I Dirigenti

Laura Lanfredini

Carolina Maffezzoni

Il Direttore Generale Giovanni Daverio

L'atto si compone di 38 pagine

di cui 31 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTA la seguente normativa nazionale:

- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421";
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419";
- D.P.C.M. 14/2/2001 recante "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" e D.P.C.M. 29/11/2001 recante la Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza recepito con L. 289/2002, art 54;
- Legge 28 dicembre 2015 n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello stato (Legge di Stabilità 2016)" con riferimento all'art 1 – dal comma 553 al comma 565 in materia di revisione dei LEA;
- Piano Nazionale della Cronicità di cui all'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15/09/16;
- D.P.C.M. 12/01/2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

VISTE le seguenti Leggi Regionali:

- 30 agosto 2008 n. 1 "Legge regionale statutaria";
- 12 marzo 2008, n. 3 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario";
- 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità", così come modificata dalle leggi regionali 11 agosto 2015 n. 23, 22 dicembre 2015 n. 41, 29 giugno 2016, n. 15, 8 agosto 2016 n. 22, 3 marzo 2017 n. 6 e 12 dicembre 2017, n. 33;

RICHIAMATI i seguenti documenti di programmazione regionale:

- D.C.R. 17 novembre 2010, n. IX/88 di approvazione del "Piano Socio Sanitario Regionale 2010/2014", la cui validità è stata prorogata dalla D.G.R. n. X/2989 del 23 dicembre 2014 fino all'approvazione di un nuovo Piano;
- D.C.R. 9 luglio 2013, n. X/78 "Programma regionale di sviluppo della X Legislatura";

RICHIAMATI i seguenti atti regionali in materia di Assistenza Domiciliare Integrata:

- D.G.R. n. IX/3541 del 30.5.2012 "Definizione dei requisiti specifici per l'esercizio e l'accreditamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata" come successivamente rettificata dalla D.G.R. n. IX/3584 del 6.6.2012;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- Decreto del Direttore Generale Famiglia Conciliazione Integrazione e Solidarietà Sociale n. 6032 del 6.7.2012 “Determinazioni in ordine alla sperimentazione del nuovo modello di valutazione del bisogno per l’Assistenza Domiciliare Integrata” con il quale è stata data attuazione alla sperimentazione sull’intero territorio regionale del nuovo modello di erogazione dell’ADI;
- D.G.R. n. IX/3851 del 25.7.2012 “Determinazioni in ordine alle tariffe sperimentali dei nuovi profili dell’Assistenza Domiciliare Integrata”;
- Decreto del Direttore Generale Famiglia Conciliazione Integrazione e Solidarietà Sociale n. 7089 del 3.8.2012 “Determinazioni in ordine all’Assistenza Domiciliare Integrata” con il quale è stato, peraltro, approvato l’elenco delle principali prestazioni erogabili dalle figure professionali coinvolte nel processo di assistenza domiciliare integrata;

RITENUTO altresì di richiamare le seguenti Deliberazioni di Giunta regionale:

- D.G.R. n. X/1185 del 20.12.2013 “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario Regionale per l’esercizio 2014” che, tra le altre, ha assunto il sistema VAOR quale strumento regionale per la valutazione multidimensionale del bisogno, ed in particolare, a partire dal 2014, per l’accesso al servizio di Assistenza Domiciliare Integrata, congiuntamente alla scheda di valutazione di primo livello”;
- D.G.R. n. X/1765 dell’8.5.2014 “Il sistema dei controlli in ambito sociosanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza in attuazione della D.G.R. X/1185 del 20/12/2013”;
- D.G.R. n. IX/3971 del 6.8.2012 “Interventi di programmazione nel settore Sociosanitario per l’anno 2012” che ad integrazione della D.G.R. n. IX/3851/12, tra le altre, ha disciplinato per quanto riguarda l’ADI, la gestione di casi di particolare complessità, l’applicazione di un indice di complessità assistenziale (I.C.A.) nonché la gestione della mobilità intra-regionale e la predisposizione di un sistema di compensazione;
- D.G.R. n. X/2569 del 31.10.2014 “Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità d’offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo” come modificata dalla D.G.R. n. 4702 del 29.12.2015;
- D.G.R. n. X/5918 del 28.11.16 “Disposizioni in merito all’evoluzione del modello organizzativo della rete delle cure palliative in Lombardia: integrazione dei modelli organizzativi sanitario e sociosanitario”;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- D.G.R. n. X/6164 del 30.01.17 “Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015”;
- D.G.R. n. X/6551 del 04.05.17 “Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge n. 33/2009”;
- D.G.R. n. X/6691 del 09.06.17 “Ulteriori disposizioni in merito al modello organizzativo della rete delle cure palliative e della rete di terapia del dolore in Lombardia”;
- D.G.R. n. X/7600 del 20.12.2017 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018” che al paragrafo 3.2.4 ha previsto che con successivo provvedimento sarebbe stata operata la revisione del sistema di erogazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata, in funzione della sua stabilizzazione, in allineamento ai nuovi LEA e alla luce degli esiti derivanti dalla sperimentazione;
- D.G.R. n. X/7655 del 28.12.17 “Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della D.G.R. n. X/6551 del 04.05.17”;

RITENUTO necessario operare la revisione del modello di erogazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata in funzione sia degli esiti della sperimentazione, sia del dovuto allineamento ai LEA, nonché in relazione al nuovo modello lombardo della presa in carico definito dalla legge regionale n. 23/15;

SPECIFICATO che la D.G.R. n. X/5954 del 5 dicembre 2016 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017” ha disposto in capo alla Direzione Generale Welfare l'avvio del percorso per la revisione del modello di Assistenza Domiciliare Integrata;

DATO ATTO che, in attuazione di quanto previsto dalla succitata D.G.R. n. X/5954/16, nel corso del 2017 la Direzione Generale Welfare ha attivato un gruppo di lavoro multi professionale, composto da operatori delle ATS e delle ASST, coordinati dalla Struttura Innovazione nella Gestione sociosanitaria, al fine di definire il processo di revisione dell'Assistenza Domiciliare Integrata;

PRESO ATTO che il gruppo di lavoro ha elaborato i documenti tecnici preparatori, come descritto nell'Allegato 1 “Evoluzione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)” comprensivo delle Appendici A, B e C, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

PRESO ATTO che tali documenti tecnici prevedono:

- che la valutazione sia assicurata dall'erogatore accreditato;
- nuovi profili e relativo nuovo sistema di remunerazione;
- l'adozione di uno strumento validato e unico su tutto il territorio regionale per la valutazione multidimensionale;
- nuovi requisiti specifici per l'esercizio e l'accreditamento;
- nuove modalità di rendicontazione delle prestazioni;

STABILITO coerentemente a quanto previsto dalla L.R. 23/15 e dai successivi provvedimenti attuativi in tema di presa in carico delle persone con patologie croniche e fragili, di confermare, quale strumento per l'accesso al nuovo modello di ADI, la valutazione multidimensionale e personalizzata del bisogno e di avviare il processo che ne affida l'effettuazione agli erogatori accreditati, mantenendo la governance in capo alla ATS;

RITENUTO in esito alla sperimentazione, effettuata a partire dal 2014, di confermare il sistema InterRAI Home Care quale strumento di valutazione di secondo livello per l'accesso all'Assistenza Domiciliare Integrata, in quanto, oltre ad essere validato scientificamente a livello internazionale e nazionale, è risultato il più idoneo a:

- far emergere in modo chiaro e completo i bisogni della persona, evidenziando le aree problematiche e facilitando la formulazione del piano di assistenza individuale (PAI);
- individuare situazioni di particolare complessità, anche in ordine al contesto socio – ambientale;
- consentire una valutazione al domicilio ad opera anche di un solo professionista, con conseguente ottimizzazione ed efficienza del processo valutativo;
- facilitare i controlli di appropriatezza da parte delle ATS;

RICHIAMATA la D.G.R. n. X/7600/17 che all'allegato A, punto 3.2.4. ha previsto che le ATS, in collaborazione con le équipes valutative delle ASST, attivino e coordinino percorsi formativi specifici, finalizzati ad assicurare un'adeguata formazione degli enti erogatori all'utilizzo dello strumento di valutazione interRAI HC per l'accesso all'ADI garantendo il dovuto accompagnamento



Regione Lombardia

LA GIUNTA

RITENUTO, pertanto di:

- avviare l'iter strumentale all'adozione del nuovo modello di Assistenza Domiciliare integrata come delineato nell'allegato e relative appendici sopra elencati;
- intraprendere una fase osservazionale della durata di sei mesi nel corso della quale il nuovo modello verrà valutato sulla base dei dati di impatto economico, nonché della ricaduta sulla rete degli attuali erogatori, pubblici e privati accreditati;
- dare mandato alla DG Welfare di attivare a tale fine un apposito gruppo di lavoro che coinvolga referenti delle ATS e degli enti erogatori pubblici e privati accreditati;
- prevedere che l'attività di formazione all'utilizzo dello strumento di valutazione sia svolta dalle ATS, in collaborazione con le ASST, nel primo semestre 2018;
- disporre che le unità d'offerta di Assistenza Domiciliare Integrata già accreditate e a contratto continuino ad erogare le prestazioni contrattualizzate secondo le vigenti condizioni e modalità attuative, garantendo i requisiti di esercizio e di accreditamento in essere;

RITENUTO di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della Regione Lombardia www.regione.lombardia.it;

VAGLIATE ed ASSUNTE come proprie le predette determinazioni;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge

DELIBERA

1. di approvare i documenti tecnici preparatori, di cui all'Allegato 1 "Evoluzione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)" comprensivo delle Appendici A, B e C, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di avviare l'iter strumentale all'adozione del nuovo modello di Assistenza Domiciliare integrata come delineato nell'allegato e relative appendici



Regione Lombardia

LA GIUNTA

sopra elencati;

3. di intraprendere una fase osservazionale della durata di sei mesi nel corso della quale il nuovo modello verrà valutato sulla base dei dati di impatto economico, nonché della ricaduta sulla rete degli attuali erogatori, pubblici e privati accreditati;
4. di dare mandato alla DG Welfare di attivare a tale fine un apposito gruppo di lavoro che coinvolga referenti delle ATS e degli enti erogatori pubblici e privati accreditati;
5. di confermare le azioni già stabilite dalla D.G.R. n. X/7600/17 in ordine alla strutturazione di percorsi formativi, finalizzati all'utilizzo dello strumento di valutazione interRAI HC che le ATS, in collaborazione con le ASST, devono rivolgere agli erogatori accreditati, garantendo il dovuto accompagnamento;
6. di prevedere che l'attività di formazione di cui al punto precedente sia svolta dalle ATS, in collaborazione con le ASST, nel primo semestre 2018;
7. di disporre che le unità d'offerta di Assistenza Domiciliare Integrata già accreditate e a contratto continuino ad erogare le prestazioni contrattualizzate secondo le vigenti condizioni e modalità attuative, garantendo i requisiti di esercizio e di accreditamento in essere;
8. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della Regione Lombardia www.regione.lombardia.it.

IL SEGRETARIO

FABRIZIO DE VECCHI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

Evoluzione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Sommario

Premessa.....	2
1. Ambito di applicazione	3
1.1 Definizione	3
1.2 Criteri di accesso e destinatari.....	3
2. Il sistema di erogazione delle prestazioni	4
2.1 Attivazione del servizio.....	4
2.2 Incompatibilità.....	4
2.3 La valutazione	4
Valutazione di primo livello.....	5
Valutazione di secondo livello.....	7
2.4 La presa in carico, la definizione del progetto individuale e del piano di assistenza individuale (PAI).....	7
Definizione del progetto individuale e del PAI	8
2.5 I profili.....	8
2.5.1 Casistiche Particolari	11
2.6 Sospensione dell'erogazione	13
2.7 Dimissione	13
2.8 Raccordo ospedale – territorio: ammissioni e dimissioni protette	13
2.9 Prestazioni erogabili.....	13
2.10 Sistema di remunerazione – Tariffe.....	14
2.11 FLUSSI di rendicontazione.....	17

APPENDICI

Premessa

Questo documento ha l'obiettivo di definire la riorganizzazione e il funzionamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata, in esito alla conclusione della fase sperimentale avviata nel 2012 e tenendo conto dell'evoluzione del Sistema Socio Sanitario Lombardo ai sensi della L.R. n. 23/15.

Regione Lombardia ha avviato nel 2012 una fase sperimentale dell'erogazione dell'ADI e nel tempo, attraverso una serie di atti, ha definito:

- requisiti specifici per l'esercizio e l'accreditamento (D.G.R. n. 3541/12 e DGR 3584/12);
- un nuovo modello di valutazione del bisogno (Decreto n. 6032/12);
- nuovi profili e tariffe sperimentali (D.G.R. 3851/12, D.G.R. n. 3971/12);
- uno strumento validato e unico su tutto il territorio regionale per la valutazione multidimensionale (D.G.R. n. 1185/13).

La fase sperimentale ha consentito lo sviluppo di un sistema valutativo e di erogazione ormai consolidato ed ha permesso di disporre di dati e informazioni utili all'evoluzione del modello di ADI descritto di seguito.

Tale modello ha tenuto conto anche dell'avvio a seguito della D.G.R. n. X/5918 del 28.11.2016 della Rete delle Cure Palliative che in Lombardia ha visto l'introduzione di un unico profilo di Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP-Dom), prevedendo, tra le altre, una tariffa differenziata in relazione al diverso livello di erogazione, "di Base" e "Specialistica".

In relazione, pertanto, agli esiti della sperimentazione e coerentemente a quanto previsto dalla L.R. 23/15 in tema di presa in carico delle persone con patologie croniche e fragili, il nuovo modello di ADI prevede che la valutazione multidimensionale e personalizzata del bisogno, il cui governo rimane in capo alla ATS, sia effettuata dagli erogatori accreditati e contrattualizzati. Questo significativo passaggio ha comportato, tra le altre, la necessità di definire un percorso di attivazione dell'ADI che trova un maggior dettaglio nell'appendice A e la revisione parziale di alcuni requisiti specifici di esercizio e di accreditamento come riassunta nell'appendice B.

In questa prospettiva, le ATS dovranno assicurare le seguenti azioni di governo:

- l'accreditamento e la contrattualizzazione degli erogatori ADI;
- la compilazione e l'aggiornamento degli elenchi degli erogatori accreditati nei rispettivi ambiti territoriali;
- la divulgazione dei suddetti elenchi, attraverso: la pubblicazione sui Siti aziendali, la capillare informazione ai MMG/PDF e ai Comuni anche avvalendosi della Cabina di Regia, istituita ai sensi dell'art. 6, comma 6, L.r. 23/2015;
- la formazione degli erogatori, anche coinvolgendo a tal fine gli operatori delle equipe valutative ASST, finalizzata all'appropriato utilizzo degli strumenti di valutazione e all'appropriata pianificazione dell'utilizzo delle risorse;
- l'acquisizione dei nominativi degli operatori formati e da profilare per l'utilizzo del Sistema Atlante;
- il controllo ex ante delle valutazioni, effettuate secondo indicatori preventivamente individuati;

- il monitoraggio in itinere del processo valutativo/erogativo;
- la verifica ex post della coerenza tra erogazione e valutazione, tra risorse impiegate e bisogni rilevati;
- l'identificazione di azioni di miglioramento, quale esito del monitoraggio, finalizzate all'appropriato soddisfacimento dei bisogni in relazione alle risorse assegnate.

1. Ambito di applicazione

1.1 Definizione

Le cure domiciliari si collocano nella rete dei servizi sociosanitari territoriali e garantiscono, alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, percorsi assistenziali a domicilio, assicurando la continuità dell'assistenza tra Ospedale e Territorio.

Secondo il più recente DPCM del 12.01.17 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”* all' art.22, le Cure domiciliari integrate (ADI), garantiscono *“... alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita”*.

L'ADI ha pertanto tra i suoi obiettivi:

- migliorare la qualità di vita, limitando il declino funzionale della persona;
- supportare la famiglia nel lavoro di cura;
- ridurre i ricoveri ospedalieri impropri e il ricorso ai servizi di emergenza/urgenza;
- evitare, laddove possibile, il ricovero definitivo in strutture residenziali.

1.2 Criteri di accesso e destinatari

Il servizio ADI si rivolge a persone residenti in Regione Lombardia, di qualunque età, che necessitano di cure domiciliari in quanto in situazione di fragilità. Per accedere al servizio devono essere presenti tutte le seguenti condizioni:

- bisogni sanitari e sociosanitari gestibili al domicilio;
- non autosufficienza, parziale o totale, di carattere temporaneo o definitivo;
- non deambulabilità e non trasportabilità, con i comuni mezzi, presso i servizi ambulatoriali territoriali;
- presenza di una rete familiare formale e/o informale di supporto;
- abitative che garantiscono la praticabilità dell'assistenza.

2. Il sistema di erogazione delle prestazioni

2.1 Attivazione del servizio

L'attivazione avviene con prescrizione medica, tramite ricettario regionale, anche in forma di ricetta dematerializzata. La prescrizione deve indicare:

- la diagnosi principale di patologia ed eventualmente le secondarie;
- la/e motivazione/i della richiesta di ADI.

Ferma restando la necessità di prescrizione medica, l'accesso al servizio per i cittadini non residenti in Lombardia, avviene:

- nel rispetto della normativa vigente in tema di compensazioni interregionali;
- per i cittadini stranieri non iscritti al SSR, secondo le specifiche normative in materia di erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

Ogni riammissione al servizio, a seguito di precedente dimissione, richiede una nuova prescrizione medica.

Le richieste di soli prelievi sono erogabili unicamente per pazienti con invalidità civile al 100% ed accompagnamento.

2.2 Incompatibilità

L'erogazione di ADI attraverso profili con CIA > 14 risulta non compatibile con la fruizione contemporanea di:

- a. strutture residenziali e semiresidenziali di tipo sanitario e sociosanitario con la sola eccezione della CSS;
- b. misure innovative quali RSA aperta, residenzialità assistita, Comunità minori disabili gravissimi, residenzialità assistita per religiosi/e;
- c. prestazioni domiciliari rese da altre u.d.o. sociosanitarie e sanitarie, con esclusione della telemedicina;

Inoltre non sono riconducibili ad ADI gli interventi svolti presso le scuole a favore di alunni per es. diabetici (insulinoterapia, gestione PEG, tracheostomia, broncoaspirazione, etc).

Laddove valutato strettamente necessario ed appropriato in funzione della risposta ai bisogni rilevati, previa autorizzazione da parte di ATS, risulta invece compatibile l'erogazione di profilo prestazionale per persone che frequentano CDI/CDD a part time.

2.3 La valutazione

A seguito della richiesta di attivazione, previa verifica dei criteri di accesso e di eventuali incompatibilità, deve essere effettuata, nel rispetto dei tempi previsti dalla DGR 3541/12 e s.m.i., la valutazione multi dimensionale (VMD) al domicilio.

La valutazione è, infatti, premessa per la definizione del progetto individuale di assistenza (PI) e del Piano di Assistenza Individuale (PAI).

Il modello di valutazione, attuato nella fase sperimentale, articolato in valutazione di primo livello e valutazione di secondo livello, si è rivelato capace di cogliere globalmente i bisogni della persona fragile nel suo contesto di vita, relazionale e sociale.

Si ritiene pertanto di confermare che la valutazione, ai fini dell'ammissione al servizio ADI, viene effettuata attraverso i seguenti strumenti:

- Scheda di valutazione di primo livello
- InterRAI Home Care per la valutazione di secondo livello

Nei casi previsti di richieste della sola prestazione "prelievo domiciliare", va comunque sempre effettuata la valutazione di primo livello, in modo da assicurare sia la verifica dell'effettivo bisogno che il debito informativo (item previsti dal Sistema Informativo Assistenza Domiciliare – SIAD - di cui al D.M. 17 dicembre 2008 e s.m.i).

Valutazione di primo livello

La valutazione di primo livello viene effettuata al **primo contatto** con l'assistito/caregiver familiare/informale ed ha l'obiettivo di identificare i bisogni complessi di natura sociosanitaria (indirizzati alla valutazione di secondo livello) distintamente dai bisogni che possono essere soddisfatti attraverso prestazioni monoprofessionali, limitate nel tempo.

La scheda con la quale viene effettuata la valutazione di primo livello si articola in otto domande, che presuppongono una risposta su 4 livelli di gravità:

- assente o lieve
- moderato
- grave
- molto grave.

Ad ogni livello di gravità, in relazione alla specifica area, è associato un punteggio.

La scheda di valutazione di primo livello può essere somministrata da personale adeguatamente formato.

Tabella 1 – Scheda di valutazione primo livello

" SCHEDA DI VALUTAZIONE PRIMO LIVELLO" - PER L'ACCESSO ALLE CURE DOMICILIARI					
		ASSENTE o LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
1	morbilità	nessuna compromissione d'organo/sistema o la compromissione non interferisce con la normale attività; il trattamento può essere richiesto oppure no; la prognosi è eccellente	la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività; il trattamento è necessario; la prognosi è buona	la compromissione d'organo/sistema produce disabilità; il trattamento è indilazionabile; la prognosi può non essere buona	la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza; il trattamento è urgente; la prognosi è grave
		0	1	2	2
2	alimentazione	AUTONOMO	CON AIUTO	DIPENDENZA SEVERA	ENTERALE - PARENTERALE
			supervisione	imboccamento	
		0	0	1	2

3	alvo e diuresi	CONTINENZA	CONTINENZA PER ALVO INCONTINENZA URINARIA	INCONTINENZA STABILE per alvo e diuresi (uso pannoloni)	INCONTINENZA STABILE per alvo e diuresi (CVP e /o evacuazione assistita)
		0	0	1	1
4	mobilità	AUTONOMO	CON MINIMO AIUTO (qualche difficoltà)	CON AUSILI (usa bastone, walker, carrozzina,...)	ALLETTATO
		0	0	1	2
5	igiene personale	AUTONOMO	CON MINIMO AIUTO (qualche difficoltà)	CON AIUTO MODERATO	TOTALE DIPENDENZA
		0	0	1	2
6	stato mentale e comportamento	collaborante, capace di intendere e volere	collaborante ma con difficoltà a capire le indicazioni	non collaborante e con difficoltà a capire le indicazioni	non collaborante e gravemente incapace di intendere e volere/segni di disturbi comportamentali
		0	0	1	1
7	con chi vive	COPPIA, NUCLEO FAMILIARE, ASSISTENTE FAMILIARE	SOLO	SOLO o COPPIA	SOLO
			NON necessita di figure di riferimento	ma necessita di figure di riferimento (es. figli)	nessuna rete di riferimento
		0	0	1	2
8	assistenza diretta (caregiver)	ADEGUATA	PARZIALMENTE ADEGUATA	POCO ADEGUATA	INADEGUATA
		partecipano, familiari, assistente familiare, servizi territoriali (SAD, pasti a domicilio,...), vicinato, associazioni, ...	affidata solo ai familiari, o solo all'assistente familiare, o solo ai servizi territoriali.	affidata a un soggetto che non assicura una assistenza adeguata o sufficiente	non è offerta alcun tipo di assistenza
		0	1	2	2
(con punteggio uguale o superiore a 3 , è necessaria valutazione 2° livello per l'eventuale ammissione alle cure domiciliari)				TOTALE PUNTEGGIO	

A seguito della sperimentazione, effettuata a partire dal 2012, è stato definito che, di norma, punteggi alla valutazione di primo livello pari o superiori a 3, individuano bisogni socio-sanitari complessi per i quali è richiesta la valutazione di secondo livello.

La valutazione di primo livello che esita in punteggio inferiore a 3, ad eccezione delle sole richieste di prelievo per i casi previsti, presuppone, in genere, l'invio della persona verso un'altra unità d'offerta della rete dei servizi, meglio rispondente ai bisogni rilevati.

Valutazione di secondo livello

In esito alla sperimentazione effettuata a partire dal 2013, si conferma il sistema InterRAI Home Care quale strumento di valutazione di secondo livello. E' risultato, infatti, il più idoneo in quanto, oltre ad essere validato scientificamente a livello internazionale e nazionale, presenta le seguenti caratteristiche:

- fa emergere in modo chiaro e completo i bisogni della persona, evidenziando le aree problematiche e facilitando la formulazione del piano di assistenza individuale (PAI);
- permette, in sede di prima valutazione al domicilio, di individuare situazioni di particolare complessità/problematicità anche in ordine al contesto socio – ambientale che richiedono un ricovero presso strutture di lungo assistenza per persone non autosufficienti;
- consente una valutazione al domicilio ad opera anche di un solo professionista, con conseguente ottimizzazione ed efficienza del processo valutativo;
- facilita i controlli di appropriatezza da parte delle ATS.

La Valutazione **multidimensionale di secondo livello** indaga sia i bisogni sociosanitari sia i bisogni sociali e le risorse attivabili all'interno del contesto familiare.

La rilevazione dei bisogni attraverso la valutazione di secondo livello si traduce in un profilo assistenziale cui corrisponde una valorizzazione. Nello specifico, nel paragrafo 2.5 sono declinati i profili previsti, già allineati con i nuovi LEA introdotti dal DPCM 12 gennaio 2017.

In relazione alla complessità assistenziale rilevata, viene quindi definito un progetto individuale che contempla obiettivi, tipologia degli interventi, figure professionali coinvolte tempi, durata e che, in maniera coerente, dovranno tradursi in un PAI.

La valutazione di secondo livello deve essere, di norma, effettuata al domicilio della persona da figure professionali in possesso di formazione specifica documentata all'uso dello strumento di valutazione InterRAI HC.

La valutazione di secondo livello, oltre che in fase di attivazione dell'ADI, deve essere effettuata:

- sempre dopo un ricovero;
- ad ogni variazione delle condizioni clinico-assistenziali certificate dal Medico (MMG/PdF, Specialista, Clinical Manager, etc) che possono determinare la modifica del profilo;
- dopo una sospensione superiore a 15 giorni;
- periodicamente, in relazione alle indicazioni regionali e nazionali, e comunque ogni 90 gg durante la presa in carico.

2.4 La presa in carico, la definizione del progetto individuale e del piano di assistenza individuale (PAI)

La presa in carico dell'assistito da parte dell'erogatore prende avvio dalla valutazione e prevede:

- il coinvolgimento del MMG/PdF;
- la definizione del progetto di cura integrato che può contemplare anche interventi in capo al Comune, ad altro Gestore, come nel caso di pazienti inseriti nei percorsi della cronicità di cui alle DD.G.R. n. 6164/17 e n. 6551/17 ed eventuali successive modifiche e integrazioni;
- la definizione del PAI;
- l'individuazione del case manager, ossia di un operatore, generalmente infermiere, già coinvolto nell'assistenza, cui viene affidato il compito di assicurare la regia ed il coordinamento dell'intero processo assistenziale;
- l'erogazione degli interventi coerenti con i bisogni rilevati e con il progetto;
- il monitoraggio continuo;
- la dimissione che deve essere sempre motivata.

Definizione del progetto individuale e del PAI

Sulla base dei bisogni emersi con la VMD è prevista la definizione del progetto individuale e del PAI. Il primo definisce gli obiettivi di cura, la tipologia degli interventi, la relativa durata, le figure professionali coinvolte e l'impegno assicurato dal care giver familiare/informale che, in maniera coerente, dovranno poi tradursi in un PAI.

Il PAI, in coerenza con il PI, definisce la pianificazione degli interventi appropriati, delle prestazioni da erogare, delle relative tempistiche e frequenze.

Le prestazioni devono essere erogate da personale qualificato ed in possesso dei titoli professionali previsti dalla normativa vigente e sono complementari e non sostitutive dell'attività del *caregiver* familiare/informale. Nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata, infatti, è di fondamentale importanza prevedere il coinvolgimento dei familiari/caregiver che, nel rispetto dei ruoli e delle competenze, previo training da parte degli operatori qualificati, possono diventare parte attiva del processo assistenziale.

Data la specificità degli interventi domiciliari, progetto e PAI devono essere condivisi e sottoscritti tra le parti (interessato/familiare/Amministratore di sostegno/Tutore ed erogatore).

Il PI e il PAI devono essere disponibili nel FaSAS (e nel Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE, in attuazione di specifiche indicazioni), aggiornati e conservati nel rispetto delle norme vigenti.

2.5 I profili

Sulla base dei bisogni rilevati attraverso la VMD e considerando il coefficiente di intensità assistenziale (CIA), viene definito il profilo di assistenza cui corrisponde una valorizzazione economica.

Il CIA, indicatore appositamente pensato per l'Assistenza domiciliare, è calcolato come rapporto tra il numero di Giornate Effettive di Assistenza (GEA) e il numero di Giornate di Cura (GeA/GdC), ovvero tra il numero di giornate in cui viene eseguito almeno un accesso al domicilio e il numero totale di giornate di presa in carico. Il valore del CIA può variare da

0 a 1, laddove 0 indica nessuna necessità di assistenza ed 1 la necessità di assistenza quotidiana.

Le prestazioni dovranno essere distribuite nell'arco di tempo definito in coerenza con gli obiettivi previsti dal PI e dal PA

Il D.P.C.M. del 12 gennaio 2017, sulla base del CIA, prevede la definizione dei seguenti livelli assistenziali:

- Livello di base: CIA < 0,14
- I° Livello: CIA 0,14 – 0,30
- II° Livello: CIA 0,31 – 0,50
- III° Livello: CIA > 0,50

Tenuto conto di questi livelli, sulla base dei dati storici di attività e dell'esperienza maturata in questi anni sul territorio regionale, i livelli assistenziali precedentemente individuati possono essere ridefiniti e dettagliati come di seguito descritto.

Livello base/ PRESTAZIONALE (CIA < 0,14): comprende prestazioni sanitarie (erogate da medico, infermiere, fisioterapista, educatore, terapeuta occupazionale, etc) in risposta a bisogni di bassa complessità, con esclusione delle casistiche particolari sotto riportate, e che non richiedono di norma integrazione sociosanitaria. Questo livello di assistenza si caratterizza per l'erogazione di interventi monoprofessionali a "spot" o continuativi che non prevedono la VMD, ma solo l'applicazione di un set valutativo minimo, rappresentato dalla scheda di valutazione di primo livello, in modo da assicurare, come accennato sopra, sia la verifica dell'effettivo bisogno che il debito informativo (item previsti dal Sistema Informativo Assistenza Domiciliare – SIAD - di cui al D.M. 17 dicembre 2008 e s.m.i).

I°, II°, III° Livello: la "declinazione" dei livelli di ADI che, in funzione di un CIA uguale o superiore a 0,14, prevedono la valutazione di secondo livello (VMD) e definiscono profili di maggior intensità assistenziale, è descritta nei paragrafi seguenti.

Per questi livelli i servizi sanitari si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, di competenza degli Enti Locali, secondo quanto previsto dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 «Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria».

In fase di prima applicazione ed in continuità con il modello erogativo sperimentato in Regione Lombardia, per ogni profilo sono definiti "sotto profili b", caratterizzati dall'integrazione di interventi sanitari e interventi tutelari e di aiuto infermieristico e viene stabilito che questi ultimi possono essere erogati nella misura massima del 30% degli interventi sanitari previsti dal relativo profilo con arrotondamento per difetto.

A. **1° livello ADI (CIA compreso tra 0,14 e 0,30)**

Sono previste da 5 a 9 GEA ogni 30 GdC

Ai fini erogativi, sono individuati i seguenti profili assistenziali:

- **profilo assistenziale 1a**, caratterizzato dall' erogazione di interventi sanitari
- **profilo assistenziale 1b**, che prevede l'integrazione di interventi sanitari e di interventi tutelari e di aiuto infermieristico nella misura massima del 30% degli interventi sanitari con arrotondamento per difetto.

B. 2° livello ADI (CIA compreso tra 0,31 e 0,50)

Sono previste da 10 a 15 GEA ogni 30 GdC

Ai fini erogativi, sono individuati i seguenti profili assistenziali:

- **profilo assistenziale 2a**, caratterizzato dall' erogazione di interventi sanitari
- **profilo assistenziale 2b**, comprendente interventi sanitari ed interventi tutelari e di aiuto infermieristico nella misura massima del 30% degli accessi sanitari con arrotondamento per difetto.

C. 3° livello ADI (CIA > 0,50)

Nell'ottica di una più appropriata e specifica risposta ai bisogni degli assistiti, questo livello assistenziale viene scomposto in due ulteriori livelli, come di seguito specificato:

Livello 3.1 (CIA ≤ 0,75)

Sono previste da 16 a 22 GEA ogni 30 GdC

Ai fini erogativi, sono individuati i seguenti profili assistenziali:

- **profilo assistenziale 3.1a**, caratterizzato dall' erogazione di interventi sanitari
- **profilo assistenziale 3.1b**, comprendente interventi sanitari ed interventi tutelari e di aiuto infermieristico nella misura massima del 30% degli interventi sanitari con arrotondamento per difetto.

Livello 3.2 (CIA > 0,75)

Sono previste da 23 a 30 GEA ogni 30 Giornate di Cura (GdC)

Ai fini erogativi, sono individuati i seguenti profili assistenziali:

- **profilo assistenziale 3.2a**, caratterizzato dall' erogazione di interventi sanitari
- **profilo assistenziale 3.2b**, comprendente interventi sanitari ed interventi tutelari e di aiuto infermieristico nella misura massima del 30% degli accessi sanitari con arrotondamento per difetto.

D. Profilo Post acuta in ambito di Assistenza Domiciliare (CIA = 1)

Sulla base degli esiti della sperimentazione effettuata ai sensi della D.G.R. n. 3239/12 in ambito di assistenza domiciliare post acuta, con D.G.R. n. 5954/16 è stato definito uno

specifico profilo denominato "post acuta" che in risposta ad un CIA = 1 prevede da 20 a 30 accessi ogni 15 Giornate di Cura (GdC).

Si conferma che tale profilo è da riservarsi esclusivamente a pazienti in dimissione protetta da reparto ospedaliero, "clinicamente complessi", in condizioni di stabilità clinico - funzionale precaria che, per poter rientrare al domicilio, necessitano di un'assistenza assidua e costante e di interventi ad alta intensità assistenziale.

Per rispondere, pertanto, ai bisogni complessi di pazienti in dimissione da strutture sanitarie di ricovero e cura, a seguito di un episodio di acuzie o di riacutizzazione, viene riconosciuta la possibilità di utilizzare il profilo post acuta, per una durata di 15 giorni, purché sia programmata l'erogazione di un numero di prestazioni domiciliari non inferiore a quelle previste dal profilo stesso.

In fase di prima applicazione viene stabilito che a tale profilo sia corrisposta la valorizzazione del Profilo ADI 3.2 e che possa essere erogato per non più di due volte consecutive, prevedendo un solo rinnovo finalizzato alla stabilizzazione delle condizioni, ferma restando comunque la possibilità di assicurare la continuità assistenziale in regime di assistenza domiciliare integrata con altro profilo di minor intensità.

2.5.1 Casistiche Particolari

In fase di prima applicazione e in previsione di sviluppi ulteriori del nuovo modello lombardo di presa in carico della cronicità, si stabilisce che:

- le attività infermieristiche o riabilitative prestazionali, di bassa intensità, con CIA < 0,14 riconducibili a: addestramento alla gestione delle stomie, addestramento del care giver all'utilizzo di protesi e ausili/mobilizzazione/protesizzazione dell'ambiente possono essere erogate, nella misura massima di n. 4 GEA mensili e comunque entro il tetto massimo di € 120 mensili. Tali prestazioni, coerentemente con quanto previsto dal PAI/pri, possono essere ripetute nel tempo con cadenza trimestrale, per un numero massimo di n. 4 cicli annui;
- i prelievi rientranti nel livello base/prestazionale (CIA < 0,14) sono erogabili unicamente per pazienti con invalidità civile ed accompagnamento (IC 14) e vengono remunerati ad € 12 a prelievo;
- le terapie infusionali endovenose e la somministrazione di antibiotici per via venosa, quali prestazioni continuative di bassa intensità, non già rientranti nei profili con CIA > 0,14, vengono remunerate con tariffa di 15 €.

Profilo	Definizione livello LEA (ADI)	Natura del bisogno	Durata della presa in carico (periodo di riferimento standard)	Intensità assistenziale CIA
Base	Prestazionale	Sociosanitario	Occasionale	Nulla
			Continuativa	Bassa (< 0,14)
Base	Prelievi	Sociosanitario	Occasionale - Continuativa	Nulla
Assistenza Domiciliare Integrata 1° livello	profilo 1a interventi sanitari	da 5 a 9 GEA ogni 30 <u>Giornate di Cura (GdC)</u>	30 giorni	0,14- 0,30
	profilo 1b interventi sanitari + interventi tutelari e di aiuto infermieristico			
Assistenza Domiciliare Integrata 2° livello	profilo 2a interventi sanitari	da 10 a 15 GEA ogni 30 <u>Giornate di Cura (GdC)</u>	30 giorni	0,31 e 0,50
	profilo 2b interventi sanitari + interventi tutelari e di aiuto infermieristico			
Assistenza Domiciliare Integrata 3° livello	profilo 3.1a interventi sanitari	da 16 a 22 GEA ogni 30 <u>Giornate di Cura (GdC)</u>	30 giorni	> 0,50 e < 0,75
	profilo 3.1b interventi sanitari + interventi tutelari e di aiuto infermieristico			
Assistenza Domiciliare Integrata 3° livello	profilo 3.2 a interventi sanitari	da 23 a 30 GEA ogni 30 <u>Giornate di Cura (GdC)</u>	30 giorni	> 0,75
	profilo 3.2 b interventi sanitari + interventi tutelari e di aiuto infermieristico			
Profilo Post acuta in ambito di Assistenza Domiciliare	Profilo post acuta interventi ad alta intensità assistenziale. Di norma richiesto un numero di accessi domiciliari settimanali superiori a 10.	da 20 a 30 accessi ogni 15 Giornate di Cura (GdC)	15 giorni	= 1

2.6 Sospensione dell'erogazione

La sospensione dell'erogazione può avvenire per diversi motivi riferibili unicamente al paziente.

La sospensione non interrompe la presa in carico in caso di per assenze inferiori a 15 gg.

Per sospensioni superiori a 15 giorni la persona deve essere dimessa e deve quindi essere predisposta una nuova ammissione al servizio, garantendo la continuità con il percorso di presa in carico.

2.7 Dimissione

La dimissione dal servizio con chiusura del FaSAS avviene:

- per “conclusione” dell'assistenza in seguito al raggiungimento degli obiettivi assistenziali definiti nel PI/PAI;
- in caso di cambio dell'erogatore da parte del paziente/famigliari;
- nel caso il cittadino decida volontariamente di non avvalersi più del servizio;
- per Invio ad altra unità d'offerta/ricovero;
- per sospensione del PAI superiore a 15 giorni;
- per decesso

La data della dimissione, motivata, deve corrispondere a quella dell'ultimo accesso con prestazioni erogate. Coerentemente con quanto previsto dal tracciato SIAD, in caso di decesso dell'assistito, la data di dimissione coincide con la data del decesso, mentre corrisponderà alla data del ricovero se questo si protrae per una durata superiore ai 15gg.

L'eventuale ripresa in carico anche ad opera dello stesso erogatore deve essere intesa come nuovo ricovero domiciliare. In questo caso, dovrà essere ripercorso tutto l'iter, partendo dalla valutazione del bisogno, fino all'attribuzione del profilo.

2.8 Raccordo ospedale – territorio: ammissioni e dimissioni protette

Il raccordo ospedale – territorio viene stabilito attraverso la definizione di protocolli, accordi locali tra le strutture ospedaliere e territoriali, compresi i Comuni e MMG/PdF, sulla base di linee d'indirizzo/linee guida definite dall'ATS (Percorso di Dimissione/Ammissione Protetta condivise con tutti gli attori della rete).

2.9 Prestazioni erogabili

L'Assistenza Domiciliare Integrata – ADI, in quanto Livello Essenziale di Assistenza (LEA), riguarda specifiche prestazioni ed attività, sia di natura sociosanitaria che sociale a rilievo sanitario, rese in modo integrato al domicilio della persona con bisogni complessi. Sono erogabili le prestazioni mediche, infermieristiche, di aiuto infermieristico, riabilitative, educative, psicologiche e di assistenza tutelare, ricomprese all'appendice C che rivede e sostituisce l'elenco di cui all'allegato B del Decreto regionale n. 7089/12.

Per **le prestazioni riabilitative**, erogabili a domicilio sempre a fronte di PRI redatto dal fisiatra che stabilisce obiettivi, frequenza, tempi e durata, si richiama e conferma quanto esplicitamente contenuto nel “Piano d'Indirizzo per la Riabilitazione” del Ministero della Salute (2010) secondo il quale, le prestazioni di riabilitazione a domicilio, di norma:

- costituiscono “.....il proseguimento di quanto realizzato nelle fasi precedenti”;
- sono erogabili solo se previste “....dal progetto riabilitativo elaborato da parte del medico specialista in riabilitazione”;
- riguardano persone “...impossibilitate ad accedere ai servizi ambulatoriali”.

Nel caso di richiesta da parte di un medico prescrittore unicamente di prestazioni riabilitative, una volta valutata l'appropriatezza sulla base delle linee guida riportate nel “Piano d'Indirizzo per la Riabilitazione” del Ministero della Salute, si procede alla valutazione ai fini della rilevazione dei bisogni complessivi, propedeutica alla redazione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).

Risultano inappropriate di conseguenza le prestazioni riabilitative assicurate nell'ambito dell'ADI che:

- non abbiano un progetto riabilitativo elaborato dal medico specialista dal quale si evincano gli elementi di continuità con gli interventi precedenti e gli obiettivi dell'intervento;
- siano rivolte ad assistiti in possesso di PRI (Progetto Riabilitativo Individuale) e di pri (Programma Riabilitativo Individuale) la cui stesura è stata effettuata da una Unità di riabilitazione ex D.G.R. 19883 del 16 dicembre 2004;
- siano prestate a persone che possono accedere ai servizi ambulatoriali. L'impossibilità di accesso a servizi ambulatoriali deve riguardare la situazione clinica e funzionale della persona e non può riguardare aspetti relativi alla distribuzione territoriale dei servizi o all'assenza di caregiver disponibili e, pertanto, deve essere certificata dal medico specialista in sede di redazione del progetto di intervento domiciliare.

Per quanto attiene invece alle **prestazioni tutelari di natura socio -assistenziale** si chiarisce che sono erogabili al domicilio in regime di ADI, secondo i parametri specificati nel paragrafo relativo alla definizione dei profili con esclusione di quelle di stretta pertinenza sociale.

2.10 Sistema di remunerazione – Tariffe

In fase di prima applicazione, con l'entrata in vigore del presente provvedimento, verranno remunerati solo gli accessi delle figure professionali previste per i singoli profili. Le tariffe sotto riportate valorizzano un accesso giornaliero del professionista al domicilio, prescindendo dalla durata della prestazione stessa. Tali tariffe sono state definite sulla base della durata media delle singole prestazioni riferite alle diverse figure professionali.

Le tariffe sono onnicomprensive di eventuali costi di trasporto e materiale impiegato nell'effettuazione della prestazione.

È prevista unicamente la remunerazione delle prestazioni effettivamente rese nei confronti dell'assistito. Non è prevista alcuna remunerazione aggiuntiva per la predisposizione del PAI, le riunioni di equipe o eventuali prestazioni indirette.

Relativamente alla presa in carico ADI, non è consentito richiedere alcuna compartecipazione agli utenti. L'eventuale erogazione di prestazioni in regime di solvenza potrà avvenire solo successivamente alla dimissione dall'ADI.

Si precisa che tali tariffe sono riferite ai GEA assicurati dalle diverse figure professionali. Pertanto qualora nella stessa giornata la medesima figura professionale dovesse recarsi più volte al domicilio dell'assistito, può essere riconosciuta la remunerazione di un solo accesso. Sono invece consentiti e remunerati distintamente gli accessi di figure professionali diverse effettuati nella stessa giornata. Ad esempio, se in uno stesso giorno ci fossero due accessi infermieristici, sebbene riferiti a due diversi operatori, può essere remunerato un solo accesso; se invece, sempre in una singola giornata gli accessi fossero riferibili a due diverse figure, possono essere remunerati entrambi gli accessi.

Entro i limiti del budget a disposizione di ogni singolo utente, in relazione alla profilazione assegnata, verranno remunerate solo le prestazioni effettivamente erogate. Pertanto nei periodi di sospensione, non verrà riconosciuta alcuna remunerazione, così come non è prevista remunerazione per le giornate in cui non sono stati effettuati accessi.

Fatte salve le remunerazioni definite nei paragrafi precedenti per le casistiche particolari, si ribadisce che per i prelievi è prevista una tariffa omnicomprensiva di €. 12,00.

Per gli altri accessi delle diverse figure professionali relativi ai profili prestazionali, viene definita la tariffa omnicomprensiva di €. 24,00.

In ogni caso, il tetto di remunerazione mensile per tutti i profili prestazionali, inclusi quelli riferiti ai prelievi, è fissato in €. 120,00.

Relativamente agli assistiti per cui è stato definito un profilo ADI, per i singoli accessi dei diversi operatori, vengono definite le seguenti tariffe, omnicomprensive di ogni onere, di seguito indicate:

Figura professionale prevista dallo standard	Tariffa
ASA	€ 21,00
Educatore	€ 25,00
Infermiere	€ 28,00
Medico specialista (Geriatra, Fisiatra, etc)	€ 54,00
OSS	€ 22,00
OTA	€ 21,00
Psicologo	€ 48,00
Terapista della riabilitazione	€ 28,00

Non potranno essere rendicontate prestazioni antecedenti alla presa in carico o successive alla dimissione/sospensione. In nessun caso potranno essere erogate/rendicontate prestazioni successive al decesso dell'assistito.

A seconda del profilo assegnato potranno essere remunerate prestazioni fino ad un importo massimo commisurato alla durata del periodo standard di presa in carico, di norma pari a 30 giorni.

L'effettiva erogazione delle prestazioni dovrà essere coerente con il PAI e con le figure professionali dallo stesso previste. Le ATS verificheranno l'aderenza delle prestazioni erogate con la profilazione assegnata e con le figure professionali previste dal PAI e verificheranno anche i casi in cui le prestazioni effettivamente rese si discostano da quelle previste, o ci sia un utilizzo del budget non coerente con la profilazione assegnata.

I budget di periodo riferiti al singolo profilo sono così definiti:

Profilo	Profilo	Periodo di riferimento	Budget Massimo di Periodo	Numero ripetibilità nell'anno
ADI 1° livello	Profilo 1 a	30 GG	€ 324,00	12
ADI 1° livello	Profilo 1 b	30 GG	€ 366,00	12
ADI 2° livello	Profilo 2 a	30 GG	€ 540,00	12
ADI 2° livello	Profilo 2 b	30 GG	€ 624,00	12
ADI 3° livello	Profilo 3.1 a	30 GG	€ 792,00	12
ADI 3° livello	Profilo 3.1 b	30 GG	€ 918,00	12
ADI 3° livello	Profilo 3.2 a	30 GG	€ 1.080,00	12
ADI 3° livello	Profilo 3.2 b	30 GG	€ 1.269,00	12
ADI Post Acuta	Post acuta	15 GG	€ 1.269,00	1 per singolo evento acuto

La decorrenza del periodo di riferimento viene avviata dalla data di erogazione della prima prestazione. Anche il budget avrà decorrenza da tale data.

La rendicontazione delle prestazioni dovrà avvenire a consuntivo, a conclusione di ciascun periodo di riferimento, e coerentemente con la periodicità di chiusura dei flussi. Ad esempio, per un assistito con assegnazione di profilo ADI di 1° livello, la cui prima prestazione è iniziata il 10 gennaio 2018, il primo periodo di riferimento si conclude il 9 febbraio 2018. Conseguentemente la rendicontazione delle prestazioni, e la conseguente remunerazione, dovrà avvenire con la chiusura del mese di febbraio.

Considerato che i budget assegnati agli enti gestori sono riferiti a ciascun anno solare, al fine di garantire la continuità di cura rispetto agli assistiti presi in carico, ciascun erogatore dovrà accantonare le risorse come se gli utenti già in carico lo rimanessero sino a fine anno, mantenendo il medesimo profilo già assegnato. Ad esempio, per un assistito di profilo 1 b preso in carico a partire dal 1 aprile 2018 il gestore dovrà ipotizzare che tale utente resti in carico perlomeno sino al 31 dicembre 2018 con il medesimo profilo. Pertanto, già a partire dalla presa in carico per quell'assistito dovrà riservare una quota di budget pari ad €.

3.060,00 (€ 340 x 9). Le quote di budget riservate al singolo utente dovranno essere rimodulate qualora cambi profilo assistenziale in corso d'anno. Tali quote riservate potranno essere rese disponibili per altri assistiti, solo in caso di dimissione definitiva dell'utente. Potranno essere messe a disposizione di altri assistiti anche le eventuali risorse riservate non utilizzate in conseguenza di sospensioni dei trattamenti.

Anche al fine di un ottimale utilizzo delle risorse, gli erogatori dovranno porre attenzione all'eventuale rivalutazione di quei profili sovrastimati, il cui livello di erogazione e di utilizzo del budget sia significativamente inferiore a quanto assegnato.

2.11 FLUSSI di rendicontazione

I flussi saranno adeguati al nuovo modello con decorrenza dalla data di avvio della sua attuazione.

Percorso di attivazione ADI in allineamento allo sviluppo del nuovo modello lombardo di presa in carico della cronicità ex DD.G.R. n. 6164/17, n. 6551/17 e n. 7655/17.

L'ADI può essere attivata da:

- MMG/PdF (se gestori presa in carico oppure co-gestori, oppure in caso di persone non in condizioni di cronicità o di persone con patologia cronica che non aderiscono al nuovo modello di presa in carico);
- Medico responsabile individuato dal gestore della presa in carico (in caso di persone con patologia cronica che aderiscono al nuovo modello di presa in carico);
- Medico ospedaliero (in caso di dimissione protetta).

In funzione di quanto previsto dalla normativa per la presa in carico di persone in condizioni di cronicità e fragili vengono di seguito individuate le casistiche riferite a persone che necessitano di ADI:

1. nel caso di persona che non si trova in condizioni di cronicità oppure di persona con patologia cronica che non ha aderito al modello lombardo di presa in carico

Il MMG/PdF attiva la richiesta di ADI e:

- a. consegna la richiesta e l'elenco degli erogatori accreditati ADI al cittadino che si rivolge direttamente all'erogatore scelto. L'erogatore "protocolla" la richiesta, nel momento in cui la riceve dal cittadino, la inserisce nel sistema informativo che deve permettere la tracciabilità dei tempi intercorrenti tra l'acquisizione della richiesta e il primo accesso domiciliare;
- b. consegna la richiesta e indica al cittadino di scegliere l'erogatore dagli elenchi pubblicati sul sito ATS. Il cittadino si rivolge direttamente all'erogatore scelto. L'erogatore "protocolla" la richiesta, nel momento in cui il cittadino gliela "consegna", la inserisce nel flusso/piattaforma in maniera che siano tracciati i tempi intercorrenti tra la stessa e il primo accesso domiciliare;

2. nel caso di persona con patologia cronica che ha aderito al modello lombardo di presa in carico

Il medico responsabile della presa in carico definisce il PAI sulla piattaforma regionale di presa in carico. Qualora il PAI preveda l'erogazione di ADI, il cittadino individua l'erogatore che, a seguito della valutazione prevista per l'attivazione, dovrà assicurare l'erogazione di ADI ed essere coinvolto nella stesura del PAI.

3. nel caso di persona senza patologia cronica o di persona con patologia cronica che non ha aderito al modello regionale di presa in carico, in dimissione protetta da reparto ospedaliero, la prescrizione è in carico al **Medico ospedaliero**.

Sarà il reparto, o servizio preposto, a garantire la consegna della prescrizione e dell'elenco degli erogatori accreditati ADI.

4. nel caso di persona con patologia cronica che ha aderito al modello lombardo di presa in carico, in dimissione protetta da reparto ospedaliero: il reparto, o servizio preposto, dovrà attivarsi per tempo segnalando l'assistito al gestore, in modo da assicurare la continuità assistenziale.

DEFINIZIONE DEI REQUISITI SPECIFICI PER L'ESERCIZIO E L'ACCREDITAMENTO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Per i requisiti generali di esercizio e di accreditamento, sia organizzativi e gestionali che strutturali e tecnologici, si rimanda alla normativa vigente in materia e in particolare alla D.G.R. n. X/2569/14.

Di seguito vengono definiti i requisiti specifici di esercizio e di accreditamento.

Requisiti strutturali e tecnologici specifici	
Sede	<p>Sede operativa facilmente raggiungibile dall'utenza e funzionale alle attività organizzative e gestionali, con la seguente articolazione degli spazi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - locale con funzioni di segreteria e front-office per la gestione delle segnalazioni e delle richieste di attivazione nonché per la conservazione della documentazione sanitaria degli assistiti in conformità al D.L.vo 196/03 in materia di privacy - uno o più locali ad uso magazzino sanitario da gestire in conformità alle normative in materia di tenuta di farmaci e presidi sanitari - locali adeguati per i colloqui e le riunioni d'equipe. <p>La sede operativa deve essere presente in ciascun distretto ATS in cui opera l'erogatore ADI o in un distretto confinante, anche afferente ad altra ATS. La sede può essere collocata all'interno di un'altra unità d'offerta sociosanitaria, anche condividendo il locale magazzino e il locale colloqui e riunioni, purché funzionalmente adeguati.</p>
Segnaletica	<p>Presenza di idonea segnaletica nell'area esterna dell'edificio che ospita la sede operativa, con gli orari di apertura e i riferimenti telefonici</p>
Attrezzature e DPI	<p>La Struttura deve assicurare la disponibilità e le condizioni di buon utilizzo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - divise e dispositivi di protezione individuale, in coerenza con le norme relative alla prevenzione ed alla protezione dei lavoratori dai rischi collegati all'attività domiciliare - mezzi di trasporto (in base alle caratteristiche del territorio) per il raggiungimento del luogo di vita dell'utente da parte degli operatori - adeguati mezzi informatici e di comunicazione.

Requisiti organizzativi e gestionali specifici	
Equipe assistenziale	<p>Ad ogni paziente deve essere assegnata una equipe assistenziale per la durata della presa in carico. Tutti gli operatori devono assicurare l'integrazione dei propri interventi ed il trasferimento reciproco delle informazioni, anche al medico di medicina generale dell'assistito, al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi assistenziali.</p>
Figure professionali	<p>Le prestazioni sono erogate da un'equipe multidisciplinare composta almeno da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - medico con specializzazione in geriatria o medicina interna o equipollenti - infermiere - ASA/OSS <p>Sono inoltre assicurati i profili professionali di medico fisiatra, fisioterapista o altri professionisti della riabilitazione, dietista, psicologo e assistente sociale e eventuali altre figure attivabili in funzione dei bisogni delle persone in carico e in base al PAI.</p>
Segreteria	<p>È attivo il servizio di segreteria con servizio di front-office, anche telefonico, per almeno 7 ore al giorno dal lunedì al venerdì, con la possibilità di accoglimento dei messaggi degli assistiti tramite segreteria telefonica negli orari di chiusura.</p>
Copertura/continuità assistenziale	<p>Gli interventi sono programmati e articolati in base al PAI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7 giorni su 7 - per 49 ore settimanali.

Reperibilità telefonica	Disponibilità di un servizio di reperibilità telefonica attivo per 7 giorni /settimana, disponibile dalle 9 alle 18
Care Manager	È individuata la figura del care manager con funzione di coordinamento di natura gestionale-organizzativa sulle attività assistenziali di uno o più pazienti in carico alla struttura.
Case Manager	È individuata, per ogni persona in carico, la figura del case manager con funzione di coordinamento del percorso individuale dell'assistito e del suo nucleo familiare e di referente della continuità del percorso stesso
Equipe medico-infermieristica assegnata	È individuato, all'interno dell'equipe, il personale sanitario (medico e infermieristico) di riferimento per ogni paziente, al fine di garantire la continuità del rapporto con l'assistito e la famiglia.
Tempestività della presa in carico	La presa in carico rispetta le seguenti tempistiche: <ul style="list-style-type: none"> - la presa in carico (ossia il tempo che trascorre dalla data del primo contatto alla definizione del PAI) deve essere garantita entro 5 giorni lavorativi, salvo urgenze segnalate dal medico o dalla struttura ospedaliera, che devono essere prese in carico entro 48 ore. - Le prestazioni di riabilitazione richieste devono essere attivate entro 72 ore, in caso di dimissione ospedaliera a seguito di eventi acuti, per gli altri casi anche successivamente alle 72 ore ma entro un massimo di 15 giorni effettivi.
Materiale informativo	È presente il materiale informativo, che l'equipe consegna a domicilio, completo di: <ul style="list-style-type: none"> - modalità della reperibilità telefonica - recapito telefonico e orari di attività della segreteria - composizione dell'equipe medico infermieristica assegnata.
Documentazione sanitaria	Adozione del FASAS, redatto secondo le normative vigenti. Il diario assistenziale è lasciato presso il domicilio della persona assistita per la registrazione delle prestazioni erogate dai diversi operatori, datate e controfirmate dall'operatore e dall'assistito o del care giver, al fine di assicurare l'integrazione degli interventi ed il trasferimento reciproco delle informazioni per il raggiungimento degli obiettivi assistenziali.
PI e PAI	Copia del Progetto e Piano di assistenza individuale devono essere disponibili presso il domicilio della persona assistita.
Protocolli e programmi	È garantita la presenza di protocolli formalizzati definiti nel rispetto delle linee guida e delle indicazioni normative internazionali, nazionali e regionali, periodicamente rivisti ed oggetto di diffusione/confronto documentato con il personale interessato almeno per: <ul style="list-style-type: none"> • modalità di pulizia, disinfezione e sterilizzazione degli strumenti ed accessori • prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito • gestione del catetere vescicale; • gestione delle stomie; • gestione della nutrizione artificiale domiciliare (NAD) enterale e parenterale; • gestione delle medicazioni; • attività di educazione alla salute rivolta ai familiari della persona assistita o ad altri caregiver non professionali; • igiene personale; • gestione dell'incontinenza; • mobilitazione della persona assistita; • gestione dell'ossigenoterapia; • trasporto del sangue e dei campioni biologici mediante contenitori idonei; • identificazione degli eventi avversi più importanti per frequenza e gravità.
	È garantita la presenza di programmi formalizzati almeno per: <ul style="list-style-type: none"> - l'informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia - la formazione continua specifica del personale - la collaborazione con le associazioni di volontariato.

Farmaci e presidi	È garantita la fornitura dei materiali e dei presidi sanitari senza oneri aggiuntivi a carico del cittadino e del SSR. La fornitura al cittadino dei presidi previsti dal nomenclatore tariffario, è garantita dal Servizio Sanitario. L'erogatore deve comunque garantire tutto quanto è necessario all'attività assistenziale prevista dal PAI anche qualora non sia fornibile attraverso il servizio sanitario, in quanto non ricompreso all'interno del nomenclatore di cui al DPCM 12/1/2017. L'elenco dei materiali sotto riportato deve intendersi come livello minimo di dotazione.
-------------------	--

Elenco dotazione minima

TIPOLOGIA	MODALITÀ
Aghi cannula varie misure	
Arcelle monouso	
Butterflies varie misure	
Materiali monouso per l'effettuazione di prelievi ematici	
Camici monouso	
Cateteri vescicali di varie misure e tipologie, e sacche di raccolta	Da garantire all'utente ad integrazione di quanto dispensato dal SSN tramite nomenclatore tariffario o quando l'utente non rientra tra le categorie che usufruiscono della fornitura
Kit monouso chirurgico	
Mascherine monouso	
Mascherine monouso con visiera protettiva	
Pinze monouso	
Sondini nasogastrici	
Telini sterili	
Schizzettoni	
Siringhe 5 - 10 - 20 ml	
Bende orlate	
Cerotto o garza adesiva di varia tipologia o misura per il fissaggio delle medicazioni	
Clisma monouso	
Guanti monouso di varie misure e tipologie	
Guanti sterili varie misure e tipologie monouso	
Rete elastica varie misure per contenzione medicazioni	
Sfigmomanometro	
Fonendoscopio	
Saturimetro	
Termometro	
Glicometro con strisce per la determinazione della glicemia	Da garantire a integrazione di quanto dispensato dal SSN tramite nomenclatore tariffario e per verifiche estemporanee
Aspiratore a bassa pressione o pressione regolabile e sonde da aspirazione	Da garantire quando non fornito dal SSN tramite nomenclatore tariffario
Attrezzatura per enteroclisma	
Stativi per sostenere cestelli porta flaconi per terapia infusione	
Garze di varia misura, sterili e non	
Cotone idrofilo	
Strumentario chirurgico sterile per medicazioni	

Contenitori sterili per la raccolta materiali biologici per esami colturali (provette, flaconi sterili)	
Sistema di trasporto per campioni biologici (circolare ministeriale n. 3 del 8/5/2003 <i>“Raccomandazioni per la sicurezza del trasporto di materiali infettivi e di campioni diagnostici”</i>)	
Lacci emostatici	
Disinfettanti di diversa tipologia	
Soluzione fisiologica sterile	
Soluzioni per la detersione/disinfezione delle mani	
Materiale da medicazione, comprese medicazioni avanzate	Da garantire a integrazione di quanto dispensato dal SSN tramite nomenclatore tariffario o quando non fornite dal SSN

ELENCO PRESTAZIONI PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Le principali prestazioni che possono essere effettuate dalle diverse figure professionali nel processo di Assistenza al domicilio sono descritte nei paragrafi seguenti.

Poiché l'assistenza domiciliare integrata presuppone la presa in carico complessiva della persona, l'effettuazione di tali prestazioni, superando la parcellizzazione e frammentazione del processo erogativo, deve essere ricompresa all'interno di un piano di assistenza individualizzato.

Ogni singolo accesso al domicilio da parte di una specifica figura professionale può quindi prevedere più attività/prestazioni, non necessariamente valorizzabili singolarmente. A titolo esemplificativo nell'ambito di uno stesso accesso possono sussistere contemporaneamente: una visita programmata di controllo, la compilazione del diario, la proposta di ausili e protesi, una medicazione, un prelievo ematico.

Alla stessa stregua alcune prestazioni richiamano maggiormente i compiti previsti nell'ambito del processo assistenziale, per assicurare la qualità agli interventi ed ai servizi resi, ma non corrispondono a valorizzazioni specifiche (es. riunioni di equipe per confronto tra professionisti, consulenza/supervisione da parte dello psicologo all'equipe, etc), Esse, a ragione, sono considerate tutt'uno e strettamente connesse alle attività erogative ed attuate per il buon esito di queste ultime.

Le prestazioni di seguito dettagliate erogabili dalle figure professionali previste rivedono e sostituiscono gli elenchi di cui all'allegato B del Decreto regionale n. 7089/12.

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

1. Prima visita domiciliare finalizzata alla valutazione e alla stesura della relativa documentazione sanitaria
2. Visita programmata di controllo e stesura della relativa documentazione sanitaria
3. Esecuzione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
4. Compilazione diario clinico
5. Stesura di un piano assistenziale
6. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
7. Proposta di ausili e protesi
8. Proposta terapeutica
9. Educazione del care giver alla gestione di una terapia
10. Prelievo ematico
11. Terapia iniettiva intramuscolare
12. Terapia iniettiva sottocutanea

13. Terapia iniettiva sottocutanea in infusione
14. Terapia iniettiva endovenosa
15. Terapia infusione con necessità di sorveglianza medica
16. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
17. Gestione della terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed in infusione continua
18. Terapia infusione con necessità di sorveglianza medica
19. Posizionamento catetere venoso periferico
20. Posizionamento cateterino sottocutaneo
21. Gestione cateterismo sottocutaneo/ venoso periferico
22. Gestione cateterismo venoso centrale/ sist. Port-a-cath
23. Assistenza/gestione pompa infusione
24. Irrigazione dell'orecchio
25. Verifica parametri nutrizionali
26. Anamnesi dietologica
27. Formulazione dieta personalizzata
28. Valutazione della disfagia
29. Monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale enterale
30. Monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale
31. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
32. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
33. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
34. Toilette lesione/ferita superficiale
35. Toilette lesione/ferita profonda
36. Courettage e o rimozione unghia/matrice ungueale
37. Svuotamento di ematomi
38. Incisione con drenaggio sottocutaneo
39. Drenaggio raccolta ascessuale
40. Bendaggio elastocompressivo
41. Anestesia locale

42. Infiltrazione punti trigger
43. Sutura ferite
44. Rimozione dei punti/graff di sutura
45. Sostituzione cannula tracheale
46. Broncoaspirazione
47. Monitoraggio ventilazione meccanica domiciliare
48. Controllo parametri ventilatori
49. Prelievo da sangue capillare
50. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.)
51. Gestione PEG
52. Posizionamento/sostituzione SNG
53. Posizionamento/sostituzione/ gestione Cateterismo Vescicale
54. Valutazione del ristagno vescicale
55. Esplorazione rettale
56. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
57. Monitoraggio dialisi peritoneale
58. Colloquio con familiare / care giver
59. Colloquio con il medico curante
60. Colloquio con medico specialista
61. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche- passaggio di informazioni – consegne)
62. Consulenza specialistica
63. Rendicontazione dell'attività svolta

Medico specialista: medicina fisica e riabilitativa

1. Prima visita domiciliare finalizzata alla valutazione e alla stesura della relativa documentazione sanitaria e/o PRI
2. Visita programmata di controllo e stesura della relativa documentazione sanitaria
3. Esecuzione di test / scale di valutazione
4. Definizione del trattamento riabilitativo - Stesura di un piano riabilitativo(PRI)
5. Compilazione diario clinico
6. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi

7. Proposta ausili e protesi
8. Monitoraggio periodico dell'andamento del trattamento
9. Proposta terapeutica
10. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
11. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
12. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
13. Colloquio con familiare / care giver
14. Colloquio con il medico di Medicina Generale
15. Colloquio con medico specialista
16. Confronto con l'equipe (riunioni periodiche- passaggio di informazioni – consegne)
17. Consulenza specialistica
18. Rendicontazione dell'attività svolta

Infermiere

1. Prima visita domiciliare finalizzata alla valutazione, alla stesura della documentazione
2. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
3. Compilazione diario clinico infermieristico
4. Stesura di un piano assistenziale
5. Educazione del care giver alla attività di nursing (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari ecc.)
6. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
7. Educazione del care giver alla gestione di dispositivi per la somministrazione di farmaci (pompe, elastomeri, altro)
8. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
9. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente
10. Applicazione di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance
11. Educazione del care giver alla corretta mobilizzazione / corretta postura del paziente
12. Educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee
13. Educazione del care giver alla gestione di derivazioni urinarie
14. Educazione del care giver alla gestione di enterostomie
15. Prelievo ematico da sangue capillare (dtx)
16. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.)
17. Gestione tracheostomia

18. Educazione del caregiver alla broncoaspirazione
19. Broncoaspirazione
20. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
21. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
22. Sostituzione di bendaggio con doccia di immobilizzazione
23. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
24. Toilette lesione/ferita superficiale
25. Terapia iniettiva intramuscolare
26. Terapia iniettiva sottocutanea
27. Terapia iniettiva sottocutanea in infusione
28. Terapia iniettiva endovenosa
29. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
30. Posizionamento catetere venoso periferico
31. Posizionamento cateterino sottocutaneo
32. Gestione cateterismo sottocutaneo/ venoso periferico
33. Gestione cateterismo venoso centrale/ sist. Port-a-cath
34. Assistenza/gestione pompa infusione
35. Gestione cateteri spinali
36. Istillazione genitourinaria
37. Irrigazione dell'orecchio
38. Valutazione della disfagia
39. Posizionamento/sostituzione SNG
40. Gestione SNG
41. Gestione PEG
42. Valutazione del ristagno gastrico
43. Somministrazione di terapia tramite SNG-PEG
44. Posizionamento/sostituzione/ gestione Cateterismo Vescicale
45. Valutazione del ristagno vescicale
46. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
47. Supporto alla gestione dialisi peritoneale

48. Gestione alvo (intervento educativo igienico-alimentare)
49. Gestione alvo (Clistere evacuativo Evacuazione manuale)
50. Esplorazione rettale
51. Gestione enterostomie
52. Gestione drenaggi
53. Irrigazione intestinale
54. Gestione derivazioni urinarie
55. Colloquio con familiare / care giver
56. Colloquio con il medico di Medicina Generale
57. Colloquio con medico specialista
58. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche- passaggio di informazioni - consegne)
59. Rendicontazione attività svolta

Fisiochinesiterapista

1. Prima visita domiciliare finalizzata alla valutazione, alla stesura della documentazione sanitaria, alla stesura del p.r.i., all'attivazione degli interventi riabilitativi
2. Esecuzione di test / scale di valutazione
3. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
3. Istruzione utilizzo ausili e protesi
4. Istruzione del paziente o del care giver all'utilizzo di ausili per la deambulazione e valutazione ambientale
5. Educazione del care giver ad interventi adattativi che rendano più sicuri e fruibili gli 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 neurologico
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. Sostituzione del bendaggio con doccia di immobilizzazione
17. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
18. Confronto con l'equipe (riunioni periodiche- passaggio di informazioni – consegne)
19. Colloquio con familiare / care giver
20. Contatto con lo specialista
21. Rendicontazione attività svolta

Logopedista

1. Prima visita domiciliare finalizzata alla valutazione, alla stesura della documentazione sanitaria, alla stesura del p.r.i., all'attivazione degli interventi riabilitativi
2. Valutazione delle alterazioni del linguaggio di tipo afasico
3. Valutazione delle alterazioni del linguaggio di tipo disartrico
4. Esecuzione di test / scale di valutazione
5. Stesura di un piano assistenziale
6. Rieducazione al linguaggio
7. Rieducazione disturbi neuropsicologici (memoria ed attenzione)
8. Monitoraggio del disturbo
9. Valutazione della disfagia
10. Colloquio con il familiare/caregiver
11. Colloquio con lo specialista
12. Confronto con l'equipe (riunioni periodiche – passaggio informazioni – consegne)
13. Rendicontazione attività svolta

Terapista occupazionale

1. Prima visita domiciliare finalizzata alla valutazione, alla stesura della documentazione sanitaria, alla stesura del p.r.i. all'attivazione degli interventi riabilitativi
2. Rieducazione disturbi neuropsicologici (memoria ed attenzione)
3. Recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane
4. Colloquio con il familiare/caregiver

5. Colloquio con lo specialista
6. Confronto con l'equipe (riunioni periodiche - passaggio di informazioni - consegne)
7. Rendicontazione attività svolta
8. Valutazione dell'ambiente domestico per indicazioni ai fini di una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi

Educatore professionale

1. Prima visita domiciliare finalizzata alla valutazione, alla stesura della documentazione sanitaria, alla stesura del PEI, all'attivazione degli interventi educativi
2. Colloquio e sostegno ai familiari, in ambito educativo
3. Supporto ad attività di socializzazione
4. Supporto ad attività per lo sviluppo di capacità relazionali
5. Sostegno nella gestione dei comportamenti inadeguati
6. Attività di accompagnamento e accettazione del decorso della malattia

Operatore socio sanitario

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

Ausiliario socio-assistenziale

1. Igiene personale
2. Bagno assistito
3. Posizionamenti e mobilizzazione

4. Collaborazione con il personale sanitario per mobilitazione pazienti
5. Addestramento familiari/caregiver all'igiene del paziente

Psicologo

1. Visita colloquio al paziente
2. Visita colloquio al familiare
3. Somministrazione di test / scale di valutazione
4. Stesura di un piano individualizzato
5. Terapia di supporto ai pazienti e ai familiari
6. Consulenza individuale agli operatori delle équipe
7. Attività di supervisioni di équipe