



# Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITA'  
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI  
ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA

## Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza

### Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio

La Commissione nazionale Lea ha istituito al suo interno un apposito sottogruppo con il mandato specifico di approfondire l'analisi delle attività assistenziali svolte in regime domiciliare, residenziale, semiresidenziale e di ospedalizzazione domiciliare. Il mandato precisa che *“L'analisi sarà volta a caratterizzare i diversi percorsi di cura definiti, per ciascun regime di erogazione, in base alla natura del bisogno e del livello di intensità dell'assistenza, attraverso l'individuazione delle prestazioni o dei “pacchetti prestazionali” appropriati, delle diverse figure professionali coinvolte, della presumibile durata dell'intervento (comma 2 dell'art.2 del DPCM 14.02.2001). Il prodotto del lavoro dovrà consentire di specificare il contenuto dei relativi livelli di assistenza in termini prestazionali e di fornire elementi utili per la definizione di standard (qualitativi e quantitativi) e per la formulazione di ipotesi sulla remunerazione dell'attività.”*

La decisione di istituire il sottogruppo scaturisce direttamente dalle riflessioni contenute nel primo documento approvato dalla Commissione Lea, che evidenzia come *“Le voci riportate sotto ciascuno dei tre livelli”* identificati dal d.P.C.M. *“individuano per lo più attività/servizi, le cui prestazioni non sono in gran parte codificate, o almeno non lo sono in maniera sufficientemente dettagliata.*

*Per arrivare alla individuazione delle prestazioni contenute nei Livelli essenziali, sarebbe quindi necessario:*

- a) *Identificare all'interno dei livelli la gamma delle attività/servizi che debbono essere organizzati per rispondere a ben definite finalità;*
- b) *Individuare nell'ambito di tali attività/servizi le singole prestazioni erogabili.”*

*Tale processo, (.....), è attualmente possibile, in modo puntuale e circoscritto, solo in determinati ambiti, come nel caso delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale; in altre circostanze, invece, la variabilità determinata dall'adozione di specifici criteri ed adeguate metodologie amplia notevolmente il concetto di prestazione erogabile, ed è quanto avviene per le prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di ricovero.*

*Molto meno inquadrabili appaiono attualmente le prestazioni sanitarie riferibili a molte attività che ricadono negli attuali livelli di assistenza, in particolare per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, ma anche nell'assistenza distrettuale e*

*nella stessa assistenza ospedaliera per alcuni ambiti particolari. Tutto ciò ha notevoli riflessi, sia nella prospettiva di fissare gli standard qualitativi e quantitativi dei Livelli essenziali di assistenza, come per l'esigenza di determinare la remunerazione delle prestazioni su base tariffaria, oppure definendo i costi di specifici programmi assistenziali ai quali il sistema tariffario non è agevolmente applicabile.”*

Due sono le conseguenze negative della mancata individuazione delle prestazioni in numerose aree dei livelli essenziali di assistenza: la difficoltà di fissare standard qualitativi e quantitativi e quella di determinare la remunerazione degli erogatori. Per quanto riguarda, in particolare, l'assistenza domiciliare, il DPCM 29 novembre 2001 individua le seguenti tipologie di attività:

### **LIVELLO 2: ASSISTENZA DISTRETTUALE:**

#### **G. ASSISTENZA TERRITORIALE AMBULATORIALE E DOMICILIARE:**

- *ASSISTENZA PROGRAMMATA A DOMICILIO* (assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata domiciliare comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale);
- *ATTIVITA' SANITARIA E SOCIOSANITARIA RIVOLTA A PAZIENTI NELLA FASE TERMINALE (domiciliare);*
- *ATTIVITA' SANITARIA E SOCIOSANITARIA RIVOLTA ALLE PERSONE CON INFEZIONE DA HIV (domiciliare)*

### **LIVELLO 3: ASSISTENZA OSPEDALIERA:**

**E. INTERVENTI OSPEDALIERI A DOMICILIO** (in base ai modelli organizzativi fissati dalle regioni)

Il monitoraggio dei Lea e la ricerca condotta dalla ASSR su nove regioni italiane nel 2004/05<sup>1</sup>, hanno evidenziato l'elevata disomogeneità delle prestazioni domiciliari sia sul piano dell'accesso che su quello del trattamento.

Nello svolgimento del suo mandato, il sottogruppo coordinato dal dr. Enrico Brizioli, ha istituito **due tavoli di lavoro** rispettivamente per le attività residenziali e per le attività domiciliari.

Il documento che segue si riferisce al contributo del tavolo per le **attività domiciliari**<sup>2</sup> coordinato dal dr. Gianlorenzo Scaccabarozzi.

### **I riferimenti normativi**<sup>3</sup>

L'allegato 3 lett. d) del DPCM 29.11.2001 stabilisce che nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria la precisazione delle linee prestazionali a carico del SSN dovrà tener conto dei diversi livelli di dipendenza o non autosufficienza e che il riferimento fondamentale sul piano normativo è costituito dall'atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio sanitaria di cui al DPCM 14.2.2001. Aggiunge che *“l'erogazione delle prestazioni va modulata in riferimento ai criteri di appropriatezza, del diverso grado di fragilità sociale e dell'accessibilità”* e che risultano altresì determinanti: *“l'organizzazione della rete delle*

---

<sup>1</sup> Progetto di ricerca finalizzata ex art. 12 del D.Lgs. 502/92: “La condizione dell'anziano non autosufficiente – Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive”.

<sup>2</sup> Hanno partecipato ai lavori del tavolo attività domiciliari ( sottogruppo sull'assistenza socio sanitaria):

- per la Commissione Nazionale LEA: Enrico Brizioli, Gianlorenzo Scaccabarozzi, Anna Banchemo, Francesco Massicci ( e/o collaboratori), Silvia Arcà;
- in qualità di esperti: Vincenzo Pomo ( Regione Puglia), Michele Maglio (Regione Veneto) , Ketty Vaccaro ( Censis), Furio Zucco (SICP), Pierangelo Lora Aprile (SIMG), Maria Donata Bellentani ( ASSR).

<sup>3</sup> Fabrizio Giunco, Cura e Assistenza a Domicilio, Utet,2005

*strutture di offerta, le modalità di presa in carico del problema, una omogenea rilevazione del bisogno e classificazione del grado di non autosufficienza e dipendenza”.*

Dagli anni novanta in termini di principio, l'assistenza domiciliare nelle sue diverse connotazioni è stata sempre descritta come uno degli assi portanti del sistema di intervento.

Il Progetto obiettivo «Tutela della salute degli anziani», stralcio del Piano sanitario nazionale 1991-1995, indicava l'attivazione dei servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) come obiettivo prioritario: si ipotizzava il raggiungimento, entro il termine del quinquennio, di almeno il 2% degli ultrasessantacinquenni non ospitati in residenze sanitarie assistenziali, con un costo annuale per assistito di 12.400.000 lire (9 milioni per la parte sanitaria e 3.400.000 per quella assistenziale). Lo stesso progetto obiettivo ipotizzava lo sviluppo di servizi di ospedalizzazione domiciliare (OD) a più elevato contenuto sanitario: l'obiettivo descritto era quello di trattare a domicilio un numero di pazienti pari al 5% di tutti i ricoveri ospedalieri (circa 460.000 casi/anno) da raggiungere gradualmente a partire dalla iniziale copertura del 10% della casistica potenziale.

I successivi piani sanitari nazionali ribadiscono che l'assistenza territoriale domiciliare, l'ospedalizzazione domiciliare e l'assistenza domiciliare programmata e integrata della rete dei medici di medicina generale rientrano nei Livelli essenziali e uniformi di assistenza, da garantire in uguale misura e intensità su tutto il territorio nazionale (DPCM 29/11/2001) e confermano che deve essere il distretto a coordinare tutte le attività extraospedaliere di assistenza sanitaria di base e specialistiche (erogate con modalità sia residenziali sia intermedie, ambulatoriali e domiciliari) oltre alle attività di assistenza sanitaria a rilevanza sociale e a quelle a elevata integrazione sociosanitaria. Viene anche dichiarato che «l'uso appropriato delle risorse disponibili rende imprescindibile privilegiare forme di cura domiciliari» e che «la casa è il miglior luogo di prevenzione, cura e riabilitazione». A proposito di ADI, viene affermata l'esigenza di **definire tipologie differenziate di risposta in ragione della prevalenza dei bisogni sanitari e sociali e della loro intensità**: quelle a maggiore impegno sanitario «dovranno contare su percorsi di attivazione rapidi, soprattutto nei casi di post acuzie e di terminalità, riservando a una fase successiva l'attivazione dell'unità multiprofessionale e di predisposizione del progetto personalizzato con i completamenti organizzativi e gestionali che si renderanno necessari». Si dichiara anche che «all'interno delle strutture di ricovero accreditate per acuti andranno identificati specifici responsabili per la deospedalizzazione e per l'attivazione dell'ADI, con il compito di definire — di concerto con il medico di famiglia del paziente e con il distretto — le modalità organizzative della dimissione, la tipologia delle cure domiciliari necessarie nella prima fase dopo la dimissione, le modalità di corretta risoluzione delle problematiche burocratiche, prescrittive e certificatorie. In particolare, nel caso di persone anziane, alla fase di ricovero ospedaliero devono sovrapporsi precocemente, intorno alla terza giornata dall'ammissione, l'attivazione e l'interfaccia con le figure professionali e le strutture del distretto per la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione e organizzazione dei percorsi successivi.

Il Piano sanitario nazionale 2003-2005, cita fra gli obiettivi strategici per il Servizio sanitario nazionale «il corretto dimensionamento dei nodi della rete (ospedalizzazione a domicilio, assistenza domiciliare integrata, centri diurni integrati, residenze sanitarie assistenziali e istituti di riabilitazione) in accordo con il loro effettivo utilizzo» e nel capitolo che tratta delle cure palliative dice che «la maggior parte delle regioni ha già provveduto a definire la programmazione della rete degli interventi di cure palliative, anche se con modalità tra loro in parte differenti. Molte hanno elaborato programmi regionali specifici per le cure palliative e altre hanno inserito lo sviluppo delle cure palliative all'interno del più vasto programma di riorganizzazione della rete di interventi domiciliari sanitari, sociosanitari e assistenziali (rete per la cura e assistenza domiciliare). Ciò che emerge è la necessità di un modello di intervento di cure palliative flessibile e articolabile in base alle scelte regionali, in grado di

garantire in tutto il paese la risposta ottimale ai bisogni della popolazione, sia a quelli dei malati che a quelli delle famiglie».

Anche il decreto legislativo 229/99 («Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale») e i precedenti 502 e 517, non offrono comunque indicazioni aggiuntive. L'ADI è indicata tra le funzioni e le risorse garantite dai distretti sociosanitari e le prestazioni domiciliari fra quelle possibile oggetto dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale.

La legge 328 dell'8 novembre 2000 («Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali») prevede che il Fondo nazionale per le politiche sociali determini ogni anno una quota economica esplicitamente destinata al sostegno domiciliare di persone anziane non autosufficienti, con particolare riferimento a «progetti integrati tra assistenza e sanità, realizzati in rete con azioni e programmi coordinati tra soggetti pubblici e privati, volti a sostenere e a favorire. l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nell'ambiente familiare». Viene definita la priorità delle prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare per persone e famiglie con disabili fisici, psichici e sensoriali e dello sviluppo di servizi di sollievo «per affiancare nella responsabilità del lavoro di cura la famiglia e, in particolare, i componenti più impegnati nell'accudimento quotidiano delle persone bisognose di cure particolari, ovvero per sostituirli nelle stesse responsabilità di cura durante l'orario di lavoro». In analogia con la definizione dei Livelli essenziali e uniformi di assistenza, che il Servizio sanitario nazionale deve garantire comunque su tutto il territorio nazionale, la legge 328 comprende i servizi di assistenza domiciliare tutelari fra i Livelli essenziali di prestazioni sociali che le regioni devono obbligatoriamente prevedere, senza tuttavia fornire una definizione di assistenza domiciliare né offrire indicazioni ulteriori in ordine a modelli organizzativi, obiettivi e standard.

Il decreto 229/99 e la legge 328/00 hanno comunque introdotto modificazioni sostanziali nell'assetto del sistema sanitario e assistenziale; molte di esse sono enunciate nell'articolato principale e concretizzate attraverso atti di indirizzo e decreti attuativi collegati. Il cambiamento si traduce anche in mutamenti delle relazioni fra i due sistemi e nella stessa terminologia, da cui consegue una diversa immagine del rapporto fra i servizi domiciliari e le altre modalità di intervento. La tabella 1 riassume alcune delle direttrici di classificazione degli interventi. In questa logica tutti gli interventi di cura possono essere attribuiti alle diverse categorie, fra cui il luogo (la casa o la residenza protetta) è una delle possibili variabili; le altre (intensità, durata, ambito prevalente) possono essere comuni o anche sovrapponibili: non è detto che un programma di sostegno attuato in una struttura residenziale debba necessariamente essere più intenso di uno gestito al domicilio.

Direttrice-descrittore	Esempi
Obiettivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• educazione, informazione, prevenzione, tutela, riabilitazione, trattamento</li> </ul>
Tempo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fase intensiva</li> <li>• fase estensiva</li> <li>• lungoassistenza</li> </ul>
Intensità	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alta/bassa intensità</li> <li>• alta/bassa intensità assistenziale</li> <li>• alta/bassa intensità riabilitativa</li> </ul>
Livello	<ul style="list-style-type: none"> <li>• interventi sanitari, assistenziali, di integrazione sanitari a rilevanza sociale, sociali a rilevanza sanitaria, ad alta integrazione sociosanitaria</li> </ul>
Luogo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• residenziali</li> <li>• semiresidenziali</li> <li>• domiciliari</li> <li>• ambulatoriali-consultoriali</li> </ul>
Produttore	<ul style="list-style-type: none"> <li>• erogatori-produttori pubblici, privati commerciali, privati no profit, soggetti informali</li> </ul>

Tabella 1— Le direttrici di classificazione degli interventi di cura

## I lavori del “tavolo” domiciliare – sottogruppo assistenza sociosanitaria

### Considerazioni preliminari

Attualmente il Lea domiciliare si presenta come una sorta di contenitore indistinto. Di fatto non si considera che pazienti, contesti e obiettivi degli interventi domiciliari possono essere molto diversi e non immediatamente confrontabili (*case mix a differente complessità*): per esempio, il costo e gli esiti di un piano di cura centrato sulla educazione-informazione o trasferimento alla famiglia di conoscenze e competenze per atti di cura semplici, di per sé esauribile con pochi accessi di personale, sono diversi da quelli di un intervento terapeutico o palliativo ad alta o media intensità sanitaria e assistenziale, che coinvolge professionalità differenti, anche ad alta specializzazione. In altre situazioni invece il coinvolgimento di personale medico o infermieristico può essere ridondante per interventi delegabili a figure a minore contenuto professionale e minore costo. Anche il *concetto di intensità*, genericamente attribuito ai PAI domiciliari, andrebbe in realtà misurato in funzione delle specifiche esigenze del singolo paziente/ contesto. Può esserci l'esigenza di una bassa intensità degli interventi medici o infermieristici, ma di un'alta intensità di quelli assistenziali o riabilitativi; possono presentarsi elevate esigenze mediche ma ridotte necessità infermieristiche o assistenziali; in altre situazioni possono essere presenti circostanze gestibili, per esempio, con un maggiore impegno di figure attinenti all'ambito del volontariato o delle reti di comunità.

Si tratta in sostanza di superare le letture semplicistiche degli interventi domiciliari, per loro natura meno standardizzabili di quelli in regime di ricovero in struttura residenziale, ma non per questo necessariamente più semplici; anzi proprio la complessità è la chiave di lettura di situazioni e contesti in cui interagiscono numerose e differenziate dimensioni.

( Giunco, 2005)

La proposta che segue risponde al mandato ricevuto attraverso:

1. La **caratterizzazione dei profili di cura domiciliari** (*Standard qualificanti le attività di cure domiciliari*) per livelli differenziati in funzione della **natura del bisogno**, dell'**intensità** definita attraverso l'individuazione di un coefficiente (CIA<sup>4</sup>), della **complessità** (Valore Gea<sup>5</sup>) in funzione del case mix e dell'impegno delle figure professionali coinvolte nel piano assistenziale individuale (PAI), **della durata media** (Gdc<sup>6</sup>) in relazione alle fasi temporali intensiva, estensiva e di lungoassistenza e delle **fasce orarie di operatività** dei servizi erogatori di cure domiciliari.
2. L'individuazione delle principali **prestazioni** domiciliari per profilo e per figura professionale che qualificano questo livello assistenziale.
3. La definizione di **criteri omogenei di eleggibilità**
4. L'individuazione di un set minimo di **indicatori di verifica**
5. La valorizzazione economica dei profili di cura attraverso il **Costo Medio Mensile**;
6. La stima del **costo pro capite** per residente al raggiungimento dei valori standard proposti nella tabella degli indicatori di verifica.

---

<sup>4</sup> CIA = Coefficiente di intensità assistenziale: numero GEA/ numero GdC

<sup>5</sup> GEA = Giornata Effettiva di assistenza: giorno nel quale è stato effettuato almeno un accesso domiciliare

<sup>6</sup> GdC = Giornate di cura: durata del piano di cura dalla presa in carico alla dimissione dal Servizio

Le cure domiciliari oggetto di questo documento, rivolte agli assistiti di ogni età, non esauriscono l'intera gamma delle prestazioni erogabili al domicilio come, ad esempio, le prestazioni erogate dai servizi materno infantile, psichiatrico e per le tossicodipendenze, già previste dal DPCM 29 novembre 2001. L'utilizzo della denominazione "**cure domiciliari**" anziché "**assistenza domiciliare**" risponde alla necessità di distinguere in modo esclusivo le cure sanitarie e sociosanitarie integrate dalle forme di assistenza domiciliare di natura socio-assistenziale e tutelare.

## **DEFINIZIONE DELLE CURE DOMICILIARI**

Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Nell'ambito delle cure domiciliari integrate risulta fondamentale l'integrazione con i servizi sociali dei comuni. Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale deve essere valutato attraverso idonei strumenti che consentano la definizione del programma assistenziale ed il conseguente impegno di risorse.

Gli obiettivi principali delle cure domiciliari sono:

- a) l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;
- b) la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- c) il supporto alla famiglia;
- d) il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- e) il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale.

## CURE DOMICILIARI E PRESTAZIONI CONNESSE ( ATTIVITA' )

Si distinguono, in relazione ai bisogni e tenendo conto dei modelli gestionali- organizzativi attivati da diverse regioni<sup>7</sup>, così come evidenziato nel “Progetto di ricerca finalizzata ex art. 12 del D.Lgs. 502/92 : “La condizione dell’anziano non autosufficiente – Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive”, i seguenti profili<sup>8</sup> :

1. **“Cure Domiciliari Prestazionali”** caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato;
2. **“Cure Domiciliari Integrate di primo-secondo e terzo livello”**. Le cure di primo e secondo livello assorbono quelle già definite **ADI**<sup>9</sup> mentre quelle di terzo livello assorbono l’**OD**<sup>10</sup>. Questa tipologia di cure domiciliari - in funzione della differente complessità / intensità – è caratterizzata dalla formulazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) redatto in base alla valutazione globale multidimensionale ed erogate attraverso la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale;
3. **“Cure domiciliari palliative a malati terminali”**, assorbono “l’assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale” e l’**OD-CP**<sup>11</sup> e sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità definita dal PAI ed erogata da un’équipe in possesso di specifiche competenze.

La collocazione elettiva delle cure domiciliari, anche dove vengono offerti apporti ospedalieri, è nel **LEA ASSISTENZA DISTRETTUALE**.

Quando l’équipe che eroga le cure domiciliari è di provenienza ospedaliera è in ogni caso superata la denominazione “Ospedalizzazione Domiciliare “. Tale tipologia assistenziale è infatti erogata attraverso le Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e le Cure Domiciliari palliative a malati terminali.

---

<sup>7</sup> Provincia A. Trento e Regioni: Lombardia, Veneto, Toscana, Lazio, Umbria, Marche, Molise, Sicilia.

<sup>8</sup> Ministero della Salute : Documenti conclusivi dei Comitati Ospedalizzazione Domiciliare e Comitato Cure Palliative “Caratterizzazione dei servizi di Cure Domiciliari “ e “ Il modello organizzativo per la realizzazione della rete di cure palliative”

<sup>9</sup> ADI: Assistenza Domiciliare Integrata

<sup>10</sup> OD: Ospedalizzazione Domiciliare

<sup>11</sup> OD-CP: Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative

## 1. Cure domiciliari di tipo prestazionale occasionale o ciclico programmato

Si intende una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, non presupponga la presa in carico del paziente, nè una valutazione multidimensionale e l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare.

Sono richieste dal medico, responsabile del processo di cura del paziente e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatori.

La gamma di prestazioni di questa tipologia di intervento professionale comprende :

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

<sup>12</sup> In questo documento il care giver è colui che all'interno del nucleo familiare che partecipa all'esecuzione delle Cure

<sup>13</sup> ADP: Assistenza Domiciliare Programmata (art. 53 ACN per la Medicina Generale)

## 2. Cure domiciliari Integrate di primo e secondo livello

Sono ricompresi in questa tipologia assistenziale interventi professionali rivolti ai malati e alle loro famiglie previsti dal PAI.

L'attivazione dell'assistenza richiesta dal medico responsabile delle cure del paziente prevede il coinvolgimento del medico di Medico di Medicina Generale nella definizione degli obiettivi e dei processi assistenziali attraverso la valutazione multidimensionale.

Si rivolge a malati che pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni ( I^ livello) o 6 giorni ( II^ livello). Le cure integrate di primo e secondo livello prevedono un ruolo di centralità del Medico di Medicina Generale che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura.

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

<b>PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' CLINICA DI TIPO VALUTATIVO DIAGNOSTICO</b>
1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica +anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmata di controllo (esame obiettivo+ rilevazione parametri vitali+monitoraggio segni e sintomi)
3. Visita in urgenza
4. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
5. Compilazione diario clinico (monitoraggio segni e sintomi)
6. Prelievo ematico
7. Prelievo ematico da sangue capillare
8. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie ( es. urine, esame colturale ecc.)
9. ECG
10. Consulenze specialistiche
11. Visite Programmate del Medico di Medicina Generale
<b>PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' EDUCATIVO/RELAZIONALE/AMBIENTALE</b>
12. Istruzione del care giver <sup>14</sup> alla gestione di una terapia
13. Educazione del care giver alla attività di nursing (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari ecc.)
14. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilitazione del paziente
15. Educazione del care giver alla gestione di derivazioni urinarie
16. Educazione del care giver alla gestione di enterostomie
17. Educazione del care giver alla corretta mobilitazione / corretta postura del paziente
18. Educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee
19. Applicazione di misure profilattiche a a pazienti con ridotta compliance
20. Igiene a persone allettate o con lesioni cutanee, bagno assistito
21. Istruzione del paziente o del care giver all'utilizzo di ausili per la deambulazione e valutazione ambientale
22. Colloquio con familiare / care giver
23. Colloquio con il medico di medicina generale
24. Colloquio con medico specialista
25. Prescrizione protesica

<sup>14</sup> In questo documento il care giver è colui che all'interno del nucleo familiare che partecipa all'esecuzione del PAI

<b>PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' CLINICA DI TIPO TERAPEUTICO</b>
<b>PRESTAZIONI RELATIVE AI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI E AL MANTENIMENTO DELL'OMEOSTASI</b>
26. Prescrizione terapeutica
27. Terapia iniettiva intramuscolare
28. Terapia iniettiva sottocutanea
29. Terapia iniettiva endovenosa
30. Gestione cateterismo venoso periferico
31. Gestione cateterismo venoso centrale/ sist. Port-a-cath
<b>PRESTAZIONI RELATIVE ALLE FUNZIONI ESCRETORIE</b>
32. Posizionamento/sostituzione/ gestione Cateterismo Vescicale.
33. Valutazione del ristagno vescicale
34. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
35. Gestione alvo (intervento educativo igienico-alimentare)
36. Clistere evacuativo/evacuazione manuale)
37. Gestione enterostomie
<b>PRESTAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE E ALLE ALTERAZIONI DEI TESSUTI MOLLI</b>
38. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
39. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
40. Anestesia locale
41. Sutura ferite
42. Rimozione dei punti/graff di sutura
43. Courretage chirurgico
44. Bendaggio elastocompressivo
<b>PRESTAZIONI RELATIVE AI TRATTAMENTI DI TIPO RIABILITATIVO</b>
45. Trattamento di rieducazione motoria
46. Rieducazione respiratoria
47. Rieducazione del linguaggio
48. Recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane
<b>PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE</b>
49. Stesura di un piano assistenziale
50. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche- passaggio di informazioni - consegne)
51. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile
52. Rendicontazione dell'attività svolta

### 3. Cure domiciliari integrate di terzo livello e cure domiciliari palliative a malati terminali

Dette cure consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche.

- malati terminali ( oncologici e non );
- malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata ( SLA, distrofia muscolare);
- fasi avanzate e complicate di malattie croniche;
- pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale;
- pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza.

Tra questi per i malati terminali è individuato un profilo specifico di cure palliative che richiede l'intervento di una équipe dedicata di cui fa parte il medico di medicina generale.

A determinare la criticità e l'elevata intensità assistenziale concorrono l'instabilità clinica, la presenza di sintomi di difficile controllo, la necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o al care-giver <sup>15</sup>.

Presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione di un piano di cura con intervento di tipo multidisciplinare.

Tali cure sono richieste dal medico responsabile delle cure del paziente.

Si tratta di interventi programmati sui 7 giorni settimanali e per le cure palliative è prevista la pronta disponibilità medica sulle 24 ore di norma erogata dall'équipe di cura e comunque da medici specificatamente formati.

La gamma di prestazioni che riguardano questi profili comprende prestazioni mediche, infermieristiche, dietologiche, riabilitative fisioterapiche e logopediche, psicologiche e medico specialistiche:

<b>PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' CLINICA DI TIPO VALUTATIVO DIAGNOSTICO</b>
1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica +anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmata di controllo (esame obiettivo+ rilevazione parametri vitali+monitoraggio segni e sintomi)
3. Visita in urgenza
4. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
5. Compilazione diario clinico (monitoraggio segni e sintomi)
6. Prelievo ematico
7. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie ( es. urine, esame colturale ecc.)
8. Prelievo ematico da sangue capillare
9. ECG
10. Valutazione delle alterazione del linguaggio di tipo afasico
11. Valutazione delle alterazione del linguaggio di tipo disartrico
12. Consulenze specialistiche
13. Visite Programmate del Medico di Medicina Generale

<sup>15</sup> In questo documento il care giver è colui che all'interno del nucleo familiare partecipa all'esecuzione del PAI

<b>PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' EDUCATIVO/RELAZIONALE/AMBIENTALE</b>
14. Educazione del care giver alla attività di nursing (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari ecc.)
15. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente
16. Educazione del care giver alla corretta mobilizzazione / corretta postura del paziente
17. Educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee
18. Educazione del care giver alla gestione di derivazioni urinarie
19. Educazione del care giver alla gestione di enterostomie
20. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
21. Educazione del care giver alla gestione di dispositivi per la somministrazione di farmaci (pompe, elastomeri, altro)
22. Applicazione di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance
23. Igiene a persone allettate o con lesioni cutanee, bagno assistito
24. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
25. Prescrizione ausili e protesi
26. Istruzione del paziente o del care giver all'utilizzo di ausili per la deambulazione e valutazione ambientale
27. Educazione del care giver alla broncoaspirazione
28. Colloquio con familiare / care giver
29. Colloquio con il medico di medicina generale
30. Colloquio con medico specialista
31. Supporto psicologico e supervisione delle équipes
32. Supporto psicologico per il paziente
33. Supporto psicologico per la famiglia
34. Visita di cordoglio - Supporto al lutto
<b>PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' CLINICA DI TIPO TERAPEUTICO</b>
<b>PRESTAZIONI RELATIVE AI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI E AL MANTENIMENTO DELL'OMEOSTASI</b>
35. Prescrizione terapeutica
36. Terapia iniettiva intramuscolare
37. Terapia iniettiva sottocutanea
38. Terapia iniettiva sottocutanea in infusione
39. Terapia iniettiva endovenosa
40. Terapia infusione con necessità di sorveglianza medica
41. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
42. Terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed in infusione continua.
43. Posizionamento catetere venoso periferico
44. Posizionamento cateterino sottocutaneo
45. Gestione cateterismo sottocutaneo/ venoso periferico
46. Gestione cateterismo venoso centrale/ sist. Port-a-cath
47. Assistenza/gestione pompa infusione
48. Gestione cateteri spinali
49. Istillazione genitorurinaria
50. Irrigazione dell'occhio
51. Irrigazione dell'orecchio
52. Emotrasfusione
53. Gestione drenaggi

54. Impostazione dialisi peritoneale
55. Paracentesi
56. Toracentesi
57. Artrocentesi
<b>PRESTAZIONI RELATIVE ALLA FUNZIONE RESPIRATORIA</b>
58. Gestione tracheostomia
59. Sostituzione cannula tracheale
60. Broncoaspirazione
61. Impostazione ventilazione meccanica domiciliare
62. Controllo parametri ventilatori
<b>PRESTAZIONI RELATIVE ALLA FUNZIONE ALIMENTARE</b>
63. Verifica parametri nutrizionali
64. Anamnesi dietologica
65. Formulazione dieta personalizzata
66. Valutazione della disfagia
67. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale enterale
68. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale
69. Istruzione alla preparazione di diete a consistenza modificata
70. Istruzione alla somministrazione di pasti con posture facilitanti
71. Posizionamento/sostituzione SNG
72. Sostituzione di PEG con sistema di ancoraggio a bottone
73. Gestione SNG
74. Gestione PEG
75. Somministrazione di terapia tramite SNG-PEG
76. Controllo periodico del sistema di ancoraggio della PEG
77. Valutazione del ristagno gastrico
<b>PRESTAZIONI RELATIVE ALLE FUNZIONI ESCRETORIE</b>
78. Posizionamento/sostituzione/ gestione Cateterismo Vescicale
79. Valutazione del ristagno vescicale
80. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
81. Gestione alvo (intervento educativo igienico-alimentare)
82. Gestione alvo (Clistere evacuativo/evacuazione manuale)
83. Esplorazione rettale
84. Gestione enterostomie
85. Irrigazione intestinale
<b>PRESTAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE E ALLE ALTERAZIONI DEI TESSUTI MOLLI</b>
86. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
87. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
88. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
89. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
90. Toilette lesione/ferita superficiale
91. Toilette lesione/ferita profonda

92. Courettage e o rimozione unghia/matrice ungueale
93. Svuotamento di ematomi
94. Incisione con drenaggio sottocutaneo
95. Drenaggio raccolta ascessuale
96. Anestesia locale
97. Anestesia periferica tronculare
98. Infiltrazione punti trigger
99. Sutura ferite
100. Rimozione dei punti/graff di sutura
<b>PRESTAZIONI RELATIVE AI TRATTAMENTI DI TIPO RIABILITATIVO</b>
101. Trattamento di rieducazione motoria (paziente neurologico, ortopedico, amputato, ecc)
102. Rieducazione respiratoria
103. Rieducazione alla tosse assistita
104. Rieducazione del linguaggio
105. Rieducazione disturbi neuropsicologici (memoria ed attenzione)
106. Recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane
<b>PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE</b>
107. Stesura di un piano assistenziale
108. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche- passaggio di informazioni - consegne)
109. Rendicontazione dell'attività svolta
110. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile

## ACCESSO ALLE CURE DOMICILIARI

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

- a) Condizione di non autosufficienza<sup>16</sup> (disabilità), di fragilità<sup>17</sup> e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;
- b) Adeguato supporto familiare o informale;
- c) Idonee condizioni abitative;
- d) Consenso informato da parte della persona e della famiglia;
- e) Presa in carico da parte del medico di medicina generale ( garanzia degli accessi concordati, disponibilità telefonica dalle ore 8 alle 20)

## VALUTAZIONE DEL CASO E PIANO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA

La presa in carico nelle cure domiciliari si accompagna ad un approccio multidimensionale di cui sono aspetti essenziali:

- la valutazione globale dello stato funzionale del paziente attraverso sistemi di valutazione sperimentati e validati su ampia scala, standardizzati e in grado di produrre una sintesi delle condizioni cliniche, funzionali e sociali per l'elaborazione del piano assistenziale individuale (PAI), permettendo, nel contempo, la definizione del case- mix individuale e di popolazione;
- la predisposizione del PAI;
- un approccio assistenziale erogato attraverso un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare che comprende anche operatori sociali;
- il monitoraggio periodico e la valutazione degli esiti.

All'interno dell'équipe erogatrice delle cure viene inoltre individuato un responsabile del caso (case manager) che, in collaborazione con il MMG, orienta e coordina gli interventi in base a quanto definito nel piano assistenziale individuale, compresa l'assistenza protesica e farmaceutica.

## PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI

Le regioni adottano indirizzi per disciplinare le procedure di erogazione e di attivazione delle cure domiciliari.

---

<sup>16</sup> La N.A. si valuta misurando le capacità della persona a svolgere, o meno le funzioni essenziali della vita quotidiana, articolate in due gruppi: attività per la cura di sé (Activities of Daily Living - ADL), e attività strumentali (Instrumental Activities of Daily Living- IADL). Per misurare ADL e IADL si utilizzano scale che stabiliscono la quantità di aiuto necessaria affinché la persona possa svolgere le funzioni determinanti per vivere. Gli strumenti più utilizzati per la valutazione del livello di capacità (o autosufficienza) nello svolgimento delle attività sopra indicate, per l'ADL è quello pubblicato nel 1963 da S.Katz e collaboratori, mentre per le IADL si utilizza la scala di Lawton e Brody (1969).

<sup>17</sup> Si tratta di un fenomeno sindromico che coinvolge molti sistemi ed esita in una perdita parziale o totale delle capacità dell'organismo di tendere all'omeostasi. Tale condizione è determinata dalla concomitanza di diversi fattori: biologici, psicologici e socioambientali che agendo in modo sinergico si amplificano e si perpetuano vicendevolmente. Pur non essendo una condizione esclusiva della popolazione anziana, il fenomeno è prevalentemente osservabile nella fascia degli ultra settantacinquenni dove la cronicità, la comorbilità, la compromissione funzionale, la polifarmacoterapia e le problematiche di tipo socio-sanitario, giocano un ruolo determinante. Disabilità e fragilità spesso coesistono: la disabilità indica la perdita della funzione, la fragilità indica una situazione di instabilità nella quale è insito il rischio di perdita della funzione per l'elevata suscettibilità ad eventi stressanti. Premessa indispensabile per un'interpretazione globale della condizione di anziano fragile finalizzata ad un intervento mirato è un assessment accurato e approfondito che tenga conto di tutti i vari domini dell'individuo. (Trabucchi M., I Vecchi, la città e la medicina, Il Mulino, 2005)

## VALORIZZAZIONE ECONOMICA DEI PROFILI DI CURA ATTRAVERSO IL COSTO MEDIO MENSILE (CMM)

Il Sottogruppo di lavoro ha preso in esame alcune esperienze italiane<sup>18</sup> ed in particolare un recente lavoro<sup>19</sup> che, attraverso metodologie costruite per la remunerazione di profili standard di cure domiciliari, classifica i bisogni per **percorsi di cura iso-costo** caratterizzati da un mix di bisogni clinico-funzionali.

L'individuazione di gruppi di pazienti omogenei ha consentito di stimare tariffe congrue per ciascun gruppo attraverso criteri classificativi legati al Valore della Giornata Effettiva d'Assistenza come indicatore di complessità (Valore GEA), all'intensità assistenziale (CIA) e alla durata del piano di cura (GdC). Le valorizzazioni economiche sono state definite in base al costo medio mensile (CMM) dei percorsi di cura (ottenuto moltiplicando il CIA\* il valore GEA\* 30) che interpreta congiuntamente l'intensità assistenziale e la complessità.

Sono stati creati allo scopo 6 gruppi tariffari<sup>20</sup> ( tabella n.2) comprensivi di tutti costi assistenziali (escluso la spesa farmaceutica, protesica, diagnostica di laboratorio, i costi aggiuntivi per l'assistenza domiciliare dei M.M.G. ed il ribaltamento dei costi aziendali), di cui tre costituiscono una subclassificazione del livello di cure palliative e più in generale delle cure di fine vita, ( A,B,C) discriminati tra loro da un valore soglia del Karnofsky, ed un gruppo ( F) si riferisce alle cure prestazionali a ciclo programmato.

---

<sup>18</sup> Prestazioni domiciliari, per lo più nell'ambito delle cure palliative, apparentemente sovrapponibili sono valorizzate/tariffate in modo significativamente diverso anche rispetto alla modalità: per giornata di cura -GdC- ( Lazio, Sicilia) o per giornata effettiva di assistenza – GEA- ( Piemonte) o per caso trattato/mese con modalità di pagamento prospettico attraverso il raggruppamento degli utenti in profili per i quali è mediamente atteso lo stesso consumo di risorse assistenziali ( Lombardia). ( F. Zucco, Aspetti economici in terapia del dolore e cure palliative, 2005)

<sup>19</sup> “Bilanciamento costi e qualità nei servizi di cure domiciliari sanitarie e di alta intensità”. Scaccabarozzi G, Lovaglio P, Limonta F., Locatelli W. e al., Asl Lecco- Sapio Life, 2006. Primi risultati pubblicati in “La remunerazione delle attività sanitarie ” Società Editrice il Mulino pagg. 89-118. Ottobre 2006. L'analisi effettuata considera 5491 eventi ( percorso che intercorre tra presa in carico e dimissione per cessazione del piano di cura domiciliare) riferita a 4535 soggetti. Si tratta dello sviluppo del progetto di ricerca sanitaria ex art.12, U.O. n.2 Asl di Lecco “ Finanziare i costi per la Long Term care” promosso dalla Regione Lombardia, pubblicato in [www.asl.lecco.it](http://www.asl.lecco.it) >Cure Domiciliari>Documentazione e Ricerca>Costi Home Care ed in un articolo di sintesi da Scaccabarozzi G., Lovaglio P., Limonta F. et al. “DRG domiciliari”, “La Asl di Lecco studia i parametri del livello assistenziale unico”, “Il giusto peso all'home care” Sanità Management. Il Sole 24 ore – Sanità 2005; 4/5 9-17.

<sup>20</sup> Il gruppo di pazienti caratterizzato da un costo medio mensile di 172 euro comprende il 12 % della casistica ed è costituito da soggetti che richiedono interventi di natura occasionale ancorchè ripetuta a bassa intensità assistenziale. Invece il 65% dei casi si concentra nel gruppo E con un valore medio mensile pari a 433 euro mensili: si tratta tipicamente di pazienti in ADI di bassa/media intensità. Un'altro gruppo di soggetti richiede interventi di maggiore intensità assistenziale ed è costituito dal 4% della casistica con un valore medio mensile pari a 631 euro. Infine i soggetti che richiedono interventi di elevata intensità assistenziale in condizione di fine vita sono distribuiti in tre gruppi (A-B-C) che complessivamente costituiscono il 19% della casistica e che presentano costi medi mensili da 1323 a 2386 euro. Sulla base dell'esperienza e dall'analisi delle tipologie e dei volumi di attività (analizzati nel rapporto completo della ricerca ) le possibili condizioni discriminanti possono essere riconducibili a fasi diverse del decorso della malattia (post-acuta, riacutizzazione, insorgenza di complicanze) in base all'individuazione dei predittori (indicatori di bisogno clinico e funzionale) che incidono significativamente sulle variabili che caratterizzano i percorsi di cura: Valore GEA (complessità), CIA (Intensità), GdC (Durata), CMM (costo mensile). Si evidenzia che i profili tariffari stabiliti dalla Regione Lombardia, nell'ambito del voucher sociosanitario, in base alle risultanze della ricerca a cui si riferisce questo contributo, riconoscono risorse adeguate per la quasi totalità della casistica.

Gruppo	N. casi	%	Media GdC	Media <sup>21</sup> CIA	Media <sup>22</sup> CIA	Media Valore GEA	CMM <sup>23</sup>
A	155	2.8%	81,0	0,85	0,67	94,1	2386 €
B	434	7.9%	87,4	0,65	0,60	82,5	1597 €
C	501	9.1%	101,2	0,57	0,53	76,8	1323 €
D	197	3.6%	189,7	0,46	0,46	45,8	631 €
E	3537	64.4%	145,3	0,32	0,32	44,6	433 €
F	666	12.1%	308,0	0,14	0,13	41,5	172 €

Tabella 2 - I gruppi Tariffari

Il gruppo più numeroso (E) è stato ulteriormente analizzato come da tabella n.3

gruppo	N	%	CMM
E.1	61	2.0%	788 €
E.2	154	5.0%	523 €
E.3	153	5.0%	504 €
E.4	335	10.9%	268 €
E.5	546	17.8%	452 €
E.6	19	0.6%	280 €
E.7	1689	55.1%	420 €
E.8	106	3.5%	322 €

Tabella 3 – La disaggregazione del gruppo E

Il criterio classificativo che ha identificato i 6 gruppi finali iso-costi correlati a precise caratteristiche clinico-funzionali ha consentito di spiegare quasi il 50% (48% della varianza) del costo totale mensile di ciascun paziente. L'evidenza empirica, anche rispetto ad altre esperienze di tipo classificativo (FIM-FRG, RUG III°), pone solide basi per la valorizzazione economica dei percorsi di cura attraverso valutazioni di tipo clinico-funzionale sui bisogni.

La remunerazione degli erogatori, accreditati in base a specifici criteri di qualità, attraverso il pagamento prospettico (tariffe omnicomprensive in funzione del case mix dei differenti profili di cura) riduce la spesa, consente una gestione amministrativa semplificata, disincentiva le codifiche opportunistiche ed il ricorso a procedure di "selezione avversa" della casistica più significativa.<sup>24</sup>

E' da sottolineare all'interno della rilevazione sui costi il rilevante ruolo svolto dalla famiglia e/o dal personale che assiste la persona (badante) come soggetti attivi dell'assistenza

<sup>21</sup> Media CIA di tutti i soggetti non trimmata.

<sup>22</sup> Media CIA trimmata depurata dei soggetti con CIA fuori dal range  $[Q_1 - 3(Q_3 - Q_1), Q_3 + 3(Q_3 - Q_1)]$ , dove  $Q_1$  è il primo quartile e  $Q_3$  il terzo quartile della distribuzione. Si tratta di coloro che hanno un CIA > 0.90, con valori anomali nella coda destra della distribuzione o perché molto compromessi o perché stanno in carico per brevi periodi (GEA tendente a GDC): in tali casi la media aritmetica è poco rappresentativa.

<sup>23</sup> CMM calcolato con i valori della Media CIA non trimmata.

<sup>24</sup> A tale proposito è interessante confrontare i risparmi di sistema ottenuti attraverso l'introduzione della modalità del pagamento prospettico evidenziati dal lavoro "Post-acute care" (2004), prodotto dall'organizzazione *Medicare Payment Advisory Commission* (MedPAC) che mostra l'evolversi del costo annuo totale delle cure per post-acute, secondo i dati raccolti dall'organizzazione americana *Centers for Medicare & Medicaid Services* (CMS). L'andamento della spesa per l'assistenza domiciliare, con il sistema di pagamento in vigore basato sui costi a consuntivo, tra il 1992 e il 1997 ha registrato un rapido aumento. L'introduzione del sistema *Interim Payment System* (IPS) (maggiore controllo sui costi, oltre a criteri più restrittivi per l'eleggibilità al servizio) e successivamente della modalità di pagamento anticipato (*Prospective Payment System* – PPS) ha prodotto una significativa inversione dei costi per l'assistenza domiciliare, riducendo l'andamento dei costi totali.

(caregiving) che riduce la durata del periodo di cura in media di 52 giorni (a parità di Karnofsky, diagnosi principale e prima patologia concomitante).

### **Stima del costo pro capite per residente al raggiungimento dei valori standard proposti nella tabella degli indicatori di verifica di cui all'allegato 2.**

I profili di costo individuati consentono di stimare le risorse necessarie per garantire il livello essenziale di assistenza domiciliare e possono inoltre essere utilizzati per l'elaborazione di indicatori finalizzati alla programmazione dei servizi sanitari e socio sanitari. La stima dei costi mensili evidenziata nel precedente paragrafo consente di valutare l'impatto economico pro capite, escluso gli eventuali investimenti per lo start-up, pari a € 18,00 ( di cui € 4,00 per le cure palliative) considerando la copertura assistenziale domiciliare pari al 7% degli ultrasettantacinquenni ed il 45% del numero dei malati deceduti per anno a causa di tumore ( Istat ICD9 cod. 140-208), in un contesto territoriale con una densità abitativa media di circa 400 abitanti/ km<sup>2</sup> (range da 100 a 800) tale pertanto da realizzare mediamente buone economie di scala misurabili attraverso indicatori sintetici di performance (tempo logistico/accesso, n. accessi operatore/ora ecc.). Il confronto con i costi derivanti dalle altre unità d'offerta per la Long Term Care ( RSA – Hospice – Lungodegenze, ecc.) fornisce elementi oggettivi di valutazione per la pianificazione delle risorse necessarie per l'area della fragilità nel suo complesso. Gli interventi assistenziali domiciliari non rappresentano necessariamente costi aggiuntivi, bensì costituiscono una diversa soluzione di cura che comportano una diversa distribuzione delle risorse; le analisi condotte evidenziano infatti come nelle realtà in cui sono sviluppati i servizi domiciliari risulta inferiore il ricorso alle strutture residenziali (RSA)<sup>25</sup> e si riducono complessivamente i ricoveri ospedalieri<sup>26</sup>.

#### **In allegato:**

- 1. Standard qualificanti le cure domiciliari**
- 2. Indicatori di verifica dell'erogazione delle cure domiciliari**
- 3. Prestazioni raggruppate per Figure Professionali**

---

<sup>25</sup> Zito M. e coll; Giorn.Geront. 46:303, 1998

<sup>26</sup> F.R. Hansen, H Poulsen, K.H. Sorensen "A model of regular geriatric follow up by home visits to selected patients discharged from geriatric ward: a randomized controlled trial" Aging Clin.Exp.Res. 7:202, 1995

Rich M.W. Beckham V Wittemberg C. Leven CL. Freedland KE. and CarneyRM "A Multidisciplinary ntervention to prevent the Readmission of Elderly Patients with Congestive Heart Failure" New Engl J Med 1995; 333:1190-1195

## Bibliografia

Scaccabarozzi G., Lovaglio P., Limonta F. et al. "DRG domiciliari. La Asl di Lecco studia i parametri del livello assistenziale unico. Il giusto peso all'home care" Sanità Management. Il Sole 24 ore – Sanità 2005; 4/5 9-17.

Scaccabarozzi G., Lovaglio P., Limonta F. et al. "Progetto finanziare i costi per la long term care- UO n.2 Asl Lecco. Edizione a cura Asl di Lecco ([www.asl.lecco.it](http://www.asl.lecco.it)) Ricerca finalizzata ex art 12, 2005: 1-123.

Scaccabarozzi G., Lovaglio P., Limonta F. et al "La remunerazione delle attività di assistenza domiciliare " in "La remunerazione delle attività sanitarie: caratteristiche attuali e ipotesi evolutive" a cura di Nicola Falcitelli e Tommaso Langiano, il Mulino, Collana Fondazione Smith Kline: Management, economia e politica sanitaria, pagg. 89-118, 2006.

Giunco F., "Cura e Assistenza a domicilio". Edizioni UTET, Divisione Scienze Mediche, 2005.

Crepaldi C., Giunco F., "Anziani, istituzionalizzazione e cure domiciliari – Il caso lombardo" Franco Angeli, 2005

Zucco F., "Aspetti economici in cure palliative e terapia del dolore. Cure palliative in Italia: stato dell'arte e proposte attuative", Centro Studi e Cultura Contro Il Dolore, stato dell'arte, anno 2005

Documenti di Lavoro del progetto di ricerca Finalizzata ex art 12 "La condizione dell'anziano non autosufficiente- Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive" Unità Operative: Regioni Lazio, Lombardia, Marche, Molise, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto, Provincia autonoma di Trento, Anci-Federsanità, Censis, Assr, 14 Roma, Luglio 2005.

Censis, "Finanziare i costi per la long term care: Strumenti, Previsioni, Esperienze: l'indagine di popolazione:Lombardia ed Italia a confronto." Roma, Dicembre 2004.

Gori C., "Politiche sociali di centro-destra : la riforma del welfare lombardo" Carocci editore,2005

Ministero della Salute:

"Progetto Mattoni Assistenza primaria e prestazioni domiciliari", Documento Sperimentazione della scheda "Flusso informativo nazionale: Prestazioni domiciliari, 24 ottobre 2005

Comitato Ospedalizzazione Domiciliare: "Caratterizzazione dei servizi di Cure Domiciliari"

Comitato Cure Palliative: "Il modello organizzativo per la realizzazione della rete di cure palliative"

Commissione Stato Vegetativo e Stati di Minima Coscienza: *Documento Conclusivo*  
Commissione per lo studio delle problematiche concernenti la diagnosi, la cura e l'assistenza dei pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica: *Rapporto di Lavoro*

Trabucchi M., "I Vecchi, la città e la medicina", Il Mulino, 2005

**Allegato 1**
**STANDARD QUALIFICANTI I LEA CURE DOMICILIARI**

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità (CIA= GEA/GDC) <sup>27</sup>	Durata Media	Complessità	
				Mix delle figure professionali / impegno assistenziale	Operatività del servizio (fascia oraria 8-20)
				<b>Figure professionali previste in funzione del PAI <sup>28</sup> e tempo medio in minuti per accesso domiciliare</b>	
<b>CD Prestazionali</b> (Occasionali o cicliche programmate)	Clinico Funzionale			Infermiere ( 15-30') 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	<b>180 giorni</b>	Infermiere (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	<b>180 giorni</b>	Infermiere (30-45') 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	<b>90 giorni</b>	Infermiere (60') Professionisti della Riabilitazione(60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o Medico Specialista (60') Operatore sociosanitario (60-'90)	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Pronta disponibilità medica ore 8/20
<b>Cure Palliative malati terminali</b> (già OD CP)	Clinico Funzionale Sociale	Superiore a 0,60	<b>60 giorni</b>	Infermiere (60') Professionisti della Riabilitazione(60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o Medico Specialista (60') Operatore sociosanitario (60 - 90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Pronta disponibilità medica 24 ore

<sup>27</sup> CIA = Coefficiente Intensità Assistenziale; GEA= Giornata Effettiva Assistenza; GDC= Giornate Di Cura ( durata PAI)

<sup>28</sup> PAI = Programma Assistenziale Individuale

## Allegato 2 INDICATORI DI VERIFICA DELL'EROGAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI<sup>29</sup> E CRITERI DI ELEGGIBILITA'

Profilo di cura	INDICATORI	VALORI STANDARD	CRITERI DI ELEGGIBILITA'
<b>Per tutti i livelli</b>	<b>N. 1</b> Numero Asl che erogano tutti i livelli/ Numero totale Asl	<b>100%</b>	Non autosufficienza Disabilità motoria permanente/temporanea tale da impedire l'accesso agli ambulatori di competenza Deterioramento cognitivo di livello elevato con disturbi del comportamento
<b>CD Prestazionali</b> (Occasionali o cicliche programmate)			Condizioni anche temporanee di particolare fragilità clinica
<b>CD Integrate di Primo Livello</b>	<b>N. 2.1</b> Numero malati assistiti $\geq 65$ anni / residenti $\geq 65$ anni	<b>3,5%</b> <sup>30</sup>	Condizioni di fragilità clinica in malati multiproblematici anche al fine di prevenire il ricovero ospedaliero Continuità assistenziale in fase di dimissione dall'ospedale o da una struttura residenziale territoriale Quadri clinici instabili che richiedono un monitoraggio continuativo e di adeguamento della terapia compatibili con la permanenza al domicilio Stati vegetativi e di minima coscienza Condizioni di terminalità oncologica e non Sclerosi Laterale Amiotrofica Aids
<b>CD Integrate di Secondo Livello</b>	<b>N. 2.2</b> Numero malati assistiti $\geq 75$ anni / residenti $\geq 75$ anni	<b>7%</b> <sup>31</sup>	
<b>CD Integrate di Terzo Livello</b>		<b><math>\geq 45\%</math></b>	
<b>Cure Palliative malati terminali</b>	<b>N. 3</b> Numero malati deceduti per anno a causa di tumore ( Istat ICD9 cod. 140-208) assistiti dalla rete di Cure palliative a domicilio /numero malati deceduti per malattia oncologica per anno <b>N. 4</b> Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore ( Istat ICD9 cod. 140-208) <b>N. 5</b> Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra segnalazione e presa in carico domiciliare è inferiore o uguale a 3 gg / numero malati curati a domicilio con assistenza conclusa	<b><math>\geq</math> al valore soglia individuato per l'indicatore n. 3 moltiplicato per 55 (espresso in giorni)</b>  <b>80%</b>	

<sup>29</sup> Gli indicatori individuati costituiscono una indicazione per gli organismi deputati all'attività di verifica

<sup>30</sup> Il valore dello standard indicato si riferisce alla sola popolazione anziana in quanto rappresenta il target principale

<sup>31</sup> Vedi nota 31

### Allegato 3

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

<b>Medico di Medicina generale/ Medico Specialista ( es. geriatria- medicina interna)</b>
1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica +anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmata di controllo (esame obiettivo+ rilevazione parametri vitali+monitoraggio segni e sintomi)
3. Visita in urgenza
4. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
5. Compilazione diario clinico
6. Stesura di un piano assistenziale
7. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
8. Prescrizione ausili e protesi
9. Prescrizione terapeutica
10. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
11. Prelievo ematico
12. Terapia iniettiva intramuscolare
13. Terapia iniettiva sottocutanea
14. Terapia iniettiva sottocutanea in infusione
15. Terapia iniettiva endovenosa
16. Terapia infusione con necessità di sorveglianza medica
17. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
18. Terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed in infusione continua.
19. Terapia infusione con necessità di sorveglianza medica
20. Posizionamento catetere venoso periferico
21. Posizionamento cateterino sottocutaneo
22. Gestione cateterismo sottocutaneo/ venoso periferico
23. Gestione cateterismo venoso centrale/ sist. Port-a-cath
24. Assistenza/gestione pompa infusione
25. Irrigazione dell'orecchio
26. Verifica parametri nutrizionali
27. Anamnesi dietologica
28. Formulazione dieta personalizzata
29. Valutazione della disfagia
30. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale enterale
31. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale
32. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
33. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
34. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
35. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
36. Toilette lesione/ferita superficiale
37. Toilette lesione/ferita profonda
38. Courettage e o rimozione unghia/matrice ungueale
39. Svuotamento di ematomi
40. Incisione con drenaggio sottocutaneo

41. Drenaggio raccolta ascessuale
42. Bendaggio elastocompressivo
43. Anestesia locale
44. Anestesia periferica tronculare
45. Infiltrazione punti trigger
46. Sutura ferite
47. Rimozione dei punti/graff di sutura
48. Emotrasfusione
49. Toracentesi
50. Paracentesi
51. Artrocentesi
52. Sostituzione cannula tracheale
53. Broncoaspirazione
54. Impostazione ventilazione meccanica domiciliare
55. Controllo parametri ventilatori
56. Prelievo da sangue capillare
57. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie ( es. urine, esame colturale ecc.)
58. Sostituzione PEG con sistema di ancoraggio a bottone
59. Posizionamento/sostituzione SNG
60. ECG
61. Posizionamento/sostituzione/ gestione Cateterismo Vescicale
62. Valutazione del ristagno vescicale
63. Esplorazione rettale
64. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
65. Impostazione dialisi peritoneale
66. Colloquio con familiare / care giver
67. Colloquio con il medico curante
68. Colloquio con medico specialista
69. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche- passaggio di informazioni – consegne)
70. Consulenze specialistiche
71. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile
72. Rendicontazione dell'attività svolta

<b>Medico specialista: medicina fisica e riabilitativa</b>
1. Prima visita domiciliare (esame obiettivo+ rilevazione parametri vitali+monitoraggio segni e sintomi)
2. Visita programmata di controllo
3. Esecuzione di test / scale di valutazione (FIM)
4. Definizione del trattamento riabilitativo
5. Stesura di un piano assistenziale
6. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
7. Prescrizione ausili e protesi
8. Monitoraggio periodico dell'andamento del trattamento
9. Prescrizione 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 curante

15. Colloquio con medico specialista
16. Confronto con l'equipe (riunioni periodiche- passaggio di informazioni – consegne)
17. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità
19. Consulenze specialistiche
20. Rendicontazione dell'attività svolta

<b>Medico specialista esperto in cure palliative</b>
1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica +anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmata di controllo (esame obiettivo+ rilevazione parametri vitali+monitoraggio segni e sintomi)
3. Visita in urgenza
4. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
5. Compilazione diario clinico
6. Stesura di un piano assistenziale
7. Prescrizione terapeutica
8. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
9. Educazione del caregiver alla gestione di dispositivi per la somministrazione di farmaci (pompe, elastomeri, altro)
10. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
11. Prescrizione ausili e protesi
12. Monitoraggio dei sintomi
13. Terapia iniettiva intramuscolare
14. Terapia iniettiva sottocutanea
15. Terapia iniettiva sottocutanea in infusione
16. Terapia iniettiva endovenosa
17. Terapia infusione con necessità di sorveglianza medica
18. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
19. Terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed in infusione continua.
20. Terapia infusione con necessità di sorveglianza medica
21. Posizionamento catetere venoso periferico
22. Posizionamento cateterino sottocutaneo
23. Gestione cateterismo sottocutaneo/ venoso periferico
24. Gestione cateterismo venoso centrale/ sist. Port-a-cath
25. Assistenza/gestione pompa infusione
26. Gestione cateteri spinali
27. Istillazione genitoruinaria
28. Irrigazione dell'orecchio
29. Valutazione della disfagia
30. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale enterale
31. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale
32. Prelievo ematico
33. Prelievo da sangue capillare
34. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie ( es. urine, esame colturale ecc.)
35. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)

36. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
37. Toilette lesione/ferita superficiale
38. Toilette lesione/ferita profonda
39. Courettage e o rimozione unghia/matrice ungueale
40. Svuotamento di ematomi
41. Incisione con drenaggio sottocutaneo
42. Anestesia locale
43. Anestesia periferica tronculare
44. Infiltrazione punti trigger
45. Sutura ferite
46. Rimozione dei punti/graff di sutura
47. ECG
48. Sostituzione cannula tracheale
49. Broncoaspirazione
50. Impostazione ventilazione meccanica domiciliare
51. Posizionamento/sostituzione SNG
52. Sostituzione di PEG con sistema di ancoraggio a bottone
53. Posizionamento/sostituzione/ gestione Cateterismo Vescicale
54. Valutazione del ristagno vescicale
55. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
56. Impostazione dialisi peritoneale
57. Controllo parametri ventilatori
58. Esplorazione rettale
59. Paracentesi
60. Toracentesi
61. Artrocentesi
62. Emotrasfusione
63. Colloquio con familiare / care giver
64. Colloquio con il medico curante
65. Colloquio con medico specialista
66. Confronto con l'equipe (riunioni periodiche- passaggio di informazioni – consegne)
67. Consulenze specialistica
68. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile
69. Visita di cordoglio- Supporto al lutto
70. Rendicontazione dell'attività svolta

<b>Infermiere</b>
1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica + rilevazione parametri vitali + rilevazione dei bisogni)
2. Visita programmata di attuazione del piano assistenziale
3. Visita in urgenza
4. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
5. Compilazione diario clinico infermieristico
6. Stesura di un piano assistenziale
7. Educazione del care giver alla attività di nursing (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari ecc.)
8. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
9. Educazione del care giver alla gestione di dispositivi per la somministrazione di farmaci (pompe, elastomeri, altro)
10. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
11. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilitazione del paziente
12. Applicazione di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance
13. Educazione del care giver alla corretta mobilitazione / corretta postura del paziente
14. Educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee
15. Educazione del care giver alla gestione di derivazioni urinarie
16. Educazione del care giver alla gestione di enterostomie
17. Prelievo ematico da sangue capillare (dtx)
18. Prelievo ematico
19. Esecuzione altre indagini biumorali routinarie ( es. urine, esame colturale ecc.)
20. Gestione tracheostomia
21. Educazione del care giver alla broncoaspirazione
22. Broncoaspirazione
23. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
24. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
25. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
26. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
27. Toilette lesione/ferita superficiale
28. Terapia iniettiva intramuscolare
29. Terapia iniettiva sottocutanea
30. Terapia iniettiva sottocutanea in infusione
31. Terapia iniettiva endovenosa
32. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
33. Terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed in infusione continua.
34. Posizionamento catetere venoso periferico
35. Posizionamento cateterino sottocutaneo
36. Gestione cateterismo sottocutaneo/ venoso periferico
37. Gestione cateterismo venoso centrale/ sist. Port-a-cath
38. Assistenza/gestione pompa infusionale
39. Gestione cateteri spinali
40. Istillazione genitoruinaria
41. Irrigazione dell'occhio
42. Irrigazione dell'orecchio
43. Valutazione della disfagia
44. Posizionamento/sostituzione SNG

45. Gestione SNG
46. Gestione PEG
47. Valutazione del ristagno gastrico
48. Somministrazione di terapia tramite SNG-PEG
49. Controllo periodico del sistema di ancoraggio della PEG
50. Posizionamento/sostituzione/ gestione Cateterismo Vescicale
51. Valutazione del ristagno vescicale
52. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
53. Impostazione dialisi peritoneale
54. Gestione alvo (intervento educativo igienico-alimentare)
55. Gestione alvo (Clistere evacuativo Evacuazione manuale)
56. Esplorazione rettale
57. Gestione enterostomie
58. Gestione drenaggi
59. Irrigazione intestinale
60. Gestione derivazioni urinarie
61. ECG
62. Colloquio con familiare / care giver
63. Colloquio con il medico curante
64. Colloquio con medico specialista
65. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche- passaggio di informazioni - consegne)
66. Visita di cordoglio- Supporto al lutto
67. Rendicontazione attività svolta

### **Fisioterapista**

1. Esecuzione di test / scale di valutazione (FIM)
2. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
3. Istruzione utilizzo ausili e protesi
4. Istruzione del paziente o del care giver all'utilizzo di ausili per la deambulazione e valutazione ambientale
5. Educazione del care giver ad interventi adattativi che rendano più sicuri e fruibili gli 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 a pazienti con ridotta compliance
9. Compilazione diario clinico
10. Trattamento di rieducazione motoria del paziente emiplegico
11. Trattamento di rieducazione motoria del paziente ortopedico
12. Trattamento di rieducazione motoria del paziente amputato
13. Trattamento di rieducazione globale del paziente portatore di patologia neurodegenerativa
14. Rieducazione respiratoria
15. Rieducazione alla tosse assistita
16. Trattamento di rieducazione respiratoria
17. Trattamento di rieducazione alla tosse assistita
18. Terapia fisica
19. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
20. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
21. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche- passaggio di informazioni – consegne)

22. Colloquio con familiare / care giver
23. Contatto con lo specialista
24. Rendicontazione attività svolta

<b>Logopedista</b>
1. Valutazione delle alterazione del linguaggio di tipo afasico
2. Valutazione delle alterazione del linguaggio di tipo disartrico
3. Esecuzione di test / scale di valutazione
4. Stesura di un piano assistenziale
5. Rieducazione al linguaggio
6. Rieducazione disturbi neuropsicologici (memoria ed attenzione)
7. Monitoraggio del disturbo
8. Valutazione della disfagia
9. Colloquio con il familiare/caregiver
10. Colloquio con lo specialista
11. Confronto con l'equipe (riunioni periodiche - passaggio di informazioni - consegne)
12. Rendicontazione attività svolta

<b>Terapista occupazionale</b>
1. Stesura di un piano assistenziale
2. Rieducazione disturbi neuropsicologici (memoria ed attenzione)
3. Recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane
4. Colloquio con il familiare/caregiver
5. Colloquio con lo specialista
6. Confronto con l'equipe (riunioni periodiche - passaggio di informazioni - consegne)
7. Rendicontazione attività svolta

<b>Dietista</b>
1. Anamnesi dietologica
2. Verifica parametri nutrizionali
3. Formulazione dieta personalizzata
4. Valutazione disfagia
5. Stesura di un piano assistenziale
6. Istruzione alla preparazione di diete a consistenza modificata
7. Istruzione alla somministrazione dei pasti con posture facilitanti
8. Monitoraggio del disturbo disfagico
9. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale enterale
10. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale
11. Istruzione alla gestione domiciliare di un programma di nutrizione enterale
12. Istruzione alla gestione di una sonda nutrizionale
13. Somministrazione di terapia tramite SNG-PEG
14. Monitoraggio del programma nutrizionale
15. Valutazione del ristagno gastrico
16. Contatti con gli specialisti
17. Colloquio con il familiare/caregiver
18. Contatti con i medici di medicina generale
19. Confronto con l'equipe (riunioni periodiche - passaggio di informazioni - consegne)
20. Rendicontazione dell'attività svolta
21. Consulenze

<b>Operatore socio sanitario</b>
1. Igiene personale a persone allettate o con lesioni cutanee
2. Bagno assistito
3. Posizionamenti e mobilizzazione
4. Supporto alle prestazioni infermieristiche

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