ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Sassari

Distretto Sanitario Sassari

Direzione Distretto
Direttore: Dott. Nicolò Licheri
email: nlicheri@aslsassari.it

Prot. NP/2017/27684

Sassari 27/03/2017

Al Direttore ASSL Sassari
Dr. Giuseppe Pintor
S E D E

OGGETTO: Delibera RAS 10/22 del 21/02/2017. CDI di 3°liv. e Cure Palliative a Malati Terminali. Progetto per interventi a domicilio da parte di figure mediche specialistiche.

Si trasmette in allegato il Progetto di cui all'oggetto, per il successivo inoltro alla Direzione Generale ATS e alla R.A.S. come da comunicazione 6583 del 07/03/2017

Cordiali saluti

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
Dott. Nicolò Licheri

pa

Direzione Distretto
Via Zanfarino 44
07100 Sassari
tel 079/2062764
fax 079/2062480

Cure Domiciliari Integrate di 3° livello e Cure Palliative e a Malati Terminali
Progetto per interventi a domicilio da parte di figure mediche specialistiche con esperienza nella gestione di casi complessi
(Delibera GRAS 10/22 del 21.02.2017)

PREMESSA

Il processo di riorganizzazione dell'assistenza prevede un ruolo principale del territorio e in particolare dell'ambito domiciliare con potenziamento della rete di offerta dei servizi del Distretto anche attraverso lo sviluppo delle cure domiciliari integrate con l'obiettivo di realizzare maggiori livelli di appropriatezza.

Infatti, le cure erogate a domicilio rappresentano una valida alternativa al ricovero ospedaliero, l'opportunità per una dimissione protetta e, in alcune occasioni e forme, l'alternativa o il complemento all'assistenza in strutture residenziali e semiresidenziali.

Gli obiettivi specifici del servizio di cure domiciliari integrate sono i seguenti:

- *Mantenere le persone non autosufficienti nel proprio ambiente di vita.*
- *Organizzare al domicilio della persona piani personalizzati di assistenza sociosanitaria. .*
- *Favorire i percorsi di rete realizzando sinergie con il setting ospedaliero*

Attraverso l'implementazione della rete della domiciliarità s'intende

a) sostenere la domiciliarità nella cura e assistenza a persone non autosufficienti e "fragili" migliorando la qualità di vita degli stessi;

b) stimolare e sostenere la capacità di auto cura dell'individuo e della famiglia;

c) ricercare le sinergie e le collaborazioni con i diversi soggetti del sistema sociale locale;

d) facilitare l'implementazione dei percorsi d'assistenza sociosanitari territoriali.

I requisiti indispensabili per l'attivazione di un percorso di cure domiciliari integrate sono:

- la presenza di condizioni cliniche e la necessità di interventi assistenziali compatibili con la permanenza del paziente al proprio domicilio;
- la disponibilità di un'idonea condizione abitativa, di un valido supporto familiare e/o di una rete di aiuto informale per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana

Le Cure Domiciliari Integrate si rivolgono principalmente a persone non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza, spesso con patologie croniche o cronico - degenerative:

1. in condizioni di "fragilità" con limitazione dell'autonomia parziale o totale;
2. affette da demenza e malattia di Alzheimer;
3. in dimissione programmata da reparti ospedalieri o da altre strutture sanitarie e/o residenziali;
4. con patologie oncologiche in fase avanzata e/o con patologie in fase terminale; persone non autosufficienti affette da SLA conclamata;
5. con patologie HIV correlate in fase avanzata;
6. non autosufficienti con disabilità complesse, con patologie croniche gravi e/o particolari condizioni di rilevanza sociale non suscettibili di miglioramenti riabilitativi.

Le cure domiciliari sulla base della tipologia e complessità del bisogno e dell'intensità dell'offerta assistenziale e delle prestazioni/interventi erogati si distinguono in:

a) Le Cure Domiciliari Prestazionali

b) Le Cure Domiciliari Integrate articolate su tre livelli assistenziali

b**1**) Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello con interventi programmati multi professionali articolati su 5 giorni *(primo livello)* o 6 giorni (*secondo livello*);

b**2**) *Cure Domiciliari Integrate di 3° livello e Cure Palliative e a malati terminali* che si rivolgono a persone che presentano bisogni con un elevato livello di complessità e con criticità specifiche legate all'instabilità clinica e alla presenza di sintomi di difficile controllo, in particolare:

- persone nella fase terminale della vita (oncologici e non);
- persone con malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);
- persone in fasi avanzate e complicate di malattie croniche;
- persone con necessità di nutrizione artificiale parenterale;
- persone con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- persone in stato vegetativo e stato di minima responsività;

Sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di alta complessità definita in un Piano Attuativo degli Interventi (PAI) redatto in base alla valutazione multidimensionale e dalla presa in carico globale con intervento di tipo multidisciplinare. Si tratta d'interventi programmati su 7 giorni settimanali e, per le cure palliative, è prevista la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, di norma, erogata da una équipe di cura in possesso di specifiche competenze e comunque da personale sanitario specificatamente formato;

CONTESTO AZIENDALE

- **Contesto territoriale e demografico**

L'ambito territoriale della Azienda è quello corrispondente all' attuale Provincia di Sassari, comprende 66 Comuni, con una estensione di circa 4.281 Kmq (pari al 17,08% dell'intera superficie della Sardegna) e popolazione indicata dall'Istat, al 01 gennaio 2011, è di 337.237 abitanti.

L'articolazione aziendale prevede tre distretti rispettivamente di Sassari (226.982 abitanti e 1706 kmq superficie), Alghero (78.095 abitanti e 1380 kmq superficie) e Ozieri (32.160 abitanti e 1195 Kmq superficie) con una densità abitativa è pari a 79 abitanti/kmq.

La popolazione è composta per il 51% da donne e 49% da maschi con distribuzione per fasce di età come di seguito specificato: 32% nella fasce 35-54, 19% tra 55-69 e il 15 % < 70 mentre la restante quota pari al 34% nella fascia 0-34.

- **Contesto epidemiologico**

Il contesto epidemiologico della Asl non differisce di molto da quello regionale sia per quanto attiene in particolare le malattie cronico degenerative che le malattie terminali in senso lato.

Infatti se esaminiamo le cause di ricovero non in elezione negli ospedali della Provincia di Sassari, con particolare attenzione alla popolazione > 65 aa, si confermano che i ricoveri più frequenti avvengono per le patologie del sistema cardiocircolatorio, del sistema nervoso centrale con particolare riguardo agli insulti cerebrovascolari, dell'apparato polmonare mentre se prendiamo in considerazione la media delle degenze le neoplasie sono le patologie in ambito internistico con più lunga durata.

Il Pronto Soccorso quotidianamente è setting di riferimento per la popolazione che non trova riscontro ai propri bisogni sul territorio, tanto che una grande quota di popolazione che vi accede non ha caratteristiche di codici di gravità che ne giustifichi l'accesso. Una parte considerevole di questa popolazione è > 65 aa e non dispone di contesto familiare o di rete amicale per cui l'accesso al Pronto Soccorso esita in ricoveri.

La conoscenza del contesto epidemiologico è fondamentale nella fase di programmazione delle attività sanitarie e quindi anche nella programmazione dell'offerta di cure domiciliari integrate.

Il numero di pazienti che potrebbero usufruire di CDI palliative in ambito domiciliare nella ASSL Sassari è pari a 470 ovvero il 65% dei casi attesi cosi come previsto dal DM Salute 22.02.2007 n° 43 " Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo , in attuazione dell'articolo 1 comma 169 Ln°311 del 30.12.2004.

- Contesto Assistenziale

L'azienda assicura l'assistenza per acuti tramite gli ospedali di riferimento per ogni area distrettuale, mentre per la *postacuzie* sono attive la Lungodegenza di Thiesi e Ittiri.

Nel territorio Aziendale *non è presente un Hospice* che possa accogliere malati terminali senza adeguato supporto familiare o di rete amicale.

La presa in carico del paziente fragile e la continuità delle cure fra i vari setting assistenziali (percorso ospedale- territorio- domicilio H-T-D) in un territorio vasto, con bassa densità abitativa, incremento della popolazione anziana e fragile che sempre più, anche per il contesto socioeconomico, necessità di risposte integrate sanitarie e socio assistenziali in sinergia con l'Ente Locale, impone di porre in essere tutti i provvedimenti possibili per migliorare la governance di sistema.

L'attuale organizzazione delle cure domiciliari è garantita da personale aziendale per quanto attiene la fase di presa in carico , decodifica del bisogno, valutazione dell'istanza e predisposizione del PAI mentre la fase erogativa delle prestazioni è in parte esternalizzata. Infatti il supporto infermieristico, riabilitativo fisioterapico, logopedico e socio assistenziale viene garantito da erogatore esterno individuato a seguito di gara ad evidenza pubblica. L'azienda eroga direttamente con proprio personale l'assistenza medico specialistica e il supporto psicologico nonchè il monitoraggio dell'intero percorso di cura.

Nell'ambito delle cure palliative operano personale medico specialista in anestesia e rianimazione, medici con competenze nel campo della palliazione, internisti, oncologi, geriatri, neurologi, chirurghi, fisiatri e al bisogno sono disponibili altre specialità anche di professionisti che prestano la propria opera in ospedale.

Nelle cure di terzo livello sono presenti medici con esperienza qualificata di gestione di casi complessi, acquisita durante il percorso professionale in ambito ospedaliero, sebbene attualmente alcuni prestano la loro attività sul territorio.

PROGETTO

Il progetto *ricade nell'ambito di assistenza distrettuale,* ancorché in alcune di queste tipologie di assistenza siano fondamentali gli apporti di professionalità ospedaliere, cosi da garantire una referenza unica per il malato e i familiari, al fine di assicurare una maggiore omogeneità nella gestione del paziente. Con questo progetto si intende potenziare le cure domiciliari integrate di 3°livello e Cure Palliative e a Malati Terminali *recependo in ambito aziendale* la delibera GRAS n° 10/22 del 221.02.2017 . Nonostante le cure palliative non siano di esclusiva pertinenza dei malati terminali neoplastici, costituendo per questi pazienti l'ambito prevalente di applicazione delle stesse, il progetto focalizzerà l'attenzione su questa tipologia di malati, senza escludere l'applicabilità dei principi esposti alle altre tipologie di malati terminali.

Come fase terminale deve intendersi pertanto la condizione di una persona affetta non solo da malattia neoplastica in fase avanzata e progressiva ma anche quella di una persona affetta da patologia cronico degenerativa e quindi con prognosi infausta, a breve e medio termine, per la presenza di alterazioni irreversibili.

Il malato terminale infatti non richiede più complessi accertamenti diagnostici ma l'esclusivo trattamento con cure palliative, intendendo l'insieme degli interventi terapeutici diagnostici ed assistenziali rivolti alla persona malata e al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e globale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da una inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta non risponde più a trattamenti specifici.

I punti più importanti su cui il progetto focalizza l'attenzione sono quelli che necessitano di azioni mirate tendenti ad affermare concetti pregnanti dell'assistenza al malato terminale, realizzando condizioni assistenziali uniformi e di equità in ambito aziendale ed in particolare si richiamano :

- Presa in carico globale e uniformità di criteri di valutazione attraverso l' implementazione del sistema di valutazione della complessità assistenziale per l'individuazione del profilo di cura
- Continuità delle cure e accesso domiciliare di medici specialisti esperti nella gestione dei pazienti portatori di bisogni complessi
- Integrazione con l'Ente Locale

1. Presa in carico globale e implementazione del sistema di valutazione della complessità assistenziale per l'individuazione del profilo di cura

L'assistenza a domicilio di un malato complesso cronico e/o terminale richiede una *presa in carico puntuale, certa* e se necessario *precoce* (vedasi malato Sla) della persona *nella sua globalità* intesa come dimensione fisica, emozionale, intellettuale, relazionale e spirituale con il *coinvolgimento attivo del proprio nucleo familiare.*

La "presa in carico" è legata alla "complessità" dei bisogni, della domanda, della valutazione dei bisogni e dell'offerta e, a tale complessità, è strettamente legato il concetto di unitarietà di azioni nei diversi livelli d'intervento e di continuità tra i bisogni, espressi da una domanda, e le risposte rappresentate dall'offerta di servizi; di risposte modulate nella loro gradualità e modulate nel tempo.

Il malato deve poter avere *professionisti* competenti sia in ambito clinico sia relazionali cosi da consentire di realizzare un rapporto empatico, di reciproca stima e fiducia tale da consentire la condivisione di emozioni, paure e ansie. Con questa azione di intende perseguire l'obiettivo di applicare ulteriori sistemi oggettivi di valutazione per uniformare i piani di assistenza del paziente garantendo al contempo qualità ed equità rispetto allo specifico bisogno .

All'uopo saranno adottate ed applicate già da subito delle ulteriori schede di valutazione (già al vaglio di apposito gruppo regionale di lavoro per utilizzo su tutto il territorio ATS) per pesare i bisogni assistenziali definendo i profili di cure cosi da attribuire successivamente degli standard assistenziali tarati per tipologia di paziente.

Nello specifico saranno utilizzate le seguenti schede :

I. Scheda sui profili di cura delle Cure domiciliari Integrate

Finalizzata alla valutazione della complessità assistenziale e all'individuazione del profilo di cura, la scheda dovrà essere compilata dall'Unità Operativa Cure Domiciliari Integrate (U.O. CDI) successivamente alla compilazione della scheda S.Va.M.A. da parte della UVT e all'individuazione del livello di assistenza (dal 1° al 3° livello assistenziale e un livello apposito per Cure palliative ai malati terminali). Resta inteso pertanto che la scheda non sostituisce in alcun modo la Scheda di Valutazione Multidimensionale predisposta dalla UVT né il Piano Attuativo degli Interventi, predisposto dalla U.O. CDI, bensì essa fornisce un supporto alla redazione di quest'ultimo.

La scheda identifica i 4 fattori che determinano il profilo di complessità assistenziale del caso in esame:

- patologia
- funzione
- supporto della rete sociale
- necessità assistenziali.

A ciascun fattore sarà attribuito un punteggio da 1 a 3 e la somma dei punteggi così ottenuti consentirà l'assegnazione del caso in esame ad uno dei profili di cura . Per quanto attiene al punteggio per patologia se il paziente è portatore di più patologie sarà attribuito il punteggio riferito alla patologia prevalente come carico assistenziale.

Vedasi allegato scheda 1)

II. Scheda sugli standard assistenziali in relazione ai profili di cura "

Finalizzata alla definizione degli standard assistenziali sulla base dei livelli di assistenza risultanti dalla valutazione multidimensionale e dei profili di complessità assistenziale individuati con la precedente scheda. Le Cure Palliative, sulla base della categorizzazione proposta, confluiranno nei vari livelli delle cure domiciliari integrate se erogate a pazienti non in stato terminale, mentre le stesse confluiranno automaticamente nel livello delle Cure Palliative per malati terminali, che si articola in tre profili (basso, medio e alto), qualora trattasi di pazienti in stato terminale.

Vedasi allegato scheda 2

2. Continuità delle cure e accesso domiciliare di medici specialisti esperti nella gestione di casi complessi

Il malato terminale ha necessità di avere *riferimenti certi sul territorio* non solo per l'assistenza programmata ma anche in caso di urgenza intesa nel senso lato. La continuità delle cure è garantita attraverso l'integrazione dei diversi ambiti d'assistenza e nei vari setting e con un'organizzazione delle cure domiciliari ad alta intensità che preveda disponibilità di personale sette giorni la settimana e l'attivazione della reperibilità notturna sia medica che infermieristica.

Ma la continuità delle cure è intesa in senso più ampio proprio in relazione al bisogno complesso da riscontrare per cui non si possono trascurare aspetti relativi alla:

- *Continuità dell'informazione (informational continuity) che* consente di comunicare tra quanti appartengono ai diversi ambiti di cura e interessa informazioni cliniche, personali e di contesto, utili ad assicurare la rispondenza al bisogno;
- *Continuità gestionale (management continuity)* importante in casi complessi che richiedono l'integrazione di più attori professionali / istituzionali nella gestione del percorso paziente attraverso un'azione sinergica ;
- *Continuità relazionale (relational continuity)* permette la connessione tra la dimensione pregressa e attuale e di prospettiva nella definizione dell'iter di cura/assistenza.;

Se la continuità delle cure non è garantita, nel malato e nella famiglia subentrano l'ansia e la paura che provano ad alleviare ricorrendo al ricovero in ospedale, luogo che nell'immaginario collettivo offre più garanzie per cui spesso l'ospedale diventa "rifugio alternativo " a criticità della rete territoriale e difficoltà di comunicazione e integrazione fra differenti ambiti di assistenza.

Altro aspetto da non trascurare è l'utilizzo dei Pronto Soccorso anche per codici non "gravi" in particolare per carenze di filtro territoriale e carenze nel governo della continuità delle cure .

L'assistenza domiciliare di cure palliative prevede l'affiancarsi alle figure professionali di base quelle di un'equipe esperta in cure palliative cosi da personalizzare la cura secondo i bisogni del malato; maggiore è il livello di complessità legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, maggior sarà l'impegno richiesto all' equipe

In merito al governance del percorso di cura a domicilio in particolare per i malati terminali si ritiene che debbano essere previste le seguenti azioni di miglioramento del sistema :

Azioni
• Consolidamento della procedura di dimissione protetta dai Presidi Ospedalieri del territorio di riferimento; • Attivazione pronta disponibilità infermieristica/ medico palliativista; • Perfezionamento degli accordi con il P.O di Alghero e Ozieri , con UOS di Malati Ventilati e Alta Complessità assistenziale del Distretto di Sassari per posizionamento di PEG, CVC , PIIC etc nei pazienti inseriti in CDI di 3 livello e CP e malati terminali; • Consolidamento degli accordi con i Presidi Ospedalieri del territorio per le consulenze specialistiche a domicilio in discipline non attualmente presenti nei servizi distrettuali; • Perseguimento dell'obbiettivo di cui alla delibera GRAS 10/22 del 21.02.2017 che prevede per l'ASSL di Sassari n° 6110 accessi specialistici per pazienti >65 inseriti in CDI di 3° livello e Cure Palliative e a malati terminali.

3. Integrazione con l'ente locale

La disponibilità di cure domiciliari integrate, quale nodo della rete dei servizi sociosanitari territoriali, permette alle persone fragili di usufruire di percorsi assistenziali appropriati nella stessa rete. In questa ottica le CDI concorrono anche alla razionalizzazione dei costi socio-economici per le famiglie e per la comunità, permettono, inoltre, di riequilibrare gli interventi del Servizio Sanitario, valorizzando il ruolo dei medici delle cure primarie e riducendo la domanda di assistenza ospedaliera, che deve essere riservata alle patologie di grave acuzie ad elevata complessità diagnostica.

L'integrazione istituzionale consente anche lo scambio di informazioni e gli interventi coordinati, a domicilio del malato e di condividere percorsi e procedure di accoglimento, valutazione e presa in carico di istanze di cittadini con bisogni complessi e la relativa progettualità.

In questo senso i Distretti Sanitari della ASSL di Sassari hanno realizzato importanti sinergie con i PLUS sia in termini di programmazione che di erogazione di servizi che per pazienti fragili . Pertanto nel merito si ritiene che la proficua collaborazione posta in essere debba essere consolidata realizzando sempre maggiori sinergie condividendo strategie, obiettivi, banca dati, strumenti di valutazione, formazione etc; cosi da consentire un livello di integrazione in grado di realizzare sinergie importanti cogliendo tutte le opportunità che si palesano per una governance della fragilità condivisa e partecipata.

MONITORAGGIO DELL'ATTIVITA' E QUALITA' DELLE CURE

Il monitoraggio e la valutazione del percorso di cura è fondamentale se si intende perseguire un obiettivo di sistema non solo di efficienza ma anche e sopratutto di efficacia, appropriatezza e qualità dell'assistenza erogata. Al contempo non si dimentichi che il monitoraggio continuo del PAI nel malato complesso è uno strumento significativo di condivisione e confronto dell'equipe di cura .

Ma la qualità delle cure al malato terminale è un prerogativa irrinunciabile che deve essere assicurata a questa tipologia di pazienti ove è più importante " come che quanto si vive".

Infatti nel contesto di cura ai malati terminali , cure globali e continue, che mirano non solo a rispondere ai bisogni fisici del malato, ma anche alle necessità psicologiche, emozionali e spirituali, l'obiettivo primario è dunque quello di garantire alla persona la miglior qualità di vita residua possibile. Prendersi cura della persona alla fine della vita comporta dunque non solo alleviarne le sofferenze, ma anche salvaguardarne la dignità del morire.

Tra i complessi e svariati bisogni delle persone alla fine della vita, c'è sicuramente il bisogno di un buon controllo del dolore e degli altri sintomi, ma anche il bisogno di rassicurazione, di ascolto e di silenzio, di rafforzare i legami con le persone care e di essere accompagnati fino alla morte.

La qualità di vita è appunto determinata da tutti questi aspetti, alla luce del vissuto personale di ciascuno. Affinché la qualità di vita possa essere tutelata, è necessario però prevedere una sua attenta valutazione da parte dell'équipe di cura, che dovrà pertanto prendere in considerazione una serie di parametri oggettivi e soggettivi.

Gli indicatori cui si farà riferimento nel monitoraggio e valutazione del progetto oltre a quelli richiesti dalla RAS con la Delibera di G.RAS 10/22 del 21.02.2017 sono:

Area	Obiettivo di Progetto	Indicatore	Valore atteso	Ambito riferimen
Presa in Carico Globale	Tempistica di presa in carico	Termine entro quale si procede a valutazione preliminare	72 h	Aziendale
Presa in Carico Globale	Tempestività' attivazione cure	Tempo massimo di attivazione PAI giorno dimissione	contestuale	Aziendale
Presa in Carico Globale	Formalizzazione consenso informato	N° consensi in cartella / n° PAI attivati	100,00%	Aziendale
Continuità' delle Cure	Pronta disponibilità'infermieristica / medico palliativista	Attivazione pronta disponibilità	Si/No	Aziendale
Continuità' delle Cure	Riduzione accessi impropri pronto soccorso	N° accessi in pronto soccorso durante periodo assistenza CDI 3 livello / N° pazienti in CDI	In riduzione	
Accesso domiciliare di Specialisti	Consulenza specialistica a domicilio	N° accessi annui medico specialista / pazienti inseriti in CDI 3 livello CP e malati terminali	Del G.RAS 10/22 del 21/02/2017	Aziendale
Valutazione MD	Utilizzo scheda valutazione complessità assistenziale e profili cura	N° casi valutati con anche con scheda 1) e 2) / n° casi in CDI di 3 livello CP e malati terminali	➢ 90%	*Aziendale*

ALL. 1

SCHEDA SUI PROFILI DI CURA NELLE CDI

Caratteristiche di complessità da considerare:

1. PATOLOGIA

PZ 1° LIVELLO	punteggio	PZ 2° LIVELLO	punteggio	PZ 3° LIVELLO	punteggio	Pz. TERMINALE CURE PALLIATIVE	punteggio
Tumori	3	Tumori	3	Tumori	3	Tumori	3
Esiti frattura + Esiti amputazione +artroprotesi	1	Esiti frattura + Esiti amputazione +artroprotesi	1	Esiti frattura + Esiti amputazione +artroprotesi	1	Sindromi da immobilizzazione con grave compromissione di organi vitali in fase terminale	3
Anemia + mielodisplasia (monitoraggio)	1	Anemia + mielodisplasia (monitoraggio)	1	Anemia + mielodisplasia (monitoraggio)	1		
Malattie vascolari del SNC	2	Malattie vascolari delo SNC	2	Malattie vascolari delo SNC	2		
Arteriopatia+ Ins. Venosa Arti Inferiori	2	Arteriopatia + Ins. Venosa Arti Inferiori (ulcere I/II)	2	Arteriopatia + Ins. Venosa Arti Inferiori (ulcere I/II)	2		
Ascesso perianale + fistola	2	Ascesso perianale + fistola	2	Ascesso perianale + fistola	2		
Malattie degenerative del SNC che non necessitano di ventilazione assistita	3	Malattie degenerative del SNC che non necessitano di ventilazione assistita	3	Malattie degenerative del SNC che non necessitano di ventilazione assistita	3		
Epatopatia + cirrosi epatica	3	Epatopatia + cirrosi epatica	3	Epatopatia + cirrosi epatica	3		
Malattie dell'apparato cardio respiratorio	3	Malattie dell'apparato cardio respiratorio	3	Malattie dell'apparato cardio respiratorio	3		
Diabete scompensato/ complicato	2	Diabete scompensato/ complicato	2	Diabete scompensato/ complicato	2		
Sindrome da allettamento/ immobilizzazione	2	Sindrome da allettamento/ immobilizzazione	2	Sindrome da allettamento/ immobilizzazione	2		
Patologie da malassorbimento intestinale	1	Patologie da malassorbimento intestinale	1	Patologie da malassorbimento intestinale	1		
Insufficienza renale cronica	1	Insufficienza renale cronica	1	Insufficienza renale cronica	1		
Malattie reumatiche (LES, artrite reumatoide) con compromissione lieve	1	Malattie reumatiche (LES, artrite reumatoide) con compromissione lieve	1	Malattie reumatiche (LES, artrite reumatoide) con compromissione lieve	1		
Linfedema	3	Linfedema	3	Linfedema	3		

Ustioni	3	Ustioni	3	Ustioni	3		
Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici	2	Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici	2	Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici	2		
Malattie osteoarticolarei con compromissione funzionale	1	Malattie osteoarticolarei con compromissione funzionale	1	Malattie osteoarticolarei con compromissione funzionale	1		

2. FUNZIONE (Bartel valutazione mobilità + Bartel valutazione situazione funzionale, presenti nella scheda SVAMA)	**punteggio**
Indice di bartel 0-30	3
Indice di bartel 31-66	2
Indice di bartel 67-100	1

3. SUPPORTO RETE SOCIALE (della scheda Svama)	**punteggio**
0-80	1
85-160	2
165-240	3

4. NECESSITA' ASSISTENZIALI	**punteggio**
Prelievo ematico	1
Controllo parametri ventilatori	2
Terapia iniettiva endovenosa	3
Posizionamento catetere venoso periferico	2
Posizionamento cateterino sottocutaneo	2
Terapia infusionale con necessità di sorveglianza medica	3
Terapia infusionale endovenosa	2
Emotrasfusione e infusione emoderivati	3
Paracentesi	3
Toracentesi	3
Altre manovre invasive	3

Assistenza/gestione pompa infusionale	1
Gestione cateteri spinali o sistemi di neuromodulazione del dolore	3
Gestione drenaggi	1
Gestione ventilazione meccanica domiciliare	3
Gestione tracheostomia	2
Sostituzione cannula tracheale	3
Broncoaspirazione	3
Gestione ossigenoterapia	1
Gestione PEG	2
Gestione SNG	1
Gestione cateterismo sottocutaneo/venoso periferico	1
Gestione cateterismo venoso centrale/ sist. Port-a-cath/PICC	3
Posizionamento/sostituzione/gestione Cateterismo Vescicale (comprese derivazioni urinarie)	1
Gestione alvo (Clistere evacuativo/evacuazione manuale)	1
Gestione enterostomie	1
Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale, ecc)	1
Rimozione dei punti/graff di sutura	1
Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, ecc)	3
Nutrizione parenterale totale	3
Terapia riabilitativa psicomotoria e logopedia	1
Bisogno di assistenza tutelare /aiuto infermieristico	1
Dialisi peritoneale domiciliare	3

Totale punteggio pz (patologia+funzione+supporto sociale+necessità ass.li) =	

ALL. 2

Scheda sugli standard assistenziali in relazione ai profili di cura

Livello di CDI	Profilo di Cura	Standard di assistenza
I (comprende cure palliative ai malati non terminali)	**BASSO punteggio fra 4 e 7 secondo la tabella profili**	MMG o PLS: da 1 a 2 accessi mensili, esclusa la valutazione
		Infermiere: da 2 a 6 accessi mensili (max 30min)
		Professionista della riabilitazione da 0 a 2 accessi settimanali (max 45min)
		Medico Specialista: da 0 a 1 accesso mensile
		OSS: da 0 a 2 accessi
	ALTO punteggio fra 8 e 12 secondo la tabella profili	MMG o PLS: da 1 a 2 accessi mensili esclusa la valutazione
		Medico Specialista: da 0 a 1 accesso mensile
		Infermiere: da 7 a 12 accessi mensili (max 30min)
		Professionista della riabilitazione da 0 a 3 accessi settimanali (max 45min)
		OSS: da 1 a 3 accessi settimanali (60min)
II (comprende cure palliative ai malati non terminali)	**BASSO punteggio fra 4 e 6 secondo la tabella profili**	MMG o PLS: da 2 a 4 accessi mensili, esclusa la valutazione
		Specialista: da 0 a 2 accessi mensili
		Infermiere: da 8 a 16 accessi mensili (30 min)
		Professionista della riabilitazione da 0 a 3 accessi settimanali (45min)
		OSS: da 1 a 4 accessi settimanali (60-90min.)
	ALTO punteggio fra 9 e 12 secondo la tabella profili	MMG o PLS: da 2 a 4 accessi mensili
		Specialista: da 0 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione (45min)
		Infermiere: da 8 a 20 accessi mensili (30- 45 min)
		Professionista della riabilitazione da 0 a 3 accessi settimanali (max 45min)

		OSS: da 2 a 5 accessi settimanali (60-90min.)
III (comprende cure palliative ai malati non terminali)	**BASSO punteggio fra 4 e 7 secondo la tabella profili**	MMG o PLS: da 2 a 4 accessi mensili, esclusa la valutazione
		Specialista: da 1 a 4 accessi mensili
		Infermiere: da 20 a 30 accessi mensili (60 min)
		Professionista della riabilitazione da 0 a 5 accessi settimanali
		OSS: da 1 a 6 accessi settimanali (60-90min)
		Psicologo: da 1 a 2 accessi mensili (60 min)
	ALTO punteggio fra 9 e 12 secondo la tabella profili	MMG o PLS: da 2 a 4 accessi mensili, esclusa la valutazione
		Specialista: da 2 a 6 accessi mensili
		Infermiere: da 30 a 56 accessi mensili (60 min)
		Professionista della riabilitazione da 0 a 6 accessi settimanali (45 min)
		OSS: fino a 9 accessi settimanali (60-90min)
		Psicologo: da 1 a 2 accessi mensili (60 min)
CURE PALLIATIVE TERMINALI (comprende **necessariamente** tutti i malati terminali)	**BASSO punteggio 4-7 secondo la tabella profili**	MMG o PLS: da 4 a 8 accessi mensili
		Medico di continuità assistenziale (ore notturne, festivi e prefestivi)
		Medico Specialista (compreso Medico esperto in Cure palliative): da 4 a 6 accessi mensili
		Infermiere: da 8 fino a 30 accessi mensili (60 min)
		Reperibilità sulle 24 ore di un medico palliativista e dell'infermiere
		Professionista della riabilitazione da 0 a 2 accessi settimanali
		OSS: da 1 a 12 accessi settimanali (60-90min)
		Psicologo: da 1 a 4 accessi mensili (60 min)
	ALTO punteggio 8-12 secondo la tabella profili	MMG o PLS: da 4 a 8 accessi mensili
		Medico di continuità assistenziale (ore notturne, festivi e prefestivi)
		Medico Specialista (compreso Medico esperto in Cure palliative): da 4 a 6 accessi mensili
		Infermiere: da 30 fino a 60 accessi mensili (60 min)
		Reperibilità sulle 24 ore di un medico palliativista e dell'infermiere
		Professionista della riabilitazione da 0 a 2 accessi settimanali
		OSS: da 1 a 12 accessi settimanali (60-90 min)
		Psicologo: da 1 a 4 accessi mensili (60 min)