

Disposizioni operative

Punto Unico di Accesso (PUA) e Unità di Valutazione territoriale (UVT)

Percorso assistenziale delle Cure Domiciliari Integrate (CDI)

e

delle Cure Palliative Domiciliari (CPD)

Sommario

1	Premessa	2
2	Scopo	2
3	Campo di applicazione	2
4	Terminologia, definizioni e riferimenti normativi.....	3
4.1	Terminologia e definizioni	3
4.2	Riferimenti normativi.....	5
5	Il Punto unico di accesso ai servizi territoriali (PUA).....	7
5.1	Composizione del PUA.....	7
5.2	Organizzazione del PUA.....	8
6	L'Unità di Valutazione Territoriale (UVT)	8
6.1	Composizione dell'UVT	9
6.2	Organizzazione delle UVT	9
6.3	Modalità operative dell'UVT.....	10
6.4	Responsabilità	11
6.4.1	Inserimenti in CDI	11
6.4.2	inserimenti in RSA	12
6.4.3	inserimenti in strutture di riabilitazione socio-riabilitativo residenziale e/o a ciclo diurno	12
6.5	Vincoli temporali	12
6.6	Dimissione, cessazione o sospensione	13
7	Il percorso assistenziale delle CDI e CPD	13
7.1.1	La segnalazione.....	14
7.1.2	La valutazione preliminare	15
7.1.3	La valutazione multidimensionale del bisogno (VMD)	17
7.1.4	Il Progetto di Assistenza Individuale (PAI)	19
7.1.5	La presa in carico, la definizione del POI e l'erogazione dell'assistenza	20

1 Premessa

Il **Punto Unico di Accesso** (PUA) è individuato, dalle disposizioni regionali vigenti, quale lo "snodo" dei percorsi sociosanitari, il luogo ove si attua la presa in carico globale della persona "fragile" e della sua famiglia; al suo interno si svolgono funzioni di accoglienza e di front-office, funzione di relazione ed ascolto, decodificazione dei bisogni, orientamento ai servizi e invio delle persone ai servizi sociosanitari della Rete. Il Punto Unico d'Accesso (PUA) è, inoltre, il luogo dove ogni cittadino può rivolgersi per ottenere informazioni relativa ai servizi sociali, socio sanitari e sanitari del territorio di competenza del Distretto, alle prestazioni erogate, alle modalità e tempi di accesso.

Il PUA garantisce, in particolare, la continuità e la tempestività delle cure alle persone con problemi sociosanitari complessi alle quali devono essere fornite risposte multiple di tipo sanitario (Cure domiciliari prestazionali, riabilitazione globale, etc.) o socio-sanitarie (Cure Domiciliari Integrate, residenzialità diurna o a tempo pieno, case protette, progetti "ritornare a casa" etc.). Il PUA è dedicato in particolare a persone anziane e con disabilità; è gestito da uno staff di operatori sociali e sanitari che ascoltano e analizzano i bisogni dell'utente e dei familiari, individuano con loro il percorso terapeutico più adatto e li accompagnano in ogni fase.

L'**Unità di Valutazione Territoriale** (UVT) è definita quale struttura operativa distrettuale che persegue l'obiettivo dell'integrazione tra l'Ospedale ed il Territorio e tra i servizi sociali e sanitari presenti nel territorio e rappresenta l'organismo deputato a gestire le modalità di attivazione della rete dei servizi. E' l'organismo deputato alla valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle condizioni di bisogno sociosanitario complesso ed ha il compito di predisporre ed offrire all'Utente il Progetto Assistenziale Personalizzato (PAI).

2 Scopo

Il presente documento ha lo scopo di assicurare una adeguata presa in carico del paziente fragile ed offrire ad esso la tipologia di cure più appropriata a soddisfare i propri bisogni assistenziali, con modalità analoghe in tutto l'ambito territoriale della ASSSL Nuoro, mediante la riproposizione delle funzioni e delle modalità operative dei PUA e delle UVT, così come previste dalle disposizioni vigenti nonché assicurare il percorso delle cure domiciliari integrate e delle cure palliative integrate, ai sensi della vigente regolamentazione regionale o aziendale.

3 Campo di applicazione

Le disposizioni trovano applicazione in tutti i casi di persone portatrici di bisogno, semplice o sociosanitario complesso, quali in particolare, le persone affette da malattie cronico-degenerative in condizioni di non autosufficienza per i quali debba essere richiesta l'attivazione dei servizi di Cure Domiciliari Integrate (CDI),

l'inserimento in RSA, l'inserimento in trattamento socio riabilitativo globale residenziale ed a ciclo diurno, l'inserimento in Comunità Integrata, l'inserimento in Centro Diurno, l'inserimento in Hospice, progetto "Tornare a casa" o altri progetti a valenza socio sanitaria.

4 Terminologia, definizioni e riferimenti normativi

4.1 Terminologia e definizioni

Paziente fragile: persona di età avanzata o molto avanzata cronicamente affetta da patologie multiple con stato di salute instabile frequentemente con disabilità in cui gli effetti dell'irivvecchiamento e delle malattie sono spesso complicati da problematiche di tipo socio-economico e psico-comportamentali.

Bisogno: stato di carenza e/o mancanza di natura fisica, mentale, psicologica e sociale che porta ad una situazione di disagio dell'individuo.

Bisogno complesso: si tratta dello stato soggettivo di carenza e/o perdita di equilibrio o di integrità bio-psico-sociale che diventa complesso quando richiede una risposta che coinvolge le diverse dimensioni sociale e sanitario ed è pertanto sempre sociosanitario.

Case manager: è un professionista che opera come riferimento e "facilitatore" per la persona che ha bisogni complessi sociosanitari e ha il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale, per coordinare le risorse e migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza; di norma è individuato dall'Unità di Valutazione Territoriale (UVT), al suo interno o anche all'esterno; il ruolo di case manager è assunto da figure assistenziali diverse a seconda della complessità del paziente e integra il lavoro dell'UVT, con diversi professionisti che intervengono al momento più opportuno nella gestione del piano personalizzato di assistenza, applicando il metodo di lavoro di team con compiti e responsabilità assegnate; rappresenta il principale riferimento organizzativo per l'assistito, per la sua famiglia e gli operatori dell'equipe assistenziale multi-professionale.

Preso in carico: è un processo, un insieme di azioni, percorsi, strategie che il Servizio Sanitario mette in atto per rispondere ai bisogni di salute complessi e che richiedono un'assistenza continuativa o prolungata nel tempo coinvolgendo diverse professionalità; nell'ottica del PUA, la "presa in carico" può essere definita come "un processo integrato e continuativo che si configura come "governo" di un insieme articolato e coordinato di interventi rivolti a soddisfare un bisogno complesso e articolato"; 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"; la complessità, infatti, richiede "unitarietà" di azioni nei diversi livelli di intervento: tra soggetti istituzionali, tra soggetti professionali, tra i diversi attori che operano nel contesto socio-ambientale:

famiglia, ambiente sociale, comunità; la complessità, richiede anche "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; la presa in carico si compone di diverse fasi e momenti: richiesta di aiuto, analisi della domanda, progetto di intervento, elaborazione e attuazione del Progetto personalizzato individualizzato e del Piano attuativo degli interventi, o verifica e valutazione.

CDI: Cure Domiciliari Integrate. Sono interventi di assistenza sanitaria e sociale che prevedono trattamenti medici, infermieristici, farmacologici, riabilitativi ed abilitativo-educativi 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, finalizzati a stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana; esse sono state oggetto di recente definizione attraverso il D.P.C.M. sui livelli essenziali di assistenza¹, in particolare agli art. 22 e 23.

PUA: Punto Unico di Accesso ai servizi alla persona (socio-sanitari territoriali aziendali).

UVT: Unità di Valutazione Territoriale. (multidisciplinare).

Integrazione socio-sanitaria: il Decreto Lgs 229/199 la definisce: "tutte le attività atte a soddisfare, mediante un complesso processo assistenziale, i bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione"; si attua su tre livelli: istituzionale, gestionale, professionale.

PAI Progetto di Assistenza Individuale. Definisce *"i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, socio-sanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia. Il coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato"*.

POI Piano Operativo Individuale (POI) definisce il numero degli accessi, le frequenze, il fabbisogno farmaceutico, i presidi e la tipologia delle prestazioni, riportate nel PAI, che ogni singolo operatore deve eseguire a domicilio del paziente. Possono esserci eventuali integrazioni con altri servizi di natura sanitaria e socio assistenziale.

Fascicolo multiprofessionale individuale è il documento che contiene i dati relativi al paziente (dati anagrafici, data inizio programma, operatori di riferimento, diagnosi), gli strumenti di valutazione utilizzati, il piano di trattamento con aggiornamenti, le prestazioni erogate, le verifiche, i risultati raggiunti e motivazione della chiusura del programma.

Caso trattato, al fine della rilevazione nei flussi informativi, è il paziente inserito nella rete delle CDI/CPD dal momento dell'ammissione al momento della sua dimissione; si computano tanti casi quanti sono i cicli di ammissione/dimissione in CDI/CPD; se il paziente trattato deve sospendere il trattamento (ad esempio per ricovero) esso costituisce un unico caso; la rivalutazione è un evento naturale del percorso di CDI/CPD che di per se non costituisce titolo per la chiusura del caso.

RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale.

4.2 Riferimenti normativi

Legge 328 del 8.11.2000 recante: "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

DPCM del 13.2.2001 recante: "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";

DGR n.7/5 del 21.02.2006 recante: "Istituzione del punto unico di accesso alla persona e delle Unità di Valutazione Territoriale;

DGR n.2516 del 13.06.2006 recante: "Linee di indirizzo in materia di RSA e di CDI";

DGR n.42111 del 04.06.2006 recante: "Linee di indirizzo per l'attuazione del programma sperimentale 'Tornare a casa'";

DGR n.45/24 del 07.06.2006 recante: "Linee di indirizzo per l'istituzione della rete pubblica delle assistenti familiari (badanti) per il sostegno alle persone non autosufficienti";

Legge regionale n.02 del 29.05.2007, art.34 recante Istituzione del Fondo Regionale per la non autosufficienza";

DGR n.22/32 del 02.06.2007 recante: "Piani personalizzati di sostegno in favore di persone con handicap grave;

DGR n.27/41 del 17.07.2007 recante: "Fondo per la non autosufficienza. Prima attuazione dell'art.34, comma 4, lettera a) della L.R. 29.05.2007, n.2;

DGR n.30/34 del 02.08.2007 recante: "Fondo per la non autosufficienza: interventi immediati di sostegno a favore di particolari condizioni di non autosufficienza;

DGR n.44/11 del 31.07.2007 recante: "Fondo per la non autosufficienza: sostegno alle persone anziane che si avvalgono dell'aiuto di un assistente familiare";

DGR n.51/37 del 20.12.2007 recante:" Fondo per la non autosufficienza: finanziamento dei piani personalizzati a favore di persone con grave disabilità, avvio del programma regionale a favore degli anziani non autosufficienti";

DGR n.51/49 del 20.12.2007 recante: "Direttive per la riqualificazione delle CDI" sostituita dalla DGR 35/17 del 10.07.2018;

DGR 53/8 del 27.12.2007 recante: "Attività sanitarie e sociosanitarie di riabilitazione: parametri di fabbisogno e sistema di remunerazione";

DGR n.6/25 del 30.01.2008 recante: "Adeguamento delle tariffe per le prestazioni di riabilitazione globale ex art. 26 legge 833178";

DRG n.15/24 del 13.4.2010 recante: "Linee guida sul funzionamento del Punto Unico di Accesso nel processo delle Cure Domiciliari Integrate e nei percorsi socio-sanitari";

legge 15 marzo 2010, n. 38 recante: "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore";

DRG n. 52/85 del 23.12.2011 recante: "Fondo per la non autosufficienza: rafforzamento dei Punti Unici di Accesso e delle Unità di Valutazione Territoriale";

DGR n. 44/8 del 7.11.2012 recante: "LR. n.412006, art. 17, comma 1. Fondo per la non autosufficienza. Programma "Ritornare a casa". Approvazione linee d'indirizzo e relativa modulistica "Progetto personalizzato" e "Verbale UVT";

DGR n.47/25 del 30.12.2010 recante: "Potenziamento del sistema dell'Assistenza Domiciliare Integrata";

DGR n.30/16 del 30.7.2013 recante: "L.R. n. 412006, art. 17, comma i. Fondo per la non autosufficienza, Programma "Ritornare a casa". Copertura della quota di cofinanziamento comunale per l'anno 2013. Integrazione del Fondo non autosufficienza mediante prelevamento dal Fondo sanitario regionale anno 2013 ex art. 4, comma 3, LR. n. 1212013. Approvazione preliminare;

DGR n. 53/60 del 20.12.2013 recante: "Finanziamento a favore delle Aziende Sanitarie Locali per gli interventi finalizzati allo sviluppo del sistema dell'Assistenza Domiciliare Integrata";

DRG n.19/25 del 27.5.2014 recante: "Fondo nazionale per le non autosufficienze annualità 2013. Definizione di nuove modalità operative per il finanziamento degli interventi per le non autosufficienze. Potenziamento del supporto domiciliare alla persone in situazione di disabilità grave"

DRO n.49/11 del 9.12.2014 recante: "Finanziamento a favore delle Aziende Sanitarie Locali per gli interventi finalizzati allo sviluppo del sistema dell'Assistenza Domiciliare Integrata";

Legge Regionale 17 novembre 2014, n. 23 Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale Modifiche alle leggi regionali n.23 del 2005, n 10 del 2006 e n.21 del 2012

DPCM 12.01.2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

DGR 35/17 del 10.07.2018 "Sistema delle cure domiciliari integrate (CDI) e delle Cure Domiciliari Palliative ai

malati terminali (CPD)

5 Il Punto unico di accesso ai servizi territoriali (PUA)

Il Punto Unico di Accesso (PUA) è individuato, dalla normativa regionale vigente, quale struttura organizzativa formalmente presente in ogni Distretto, e rappresenta il luogo di attivazione della rete socio-sanitaria territoriale. Il PUA è il luogo ed il momento di integrazione professionale delle diverse figure coinvolte e della integrazione istituzionale tra la componente sociale e sanitaria, finalizzata alla erogazione di una assistenza socio-sanitaria; esso garantisce la continuità e la tempestività delle cure alle persone con problemi socio-sanitari complessi, cui devono essere fornite risposte multiple di tipo sanitario e sociosanitario.

Il PUA assicura inoltre adeguate informazioni sull'offerta dei servizi, anche a sostegno di una scelta consapevole dell'utente e/o della sua famiglia, garantisce una valutazione multidimensionale e un progetto personalizzato, accorciando i tempi di risposta ed evitando percorsi complicati che costituiscono spesso le cause dell'ospedalizzazione impropria.

Il PUA rappresenta il punto di coordinamento della presa in carico e garantisce:

- l'accoglienza, l'ascolto e la valutazione del bisogno di natura socio-sanitaria da qualsiasi fonte esso provenga;
- l'equità nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli;
- la funzione di prima valutazione del bisogno;
- l'unitarietà della risposta;
- la funzione di sportello informativo e orientamento dell'utente;
- la raccolta delle schede di contatto delle richieste di intervento che vi giungono;
- l'attivazione del percorso di Valutazione Multidimensionale, garantendo la tempestività della risposta fornita;
- la calendarizzazione delle sedute della UVT;
- la convocazione dei componenti della UVT;
- la comunicazione di esito conclusivo del procedimento di valutazione dell'UVT alla persona portatrice di bisogno o alla persona di riferimento indicata.

5.1 Composizione del PUA

Le figure professionali impegnate nel PUA sono:

- assistente sociale
- medico di Distretto
- medico di direzione di PO (nel contesto ospedaliero)
- infermiere
- amministrativo

5.2 Organizzazione del PUA

Il Punto Unico di Accesso (PUA) è unico per ciascun Distretto ed attivo in giorni ed orari predefiniti e resi noti tramite pubblicazione sul sito della ASSSL.

Negli stabilimenti ospedalieri sono previste delle articolazioni operative a garanzia della continuità assistenziale dotate di personale proprio.

6 L'Unità di Valutazione Territoriale (UVT)

L'UVT è individuata, dalla normativa regionale vigente, quale la struttura operativa distrettuale che persegue l'obiettivo dell'integrazione tra l'Ospedale ed il Territorio e tra i servizi sociali e sanitari presenti nel territorio e rappresenta l'organismo deputato a gestire le modalità di attivazione della rete dei servizi. E' l'organismo deputato alla valutazione multidimensionate e multidisciplinare delle condizioni di bisogno sociosanitario complesso ed ha il compito di predisporre ed offrire all'Utente il Progetto Assistenziale Personalizzato (PAI).

L'UVT ha il compito di individuare ed attivare la risposta assistenziale più appropriata per il paziente con bisogno sociosanitario complesso nel pieno rispetto della volontà e della libertà di scelta dello stesso.

In particolare, opera in modo da:

- favorire la permanenza del pz fragile nell'ambito familiare il più a lungo possibile e nelle condizioni più adeguate;
- prefiggersi il rientro del pz nell'ambiente familiare dopo eventuale permanenza presso strutture residenziali;
- ricercare il miglioramento della qualità di vita del pz qualunque sia il setting assistenziale offerto;
- coinvolgere e valorizzare tutte le risorse del territorio e quelle familiari al fine di una migliore assistenza; - razionalizzare la spesa sociosanitaria
- alimentazione dei flussi informativi come da normativa.

6.1 Composizione dell'UVT

Nell'ambito dei Distretti Sociosanitari di Nuoro, Macomer, Sorgono e Siniscola sono costituite le Unità di Valutazione Territoriale (UVT), ciascuna composta da un:

nucleo stabile rappresentato dalle seguenti figure professionali:

- medico di assistenza distrettuale
- medico di Direzione di PO, per dimissioni protette da PO (nei distretti di Nuoro e Sorgono)
- medico fisiatra o figura equipollente
- infermiere
- assistente sociale

ed è integrata da alcune figure professionali sempre presenti nella gestione del singolo caso che formano un: nucleo allargato (variabile), ovvero:

- MMG/PLS del Paziente o Medico di reparto ospedaliero nel quale il pz stesso è ricoverato;
- medico specialista dipendente o convenzionato competente per la patologia principale;
- altre figure professionali che la complessità del caso esige (es. Psicologo, etc).

Il MMG/PLS o il Medico del reparto ospedaliero possono, in alternativa alla propria presenza, far pervenire tramite supporto informatico le schede cliniche di competenza debitamente compilate.

La presenza dell'Assistente sociale del Comune di residenza del paziente è richiesta per l'inserimento, in RSA nel caso in cui le condizioni economiche e/o sociali della famiglia richiedano la surroga del Comune per il pagamento della quota sociale della retta.

L'UVT si occupa altresì delle valutazioni multidimensionali necessarie al fine dell'attivazione dei progetti "Tornare a casa", "Domotica", "Home care premium" etc.

L'UVT formula il Piano di Assistenza Individuale (PAI).

Il PAI è redatto sul supporto informatizzato SISAR come normato dall'Assessorato Igiene e Sanità della RAS e con tale modalità inviato alle UU.OO. che erogano il servizio assistenziale: CDI, RSA, Protesica, etc.

6.2 Organizzazione delle UVT

Le UVT di ciascun distretto assicurano che siano svolte sedute in giorni ed orari predefiniti e resi noti tramite pubblicazione sul sito aziendale. Assicurano, inoltre sedute specifiche, in giorni ed orari prestabiliti e resi noti tramite pubblicazione sul sito aziendale, negli ospedali San Francesco di Nuoro e San Camillo di Sorgono al fine di assicurare una adeguata continuità assistenziale.

6.3 Modalità operative dell'UVT

in sintesi le attività espletate dalla UVT sono le seguenti:

- valutazione multidimensionale attraverso l'uso della scheda S.Va.M.A con l'individuazione del livello di assistenza più appropriato per la persona;
- individuazione del profilo assistenziale attraverso l'utilizzo della *Scheda per l'individuazione del profilo assistenziale nelle Cure Domiciliari Integrate (CDI) e nelle Cure Palliative Domiciliari (CPD)*;
- elaborazione del PAI.

In dettaglio, l'UVT:

riceve la domanda di intervento assistenziale dal PUA e la esamina secondo l'ordine cronologico di arrivo;

in caso di proposta di inserimento in cure domiciliari integrate

- valuta la persona non autosufficiente o a rischio di non autosufficienza secondo modalità multidimensionali;
- formula un Piano di Assistenza Personalizzato (PAI) per garantire al pz un percorso assistenziale nella rete dei servizi tenuto conto delle condizioni familiari e relazionali;
- definisce l'entità e la natura del bisogno di assistenza domiciliare integrata assegnando il profilo di cura;
- indirizza correttamente il pz verso il percorso assistenziale più appropriato definendo le modalità erogative degli interventi;
- definisce i tempi previsti per la realizzazione del Piano Attuativo degli Interventi;
- effettua il monitoraggio e la valutazione dei risultati dell'intervento e dispone per eventuali rimodulazioni o proroghe del PAI;

in caso di proposta di inserimento in RSA:

- valuta la persona non autosufficiente o a rischio di non autosufficienza secondo modalità multidimensionali;
- formula il proprio assenso o il proprio diniego all'istanza di inserimento in RSA;
- procede alla stesura di un progetto personalizzato di assistenza;
- stabilisce la durata del ricovero nella struttura;
- mantiene rapporti periodici con l'unità di valutazione interna alla struttura;
- esercita le funzioni di controllo e valutazione dei risultati assistenziali a beneficio dell'Utente; • cura la tenuta della documentazione relativa al caso;

- ricevuta la proposta di proroga della degenza, la valuta ed esprime assenso o diniego alla stessa;

l'assenso dell'UVT all'ammissione in RSA costituisce fonte autorizzativa ai fini della corresponsione della quota sanitaria della retta mensile da perfezionare con parere amministrativo dell'Ufficio Protesi distrettuale (entro 48 h);

in caso di **proposta di inserimento presso strutture di riabilitazione**:

- valuta la persona disabile secondo modalità multidimensionali e definisce il profilo dell'intervento riabilitativo;
- autorizza o nega l'inserimento e/o la proroga dell'assistenza presso le strutture di riabilitazione;
- formula un progetto personalizzato;
- effettua il monitoraggio e la valutazione dei risultati dell'intervento e dispone per eventuali rimodulazioni o proroghe;

l'assenso dell' UVT all'ammissione in strutture riabilitative a ciclo continuativo o diurno, sia a seguito di dimissione ospedaliera che a provenienza dal proprio domicilio o da altra struttura residenziale, costituisce fonte autorizzativa quale impegno di spesa per la stessa.

Con modalità analoghe sono assicurate le valutazioni in ordine a progetti quali "Ritornare a casa" nonché i bisogni sanitari di Utenti ricoverati presso strutture residenziali.

6.4 Responsabilità

Il Dirigente medico di assistenza distrettuale incaricato del ruolo di Responsabile dell'UVT sovrintende alla pianificazione delle sedute dell'UVT con particolare cura per il rispetto dei vincoli temporali indicate nel presente documento; si confronta con i servizi aziendali e gli altri enti (Comuni, etc.) al fine di stabilire rapporti di proficua collaborazione con l'UVT; è responsabile dell'uso delle risorse assegnate all'UVT in funzione di efficienza ed appropriatezza.

Inoltre, per quanto concerne:

6.4.1 Inserimenti in CDI

- il Dirigente Medico di assistenza distrettuale riceve dal PUA la richiesta di valutazione e convoca l'UVT; a lui compete il compito di validare la seduta e di farsi garante della correttezza e integrità della compilazione dei verbali e delle schede di valutazione;
- il segretario della UVT verbalizza la seduta e trasmette per supporto informatico Sisar gli atti alle Cure

Domiciliari per l'erogazione dell'assistenza e per la gestione amministrativa del caso;

- gli altri componenti dell'UVT assumono profili di responsabilità per gli aspetti professionali e tecnici di rispettiva competenza;
- I MMG/PLS sono i responsabili clinici del caso;

6.4.2 inserimenti in RSA

- il Dirigente Medico di assistenza distrettuale è il responsabile del caso; riceve dal PUA la richiesta di valutazione e convoca l'UVT; a lui compete l'accertamento della validità della seduta e della correttezza e integrità della compilazione informatica dei verbali e delle schede di valutazione;
- il segretario della UVT verbalizza e trasmette per supporto informatico Sisar gli atti alle UU.00 competenti per l'erogazione dell'assistenza e per la gestione amministrativa del caso;
- gli altri componenti dell'UVT assumono profili di responsabilità per gli aspetti professionali e tecnici di rispettiva competenza;

6.4.3 inserimenti in strutture di riabilitazione socio-riabilitativo residenziale e/o a ciclo diurno

- il Dirigente Medico di assistenza distrettuale riceve dal PUA la richiesta di valutazione e convoca l'UVT; a lui compete il compito di validare la seduta e di farsi garante della correttezza e integrità della compilazione della documentazione;
- il segretario della UVT verbalizza la seduta e trasmette per supporto informatico Sisar gli atti alle strutture assistenziali identificate;
- gli altri componenti dell'UVT assumono profili di responsabilità per gli aspetti professionali e tecnici di rispettiva competenza.

6.5 Vincoli temporali

La trasmissione della domanda di valutazione da parte del PUA all'UVT deve aver luogo per il tramite dello specifico applicativo aziendale entro il giorno lavorativo successivo a quello nel quale è pervenuta l'istanza.

La convocazione dell'UVT deve avvenire, per l'inserimento in RSA o altra struttura residenziale, entro 10 gg lavorativi, per gli altri casi (CDI, etc.) entro gg 15 lavorativi.

Qualora la richiesta pervenga con segnalazione dell'urgenza sarà cura dell'UVT fornire una risposta entro gg 3 lavorativi.

Nelle more di una risposta dell'UVT, nei casi di presa in carico dalle CDI segnalati dal MMG come di massima

urgenza (es. prelievi ematici o terapie infusionali o iniettive non differibili, etc.) il Dirigente Medico Responsabile delle Cure Domiciliari autorizza in via provvisoria le suddette prestazioni in attesa della valutazione multidimensionale che in detti casi sarà effettuata entro gg 5 lavorativi.

Al fine di consentire il rispetto della tempistica suddetta, di regola, l'UVT è convocata due volte alla settimana con periodicità, sede ed orari prefissati, con specificazione degli orari per le articolazioni ospedaliere dell'UVT operanti con sede presso gli stabilimenti del Presidio Unico di Area Omogenea.

6.6 Dimissione, cessazione o sospensione

La dimissione dalle strutture territoriali di ricovero, la cessazione/sospensione dell'assistenza domiciliare oppure il transito del pz ad altre forme di assistenza avviene per i seguenti casi:

- decesso del pz,
- ricovero ospedaliero,
- scadenza del progetto assistenziale,
- miglioramento del quadro clinico e passaggio ad altre forme meno intense di assistenza,
- venir meno delle condizioni socio ambientali e/o sanitarie che permettono la permanenza del pz a domicilio.

7 Il percorso assistenziale delle CDI e CPD

Il processo assistenziale delle cure domiciliari è un insieme ordinato di interventi sanitari e socioassistenziali, articolati per fasi, erogati con lo scopo di limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita delle persone non autosufficienti.

Il processo assistenziale delle cure domiciliari è articolato nelle seguenti fasi:

1. la segnalazione;
2. la valutazione preliminare;
3. la valutazione multidimensionale del bisogno;
4. la presa in carico;
5. la definizione del PAI;
6. la verifica;
7. la conclusione.

7.1.1 La segnalazione

La segnalazione del bisogno, che può determinare l'attivazione dell'UVT, può provenire da qualunque fonte, ossia da chiunque ravveda la necessità di prestazioni socio-sanitarie riconducibili all'area delle cure domiciliari.

Le fonti di segnalazione più frequenti sono:

- medico medicina generale;
- responsabile unità operativa ospedaliera;
- servizi sanitari territoriali;
- servizi residenziali;
- servizio sociale;
- familiari e/o altri soggetti della rete informale.

Qualunque sia la fonte di segnalazione sono ammissibili tutte le modalità di segnalazione (diretta, telefonica, fax, etc.). Qualora la segnalazione provenga da professionisti del settore sanitario o del servizio sociale del Comune è necessaria la compilazione della **scheda di contatto** inviata al PUA ed accompagnata da contatto telefonico.

In particolare nei casi in cui la *persona sia ricoverata in una struttura ospedaliera o inserita in una struttura residenziale*, è compito del responsabile dell'unità operativa ospedaliera o della struttura residenziale che effettua la dimissione segnalare il caso all'articolazione ospedaliera del PUA o al PUA della S.C. Distretto di residenza del paziente, almeno quattro giorni prima della data presunta di dimissione.

Tali segnalazioni devono essere necessariamente effettuate attraverso l'invio della scheda di contatto informatizzata presente sul sistema informativo SISaR debitamente compilata, accompagnata da successivo contatto telefonico al PUA.

Per segnalazioni provenienti dai medici di medicina generale e dai servizi sociali comunali dovrà essere compilata la scheda di contatto informatizzata presente sul sistema informativo SISaR cui accedono questi, inoltrata al PUA a mezzo di tale strumento informatico.

Nel caso invece in cui i segnalanti siano familiari e/o altri soggetti della rete informale, la scheda di contatto deve essere compilata direttamente dagli operatori del PUA al momento della segnalazione.

Se le informazioni contenute nella scheda di contatto sono scarsamente dettagliate o insufficienti è necessario l'avvio di un processo di tipo "istruttorio" per integrare le conoscenze sul caso tramite raccordo informativo con il segnalante, il MMG ed i servizi sociali comunali.

Deve essere previsto uno scambio di informazioni ed una interazione tra il PUA e la fonte di segnalazione, così come tra il PUA, il medico di medicina generale ed i servizi sociali comunali, al fine di decodificare adeguatamente il bisogno della persona per una sua corretta presa in carico in cure domiciliari Integrate.

Se la segnalazione non proviene dal medico di medicina generale, il PUA si attiva tempestivamente sia per l'integrazione di ulteriori informazioni sul caso ma, soprattutto, per il suo coinvolgimento attivo.

Se la segnalazione è sufficientemente dettagliata il PUA procede alla decodifica del bisogno, se semplice, indirizza la persona al Servizio competente; se complesso coinvolge attivamente il MMG ed i servizi sociali comunali e avvia la procedura per la valutazione multidimensionale.

Il PUA registra in un apposito archivio le segnalazioni di bisogno socio-sanitario complesso ricevute.

7.1.2 La valutazione preliminare

La lettura del bisogno, in termini di prima valutazione sulla necessità di attivazione dell'UVT, deve essere fatta dal PUA attraverso figure professionali qualificate, quali l'infermiere, l'assistente sociale, il medico di distretto, il medico di direzione ospedaliera e altre figure con competenze adeguate.

A seguito della valutazione preliminare viene distinto il bisogno semplice dal bisogno complesso, solo quest'ultimo presuppone la valutazione multidimensionale e la presa in carico globale della persona da parte di un'équipe multiprofessionale.

7.1.2.1 Individuazione del bisogno

Questa fase costituisce il momento più importante dell'attività del PUA e della presa in carico dei bisogni delle persone.

La compresenza delle professionalità sociali e sanitarie, assistente sociale, medico di distretto e/o medico di direzione ospedaliera e infermiere, consente una prima valutazione del bisogno anche in termini di urgenza, valutata secondo criteri condivisi e formalizzati.

7.1.2.2 Criteri di decisione: bisogno "semplice" o "complesso"

Il bisogno "semplice" è un bisogno che non presuppone né una valutazione multidimensionale né una presa in carico globale della persona da parte di un'équipe multiprofessionale.

Nel caso in cui il bisogno è semplice gli interventi vengono garantiti direttamente con le seguenti modalità:

- **bisogni semplici di natura sociale**, sono garantiti dall'assistente sociale del PUA, in stretto collegamento con l'operatore sociale del Comune di residenza della persona, che effettua un'analisi,

decodifica i bisogni sociali e individua il case manager (in genere nella persona dell'operatore sociale del Comune); le prestazioni individuate sono erogate tramite i servizi sociali del Comune di residenza;

- **bisogni semplici di natura sanitaria**, sono garantiti a cura del medico di distretto e/o medico ospedaliero che prende atto della richiesta, analizza e decodifica il bisogno sanitario, individua il case manager e provvede a inviare la richiesta al servizio competente. Le prestazioni che possono rientrare in questa tipologia di cure domiciliari sono esemplificate nella tabella sottostante

1	Visita Programmata del MMG o del PLS: ADP dell'ACN
2	Consulenza Medico Specialistica
3	Prescrizione di ausili o protesi
4	Prelievo ematico
5	Esecuzione di altre indagini di laboratorio routinarie (esame urine, esame colturale, etc.)
6	Terapia iniettiva intramuscolare o sottocutanea
7	Sostituzione periodica di catetere vescicale
8	Istruzione all'utilizzo di ausili per la demambulazione
9	Educazione del <i>care giver</i> alla corretta mobilitazione/ corretta postura e all'utilizzo di ausili per la mobilitazione del paziente
10	Educazione del <i>care giver</i> all'attività di nursing
11	Educazione del <i>care giver</i> alla gestione di enterostomie, derivazioni urinarie
12	Educazione del <i>care giver</i> alla prevenzione di lesioni cutanee

In caso di un **bisogno complesso**, il PUA attiva l'UVT per la valutazione multidimensionale del bisogno e la definizione di un progetto di intervento.

L'operatore PUA provvede al protocollo della richiesta UVT e allega le schede sociali debitamente compilate. In caso di richieste urgenti, il Medico del Distretto, in accordo con il MMG del paziente o medico proponente, può disporre l'erogazione di prestazioni sanitarie urgenti, in attesa della valutazione dell'UVT.

Il PUA comunica all'Unità di Valutazione Territoriale (UVT) la richiesta di attivazione dei servizi richiesti entro il primo giorno lavorativo successivo a quello di ricezione dell'istanza.

Il bisogno "complesso" presuppone la presa in carico globale della persona da parte di un'équipe multi professionale con l'integrazione socio-sanitaria, una valutazione multi dimensionale con la definizione di un progetto personalizzato, la programmazione, l'erogazione degli interventi e la valutazione dei risultati.

Nel caso in cui il PUA decodifichi un bisogno complesso, trasmette al Responsabile dell'UVT della S.C. Distretto di competenza della persona, secondo la tempistica di seguito indicata, la scheda di contatto con l'eventuale documentazione raccolta.

La S.C. Distretto di competenza è, di regola, quella del comune di residenza della persona

Valutazione dei criteri di eleggibilità alle cure palliative

È compito del PUA valutare la presenza dei criteri di eleggibilità all'assistenza nella Rete di Cure Palliative e, se presenti tali criteri, convocare, tra i componenti dell'UVT, un medico con specifiche competenze ed esperienze nel campo delle cure palliative facente parte dell'Equipe di Cure Palliative.

I criteri generali di eleggibilità alla assistenza nella Rete di Cure Palliative, che devono essere contemporaneamente presenti, sono i seguenti:

- presenza di neoplasia o altra malattia in fase evolutiva irreversibile (criterio diagnostico);
- assenza o esaurimento di trattamenti elettivi specifici - chirurgici, chemioterapici e/o radioterapici a scopo curativo (criterio terapeutico);
- sopravvivenza stimata non superiore a 1 anno (criterio prognostico);
- riduzione delle performance con indice di Karnofsky = o <60 (criterio funzionale).

7.1.3 La valutazione multidimensionale del bisogno (VMD)

La valutazione multidimensionale è il momento fondamentale per la presa in carico del soggetto portatore di bisogno complesso e per l'attivazione della rete dei servizi sociosanitari, fulcro della continuità assistenziale. Essa rappresenta un processo dinamico e interdisciplinare volto ad indagare e descrivere la tipologia e l'entità dei problemi di salute di natura fisica, psichica e funzionale di una persona non autosufficiente, individuandone le risorse e le potenzialità residue.

Questo approccio globale alla persona, attraverso l'uso di scale e strumenti scientificamente validati, consente di definire un progetto di cura individuale. Il luogo in cui essa viene espletata è l'UVT che, convocata dal suo responsabile, è tenuta a definire il PAI entro la tempistica di seguito indicata.

La VMD deve essere effettuata sempre, in maniera completa, attraverso l'uso sistematico di uno strumento di valutazione multidimensionale univoco su tutto il territorio regionale. Lo strumento individuato per la VMD dalla

Regione Sardegna è la Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane (S.Va.M.A.) presente sul SISaR.

Ad integrazione delle informazioni raccolte con la scheda S.Va.M.A, l'Unità di Valutazione Territoriale utilizza la *Scheda per l'individuazione del profilo assistenziale nelle Cure Domiciliari Integrate (CDI) e nelle Cure Palliative Domiciliari (CPD)*, allegato n. 3 alla DGR 35/17 del 10.07.2018, sviluppata per l'individuazione del *livello* e del *profilo assistenziale*.

Scheda per l'individuazione del profilo assistenziale nelle Cure Domiciliari Integrate (CDI) e nelle Cure Palliative Domiciliari (CPD)

La Scheda per l'individuazione del profilo assistenziale nelle Cure Domiciliari Integrate (CDI) e nelle Cure Palliative Domiciliari (CPD), individua i 4 fattori che determinano il profilo di complessità assistenziale del caso in esame, ossia:

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

A ciascuno dei 4 fattori l'UVT deve attribuire un punteggio da 1 a 3; i punteggi così ottenuti si sommano per ottenere un punteggio finale che consente di collocare il caso all'interno di un livello e di un profilo assistenziale.

In particolare, per ciascun livello di assistenza (I, II, III e livello delle Cure Palliative Domiciliari (CPD) sono stati individuati due profili di cura (basso e alto). In totale sono stati individuati 8 profili per le Cure domiciliari Integrate e per le Cure Palliative Domiciliari: due per ogni livello di CDI individuato e due per la Cure Palliative Domiciliari.

Per quanto attiene al punteggio da attribuire in base alla *patologia*, nella scheda risulta individuato un elenco di patologie raggruppate per affinità. Si specifica che, qualora il paziente sia portatore di più patologie, deve essere attribuito un unico punteggio associato a quella prevalente dal punto di vista del **carico assistenziale**. Qualora il paziente sia portatore di una patologia rara non rientrante nelle categorie indicate nella scheda dovrà essere attribuito il punteggio della patologia più simile dal punto di vista del bisogno assistenziale.

Per quanto attiene al punteggio da attribuire per *funzione*, esso dovrà essere individuato attraverso l'uso della scheda di Barthel presente sul SISaR.

Per quanto attiene al punteggio relativo al *supporto della rete sociale*, dovrà essere utilizzato quello individuato attraverso l'utilizzo della Scheda S.Va.M.A presente sul SISaR.

Infine, per quanto attiene al punteggio relativo alle *necessità assistenziali*, esso è calcolato in ragione sia della necessità assistenziale del paziente, sia della frequenza degli interventi. Qualora il paziente sia portatore di più necessità assistenziali si dovranno prendere in considerazione le prime sei più rilevanti dal punto di vista assistenziale e dovrà essere sommato il punteggio associato a ciascuna di esse.

Si precisa che le **cure palliative** erogate a soggetti in fase terminale della loro vita devono essere inquadrare nel livello (articolato in due profili) delle Cure Palliative Domiciliari; mentre le cure palliative erogate a pazienti non in stato terminale sono inquadrare nei vari livelli delle Cure Domiciliari Integrate, in armonia con quanto definito dal D.P.C.M. sui livelli essenziali di assistenza (LEA) del 12.1.2017 e con quanto indicato nel Decreto Ministeriale del 22 febbraio 2007, n. 43, il quale prevede che nel periodo di assistenza domiciliare in cure palliative a malati terminali, sia appropriato un coefficiente di intensità assistenziale (pari al rapporto tra giornate effettive di assistenza e la durata del piano di cura domiciliare) maggiore o uguale a 50.

In sede di UVT dovrà essere inoltre stabilita l'appropriatezza delle cure palliative domiciliari in base alla valutazione della presenza dei seguenti criteri:

- i criteri generali di eleggibilità sopra esposti;
- presenza vicino al paziente di famiglia o rete di sostegno informale;
- idoneità logistico-strutturale del domicilio;
- impossibilità ad utilizzare le strutture sanitarie ambulatoriali.

7.1.4 Il Progetto di Assistenza Individuale (PAI)

Il Progetto di Assistenza Individuale (PAI) deve definire esplicitamente e in maniera analitica:

- gli obiettivi di assistenza;
- il livello di assistenza (1°, 2°, 3° livello e livello Cure Palliative Domiciliari)
- il profilo di assistenza (basso o alto) che rappresenta una sotto articolazione del livello;
- la data di avvio e la durata del progetto, con la previsione di una verifica intermedia e finale;
- la continuità delle cure;
- la tipologia di servizi sociali e sanitari da erogare;
- il consenso al trattamento dei dati personali nel rispetto della normativa sulla privacy (D.lgs 196/2003);
- il consenso informato relativo al percorso di cura personalizzato individuato.

L'UVT è responsabile della redazione del PAI ed è tenuta a verificarne l'attuazione e il raggiungimento degli obiettivi.

Qualora il referente del caso riceva informazioni o rilevi direttamente un cambiamento sostanziale dei bisogni sulla base dei quali è stato elaborato il PAI, tale da comportare una modifica del profilo assistenziale, deve essere prevista una rivalutazione straordinaria del caso da parte della UVT con adeguamento del progetto iniziale. Pertanto tutte le proposte di modifica strutturale del PAI devono essere esaminate, ed eventualmente ratificate, dall'UVT.

Il PAI deve essere trasmesso al PUA di riferimento che lo inserisce nel fascicolo multiprofessionale individuale dell'assistito, nel quale è conservata tutta la documentazione relativa all'assistito (proposta di ammissione, certificazioni, schede di valutazione, cartella, revisioni del progetto, ecc.).

Copia del PAI viene consegnata all'interessato e inviata alla Struttura Cure Domiciliari – Palliative competente e al Comune di residenza e/o all'Ufficio di Piano dell'Ambito di riferimento, che provvedono alla stesura del Piano Operativo Individuale (POI) e all'eventuale erogazione dello stesso.

7.1.5 La presa in carico, la definizione del POI e l'erogazione dell'assistenza

Individuata l'eleggibilità alle Cure Domiciliari Integrate, l'inquadramento nel livello assistenziale e nel profilo più appropriato, il paziente deve essere inserito nel sistema delle CDI/CPD.

Alla Struttura Cure Domiciliari – Palliative compete la gestione organizzativa delle attività assistenziali. Essa provvede alla stesura e all'attuazione degli interventi del POI.

Non appena adottato il nuovo modello organizzativo territoriale, a seguito dell'attivazione delle Unità Complessa di Cura Primaria (UCCP), gli interventi medici di base a domicilio programmati nel POI possono essere erogati da un MMG oppure da un medico di continuità assistenziale afferenti alla Unità Complessa di Cura Primaria (UCCP) territorialmente competente, al fine di garantire le cure domiciliari, quali livello essenziale di assistenza.

Al fine di fornire uno strumento di supporto per la definizione del POI e di uniformare l'assistenza in tutto il territorio regionale, è stato individuato uno standard di assistenza da erogare per ciascun livello e profilo assistenziale nelle cure domiciliari integrate e di cure palliative domiciliari, come riportato nella *Scheda per l'individuazione dello standard assistenziale nelle Cure Domiciliari Integrate (CDI) e nelle Cure Palliative Domiciliari (CPD)*, allegato n. 4 alla deliberazione

7.1.5.1 Scheda per l'individuazione dello standard assistenziale nelle Cure Domiciliari Integrate (CDI) e nelle Cure Palliative Domiciliari (CPD)

La *Scheda per l'individuazione dello standard assistenziale nelle Cure Domiciliari Integrate (CDI) e nelle Cure Palliative Domiciliari (CPD)* determina, per ciascun livello e profilo assistenziale, il range dello standard di

assistenza da erogare al paziente in termini di numerosità e frequenza di interventi a domicilio da parte delle singole figure professionali coinvolte, in coerenza con quanto previsto dal D.P.C.M. sui livelli essenziali di assistenza (LEA) del 12.1.2017.

Per ogni caso da inserire in CDI occorre partire dal livello e profilo di assistenza individuato dalla UVT e individuare lo standard assistenziale più appropriato per il paziente, attraverso l'uso della suddetta scheda. Nella scheda risultano individuati 4 livelli di assistenza (I, II, III livello e il livello delle Cure Palliative Domiciliari) e 8 profili di cura (due profili assistenziali per ogni livello), per ciascuno di questi per ciascuna figura professionale è indicato il range entro il quale lo standard di assistenza deve collocarsi.

7.1.5.2 Il referente del caso e il referente familiare

Per ciascun paziente inserito nelle cure domiciliari è necessario individuare il referente del caso (Case Manager) e il referente familiare o della rete di riferimento informale (Care Giver), del quale si deve dare contestuale comunicazione alla UVT.

Il referente del caso ha il compito di seguire l'assistito durante tutto il percorso assistenziale, garantendo la continuità dei rapporti tra chi governa l'erogazione dell'assistenza e la persona. È quindi la figura di raccordo tra UVT e Struttura Cure Domiciliari – Palliative e favorisce l'integrazione, facilita i processi di comunicazione tra i soggetti coinvolti e verifica che gli interventi assistenziali sul singolo caso siano effettuati in maniera coordinata, senza sovrapposizioni e/o vuoti di assistenza. Il ruolo del referente del caso è assunto da figure professionali diverse a seconda della tipologia e complessità del bisogno dell'assistito, può essere una figura sia sanitaria sia sociale, individuata in base ai bisogni prevalenti del soggetto e alle esigenze organizzative.

Il referente familiare è la figura di riferimento per il referente del caso e l'unità operativa in quanto garantisce il raccordo con l'assistito e la sua famiglia.

7.1.5.3 Tempistica della valutazione e presa in carico

Le cure domiciliari integrate devono essere erogate attraverso la pianificazione degli interventi socio-sanitari. In particolare, a seguito della segnalazione del punto unico di accesso, l'UVT è tenuta a definire il PAI entro la seguente tempistica:

- entro 15 giorni dalla data della presentazione della richiesta per i bisogni non urgenti;
- 3 gg. con esclusione del sabato e dei festivi, nel caso la segnalazione provenga da una struttura ospedaliera o da una struttura residenziale, qualora esistano le condizioni per garantire in sicurezza la continuità delle cure;

- 5 gg. nei casi urgenti (quando la salute del soggetto, nel complesso della sua dimensione fisica, psichica, sociale sia messa in pericolo da un possibile ritardo nella VMD e nell'attuazione degli interventi) in cui è stato predisposto un PAI provvisorio.

Devono essere comunque previste procedure operative semplificate in situazioni urgenti o particolari, ossia quando la salute della persona è messa in pericolo da un possibile ritardo nella VMD e nella attuazione degli interventi. In tali casi il PUA segnala tempestivamente il caso alla Struttura Cure Domiciliari – Palliative, inviando la documentazione acquisita. La Struttura Cure Domiciliari – Palliative provvede alla stesura del PAI provvisorio e all'attuazione degli interventi entro un tempo massimo di quarantotto ore dalla segnalazione e l'UVT provvede ad effettuare la Valutazione Multidimensionale ed a definire il PAI nei cinque giorni successivi alla richiesta.

Nel caso in cui la persona sia ricoverata in una struttura ospedaliera o una struttura residenziale, il responsabile della struttura di ricovero effettua la segnalazione del caso al PUA della S.C. Distretto di residenza, almeno quattro giorni prima della data presunta di dimissione, con obbligo da parte della UVT di esprimere un parere entro tre giorni dalla richiesta.

7.1.5.4 Le Cure Palliative Domiciliari

Le Cure Palliative Domiciliari possono essere di due tipologie, in armonia con quanto indicato nel D.P.C.M. sui livelli essenziali di assistenza (LEA) del 12.1.2017:

- **cure palliative di livello base**, costituite da interventi coordinati dal MMG/PLS, che garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; sono erogate da medici, infermieri e altri operatori con una buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi, caratterizzati da un CIA minore di 0,50, programmati nel POI;
- **cure palliative di livello specialistico** costituite da interventi da parte dell'Equipe di Cure Palliative Domiciliari, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità assistenziale, interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50 definiti dal POI e la pronta disponibilità nelle 24 ore di un medico e di un infermiere. Rientrano in questa tipologia le cure palliative erogate a soggetti in fase terminale della loro vita, inquadrare nel livello delle Cure Palliative Domiciliari, articolato in due profili (basso e alto).

Al fine di garantire la pronta disponibilità medica nelle ore notturne e nei giorni festivi e prefestivi, potrà essere previsto il coinvolgimento nelle CDI dei medici di continuità assistenziale, attraverso la definizione di specifiche procedure operative. È indispensabile che il MMG conservi uno stretto collegamento con l'Equipe di Cure Palliative Domiciliari. L'assistenza domiciliare di cure palliative vede, dunque, l'affiancarsi alle figure professionali delle cure domiciliari di base e quelle di un'Equipe esperta in cure palliative, in modo tale da personalizzare la cura domiciliare secondo i bisogni del paziente: maggiore è il livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, maggiore sarà il tempo dedicato da parte dell'equipe esperta.

In situazioni urgenti o particolari, nei casi in cui la salute del soggetto sia messa in pericolo da un possibile ritardo nella VMD è necessario, come già indicato in precedenza, prevedere procedure valutative semplificate con la stesura di un POI provvisorio. Il paziente da inserire in cure domiciliari palliative deve essere visitato a domicilio entro 48-72 ore dalla stesura del POI provvisorio da un medico dell'Equipe di Cure Palliative e dall'infermiere. In questa sede vengono rivalutate le condizioni di eleggibilità ed avviene in modo formale la presa in carico che è conseguente a tutti gli effetti alla valutazione clinica del paziente.

Nel corso della visita si procede a:

- raccogliere ulteriori informazioni utili;
- effettuare una valutazione medico infermieristica con particolare riferimento a sintomi presenti che compromettono la qualità della vita;
- valutare i bisogni assistenziali espressi dal paziente e/o i suoi familiari;
- valutare la eventuale necessità di ausili e presidi;
- educare il care giver riguardo alle modalità di assistenza del paziente e consegnargli materiale informativo e di supporto;
- fornire alla famiglia informazioni utili sulle modalità per mettersi in contatto con il servizio negli orari di attività ed in quelli di reperibilità;
- compilare il fascicolo multiprofessionale individuale.

L'equipe multiprofessionale redigerà una relazione clinica ed il POI proponendo eventuali modifiche o integrazioni al PAI che saranno inviati alla UVT competente perché proceda entro i tempi previsti alla sua valutazione.

Nel caso in cui la persona sia dimessa da una struttura ospedaliera o da altra struttura residenziale devono comunque essere previsti tempi rapidi per cui la richiesta di valutazione multidimensionale viene inviata al PUA della S.C. Distretto di residenza almeno 4 giorni prima della data presunta di dimissione, con obbligo da parte dell'UVT di esprimere un parere entro tre giorni dalla richiesta, onde permettere la dimissione nei tempi previsti.

La richiesta al PUA deve essere corredata dalla documentazione clinico-assistenziale e ogni altra informazione utile, al fine di garantire la continuità del percorso assistenziale.

Prestazioni prescrivibili nell'ambito del POI

In linea con quanto stabilito dal D.P.C.M.1 al quale si rimanda integralmente, agli assistiti nelle CDI sono garantiti, quando necessari, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci e dispositivi medici, nonché, preparati per la nutrizione artificiale, a seconda della criticità e complessità del caso.

Il POI dovrà ora prevedere, anche a garanzia del corretto operato del prescrittore, l'erogazione delle seguenti prestazioni:

- **preparati per nutrizione artificiale:** l'erogazione è prevista dagli artt. 22 e 23 del D.P.C.M. 12.01.2017 recanti rispettivamente "cure domiciliari" e "cure palliative domiciliari";
- **farmaci:** l'erogabilità è stabilita all'art 9 del D.P.C.M. 2017; i farmaci H OSP possono essere utilizzati per pazienti particolarmente critici inseriti in CDI e CPD in ambienti che consentano un adeguato monitoraggio della terapia e secondo le indicazioni del piano di cura redatto dallo specialista di riferimento, quale responsabile del trattamento; l'ATS stabilisce le modalità di prescrizione, erogazione e monitoraggio dei detti farmaci;
- **dispositivi medici monouso:** gli stessi saranno erogati nei limiti e con le modalità di cui agli artt. 11,12;
- **erogazione presidi alle persone affette da malattia diabetica o da malattie rare:** a tali categorie sono garantite le prestazioni di cui all' art. 13 qui richiamato integralmente e riportate nell'allegato 3 del D.P.C.M. 12.01.2017;
- **erogazione di prodotti dietetici:** si richiama integralmente l'art. 14 del ridetto decreto.
- **assistenza protesica** vengono qui richiamati integralmente gli artt. 17 e 18 del DPCM 12/01/2017.

Si evidenzia che la Regione Sardegna ricade nella fattispecie di cui all'art. 18 comma 3 dello stesso decreto ed ha attivato un servizio regionale centralizzato per la distribuzione, il recupero e la rigenerazione di ausili protesici.