



***I servizi di assistenza a domicilio***  
***Un progetto integrato nella comunità***

***A cura di Brigida Modesti***  
***- maggio 2007 -***

# I SERVIZI DI ASSISTENZA A DOMICILIO UN PROGETTO INTEGRATO NELLA COMUNITÀ

## Definizione di Domiciliarità\*

*“Per “domiciliarità” si intende quel contesto significativo per la persona, che comprende la casa, ma anche ciò che la circonda, cioè l’habitat collegato alla storia, all’esperienza, alla cultura, alla memoria, al paesaggio, alla gioia e alla sofferenza di ognuno*

*Quando diciamo “diritto fondamentale della persona” vogliamo dire che qualora questo diritto non venga mantenuto, la persona viene ferita: esattamente come quando una persona è in coma, o come quando, per un incidente, ad una persona viene amputata una gamba o un braccio. Senza quel contesto di relazioni, senza la “domiciliarità” così come l’abbiamo intesa, la persona non è più “intera”, è mutilata.*

Tutte le teorie che cercano di studiare “la persona” sono concordi nel riconoscerle tre caratteristiche fondamentali: la sua **unicità**, la sua **globalità** e la sua **relazionalità**

Molti studiosi della personalità, sottolineano con forza che **il bisogno di sicurezza** (considerato il secondo bisogno dopo la fame), si esprime nella “ricerca di stabilità e sicurezza nel mondo, attraverso la comune preferenza per le cose familiari rispetto a quelle non familiari, per le cose conosciute rispetto a quelle non conosciute.

Un altro bisogno fondamentale è **Il sentimento di appartenenza e il bisogno di affetto.**

Ciascuno di noi non desidera solo relazioni di affetto con gli altri in generale, ma desidera un posto nel suo gruppo o nella sua famiglia e cerca intensamente di realizzare questo scopo durante tutta la propria esistenza. Anche il concetto di salute richiama fortemente l’importanza dei legami e delle relazioni della persona come fondamentali per il suo stato di bene-essere. A questo proposito, cinque sono le situazioni critiche che si vengono a creare per chi vive nelle strutture chiuse come manicomi, Case di Riposo, Residenze Protette, etc.

**In primo luogo**, la rottura delle barriere che separano abitualmente le sfere di vita del lavoro, dell’esistenza quotidiana e del divertimento: un individuo che vive a casa propria, dorme, lavora ed esplicita la sua vita di relazione in luoghi diversi, con persone diverse, in buona parte scelte da lui, con diversi codici di comportamento e senza alcuno schema razionale di carattere globale. Nell’istituzione totale, al contrario, tutti gli aspetti della vita si svolgono nello stesso luogo e sotto la stessa unica autorità”.

**Un secondo elemento** è lo spazio individuale, che nella istituzione totale viene più o meno gravemente soppresso: le attività quotidiane, in quasi tutte le loro fasi, si svolgono in stretto contatto con un grande numero di persone, trattate tutte allo stesso modo e sostanzialmente obbligate a fare le medesime cose.

**Il terzo fattore**, il ritmo delle attività giornaliere è prestabilito ed in genere imposto dall’alto da un insieme di regole formali esplicite nonché da un gruppo di “addetti” alla loro esecuzione (gli operatori vari). Inoltre le varie attività seguono di solito una organizzazione pianificata secondo un complessivo disegno razionale, allo scopo di adempiere alle finalità ufficialmente dichiarate dalla Istituzione.

**Da ultimo ricordiamo** la distinzione entro gli individui che popolano l’istituzione totale (manicomi, ospizi, orfanotrofi, etc.), tra un grande gruppo di persone “controllate” e un piccolo staff che lo controlla. Tra i due gruppi intercorrono differenze radicali: i “controllati” vivono pressoché sempre all’interno dell’istituzione, con scarsi o nulli contatti con il mondo esterno, a differenza dei “controllori”.

## La Rete dei servizi

Soprattutto nelle patologie croniche di lunga durata e il cui carico assistenziale grava prevalentemente sulla famiglia (il 75,1% in caso di bisogno è assistito dai figli, il 41,6% dal coniuge convivente – (Ricerca ASSR, CENSIS, FEDERSANITA'-ANCI, REGIONI Sulla Condizione dell'anziano non autosufficiente, luglio 2005), si impongono strategie assistenziali integrate e varie. La Rete dei servizi ospedalieri e territoriali, contemporaneamente presenti nel territorio, garantisce di volta in volta, la scelta più appropriata per il cittadino da assistere e il suo caregiver, e dunque la massima efficacia dell'Assistenza a Domicilio. I servizi che compongono la "rete" sono: **ADI** (Assistenza Domiciliare Integrata) o **Cure Domiciliari**, **AD** (Assistenza Domiciliare di tipo Sociale), **OD** (Ospedalizzazione a Domicilio), **RSA-RA** (Residenze socio-sanitarie) organizzate anche per accoglienze temporanee e flessibili, **Day Hospital**, **Ospedale per acuti**, **Centro Diurno**, **Assegno di cura**, **Pasti a domicilio** e **Lavanderia**, **Telesoccorso**, **Gruppi di automutuo aiuto**, **Trasporti**, **Informazione accessibile**, **Amministratore di sostegno**, **Politica per la Casa** e una Casa adeguata.

**Tutto ciò impone l'abbandono della mentalità che mette al centro l'ospedale e i farmaci.**

## Le diverse definizioni dei servizi sociali e sanitari domiciliari

I termini e i corrispettivi acronimi più frequentemente impiegati, sono quelli di: **assistenza domiciliare** (AD), utilizzato tanto dal settore sanitario quanto da quello sociale per riferirsi a prestazioni di propria competenza erogate al domicilio dell'utente. **L'assistenza domiciliare diventa integrata** (ADI) quando professionalità diverse, sanitarie e sociali, collaborano, attraverso un Piano di Assistenza Individualizzato per realizzare progetti unitari, cioè mirati sulla diversa natura dei bisogni". (DPR 23 luglio 1998: Approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000). L'ADI è parte integrante e fondamentale della rete dei servizi".

Con il termine **Ospedalizzazione Domiciliare** (OD) si devono invece intendere forme assistenziali che vedono l'intervento al domicilio del paziente di professionisti e tecnologie di esclusiva pertinenza ospedaliera. La locuzione **Cure domiciliari** (CD), attualmente include tutti gli interventi di natura sanitaria integrata effettuati presso l'abitazione dell'assistito, siano essi a gestione territoriale oppure ospedaliera (vedi documento *Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza Dicembre 2006*).

## Principali obiettivi del Servizio di Assistenza a Domicilio

- Dare una risposta coerente ed adeguata a specifici bisogni di salute.
- Evitare istituzionalizzazioni e ricoveri ospedalieri non giustificati.
- Mantenere l'ambiente di vita proprio del paziente.
- Contribuire alla realizzazione della continuità e dell'integrazione dell'assistenza.
- Coinvolgere attivamente i curatori informali del paziente (familiari, amici, volontari).
- Perseguire la sostenibilità assistenziale massimizzando i benefici di salute per i pazienti.
- Prevenire la solitudine e l'emarginazione della persona.
- Favorire l'integrazione sociale
- Supporto alla famiglia;
- Recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- Miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale
- Miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale

Per quanto riguarda le valutazioni di economia sanitaria, va detto che le esperienze condotte sembrano convergere per un positivo rapporto benefici/costi dell'AD (nelle tre

declinazioni: sanitaria, sociale e socio-sanitaria) rispetto ad altre opportunità assistenziali, quindi con una riduzione dei ricoveri ospedalieri o in strutture di lungodegenza/RSA.

E' fondamentale che presso il servizio competente per l'assistenza domiciliare sia attiva l'**Unità Valutativa Multidisciplinare** – UVM (anche detta Unità Valutativa Distrettuale – UVD, o Territoriale – UVT, o, con la dizione originaria, Geriatria –UVG). Questa équipe multiprofessionale (stabilmente composta da un medico, un'assistente sociale e un infermiere/assistente sanitario, con l'eventuale coinvolgimento di altre figure mediche specialistiche secondo le caratteristiche del paziente esaminato), ha il compito di caratterizzare i casi più complessi attraverso una **valutazione multidimensionale** (VMD) che indagherà lo stato fisico, mentale, funzionale e le aree economica e sociorelazionale del soggetto.

Le richieste di assistenza domiciliare, di norma provenienti dal MMG del paziente (ma formulate anche direttamente dalla famiglia o da operatori sociali), vengono vagliate per verificare la sussistenza dei principali requisiti di eleggibilità (ad esempio, tipo e gravità delle patologie, grado di mobilità del soggetto e idoneità del suo domicilio) e per distinguere preliminarmente la complessità dei bisogni assistenziali ed il conseguente carico assistenziale. La VMD va effettuata nei casi di una certa complessità, al fine di predisporre il **Piano individualizzato di assistenza**, che prevede cosa fare, da parte di chi e con quale periodicità.

## **L'assistenza domiciliare può essere offerta:**

**dal Servizio Sociale;**

**dal Servizio Sanitario;**

**dal Servizio Sanitario e Sociale insieme (ADI)**

Complessivamente dovrebbe includere i seguenti servizi:

**SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA A DOMICILIO - ASSISTENZA SOCIALE A DOMICILIO (SAD) –Servizio di assistenza sanitaria a domicilio**

E' un aiuto, che normalmente si presenta come prestazione sanitaria, per prevenire, curare o riabilitare una persona malata al proprio domicilio, che non può recarsi presso i vari servizi ambulatoriali. La prestazione può essere la più diversa: prelievo di sangue per esami di laboratorio, medicazioni varie, riabilitazione fisioterapica, cure con farmaci da iniettare ecc.

Viene sempre attivato in accordo col Medico di Medicina Generale, la cui funzione è proprio quella di prendersi carico della salute dei cittadini che lo hanno scelto. Spetta al Medico richiedere l'intervento presso il Servizio Infermieristico territoriale presente nella sede della Medicina di base del Distretto Sanitario o dislocato in un Comune periferico (Unità territoriali di base). A seconda del bisogno valutato dallo stesso Medico curante, Intervengono il fisioterapista o l'infermiere.

## **Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**

L'assistenza domiciliare Integrata (ADI) nelle sue diverse forme di applicazione, è compresa tra i Livelli Essenziali di Assistenza definiti dal DPCM del 29 novembre 2001 e dunque le

Aziende Sanitarie Locali devono garantire l'erogazione di questo servizio a tutti i cittadini iscritti nella loro Anagrafe degli assistiti.

E' un aiuto di cure domiciliari integrato del servizio sanitario e del servizio sociale insieme: è coordinato, dal Medico di Medicina Generale, che ne è anche il responsabile. Il Medico Curante del cittadino, predispose un progetto di assistenza individualizzato (PAI) con gli altri operatori (Infermiere, Fisioterapista, Assistente Sociale, Assistente Domiciliare) individuando la risposta più idonea con un intervento coordinato e integrato.

L'ADI è rivolto ai cittadini con una patologia di una certa complessità dal punto di vista sanitario e sociale. Questi cittadini, per la loro particolare situazione, non trovano nelle strutture sanitarie, come l'ospedale o cliniche, alcun aiuto in più, anzi a casa ritroverebbero fiducia e serenità oltre all'assistenza sanitaria e sociale idonea per la loro cura. Questa assistenza è anche medico specialistica, infermieristica, riabilitativa, sociale, di aiuto domestico, di aiuto psicologico, di cura alla persona. L'assistenza domiciliare è considerata a tutti gli effetti alternativa ad altre forme assistenziali a medio-lungo termine di natura residenziale, quali le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). L' **assistenza domiciliare**, non può sostituire il ricorso al ricovero ospedaliero in condizioni di acuzie, qualora necessario, ma, dove effettuata, essa può evitare il ricorso ripetuto al ricovero o all'istituzionalizzazione, di per sé indice di inappropriata clinica e/o organizzativa. In Italia, il merito della promozione e diffusione dell'ADI, la forma più avanzata di assistenza a domicilio, deriva dalla geriatria. La geriatria è stata infatti la prima disciplina medica che ha dovuto confrontarsi con l'evidenza che i bisogni di cui è portatore l'anziano non autosufficiente sono molteplici e che l'efficacia del proprio intervento deve risiedere nell'integrazione con altri tipi di interventi parimenti necessari.

Non è quindi casuale che la prima definizione di ADI possa essere ritrovata nel **Progetto Obiettivo "Tutela degli anziani"**, valido per il quinquennio 1991-1995, dove si legge: "L'ADI è costituita da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socio-assistenziali, rese al domicilio dell'ammalato, nel rispetto di standard minimi di prestazione in forma integrata e secondo piani individuali programmati di assistenza, definiti con la partecipazione delle figure professionali interessate al singolo caso. (...) Il medico di medicina generale resta il punto di riferimento primario per la copertura sanitaria domiciliare dell'anziano non autosufficiente (...)". Il **Progetto Obiettivo** definiva il Servizio di assistenza domiciliare integrata come "...un servizio incaricato di soddisfare le esigenze di soggetti di qualsiasi età aventi necessità di assistenza continuativa, che può variare da interventi di tipo esclusivamente sociale ad interventi misti sociosanitari".

Definizioni scientifiche successive o quella presente nel Piano Sanitario Nazionale valido per il triennio 1998-2000 e la L. 328/00, fino alla recente definizione data dalla Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Lea, confermano l'inquadramento del Progetto Obiettivo.

### **Servizio di assistenza sociale a domicilio (SAD)**

Tali servizi, sono variamente denominati nelle diverse regioni italiane: Centri di Assistenza Domiciliare (CAD), Punti Unici di Accesso, SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare), etc.

E' un aiuto che i Comuni, tramite il Servizio Sociale, garantisce alla persona che si trova in situazione di bisogno, pur essendo parzialmente autosufficiente in tutte le azioni della vita quotidiana, ma in difficoltà per alcune situazioni legate ad essa: es. andare a far la spesa, andare a ritirare la pensione, fare il bagno, andare al cimitero una volta la settimana, ecc.. A seconda delle necessità, potrà essere attivato il vicinato, il volontariato, un operatore sociale (es. Adest, Assistente domiciliare e dei servizi tutelari).



## **Pasti a domicilio**

E' un servizio di consegna di pasti pronti (e per lo più caldi) a domicilio che contribuisce a permettere alle persone di rimanere nella propria casa anche quando non siano in grado di prepararsi i pasti e di uscire. I servizi sociali si convenzionano con Residenze per Anziani, trattorie, ditte specializzate a portare al domicilio il pasto in appositi contenitori termici a più scomparti, igienicamente sicuri. A volte le stesse strutture residenziali autonomamente forniscono il servizio. Il servizio si svolge per lo più per il pranzo di mezzogiorno.

## **Servizio di lavanderia**

A volte le strutture residenziali, con modalità simili forniscono anche un servizio di lavanderia.

## **Telesoccorso**

E' un servizio per persone che vivono sole o rimangono sole durante le ore di lavoro dei familiari o per persone anche temporaneamente non autonome. Il servizio è collegato al telefono e fornito da enti vari (per lo più Associazioni e/o Cooperative); richiede l'indicazione dei recapiti di alcuni amici o parenti vicini, in possesso delle chiavi di casa in grado di intervenire al bisogno su chiamata dell'Ente gestore.

Il servizio, nella maggioranza dei casi, è svolto 24 ore su 24, per tutti i giorni dell'anno

## **Centro Diurno**

È una struttura che accoglie durante il giorno persone anziane per disturbi di media gravità e anche forme di demenza (vedi centri Alzheimer). Il Centro può avere una collocazione indipendente o essere ubicato presso una struttura residenziale per anziani.

Il Centro offre attività varie di animazione e di stimolo finalizzate al mantenimento e al recupero delle abilità e del benessere psico-fisico della persona. Il Centro offre attività varie di animazione e di stimolo, un servizio di trasporto. Per lo più è aperto cinque giorni alla settimana. Le persone lo possono frequentare con orario flessibile da convenire nel progetto di inserimento. Gli operatori addetti sono assistenti domiciliari, educatori, ed all'occorrenza, medici, psicologi e altri operatori socio-sanitari. E' un servizio molto utile per il "sollievo" che può dare alla famiglia nel lavoro di cura e nel tentare ogni possibile forma di recupero o di mantenimento di capacità residue.

## **Assegno di cura**

Si tratta di un intervento relativamente nuovo, da considerarsi tuttora ancora in fase di studio e di sperimentazione. Nasce dalla necessità di correlare l'esiguità delle risorse socio-sanitarie con la crescente domanda di servizi di assistenza a persone anziane o disabili gravemente non autosufficienti, delle quali si fanno carico le famiglie con grave sacrificio, sia in termini di qualità della vita che in termini economici, spesso ricorrendo anche a

lavoratori stranieri. L'assegno di cura soddisfa il legittimo desiderio delle persone in condizione di non autosufficienza di restare al domicilio proprio o dei parenti, ritardando o evitando il ricovero non desiderato. In genere - tranne eccezioni - è controllato dal servizio pubblico rispetto alla qualità e al perseguimento degli obiettivi del progetto orientato al miglioramento della situazione.

È un intervento che permette di risiedere per brevi periodi in una struttura residenziale, magari anche solo nella stagione invernale a persone disabili o anziane parzialmente o del tutto non autosufficienti che, per varie ragioni (es. periodi di riposo o di vacanza della famiglia, ricovero ospedaliero del coniuge o del parente che assiste, ecc.), hanno necessità di un'accoglienza per un breve periodo (di norma massimo tre mesi). Al termine del "soggiorno" la persona rientra a casa.

### Segretariato sociale

L'attività di Segretariato Sociale ha come obiettivo quello di fornire al cittadino informazioni su servizi e prestazioni pubbliche e private appartenenti all'ampio settore delle attività sociali, sanitari, educative e culturali. La 328/2000, pone il Segretariato Sociale, come lavoro essenziale e dunque un vero e proprio Liveas, da attuare sul territorio attraverso i Piani di Zona. Il Segretariato Sociale, è la risposta che l'istituzione dà al diritto del cittadino di un dato territorio, a ricevere informazioni esatte, dettagliate, esaustive e pertinenti sui servizi disponibili, sulle procedure per accedervi, sulle prestazioni e normative utili affinché ciascuno possa utilizzare appieno i servizi offerti dalla comunità. Il servizio di Segretariato Sociale, persegue queste finalità:

- a) offrire ai cittadini una sede di riferimento presso la quale è possibile ricevere delle informazioni personalizzate, anche su come accedere alle risorse;
- b) rendere concreta la partecipazione dei cittadini all'attività della pubblica amministrazione, costituendo un luogo attivo di diffusione delle informazioni che riguardano l'intera collettività.
- c) affiancare i servizi e le forze sociali del territorio nella rilevazione dei bisogni e nella verifica e rispondenza delle risorse alle necessità dell'utenza;
- d) offrire agli amministratori pubblici lo stato aggiornato e documentato del rapporto qualitativo e quantitativo tra bisogni e risorse impiegate o da impiegare, base conoscitiva imprescindibile ad una corretta attività di programmazione. Inoltre, nel Segretariato sociale, le informazioni che sono gestite da enti diversi (Comune – Municipio – Asl – Prefettura – Tribunale – Istituzioni private, ecc.), vengono riunificate in base alle specifiche esigenze della persona. In questo modo evitando inutili e innumerevoli spostamenti da un ufficio all'altro dell'utente.

Il diritto all'informazione è stato consolidato con la "Carta dei Servizi", pensata quale strumento, per garantire la trasparenza e la qualità del servizio offerto, quindi in essa devono essere contenute tutte le informazioni e garantiti gli standard qualitativi e quantitativi previsti, compresi gli orari dei servizi.

### L'amministratore di sostegno

L'amministratore di sostegno è stato istituito di recente, con **legge 9 gennaio 2004, n° 6**. Fino ad oggi le disposizioni a tutela delle persone incapaci di agire erano limitate all'interdizione e all'inabilitazione. L'amministratore di sostegno, nasce in un'ottica e in una "filosofia" diverse rispetto alle misure finora esistenti poiché le sue finalità sono quelle di "tutelare, con la minore limitazione della capacità di agire, le persone prive in tutto o in

parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana". L'amministratore di sostegno - dice la legge - "nello svolgimento dei suoi compiti (...) deve tener conto dei bisogni e delle aspirazioni del beneficiario". È nominato dal giudice tutelare e può essere scelto anche tra persone indicate dallo stesso soggetto beneficiario al quale si affianca, senza sostituirsi, per consigliare, per sostenere e per facilitare.

### **Trasporti accessibili**

Le comunicazioni nella comunità, non possono avvenire senza lo spostamento delle persone anche da una comunità all'altra: lo strumento che favorisce questo incontro è il trasporto. Tutte le persone in qualsiasi età e in qualsiasi condizione debbono poter usufruire di un trasporto ben organizzato e accessibile anche ad anziani, diversamente abili, mamme e bambini, donne in gravidanza o infine a chi fa uso di ausili come bastoni o tripodi o carrozzelle. La mancanza di trasporti adeguati limita in maniera determinante il diritto alla propria domiciliarità.



## Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio- Dicembre 2006

Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza

### Sintesi

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 e ridisegnare la mappa dell'assistenza a casa dei pazienti.

Le cure domiciliari oggetto di questo documento, pubblicato alla fine del 2006, sono rivolte agli assistiti di ogni età ma 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 di 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.

Da anni i piani di programmazione sanitaria indicano nello sviluppo delle reti di cure domiciliari una concreta ed efficace risposta alle malattie croniche o inguaribili. Solo ora però con questa "nuova caratterizzazione dell'assistenza domiciliare si esce dalla genericità e dalla disomogeneità.

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.

Le nuove cure a casa saranno garantite su tre livelli di assistenza che vanno dalle più semplici **“Cure Domiciliari Integrate Prestazionali”** caratterizzate da prestazioni sanitarie “occasionalmente a ciclo programmato”; a quelle **“Domiciliari Integrate di Primo e Secondo Livello”** la vecchia Adi, fino alle **“Cure Domiciliari Integrate di Terzo Livello”** comprese quelle le **“Cure Palliative ai malati terminali”** con bisogni che prevedono prestazioni con un “elevato livello di complessità”. Un ruolo cruciale spetterà al MMG, mentre la regia sarà affidata al distretto, infatti il documento parla di **“Lea assistenza distrettuale”**.

***Le Cure Domiciliari Integrate Prestazionali.*** Comprendono le **“cure domiciliari di tipo prestazionale occasionali o ciclico programmato”**, che prevedono una **“risposta prestazionale, professionalmente qualificata, a un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, non presupponga la presa in carico del paziente”**.

In questi casi non c'è bisogno di una **“valutazione multidimensionale”**, né dell’**“individuazione di un piano di cura multidisciplinare”**. Questo tipo di cure è richiesto dal medico, responsabile del processo di cura del paziente” e punta a soddisfare richieste più semplici **“nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l’accesso ai servizi ambulatoriali”**

***Le Cure Integrate di Primo e Secondo Livello.*** In questa categoria sono comprese le **“cure domiciliari integrate di primo e secondo livello”**; si tratta di tutti quegli interventi **“professionali rivolti ai malati e alle loro famiglie”** che prendono corpo nel piano assistenziale individuale (PAI), redatto in base alla valutazione **“globale multidimensionale”** del paziente ed erogate **“attraverso la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale”**. In questo caso si prevede il coinvolgimento nella **“definizione degli obiettivi e dei processi assistenziali”**. Le cure si rivolgono a tutti quei pazienti che **“pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi hanno bisogno di continuità assistenziale e interventi programmati”** che si articolano su 5 giorni (primo livello) o 6 giorni (secondo livello).

***Le Cure Integrate di Terzo Livello.*** Appartengono a questa categoria le **“Cure domiciliari integrate di terzo livello”** e **“Cure Palliative malati terminali”**. In questo caso i pazienti presentano patologie con un **“elevato livello di complessità”** e **“criticità specifiche”**. L’elenco è lungo: si va dai malati terminali (oncologici e non) a quelli **“portatori di malattie neurologiche degenerative e progressive in fase avanzata”** (SLA, Distrofia muscolare). Ci sono poi quei pazienti in **“fase avanzate e complicate di malattie croniche”** e con necessità di **“nutrizione artificiale parenterale”** e quelli che hanno bisogno di **“supporto ventilatorio invasivo”** o che si trovano in **“stato vegetativo”** o di **“minima coscienza”**. In particolare **“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”** sono alcune circostanze ben individuate: **“l’instabilità clinica”**, la presenza di **“sintomi di difficile controllo”**, la necessità di un **“particolare supporto alla famiglia e al care-giver”**. Anche in questo caso rimangono cruciali sia la **“valutazione multidimensionale”** che la messa a punto di un **“piano di cura con intervento di tipo multidisciplinare”**.

L’assistenza viene, infine, richiesta dal medico responsabile delle cure del paziente con interventi programmati sui 7 giorni settimanali. Con una garanzia in più: per le cure palliative è prevista la **“pronta disponibilità medica sulle 24 ore”** che sarà erogata dall’**“équipe di cura e “comunque da medici specificatamente formati”**.

**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 infusionale 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 infusionale 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 infusionale
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



## I riferimenti normativi dell'Assistenza Domiciliare

Il 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.

Il 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 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**.

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»*.

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.

## BOX BADANTI\*

Per "**badante**" intendiamo una persona (spesso migrante) che assiste, in coabitazione, con un contratto privato, una persona priva di ( o con limitata) autonomia.

Per **assistente familiare** intendiamo un operatore di sostegno, integrazione e sostituzione delle funzioni di cura della famiglia, in grado di assistere le attività della vita quotidiana di un anziano privo di (o con limitata) autonomia.

*I dati riguardanti le badanti sono controversi. Secondo le stime presentate in una recente indagine dall'Università Bocconi , il numero di badanti presenti nel ns. Paese sarebbe di gran lunga superiore ai dati "ufficiali": non 500.000, ma ben 900.000 persone. In ogni*

*caso si tratterebbe di "grandi numeri".*

*In base alla ricerca della Bocconi:*

*Gli assistiti dalle badanti, in quasi il 75% dei casi, sono "grandi vecchi"over 75 anni.*

*Non mancano le badanti italiane (quasi sempre vedove e pensionate), ma la grande maggioranza è straniera, con una forte prevalenza dell'Est Europa.*

*Nell'assistenza continuativa 24 ore su 24, è la motivazione che sta alla base di molte scelte di ricorso alla badante.*

*Il fenomeno del badantato è dovuto a molteplici fattori, i principali sono:*

*-La famiglia che si nuclearizza, le reti sociali tradizionali si sfaldano.*

*- Crescita significativa degli anziani che vivono soli e che sono privi di reti parentali dirette.*

*- Crescita del carico assistenziale sulle famiglie (più di un terzo del totale, le famiglie con almeno un anziano ultrasessantacinquenne).*

*- Cambiamento delle aspettative di ruolo sociale delle donne (lavoro extra-familiare come opportunità di appagamento ed emancipazione.*

*- Perdurare del fenomeno migratorio di donne, in prevalenza dei Paesi dell'Est, disponibili a svolgere lavoro di cura nell'ambito di progetti migratori a breve termine.*

\* Equal - Aspasia, Convegno "Assistenti familiari, lavori di cura e rete territoriale dei servizi, Roma 2005.

## BIBLIOGRAFIA

**G. Civenti**, "Riflessioni sulla qualità nel lavoro sociale ", in Prospettive Sociali e Sanitarie, n° 2/ 2006

**La Bottega del Possibile**, Associazione culturale impegnata nella promozione della cultura della domiciliarità.

**Marceca Maurizio** " Assistenza Domiciliare", Care on line 3, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2002

**VANDELLI MARILU'** I fiori di saturno. le istituzioni si interrogano sul vivere e morire degli anziani. un'esperienza tra realta' e psiche alla ricerca di un progetto creativo nel segno di una cultura junghiana, Edizioni Artestampa, Modena, 1993,

**VANDELLI MARILÙ**, Giardini d'inverno: Esperienze di animazione nelle case. protette, Franco Angeli, Milano, 1988.

**Equal – Aspasia**, Convegno "Assistenti familiari, lavori di cura e rete territoriale dei servizi, Roma 2005.