

Il paziente può terminare il percorso per completamento del trattamento terapeutico e miglioramento delle sue condizioni o per trasferimento ad altro setting assistenziale (per acuti, lungodegenza, RSA, ecc.).



L'Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM), insieme al medico di medicina generale o il pediatra (MMG/PLS), anche tramite collegamenti a distanza con l'ambulatorio del medico, con l'assistente sociale del comune, la persona e/o il suo caregiver, definisce il Progetto Individuale e acquisisce la scelta dell'ente gestore per l'erogazione dell'assistenza.

Il Progetto individuale determina gli obiettivi di cura, gli interventi, la relativa durata, le figure professionali coinvolte e l'impegno assicurato dal caregiver che dovranno poi tradursi nel Piano assistenziale il quale comprende, quando necessario, anche il Progetto di Riabilitazione Individuale redatti a cura dell'ente erogatore che prende in carico l'utente. Progetto e Piano assistenziale devono essere condivisi e sottoscritti tra le parti (interessato/familiare/amministratore di sostegno o tutore ed ente erogatore). La valutazione multidimensionale può essere di:

- **primo livello (cure domiciliari di base).** In tal caso, ricevuta dal MMG/PLS la prescrizione e la scheda unica di triage, l'equipe del Distretto procede alla stesura del Progetto individuale.
- **secondo livello (cure domiciliari integrate).** Ricevuta dal MMG/PLS la prescrizione e la scheda unica di triage, l'equipe del Distretto procede di norma alla valutazione multidimensionale di secondo livello che deve sempre essere fatta con visita al domicilio della persona.

L'ente erogatore prescelto dalla famiglia contatta l'utente o il familiare per concordare il primo accesso a domicilio. Oltre che in fase di prima attivazione delle cure domiciliari, la valutazione multidimensionale deve essere ripetuta o effettuata nei seguenti casi:

- sempre dopo un eventuale ricovero del paziente;
- in presenza di nuovi eventi o altre variazioni delle condizioni clinico-assistenziali o sociali, rilevate dagli operatori domiciliari, dal MMG/PLS, dagli infermieri di comunità, tali da richiedere cambiamenti del livello di intensità assistenziale e suggerire la revisione del Progetto individuale e del Piano assistenziale;
- dopo una sospensione del servizio superiore a 15 giorni;
- periodicamente, in relazione alle indicazioni regionali e nazionali, e comunque ogni 90 giorni durante la presa in carico.

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

La valutazione multidimensionale del bisogno assistenziale e le prestazioni di C-Dom previste dal piano personalizzato di assistenza sono totalmente a carico del Servizio Sanitario e non comportano alcun costo per la persona assistita.



dica32

Art. 32 (Costituzione) - La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività ...

Brevi note informative per far valere il proprio diritto alla salute e alla cura

DALL'ADI ALLE CURE DOMICILIARI: attivazione e modello di erogazione del servizio di assistenza al domicilio

Le cure domiciliari (o C-Dom) costituiscono un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza (DRG n. 6867/2022). **L'obiettivo è garantire:**

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



La delibera citata, oltre ad aver cambiato il nome del servizio in C-Dom, ha ridisegnato il modello di erogazione dell'assistenza domiciliare definendo i criteri di accesso, di valutazione/conferma della richiesta di attivazione da parte del medico curante, le modalità di presa in carico, i requisiti per l'accreditamento degli enti erogatori del servizio e infine i percorsi assistenziali da erogare.

Gli interventi per cure domiciliari devono integrarsi con quelli di competenza degli Ambiti Territoriali Sociali così da garantire un accesso unitario ai servizi sanitari e sociali e promuovere continuità assistenziale e qualità di vita al domicilio, nel contesto familiare e sociale di appartenenza della persona fragile (art. 1, c. 162, lett. a, L. 234/21).

Criteri di ammissibilità

Il servizio di cure domiciliari è dedicato a persone residenti, oppure temporaneamente domiciliate in regione Lombardia, di qualunque età e condizione economica, che

necessitano di essere assistiti al proprio domicilio, anche in contesti di residenzialità individuale o collettiva alternativi alla propria casa, eletti dalla persona a propria dimora abituale. Sono ammessi al servizio di C-Dom persone che:

- non sono autosufficienti, in modo parziale o totale, per un periodo di tempo limitato o permanente;
- hanno bisogni sanitari e sociosanitari che si possono gestire al domicilio, senza ripercussioni sulla qualità delle cure;
- hanno difficoltà/impossibilità a camminare e non possono essere accompagnate presso ambulatori sanitari, strutture ospedaliere e centri riabilitativi con i comuni mezzi di trasporto;
- hanno una rete di aiuti familiari, parentali, di supporto (badante);
- hanno un ambiente di vita che consente di gestire l'assistenza necessaria, anche adeguando gli spazi e rimuovendo eventuali ostacoli o barriere.

Attivazione ed erogazione del servizio di cure domiciliari



Le cure domiciliari si attivano con la richiesta del **Medico di Medicina Generale o del Pediatra** all'ASST territorialmente competente.

Un percorso di cure domiciliari in caso di pazienti ricoverati può essere attivato anche dal **medico del reparto ospedaliero in fase di pre-dimissione** (dimissioni protette).

Spetta, di norma, al MMG/PLS inoltrare la richiesta di attivazione delle cure domiciliari. L'attivazione può essere presentata anche da altre figure o servizi professionali abilitati: infermieri di famiglia servizi di PS, centrali di dimissione protetta, reparti ospedalieri e servizi di degenza ospedaliera o extra-ospedaliera (cure intermedie, ospedali di comunità). **Se la richiesta è presentata a cura di figure diverse dal MMG/PLS** della persona da assistere, il Distretto (CdC) è tenuto a trasmettere la necessaria comunicazione e la relativa documentazione al MMG/PLS.

L'attività assistenziale al domicilio del paziente, con l'impiego di personale idoneo per le cure domiciliari (infermiere; operatore socio-sanitario; ausiliario socio-assistenziale; tecnico della riabilitazione: fisioterapista, terapeuta occupazionale, logopedista; ecc.), viene svolta da enti erogatori accreditati presenti sul territorio e sottoposti a vigilanza da parte dell'ATS di competenza.

Oltre agli erogatori privati, Regione Lombardia prevede di riprendere, almeno in parte, la gestione pubblica diretta delle attività erogative tramite i rispettivi poli territoriali di tutte le ASST, nell'ambito delle Case di Comunità (che si realizzeranno).

I profili di servizio delle cure domiciliari

Il modello di cure domiciliari sviluppato dalla Regione Lombardia prevede l'attivazione

di alcuni percorsi predefiniti o standardizzati in base all'intensità, crescente, dell'intervento assistenziale.

- **Cure domiciliari di base** e percorsi domiciliari standardizzati di base in risposta a bisogni di bassa complessità, mono professionali e/o mono prestazionali, di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo:

PERCORSI	Accessi al mese/Giornate Effettive di Assistenza	PERCORSI	Accessi al mese/Giornate Effettive di Assistenza
- prelievi	fino a 4 accessi	- percorso lesioni:	
- prestazionale generico		- lesioni A	8 accessi
- percorso gestione alvo		- lesioni B	12 accessi
- percorso catetere vescicale		- lesioni C	16 accessi
- percorso gestione stomie		- percorso fisioterapia:	
		- fisioterapia A	6 accessi
		- fisioterapia B	8 accessi
		- fisioterapia C	10 accessi
		- fisioterapia D	12 accessi

- **Cure domiciliari integrate** in risposta a bisogni di maggiore complessità (multidimensionali e/o multiprofessionali di tipo medico-infermieristico-assistenziale e/o riabilitativo) e/o con specifiche necessità di integrazione sociale e continuità assistenziale:

PERCORSI	Accessi al mese/Giornate Effettive di Assistenza	PERCORSI	Accessi al mese/Giornate Effettive di Assistenza
- Livello 1	da 5 a 9 accessi	- Livello 3:	
- Livello 2	da 10 a 15 accessi	- 3A	da 16 a 19 accessi
		- 3B	da 20 a 25 accessi
		- 3C	da 26 a 30 accessi
		- Alta intensità	superiore o uguale a 30 accessi

Il livello «Alta intensità», richiede un impegno assistenziale elevato in termini di numero di accessi (superiore o uguale a 30) con una frequenza pluri-giornaliera, per l'erogazione di un mix di prestazioni (infermieristiche, specialistiche, riabilitative etc.) per una durata limitata (max 15 giorni ripetibile una seconda volta).

Per le situazioni complesse è fondamentale che sia identificato dall'ente erogatore pubblico o privato un referente del caso, professionista di riferimento per l'assistito, la famiglia/caregiver e i servizi coinvolti.

La valutazione multidimensionale del bisogno



La valutazione multidimensionale è effettuata da un'Equipe del **Distretto della ASST** di riferimento (composta da: **medico di riferimento, infermiere, assistente sociale**), così pure la rivalutazione periodica della persona assistita, la dimissione dal percorso di cure domiciliari o il passaggio ad altri servizi.