

6032

6/7/2012

Identificativo Atto n. 248

DIREZIONE GENERALE FAMIGLIA, CONCILIAZIONE, INTEGRAZIONE E SOLIDARIETA'
SOCIALE

DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA SPERIMENTAZIONE DEL NUOVO MODELLO DI
VALUTAZIONE DEL BISOGNO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

IL DIRETTORE GENERALE

VISTI:

- il D.P.C.M. 29 novembre 2001 che, nell'ambito dell'assistenza distrettuale, individua l'assistenza domiciliare tra i livelli essenziali e uniformi da garantire sul territorio;
- la legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore";

VISTI:

- la l.r. 5 gennaio 2000, n. 1 "Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia. Attuazione del d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112";
- la l.r. 2 aprile 2007, n. 8 "Disposizioni in materia di attività sanitarie e sociosanitarie. Collegato";
- la l.r. 12 marzo 2008, n. 3 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio sanitario";
- la l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità";
- la d.c.r. 28 settembre 2010, n. 56 "Programma Regionale di Sviluppo della IX Legislatura" (PRS);
- la d.c.r. 17 novembre 2010, n. 88 di approvazione del "Piano Socio Sanitario Regionale 2010 – 2014" (PSSR);

CONSIDERATI:

- la d.g.r. 9 maggio 2003, n. 12902 "Modello Lombardo del Welfare: attivazione del voucher socio sanitario per l'acquisto di prestazioni domiciliari socio sanitarie integrate";
- la d.g.r. 1 dicembre 2010, n. 937 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario regionale per l'esercizio 2011";
- la d.g.r. 18 maggio 2011, n. 1746 "Determinazioni in ordine alla qualificazione della rete dell'assistenza domiciliare in attuazione del PSSR 2010-2014";
- la d.g.r. 6 dicembre 2011, n. 2633 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario regionale per l'esercizio 2012";

RICHIAMATO in particolare quanto stabilito dal citato PSSR 2010-2014 relativamente ad una riforma della rete sociale e sociosanitaria che rimetta al centro del sistema la persona e la famiglia operando l'inversione del modello offerta/domanda;

RICHIAMATO altresì il Programma operativo 8 "La famiglia e la casa al centro delle politiche del welfare", contenuto nel citato PRS della IX Legislatura, che, all'Obiettivo specifico 8.1 "Integrazione dei servizi sociali e sociosanitari modellati sui bisogni e sui percorsi di vita delle diverse famiglie", individua fra gli obiettivi operativi quello del sostegno all'assistenza continua e responsabile da perseguire

attraverso la realizzazione di due azioni: la riforma dell'assistenza domiciliare sul territorio regionale e la sperimentazione di nuova modalità di erogazione del servizio di assistenza domiciliare;

CONSIDERATO che:

- la d.g.r. 18 maggio 2011, n. 1746 “Determinazioni in ordine alla qualificazione della rete dell'assistenza domiciliare in attuazione del PSSR 2010-2014” ha dato l'avvio al processo di riforma complessiva degli interventi a sostegno della domiciliarità, prevedendo tra l'altro la realizzazione di sperimentazioni regionali in questo ambito;
- la d.g.r. 6 dicembre 2011 n. 2633 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012” ha stabilito, nell'Allegato 15, che nel corso del 2012 venga sperimentato, in tutte le ASL, il nuovo modello di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), fondato sulla valutazione multidimensionale del bisogno della persona fragile effettuata dalle ASL quale condizione di accesso al servizio ADI;

DATO ATTO che nel corso del 2011 è stato introdotto in sei ASL –Brescia, Lodi, Milano, Milano 1, Monza Brianza e Varese- un nuovo modello di valutazione del bisogno attraverso la sperimentazione, su un campione di 1500 persone, di strumenti per la valutazione multidimensionale del bisogno e l'individuazione dei relativi profili assistenziali e che tale nuovo modello sarà esteso nel corso del 2012 a tutte le ASL della Regione, per la durata di sei mesi con decorrenza dalla data di approvazione del presente atto;

CONSIDERATO che, al fine di garantire un'adeguata gradualità alla sperimentazione, evitando disagi per i cittadini destinatari dell'assistenza domiciliare integrata, sia necessario procedere nel modo seguente:

- con decorrenza dalla data del presente atto le ASL adotteranno e ad applicheranno gli indirizzi organizzativi, il modello e gli strumenti per la valutazione multidimensionale del bisogno secondo quanto dettagliatamente descritto nell'Allegato 1 “Indirizzi sperimentali per l'organizzazione ed il funzionamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)” e nell'Allegato 2 “Strumenti per la valutazione multidimensionale del bisogno”, assegnando agli aventi diritto il voucher utilizzando il format regionale di cui all'Allegato 3 “Format Voucher per l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)”, parti integranti e sostanziali del presente atto;
- la valutazione con il nuovo sistema sarà attuata per le persone già in carico all'ADI alla data del presente Decreto solo alla scadenza del Piano di Assistenza Individuale (PAI), salvo casi in cui sia necessaria una rivalutazione anticipata;
- dalla data del presente atto e fino a che, con successivo provvedimento regionale, non verranno approvate le tariffe remunerative dei nuovi profili, di cui all'Allegato 2, tali nuovi profili saranno remunerati con le vigenti tariffe previste per i Voucher socio sanitari e per i Credit;

RITENUTO di demandare alle ASL la regolamentazione dei rapporti giuridici ed economici con i Soggetti Gestori accreditati per l'erogazione del servizio di ADI, per attuare la sperimentazione con la gradualità sopra specificata, secondo le apposite indicazioni che saranno fornite con successiva comunicazione della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale;

DATO ATTO che:

- la sperimentazione sarà adeguatamente monitorata attraverso la costituzione di una cabina di regia composta da: Regione Lombardia, rappresentanza delle ASL lombarde, rappresentanza di Soggetti accreditati per l'erogazione di ADI;
- a compimento della sperimentazione, anche alla luce di quanto emerso dal monitoraggio e dai lavori della cabina di regia, verranno approvati con successivo provvedimento della Giunta Regionale, così come previsto dalla d.g.r. n. 2633/2011:
 - le linee di indirizzo, il modello e gli strumenti per la valutazione multidimensionale del bisogno
 - i profili assistenziali e le relative tariffe
 - la tipologia e le modalità dei controlli
 - lo schema tipo di contratto

STABILITO di trasmettere il presente atto alle Aziende Sanitarie Locali nonché di provvedere alla sua pubblicazione sul sito della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale ai fini della più ampia diffusione;

VISTA la l.r. 20/08 nonché i provvedimenti organizzativi della IX Legislatura;

DECRETA

1. di proseguire il processo di riforma complessiva degli interventi a sostegno della domiciliarità, in armonia con quanto stabilito dai provvedimenti di programmazione regionale, con la sperimentazione in tutte le ASL del nuovo modello di erogazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata;
2. di stabilire in mesi sei la durata della sperimentazione con decorrenza dalla data di approvazione del presente atto;
3. di procedere all'attuazione della sperimentazione con le seguenti modalità:
 - a) con decorrenza dalla data del presente atto le ASL adotteranno e ad applicheranno gli indirizzi organizzativi, il modello e gli strumenti per la valutazione multidimensionale del bisogno secondo quanto dettagliatamente descritto nell'Allegato 1 "Indirizzi sperimentali per l'organizzazione ed il funzionamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)" e nell'Allegato 2 "Strumenti per la valutazione multidimensionale del bisogno", assegnando agli aventi diritto il voucher utilizzando il format regionale di cui all'Allegato 3 "Format Voucher per l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)", parti integranti e sostanziali del presente atto;

- b) la valutazione con il nuovo sistema sarà attuata per le persone già in carico all'ADI alla data del presente Decreto solo alla scadenza del Piano di Assistenza Individuale, salvo casi in cui sia necessaria una rivalutazione anticipata;
 - c) alla data del presente atto e fino a che, con successivo provvedimento regionale, non verranno approvate le tariffe remunerative dei nuovi profili, di cui all'Allegato 2, tali nuovi profili saranno remunerati con le vigenti tariffe previste per i Voucher socio sanitari e per i Credit;
4. di demandare alle ASL la regolamentazione dei rapporti giuridici ed economici con i Soggetti Gestori accreditati per l'erogazione del servizio di ADI, secondo le apposite indicazioni che saranno fornite con successiva comunicazione della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale;
5. di approvare i seguenti allegati parti integranti e sostanziali del presente atto:
- a) Allegato 1 "Indirizzi sperimentali per l'organizzazione ed il funzionamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)"
 - b) Allegato 2 "Strumenti per la valutazione multidimensionale del bisogno"
 - c) Allegato 3 "Format Voucher per l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)"
6. di demandare a successivi provvedimenti della Direzione Generale Famiglia Conciliazione Integrazione e Solidarietà Sociale:
- la costituzione della cabina di regia per il monitoraggio della sperimentazione
 - le indicazioni alle ASL per la regolamentazione dei rapporti giuridici ed economici con i soggetti accreditati per l'erogazione di prestazioni ADI
7. di rinviare a successivo provvedimento della Giunta Regionale, a compimento della sperimentazione, la definizione di:
- a) le linee di indirizzo, il modello e gli strumenti per la valutazione multidimensionale del bisogno
 - b) i profili assistenziali e le relative tariffe
 - c) la tipologia e le modalità dei controlli
 - d) lo schema tipo di contratto
8. di trasmettere il presente atto alle Aziende Sanitarie Locali nonché di provvedere alla sua pubblicazione sul sito della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale ai fini della più ampia diffusione.

IL DIRETTORE
Roberto Albonetti

Allegato 1

Indirizzi sperimentali per l'organizzazione ed il funzionamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Indice

Premessa.....	2
1. Ambito di applicazione.....	2
1.1 Definizione	2
1.2 I destinatari	2
2. Il sistema di accesso e di presa in carico in ADI	3
2.1. L'attivazione	3
2.2. La valutazione	3
2.3. I profili	5
2.4. I contenuti dell'ADI	7
2.5. La presa in carico e la redazione del PAI.....	8
2.6. La gestione del progetto assistenziale	9
2.7. La dimissione	9
2.8. La gestione del raccordo ospedale-territorio	10

Premessa

Il presente allegato intende definire un modello sperimentale di funzionamento dell'assistenza domiciliare integrata descrivendo: cosa è l'Assistenza Domiciliare Integrata, quali sono i destinatari, le modalità di accesso e di presa in carico.

1. Ambito di applicazione

1.1 Definizione

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) si colloca nella rete di servizi sociosanitari volti a garantire alle persone in condizione di fragilità, prestazioni sociosanitarie integrate "a domicilio", anche in contesti di residenzialità individuale/collettiva, alternativa alla propria casa, eletti dalla persona a dimora abituale.

Le prestazioni, che saranno declinate all'interno del piano di assistenza individuale, devono essere erogate da personale qualificato ed in possesso degli specifici titoli professionali, e sono complementari e non sostitutive del *caregiver* familiare. Le specifiche prestazioni, fornite attraverso i *caregiver* professionali (a mero titolo esemplificativo: infermieri, operatori tecnici della riabilitazione quali fisioterapisti, terapisti occupazionali, logopedisti ecc.) possono quindi sostenere e/o integrare presenze familiari (parenti e/o loro collaboratori) esistenti e disponibili, non sostituirle completamente.

L'ADI è pertanto finalizzata ad assicurare alla famiglia della persona un reale supporto per:

- migliorare la qualità della vita quotidiana e allontanare nel tempo il ricorso a forme di unità d'offerta residenziali;
- stabilizzare il quadro clinico della persona a seguito di dimissione ospedaliera;
- garantire la continuità dell'assistenza tra sistema sanitario, sociosanitario e sociale;
- prevenire/limitare il deterioramento della persona in condizione di fragilità.

1.2 I destinatari

L'ADI è rivolta a persone in situazione di fragilità, caratterizzate da:

- presenza di una condizione di non autosufficienza parziale o totale, di carattere temporaneo o definitivo;
- presenza di una condizione di non deambulabilità;
- non trasportabilità presso presidi sanitari ambulatoriali in grado di rispondere ai bisogni della persona;
- presenza di un supporto nella rete familiare/parentale o informale;

- presenza di condizioni abitative che garantiscano la praticabilità dell'assistenza, acquisite anche a seguito di azioni necessarie per il superamento di eventuali fattori ostativi (esempio: abbattimento di barriere architettoniche).

Si precisa che sono comprese tra i destinatari dell'ADI le persone nella fase terminale della vita, non riconducibili alla tipologia di utenza assistibile mediante l'ospedalizzazione domiciliare cure palliative, ai sensi della DGR 24 aprile 2008, n. 7180 ed eventuali successive integrazioni.

2. Il sistema di accesso e di presa in carico in ADI

2.1. L'attivazione

L'attivazione del processo di ADI, considerata la valutazione di carattere pubblico di cui al successivo paragrafo 2.2, in via sperimentale può avvenire attraverso le seguenti modalità:

- a seguito di prescrizione del MMG (ricetta rossa);
- a seguito di dimissione ospedaliera/struttura riabilitativa (richiesta del medico ospedaliero /struttura riabilitativa su ricetta rossa);
- a seguito di prescrizione di medico specialista.

Negli ultimi due casi, la ASL che attiva la valutazione provvederà ad informare il MMG.

2.2. La valutazione

La valutazione prevede **due fasi**:

1. Valutazione **Triage**, è il **primo contatto** con il *caregiver* (ad es. la famiglia) che si occupa di attivare la rete dei servizi sociosanitari per l'utente. La valutazione ha l'obiettivo di identificare i bisogni complessi di natura sociosanitaria (indirizzati alla valutazione di secondo livello), dai bisogni di natura monoprofessionale.
La scala sperimentale di valutazione di triage può essere somministrata da personale adeguatamente formato.
2. Valutazione **multidimensionale di secondo livello**, cui accedono le persone che hanno avuto un esito positivo alla valutazione triage o quelle che hanno avuto una dimissione ospedaliera (vedi paragrafo 2.8), esamina sia i bisogni sociosanitari (*valutazione funzionale*) sia i bisogni sociali (*valutazione sociale*).

Quale esito della valutazione verrà attribuito, in modo coerente, un profilo adeguato a rispondere ai bisogni, verrà definita la durata del PAI e il valore complessivo del voucher attribuito.

La valutazione di secondo livello, gestita da una équipe multidisciplinare – Unità di Valutazione Multidisciplinare (composta da medico, infermiere ed assistente sociale) è **svolta, di norma, al domicilio della persona**, attraverso l'utilizzo di strumenti omogenei definiti a livello regionale.

La valutazione di secondo livello si articola come segue:

a) La valutazione funzionale

La valutazione dei bisogni viene applicata a domini riconosciuti come essenziali per impatto e trasversalità, svincolati quindi dalla patologia causante e dall'età della persona valutata, così come specificato nell'Allegato 2.

b) La valutazione sociale

Il sistema di valutazione della persona tiene in considerazione gli aspetti sociali quali:

- la *rete assistenziale* misurando l'organizzazione degli interventi da parte sia della rete familiare che non familiare;
- l'adeguatezza della condizione abitativa e dell'ambiente di vita.

Nel modello regionale di valutazione del bisogno sono stati introdotti due fattori correttivi della valutazione che hanno impatto sui profili assistenziali:

Indice di sostegno della famiglia

Si tiene conto, in sede di valutazione sociale, dell'impatto dei *famigliari e caregiver nell'assistenza alla persona* rispetto ai diversi domini funzionali. La valutazione sociale permette di individuare, inoltre, il reale grado di sostegno che la famiglia può offrire rispetto ai singoli bisogni della persona (domini scala di valutazione).

Pertanto, rispetto ai diversi domini (respirazione, nutrizione, etc), la valutazione ha l'obiettivo di far emergere il supporto attivo della famiglia/dei *caregiver* nel farsi carico dei servizi e delle prestazioni necessarie per rispondere a quel bisogno.

La valutazione del supporto della famiglia permette di individuare il reale bisogno, inteso come le prestazioni a cui la famiglia non riesce a far fronte e per le quali è richiesto il supporto di un soggetto esterno.

La valutazione del sostegno della famiglia, pertanto, non va ad incidere sul livello di gravità (che esprime la fragilità della persona), ma contribuisce a determinarne il profilo.

Indice di complessità assistenziale (I.C.A.)

Viene introdotto un **indice di complessità assistenziale (I.C.A.)**, basato sulla rilevazione di alcune condizioni funzionali di particolare impegno assistenziale, così da definire la corretta "pesatura" delle risorse professionali ed economiche a parità di livello di bisogno e la necessaria flessibilità delle risposte in rapporto all'evoluzione del bisogno stesso.

L'indice di complessità assistenziale offre la possibilità di introdurre un "fattore correttivo" ai diversi profili di assistenza e di riconoscere il carico assistenziale aggiuntivo anche in termini economici.

Riassumendo, dalla valutazione multidimensionale del bisogno vengono determinati:

- ✓ Il livello di gravità della persona ed il relativo profilo corrispondenti all'impegno assistenziale;
- ✓ la durata dell'intervento (massimo 3 mesi coerentemente con la data massima indicata per la rivalutazione del soggetto dalla normativa vigente) e il numero di accessi in caso di profilo prestazionale;
- ✓ l'eventuale urgenza;
- ✓ il valore economico complessivo del voucher.

2.3. I profili

Sulla base dei livelli di gravità determinati dalla valutazione del bisogno (che contemplano anche i fattori correttivi) è possibile identificare i relativi profili assistenziali, corrispondenti all'impegno assistenziale oltre che alla complessità dell'intervento richiesto, e la relativa tariffa.

In riferimento a quanto previsto dal D.P.C.M. del 14/02/2001, i livelli di assistenza vengono stabiliti tenendo conto dei seguenti parametri:

- la natura del bisogno che, mediante la valutazione dei bisogni inerenti l'area sociosanitaria, funzionale, cognitiva, affettiva nonché l'area sociale/ambientale, caratterizza l'ambito di bisogno prevalente;
- la complessità dell'intervento caratterizzata dalla composizione dei fattori produttivi impiegati (mix di risorse professionali) e dalla loro articolazione, con particolare riferimento alla tipologia delle prestazioni;
- l'intensità assistenziale stabilita in base alle fasi temporali (intensiva, estensiva e di lungoassistenza) che caratterizzano il piano assistenziale e la frequenza degli interventi previsti;
- la durata in relazione alle fasi temporali intensiva (durata breve e definita).

La **definizione dei profili si basa su un indice di intensità assistenziale**, calcolato come Giornata Effettiva di Assistenza (GEA) / giornate di presa in carico.

L'**Intensità assistenziale** è costruita sulla base di un modello teorico che correla il livello di gravità e il profilo assistenziale.

Ad ogni dominio del modello di valutazione del bisogno è attribuito un indice di intensità assistenziale teorico, valutato sulla base dei GEA settimanali previsti per rispondere al bisogno. La combinazione dei GEA teorici totali (nella definizione della proposta dei GEA teorici, sono stati compresi interventi di aiuto infermieristico o tutelare finalizzati al buon esito dell'intervento sociosanitario), necessari per soddisfare il bisogno della persona, generano il profilo assistenziale da erogare. Dalla stessa valutazione, mediante la matrice dei GEA teorici, è possibile **calcolare i GEA teorici per ogni dimensione di valutazione**. Successivamente, combinando i GEA per ogni item di valutazione, si calcola il numero di GEA totale richiesto dalla valutazione dell'utente **e, conseguentemente, l'intensità assistenziale ed il profilo di assistenza dell'utente**.

I profili così elaborati contengono **due profili prestazionali e quattro profili assistenziali**.

I **profili prestazionali** si distinguono in "prestazionale" e "prestazionale prelievi". Tali profili intendono dare una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo sociosanitario che, può essere continuativa o occasionale, che presuppone la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un piano di assistenza individuale semplificato.

I **profili assistenziali** si distinguono in sei tipologie in funzione della diversa intensità assistenziale.

La tabella che segue illustra le caratteristiche di questi profili:

Profilo	Definizione livello LEA (ADI)	Natura del bisogno (valutazione)	Durata della presa in carico (periodo di riferimento standard)	Intensità assistenziale
Prestazionale	Prestazionale	Sociosanitario	Occasionale	Nulla
			Continuativa	Bassa (< 0,25)
Prestazionale	Prelievi	Sociosanitario	Occasionale - Continuativa	Nulla
1	Assistenza Domiciliare integrata di primo livello	Sociosanitario funzionale sociale	30 giorni	0,25- 0,50
2	Assistenza Domiciliare Integrata di secondo livello	Sociosanitario funzionale sociale	30 giorni	0,51 - 0,65
3	Assistenza Domiciliare integrata di terzo livello	Sociosanitario funzionale sociale	30 giorni	0,66 - 0,85
4			30 giorni	0,86 – 1

2.4. I contenuti dell'ADI

L'Assistenza Domiciliare Integrata – ADI, in quanto Livello Essenziale di Assistenza (LEA), riguarda specifiche prestazioni ed attività, sia di natura sociosanitaria che sociale a rilievo sanitario (DPCM 14 febbraio 2001), rese in modo integrato al domicilio della persona con bisogni complessi. Con specifico provvedimento della Direzione Generale Famiglia Conciliazione Integrazione e Solidarietà Sociale saranno approvate le prestazioni, erogabili al domicilio, di natura sociosanitaria (attività infermieristiche e di aiuto infermieristico, attività riabilitative/abilitative/educative ecc.), di natura sociale (assistenza tutelare e di cura della persona ecc), di natura psicologica e di cure palliative. Le attività saranno assicurate, sulla base della "prescrizione" medica e del Piano Assistenziale Individuale (PAI).

Alcune situazioni particolari, quali **le prestazioni riabilitative**, richiedono precisazioni e approfondimenti circa i requisiti d'accesso, di seguito descritti.

Per le prestazioni riabilitative, si richiama quanto esplicitamente contenuto nel “Piano d’Indirizzo per la Riabilitazione” del Ministero della Salute (2010) nel quale, a proposito della riabilitazione a domicilio viene chiaramente evidenziato che tali prestazioni, di norma, a domicilio:

- costituiscono “.....il proseguimento di quanto realizzato nelle fasi precedenti”;
- sono erogabili solo se previste “...dal progetto riabilitativo elaborato da parte del medico specialista in riabilitazione”;
- riguardano persone “...impossibilitate ad accedere ai servizi ambulatoriali”.

Nel caso di richiesta da parte di un medico prescrittore unicamente di prestazioni riabilitative, una volta valutata l’appropriatezza sulla base delle linee guida riportate nel “Piano d’Indirizzo per la Riabilitazione” del Ministero della Salute, si procede alla valutazione ai fini della rilevazione dei bisogni complessivi, propedeutica alla redazione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).

Risultano inappropriate di conseguenza le prestazioni riabilitative assicurate nell’ambito dell’ADI che:

- NON abbiano un progetto riabilitativo elaborato dal medico specialista dal quale si evincano gli elementi di continuità con gli interventi precedenti e gli obiettivi dell’intervento;
- sono rivolte ad assistiti in possesso di PRI (Progetto Riabilitativo Individuale) e di pri (Programma Riabilitativo Individuale) la cui stesura è stata effettuata da una Unità di riabilitazione ex D.G.R. 19883 del 16 dicembre 2004;
- siano prestate a persone che possono accedere ai servizi ambulatoriali. L’impossibilità di accesso a servizi ambulatoriali deve riguardare la situazione clinica e funzionale della persona e NON può riguardare aspetti relativi la distribuzione territoriale dei servizi o l’assenza di *caregiver* disponibili e, pertanto, DEVE essere certificata dal medico specialista in sede di redazione del progetto di intervento domiciliare.

2.5. La presa in carico e la redazione del PAI

Il cittadino, a seguito della valutazione multidimensionale del bisogno (valutazione di 2° livello) da parte dell’Unità di Valutazione Multidisciplinare, avrà assegnato un voucher corrispondente al profilo assistenziale/prestazionale (v. format del voucher in Allegato 3) inoltre avrà a disposizione una lista di soggetti accreditati per l’ADI nell’ambito delle quali opererà la propria scelta per la presa in carico. Si raccomanda alle ASL la massima trasparenza rispetto alle liste operatori, al fine di garantire parità di trattamento tra gli operatori, anche in ottemperanza alle disposizioni del codice etico aziendale.

Il soggetto erogatore così scelto prende in carico la persona e procede, dopo l'analisi dei bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale del bisogno, alla stesura del PAI e alla definizione degli obiettivi di assistenza. Il PAI definito deve essere coerente con quanto emerso in sede di valutazione del bisogno, in modo da garantire che, in fase di erogazione dell'assistenza, vengano messe a disposizione, dell'assistito e della sua famiglia, tutte le competenze professionali necessarie e per tutto il periodo previsto.

2.6. La gestione del progetto assistenziale

La gestione del progetto assistenziale si concretizza con l'avvio del PAI. Le attività previste nel PAI devono essere riportate nel Diario delle prestazioni (per la tenuta e l'aggiornamento del Diario delle prestazioni fare riferimento ai requisiti specifici di accreditamento ADI d.g.r. 3584 del 06/06/2012 e alla d.g.r. n. 3339 del 24.4.2012 revisione d.g.r. 8496/2008).

Se durante la realizzazione del PAI emergono **variazioni nelle condizioni della persona assistita** (es. l'utente si aggrava o la famiglia richiede un maggiore sostegno), deve essere effettuata la rivalutazione, alla luce delle variazioni rilevate nelle condizioni della persona assistita o della sua famiglia.

La rivalutazione può esitare nel rinnovo del medesimo profilo o nell'attribuzione di un profilo diverso e nell'assegnazione di un nuovo voucher da parte dell'ASL. L'ente erogatore deve predisporre un nuovo PAI, previa chiusura e richiesta di liquidazione del PAI in corso.

Nel caso in cui **nessuna variazione** intervenga **in corso** di esecuzione del PAI, al termine dei 90 giorni se la persona necessita di una prosecuzione dell'intervento, questa sarà rivalutata. Se invece nessuna assistenza è più necessaria allora la persona sarà dimessa (per le modalità di dimissione vedere il paragrafo successivo).

Le rivalutazioni devono essere effettuate dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare dell'ASL.

2.7. La dimissione

Per dimissione si intende la chiusura della pratica e quindi del ricovero domiciliare per i motivi previsti dal tracciato SIAD.

Coerentemente con quanto previsto dal tracciato SIAD, in caso di decesso dell'assistito, la data di dimissione coincide con la data del decesso. Mentre in caso di ricovero ospedaliero superiore a 15 giorni, la data di dimissione coincide con il giorno del ricovero ospedaliero.

Pertanto, in caso di sospensione del PAI superiore a 15 giorni questo deve essere chiuso.

L'eventuale ripresa in carico del medesimo assistito nel corso dell'anno ad opera dello stesso erogatore deve essere intesa come nuovo ricovero domiciliare e quindi ad esso deve essere attribuito un nuovo numero di pratica. In questo caso, dovrà essere ripercorso tutto l'iter, partendo dalla valutazione del bisogno, fino all'attribuzione del profilo e del voucher.

2.8. La gestione del raccordo ospedale-territorio

A seguito di **dimissioni ospedaliere** con richiesta urgente di attivazione di ADI da parte del medico ospedaliero, il cittadino o suo familiare si reca presso l'ASL per l'attivazione del contatto. La scelta della struttura viene effettuata dal cittadino, come precedentemente descritto.

In questi casi, l'Ente Erogatore predisporrà un PAI di emergenza di 15 giorni, di tipo prestazionale. Entro i 15 giorni l'ASL deve effettuare la valutazione di secondo livello e il processo riparte come previsto dal modello standard.

A seguito di **dimissioni ospedaliere** senza richiesta urgente di attivazione di ADI da parte del medico ospedaliero, viene mantenuto il processo precedentemente descritto, con valutazione del bisogno gestita dalla ASL a domicilio della persona.

Allegato 2

Strumenti per la valutazione multidimensionale del bisogno

Indice

Premessa.....	2
1. Il processo di valutazione del bisogno.....	2
2. Il triage.....	3
3. La valutazione di secondo livello	3
4. La valutazione sociale	6
5. Gli strumenti diagnostici	7
6. I livelli di gravità.....	8

Premessa

Il presente allegato intende descrivere gli strumenti definiti da Regione Lombardia per la valutazione del bisogno.

Quanto di seguito definito in merito al modello di valutazione del bisogno è il risultato di un percorso sperimentale che ha visto coinvolte 6 ASL lombarde (Brescia, Lodi, Milano, Milano 1, Monza Brianza, Varese) nel corso del 2011.

1. Il processo di valutazione del bisogno

La riforma prevede di introdurre strumenti di valutazione del bisogno che consentano di definire: il livello di dipendenza (non autosufficienza), mediante una valutazione multidimensionale (bisogno sociosanitario, funzionale e sociale), il livello di integrazione e di pianificazione degli interventi, finalizzati entrambi alla scelta del percorso assistenziale più appropriato, all'assorbimento di risorse coerente con i bisogni rilevati, alla individuazione di obiettivi di assistenza nonché di indicatori di esito.

Il processo di valutazione multidimensionale del bisogno si inserisce in un più complesso processo che ha come obiettivo prioritario quello di facilitare l'accesso del cittadino e della sua famiglia alle diverse unità d'offerta sociali e/o sociosanitarie, anche attraverso l'informazione, l'orientamento e l'accompagnamento della persona in condizioni di fragilità, garantendo risposte appropriate ai bisogni rilevati. Lo sviluppo del processo di presa in carico ed erogazione delle prestazioni è visualizzato nel seguente diagramma di flusso:

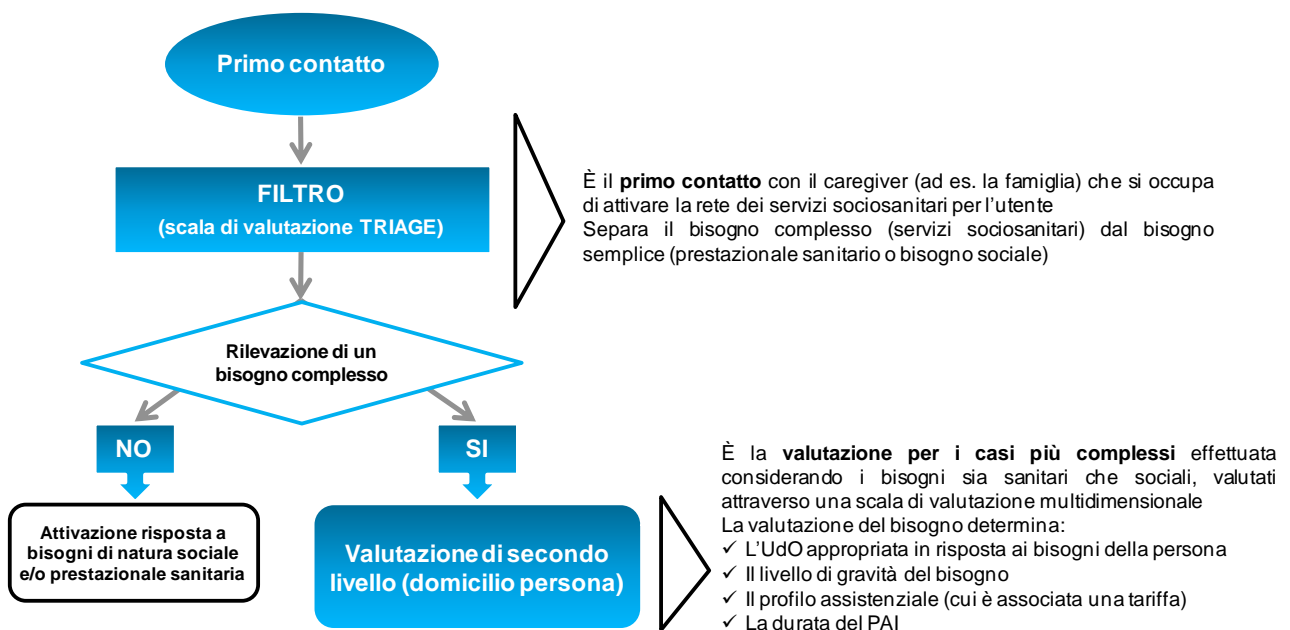


Figura 1 – Diagramma di flusso del processo di valutazione del bisogno

2. Il triage

La scheda di triage si articola in 8 domande, che presuppongono una risposta su 4 livelli di gravità: assente o lieve, moderato, grave, molto grave. Ad ogni livello di gravità, in relazione alla specifica domanda, è associato un punteggio.

STRUMENTO "FILTRO" PER L'ACCESSO ALLE CURE DOMICILIARI					
		ASSENTE o LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
1	morbilità	nessuna compromissione d'organo/sistema o la compromissione non interferisce con la normale attività;	la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività;	la compromissione d'organo/sistema produce disabilità;	la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza;
		0	1	2	2
2	alimentazione	AUTONOMO	CON AIUTO supervisione	DIPENDENZA SEVERA imboccamento	ENTERALE - PARENTERALE
		0	0	1	2
3	alvo e diuresi	CONTINENZA	CONTINENZA PER ALVO INCONTINENZA URINARIA	INCONTINENZA STABILE per alvo e diuresi (uso pannoloni)	INCONTINENZA STABILE per alvo e diuresi (CVP e /o evacuazione assistita)
		0	0	1	1
4	mobilità	AUTONOMO	CON MINIMO AIUTO (qualche difficoltà)	CON AUSILI (usa bastone, walker, carrozzina,..)	ALLETTATO
		0	0	1	2
5	igiene personale	AUTONOMO	CON MINIMO AIUTO (qualche difficoltà)	CON AIUTO MODERATO	TOTALE DIPENDENZA
		0	0	1	2
6	stato mentale e comportamento	collaborante, capace di intendere e volere	collaborante ma con difficoltà a capire le indicazioni	non collaborante e con difficoltà a capire le indicazioni	non collaborante e gravemente incapace di intendere e volere / segni di disturbi comportamentali
		0	0	1	1
7	con chi vive	COPPIA, NUCLEO FAMILIARE, ASSISTENTE FAMILIARE	SOLO NON necessita di figure di riferimento	SOLO o COPPIA ma necessita di figure di riferimento (es. figli)	SOLO nessuna rete di riferimento
		0	0	1	2
8	assistenza diretta (caregiver)	ADEGUATA partecipano, familiari, assistente familiare, servizi territoriali (SAD, pasti a domicilio,...), vicinato, associazioni, ...	PARZIALMENTE ADEGUATA affidata solo ai familiari, o solo all'assistente familiare, o solo ai servizi territoriali.	POCO ADEGUATA affidata a un soggetto che non assicura un'assistenza adeguata o sufficiente	INADEGUATA non è offerta alcun tipo di assistenza
		0	1	2	2

Tabella 1 – Scheda di valutazione di triage

Se il punteggio è uguale o superiore a 2, è necessaria la valutazione di secondo livello.

Nel caso in cui il punteggio sia inferiore a 2, la persona va indirizzata verso altra forma di servizi.

3. La valutazione di secondo livello

Il modello proposto individua otto domini di valutazione rispetto ai quali si definiscono, mediante l'applicazione di scale validate e appropriate per gli ambiti da valutare, alcuni parametri standard di compromissione funzionale suddivisi per

livelli di gravità. Tutto questo richiede necessariamente che venga adottata come prassi abituale la multidimensionalità della valutazione dei bisogni e l'impostazione multiprofessionale dei processi oltre alla coerenza e continuità del percorso di cura e di assistenza al fine di sostenere la persona e la sua famiglia nel passaggio fra le diverse modalità di cura e di assistenza. In questa prospettiva risulta fortemente limitante graduare l'impatto della malattia sulla sola perdita funzionale, anche ai fini di una corretta "pesatura delle risorse" sia professionali che economiche: non sono, infatti, da trascurare le implicanze psicologiche e le influenze socio-ambientali che tali condizioni patologiche comportano sia per la persona che per la sua famiglia. Vengono pertanto introdotte anche scale di valutazione in grado di rilevare queste componenti ad integrazione di quelle abitualmente utilizzate in campo medico al fine di attuare una sempre più reale personalizzazione delle cure e dei piani di assistenza.

Pertanto, la valutazione dei bisogni qui proposta viene applicata a otto domini riconosciuti come essenziali per impatto e trasversalità, svincolati quindi dalla patologia causante e dall'età della persona valutata. I domini individuati sono:

- la respirazione
- la nutrizione (deglutizione e capacità ad alimentarsi)
- la comunicazione (parola, scrittura)
- la motricità (deambulazione/spostamenti, passaggi posturali, cura del sé, vestirsi)
- il controllo sfinterico (minzione, defecazione)
- la sfera sensoriale (vista, udito, sensibilità superficiale, vestibolare, dolore)
- la cognitività e/o comportamento
- il tono dell'umore

Nella prospettiva sopra citata della impostazione multiprofessionale, il modello di valutazione di secondo livello deve essere gestito da una équipe composta dai seguenti profili professionali: medico, infermiere ed assistente sociale.

Definizione dei livelli di gravità attraverso la valutazione del grado di dipendenza per ambiti prioritari (dominii)						
Dominio	Funzioni esaminate	Lieve (punteggio=0)		Moderato (punteggio=1)	Grave (punteggio=2)	Molto Grave (punteggio=3)
Respirazione		nessun disturbo	lieve dispnea in attività fisiche minimali	Dispnea in attività fisica moderata (senza O2 terapia/O2 terapia ≤ 6 ore die)	Dispnea a riposo/ necessità di O2 terapia ≥ 6 ore/die ;	necessità di assistenza ventilatoria intermittente o notturna/dipendenza assoluta da respiratore
Nutrizione	Deglutizione	nessun disturbo	saltuari episodi di disfagia (occasionale o sporadica)	disfagia con necessità di modifica della dieta	necessità alimentazione enterale adiuvata (integrativa)	alimentazione solo parenterale o enterale
	Alimentarsi	nessun disturbo	necessità di aiuto saltuario anche nella preparazione del cibo	necessità di aiuto saltuario nella preparazione cibo e nell'alimentarsi	necessità di aiuto nell'alimentarsi	dipendenza totale nell'alimentarsi
Comunicazione	Parola	nessun disturbo	disturbo lieve con linguaggio comprensibile	disturbo moderato con linguaggio talora difficilmente comprensibile	disturbo grave con linguaggio incomprensibile	incapacità a comunicare verbalmente
	Scrittura	nessun disturbo	rallentata e/o imprecisa ma comprensibile	rallentata ed imprecisa, talora difficilmente comprensibile	perdita della capacità di scrivere a mano con necessità di ausili	perdita totale della capacità di scrivere anche su tastiera
Motricità	Deambulazione/ spostamenti	nessun disturbo	autonoma ma con rischio di caduta	necessità di sorveglianza o ausili per deambulare	necessità di aiuto costante negli spostamenti e nella deambulazione	totalmente dipendente
	Passaggi posturali	nessun disturbo	necessità di sorveglianza nei movimenti	necessità di aiuto in una o più fasi dei passaggi	dipendenza da una persona per la maggior parte dei passaggi	Totale dipendenza/allettamento
	Lavarsi/cura del sè /toilette	nessun disturbo	necessità di sorveglianza per la corretta esecuzione delle manovre	necessità di aiuto saltuario/uso di ausili o necessità di aiuto costante solo in specifiche attività	necessità di aiuto parziale nella maggior parte delle attività	dipendenza totale da una persona
	Vestirsi	nessun disturbo	autonoma ma difficoltosa	necessità di assistenza occasionale/sorveglianza	necessità di assistenza solo in alcune fasi	dipendenza totale da una persona
Controllo sfinterico	Minzione	nessun disturbo	lievi disturbi senza incontinenza né ritenzione	saltuaria incontinenza, sorveglianza/aiuto nella manovra	incontinenza frequente che necessita di interventi programmati (accompagnamento/presidi di assorbenza)	totalmente dipendente (cateterismo/presidi esterni/di assorbenza fissi)
	Defecazione	nessun disturbo	lievi disturbi senza incontinenza né ritenzione	saltuaria incontinenza, sorveglianza/aiuto nella manovra	incontinenza frequente che necessita di interventi programmati (accompagnamento/presidi di assorbenza)	totalmente dipendente
Sensoriale	Vista	nessun disturbo	lieve ipovisus non incidente nella gestione delle ADL	ipovisus incidente in alcune ADL	grave ipovisus incidente nella gestione delle ADL	cecità
	Udito	nessun disturbo	lieve ipoacusia non incidente nella vita quotidiana	ipoacusia con ripercussioni nella vita quotidiana	grave ipoacusia	totale sordità
	Sensibilità superficiale	nessun disturbo	lievi disturbi	gravi disturbi stesici che condizionano parzialmente lo svolgimento dei attività	gravi disturbi stesici che condizionano lo svolgimento di attività	totale perdita sensoriale periferica
	Vestibolare	nessun disturbo	lievi disturbi	occasionali episodi di vertigini	frequenti episodi di vertigini e/o nistagmo che comportano l'astensione dalla postura eretta e dalla deambulazione	quadro cronico incompatibile con stazione eretta o deambulazione
	Dolore	non riferito	riferito saltuariamente e abituale	frequenti episodi in particolari situazioni	dolore cronico parzialmente rispondente ai farmaci	dolore permanente non rispondente ai farmaci
Cognitività e/o comportamento	Memoria	nessun disturbo	lieve deficit	deficit moderato	deficit grave	deterioramento mentale con totale dipendenza dagli altri per incapacità di gestione del quotidiano
	Comportamento	nessun disturbo	autonomo con lievi disturbi comportamentali non incidenti nella gestione delle attività quotidiane;	disturbi che condizionano parzialmente l'autonomia della persona con necessità di sorveglianza	gravi disturbi che condizionano l'autonomia della persona con necessità di aiuto frequente nella gestione di attività di problem solving, relazione con gli altri, orientamento	gravi disturbi del comportamento e di relazione con gli altri che impattano nella vita quotidiana
Tono dell'umore		nessun disturbo	riferita deflessione dell'umore episodica (reattiva a particolari situazioni)	disturbi dell'umore con impatto nella vita sociale della persona ma con conservazione dell'autonomia nelle ADL	gravi disturbi dell'umore con parziale conservazione dei rapporti sociali e conservazione dell'autonomia nelle ADL	gravi disturbi dell'umore che portano all'isolamento e richiedono l'assistenza di una persona per la gestione delle ADL

Tabella 2 – Scheda di valutazione di secondo livello

4. La valutazione sociale

A questo proposito si ritengono utili gli strumenti individuati dalla Società della Salute di Firenze che individuano uno strumento di valutazione della rete assistenziale, della condizione abitativa e dell'ambiente e della capacità economica.

La valutazione sociale comprende la valutazione della rete assistenziale, misurando l'organizzazione degli interventi da parte della rete assistenziale, sia familiare che non familiare.

DATI ASSISTITO

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Cod. fiscale _____

SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE

INDICATORE ADEGUATEZZA CONDIZIONE AMBIENTALE
 (Valutazione rete assistenziale + valutazione economica di base + valutazione condizione abitativa)

VALUTAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE (familiare e non familiare)							
Cognome e nome	Anno nascita	Rapporto di parentela o tipo relazione	Comune di residenza / recapito TEL	Organizzatore responsabile assistenza (soggetto) SI 12 NO 0 Parziale 6	Attuatore interventi (risorsa) SI 8 NO 0 Parziale 4	Grave Relazione conflittuale SI -4 NO 0	Grave problematica sociosanitaria SI -4 PARZIALE -2 NO 0
Persona assistita							
CONVIVENTI							
NON CONVIVENTI							
PUNTEGGI							

Tabella 3 – Scheda di valutazione sociale – rete assistenziale

Oltre alla valutazione della rete assistenziale vengono rilevati i bisogni sociali derivanti dalla valutazione economica di base e dall'adeguatezza delle condizioni abitativa e di ambiente di vita

VALUTAZIONE ECONOMICA DI BASE		€/mese	
Reddito / pensione assistito	€ ≤ 500	punti	0
	€ 501-750	punti	1
	€ 751-1.000	punti	2
	€ 1.001-1.500	punti	3
	€ > 1.501	punti	4
Reddito / pensione coniuge	€ ≤ 500	punti	0
	€ 501-750	punti	1
	€ 751-1.000	punti	2
	€ > 1.001	punti	3
Altri redditi familiari conviventi	NO	punti	0
	SI	punti	1
Altri redditi dei figli non conviventi	NO	punti	0
	SI	punti	1
Altri redditi assistito	NO	punti	0
	SI	punti	1
Altri immobili oltre la 1ª casa dell'assistito	NO	punti	0
	SI	punti	2
Mutuo / affitto	NO	punti	0
	SI	punti	- 1
Spese assistenza documentate	NO	punti	0
	SI ≤ € 800,00	punti	- 1
	SI > € 800,00	punti	- 2
Indennità accompagnamento	SI	punti	1
	NO /in corso	punti	0

VALUTAZIONE CONDIZIONE ABITATIVA ED AMBIENTE DI VITA		
Spazi adeguati per alloggio assistente familiare	SI punti	2
	NO punti	0
Camera assistito dedicata	SI punti	1
	NO punti	0
Micro clima adeguato	SI punti	1
	NO punti	0
Condizioni igieniche adeguate	SI punti	1
	NO punti	0
Condizioni strutturali adeguate	SI punti	1
	NO punti	0
Servizi igienici adeguati	SI punti	1
	NO punti	0
Casa isolata	SI punti	0
	NO punti	1
Barriere architettoniche	NO punti	3
	SI esterne punti	1
	SI interne punti	0

Tabella 4 – Scheda di valutazione sociale – situazione economica e condizione abitativa

5. Gli strumenti diagnostici

Rispetto ai domini funzionali previsti nel modello regionale di valutazione del bisogno, al fine di rendere oggettiva la valutazione degli operatori della Regione Lombardia, viene adottato un unico strumento diagnostico.

La scelta è ricaduta sulla scala FIM in quanto:

- rispetto ai domini funzionali identificati nel modello regionale di valutazione, la FIM è lo strumento diagnostico che ne include il maggior numero, limitando la necessità di ricorrere ad altre scale o di avere domini solo osservazionali
- la FIM diventa in questo modo lo strumento diagnostico utilizzato a livello regionale, che consente di avere una valutazione omogenea del bisogno

La valutazione di secondo livello viene svolta utilizzando una scala univoca a livello regionale: la scala FIM (Functional Independence Measure).

Il Sistema Fim™ è uno standard internazionale di misura della disabilità. Sebbene utilizzato prevalentemente in ambito riabilitativo censisce 18 attività della vita quotidiana: cura della persona, locomozione, comunicazione, etc.

Il suo elemento principale è la Scala FIM™. Esso si presenta come un questionario con un punteggio che per ciascuna voce varia da 1 (dipendenza completa) a 7 (autosufficienza completa).



Figura 2 – Modello scala FIM

Il punteggio FIM è dimostratamente riproducibile ed è ben correlato ai più vari aspetti del carico assistenziale. Ogni voce della scala FIM vuole rappresentare livelli diversi di una sola variabile: l'autosufficienza.

Va infine ricordato che la scala FIM è già stata utilizzata in Regione Lombardia, nel corso dell'esperienza del progetto pilota per il buono socio-sanitario del 2003 (descritta nel libro "Il buono socio-sanitario", a cura di Luigi Tesio, pubblicato da Guerini e Associati). Nel corso di questa esperienza furono valutate con la scala FIM circa 1.000 persone ospiti di RSA.

6. I livelli di gravità

Attraverso l'uso degli strumenti proposti, applicati agli otto domini, è possibile ipotizzare quattro diversi livelli crescenti di gravità, basati sulla rilevazione del grado di compromissione funzionale/socio-ambientale.

La suddivisione in livelli di gravità presuppone la rilevazione della condizione di bisogno prevalente così da orientare la definizione degli obiettivi di cura e di assistenza e le risorse da mettere in campo in base alla componente sanitaria/socio-sanitaria/sociale prevalente.

La definizione degli obiettivi di cura e di assistenza e le risorse da mettere in campo in base alla componente sanitaria/sociosanitaria/sociale prevalente non può basarsi sulla sola rilevazione del livello di gravità, ma deve essere fatta anche tenendo conto della rilevazione della condizione di bisogno prevalente.

Facendo riferimento al modello di valutazione proposto, è ipotizzabile l'identificazione di 4 livelli di gravità del bisogno:

- **Livello 1** - Il primo livello di bisogno prevede una compromissione funzionale lieve, con un sufficiente livello di autonomia nelle ADL. La persona non presenta significative riduzioni della capacità funzionale complessiva, è in grado mediamente di svolgere la propria attività quotidiana/lavorativa anche con l'aiuto di ausili. La complessità assistenziale è bassa, gli interventi richiesti spesso sono mono/biprofessionali e mirati a specifiche problematiche (es: infermieristiche e/o riabilitative e assistenziali). Sono presenti anche bisogni correlati alla "fragilità sociale". Già a questo livello risulta di fondamentale importanza la presa in carico territoriale, a garanzia della continuità assistenziale in tutte le sue componenti. Gli interventi programmabili presentano una forte componente sociale, ed in caso di persone con disabilità, in particolare nell'età pediatrica, risulta determinante anche l'intervento educativo, reso alla famiglia in supporto alle abituali attività assistenziali.
- **Livello 2** - Il secondo livello di bisogno prevede una fase caratterizzata da un andamento instabile, nel quale si alternano fasi di peggioramento a fasi di miglioramento con possibilità di ripristino di alcune funzioni, anche se non ottimale, a seguito di terapie farmacologiche e/o interventi riabilitativi intensivi. Possono essere presenti anche situazioni temporanee di non autosufficienza. La compromissione complessiva appare di grado moderato e principalmente a carico di funzioni quali la mobilità, la cura del sé, la nutrizione, il tono dell'umore e in misura variabile la respirazione. Tali compromissioni necessitano di controlli specialistici per il monitoraggio dell'evoluzione clinica e di eventuali interventi correlati alle complicanze delle malattie intercorrenti. La tenuta delle reti familiari è una variabile decisiva nella progettazione dei percorsi successivi alla dimissione dalla fase ospedaliera e nella tenuta a livello domiciliare. La complessità assistenziale è medio-bassa ma soggetta a possibili variazioni. Spesso questo livello si caratterizza per la necessità di interventi mirati, sanitari e tutelari, finalizzati anche all'addestramento del caregiver nella gestione delle problematiche emergenti.

- **Livello 3** – Il terzo livello di bisogno si caratterizza per il consolidamento della gravità del quadro di compromissione globale (dipendenza totale) con l'interessamento di più aree. L'aggravamento del deficit a carico della componente motoria condiziona pesantemente lo svolgimento in autonomia delle attività di base e strumentali e richiede la necessità del ricorso ad ausili personalizzati. La compromissione delle principali funzioni sensoriali, unitamente alla deflessione reattiva del tono dell'umore e la presenza di deficit della cognitivtà, comportano una riduzione della vita di relazione e dei rapporti sociali: nelle fasce di età più giovani tutto questo può comportare una riduzione della capacità lavorativa con interruzione per lunghi periodi dell'attività professionale. Il bisogno sociosanitario è correlato all'instabilità clinica su un quadro cronico evolutivo/progressivo. Molto spesso si rendono necessari ricoveri ospedalieri per la gestione delle complicanze legate all'evolversi della malattia o al riacutizzarsi della malattia cronica. La tenuta delle reti familiari è una variabile decisiva nella progettazione dei percorsi assistenziali e nella scelta del setting assistenziale più appropriato. La complessità assistenziale è medio-alta ma con problematiche prevalenti a carico della componente tutelare/assistenziale, molto spesso con la necessità di una copertura continua nelle 24 ore, per la gran parte svolta dal caregiver.
- **Livello 4** - Il quarto livello di bisogno può presentare un quadro di gravissima compromissione funzionale e di totale dipendenza nelle attività quotidiane, ma anche problematiche di tipo sociosanitario che richiedono frequenti e costanti interventi medico-specialistici ed infermieristici. Possono essere ricompresi in questo livello le situazioni legate allo stato di terminalità oncologica e non oncologica ad elevata complessità assistenziale: la comparsa in talune situazioni di grave insufficienza respiratoria che rende inevitabile la dipendenza dal ventilatore, la presenza della nutrizione artificiale, il totale allettamento, la necessità di effettuare manovre, per quanto palliative, di particolare impegno (es: paracentesi, toracentesi, ecc.) rappresentano solo alcune delle condizioni che caratterizzano questo livello assistenziale. L'assistenza si connota per la complessità dell'intervento che richiede competenze specifiche nella gestione delle problematiche sociosanitarie e una tenuta forte delle reti familiari e del caregiver nella progettazione dei percorsi assistenziali e nella scelta del setting assistenziale più appropriato.



Regione Lombardia

VOUCHER

PER L'ASSISTENZA ALLE PERSONE IN ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Xxxxxx (codice voucher)

Valore voucher	€.....		
Validità	Dal		Al
Emesso da ASL – Distretto di		
In data			

Persona assistita destinataria del voucher ADI

Cognome			Nome		
Sesso					
Codice Fiscale					
Numero Tessera Sanitaria					
Nato a		Il			
Residente a		Via		N.	
	CAP		Prov.		
Domiciliato a		Via		N.	
	CAP		Prov.		
Recapito telefonico					

Luogo.....

Data __/__/____

ASL, rilasciato da:

.....

(firma e timbro)

Ricevuto da:

.....

(firma Assistito / tutore / amministratore di sostegno)