

# Indagine conoscitiva: come accedere all'assistenza domiciliare regione per regione



**AIMaC**  
INFORMA PER AIUTARE  
A VIVERE CON IL CANCRO

insieme  contro il cancro

## INDICE

REGIONE ABRUZZO.....	2
REGIONE BASILICATA.....	3
REGIONE CALABRIA .....	4
REGIONE CAMPANIA .....	5
REGIONE EMILIA ROMAGNA .....	10
REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA .....	11
REGIONE LAZIO .....	12
REGIONE LIGURIA .....	13
REGIONE LOMBARDIA .....	18
REGIONE MARCHE.....	20
REGIONE MOLISE.....	22
REGIONE PIEMONTE.....	24
REGIONE PUGLIA .....	25
REGIONE SARDEGNA .....	26
REGIONE SICILIA .....	27
REGIONE TOSCANA.....	28
REGIONE TRENTO-ALTO-ADIGE .....	31
REGIONE UMBRIA.....	33
REGIONE VALLE D’AOSTA .....	34
REGIONE VENETO .....	36

## **Iter di accesso alle cure domiciliari: alcuni esempi regionali.**

I servizi di assistenza domiciliare garantiti dal Sistema Sanitario Nazionale sono erogati con modalità diverse in base alla regione di residenza. Generalmente sono gestiti e coordinati direttamente dal Distretto Sociosanitario (DSS) delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) in collaborazione con i Comuni. Per le prestazioni sociali il cittadino deve fare riferimento al Comune di residenza. Di seguito, riportiamo alcuni esempi.

### **REGIONE ABRUZZO**

#### **(Distretto Avezzano - L'Aquila – Sulmona)**

Le ASL Avezzano - L'Aquila-Sulmona, prevedono due tipologie di Assistenza Domiciliare:

##### **1) ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

##### **2) ADP ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA (esclusivamente per i prelievi)**

Entrambe vengono attivate dalla ASL su richiesta del medico curante. L'ADI prevede un'assistenza infermieristica, una o più volte al giorno, per terapie infusionali, medicazioni, ed altro. Inoltre possono essere incluse delle consulenze specialistiche richieste dal medico curante che è il referente principale dell'ADI. L'Attivazione di tale servizio può avere una durata da 6 mesi a 1 anno, in base alle necessità e patologia del paziente. Viene sospesa durante un'eventuale degenza e riattivata in seguito.

#### **(Distretto di Chieti)**

##### **1) ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

Si attiva con la richiesta del medico di base, che compila la modulistica predisposta dalla regione. Tale richiesta è accolta dal PUA (punto unico di accesso), che poi inoltra la domanda all'UVM (unità valutative multidimensionali) che valuta e programma il piano assistenziale più idoneo per ogni utente.

##### **2) TEAM CURE PALLIATIVE DOMICILIARI**

E' un team formato da anestesista, nutrizionista, psicologo, infermiere specializzato nelle cure palliative e si attiva con la stessa modalità dell'ADI.

##### **3) DIMISSIONE PROTETTA**

Richiesta valutata da parte dell'ospedale, che inoltra la domanda, pochi giorni prima della dimissione del paziente.

## **REGIONE BASILICATA**

### **1) ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

Si attiva con la richiesta del medico di base o da parte dell'ospedale che invia una richiesta preventiva qualche giorno prima della dimissione (nel caso in cui il paziente fosse in regime di ricovero ospedaliero), la richiesta viene accolta dal PUA (punto unico di accesso) e successivamente viene valutata dall'UVM (unità valutative multidimensionali). In seguito, è valutata la presa in carico o meno della situazione. Nei casi di maggiore urgenza il servizio è erogato immediatamente. Ci può essere la consulenza domiciliare di medici specialisti (es. chirurgo, nutrizionista).

### **2) CURE PALLIATIVE DOMICILIARI**

Il medico di base stipula un trattamento specifico nel momento in cui l'utente necessita di tali cure. L'iter da seguire per la richiesta di attivazione è analogo a quello da intraprendere per l'ADI.

## REGIONE CALABRIA

### (Distretto Catanzaro)

#### **1) ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

##### **(Distretto Catanzaro ADI - numero tel. 0961-7033483 / 0961-731031)**

Il medico di base inoltra la domanda per conto del paziente, accertandosi della reale condizione (l'utente deve essere impossibilitato a deambulare). La richiesta viene accolta dal PUA (punto unico di accesso). Successivamente la richiesta viene presa in carico dai **CENTRI DI ASSISTENZA DOMICILIARE** (situati in vari punti del territorio). Viene compilata una scheda di valutazione multidisciplinare (SVAMA), con l'obiettivo di valutare le diverse figure professionali che dovranno prendere in carico la specifica situazione (es. Infermieri, Fisioterapisti, Assistente Sociale, Psicologo, Psichiatra). Inoltre viene valutata la situazione psicofisica della persona e la condizione abitativa (es. se l'abitazione è idonea a poter ospitare gli eventuali macchinari necessari alla cura). Inoltre, se viene ritenuto opportuno si propone un invio in Hospice.

#### **2) CURE PALLIATIVE DOMICILIARI**

Attraverso le CDP viene fornita una continuità assistenziale per 7 giorni la settimana per 24/24 ore, che deve essere garantita da un'equipe composta da un Infermiere, un Medico Specialista in cure palliative e dal Medico di Medicina Generale scelto dell'assistito. C'è la possibilità di richiedere le prestazioni di altri professionisti (Psicologo, Assistente Sociale, Operatore Socio-Assistenziale, Fisioterapista), secondo le necessità dell'utente e dei suoi familiari.

#### **3) ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA (ADP) e CURE DOMICILIARI PRESTAZIONALI OCCASIONALI (CDPO)**

Sono entrambe prestazioni di natura sanitaria che possono essere richieste dal Medico di Medicina Generale anche in integrazione l'una con l'altra, qualora fossero valutate le condizioni necessarie.

## REGIONE CAMPANIA

### **(Distretto Salerno)**

L'ASL Salerno garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali nel proprio domicilio denominati "cure domiciliari" consistenti in un insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. Le cure domiciliari s'integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, generalmente erogate dai Comuni di residenza della persona e dal Piano di Zona. Tale integrazione costituisce l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Il bisogno clinico-assistenziale è accertato tramite idonei strumenti di valutazione multi professionale e multidimensionale, effettuate al livello di ciascun Distretto Sanitario dall'UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionale) o dalla UVI (Unità di Valutazione Integrata con i rappresentanti del Piano di Zona), che consentono la presa in carico globale della persona e la definizione di un "Progetto di assistenza individuale" (PAI), detto anche Progetto Personalizzato (PP) sociosanitario integrato. L'assistenza domiciliare è, dunque, un servizio compreso nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in grado di garantire una adeguata continuità di risposta sul territorio ai bisogni di salute, anche complessi, delle persone non autosufficienti, anche anziane, e dei disabili ai fini della gestione della cronicità e della prevenzione della disabilità.

### **Requisiti per potervi accedere**

- a) persone in condizione di non autosufficienza (disabilità), di fragilità e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio: non autosufficienza e/o incapacità a deambulare temporanea o permanente;
  - b) persone che possono contare su un adeguato supporto familiare o informale<sup>1</sup>;
  - c) persone con idonee condizioni abitative;
  - d) persone con condizioni cliniche stabilizzate (ad eccezione che per soggetti terminali bisognosi di cure palliative);
  - e) persone che non necessitano di interventi altamente specialistici o di tecnologie complesse;
  - f) presenza di patologie con terapia medica e nursing infermieristico definiti;
  - g) consenso informato da parte della persona e della famiglia;
  - h) presa in carico da parte del medico di medicina generale;
  - i) assistenza medica, riabilitativa e infermieristica effettuabile a domicilio;
  - j) domicilio nel Distretto Socio sanitario n. 66 di Salerno.
- I suddetti criteri devono essere presenti contemporaneamente.

### **Chi può richiederla?**

I destinatari del servizio sono principalmente quelle persone che presentano bisogni complessi sia di natura socio-sanitaria che socio-assistenziale e che pertanto richiedono interventi multidisciplinari altrettanto complessi e integrati al proprio domicilio. Hanno pertanto priorità di accesso i pazienti con le seguenti patologie:

- cronico degenerative;
- oncologiche in fase avanzata;
- che richiedono nutrizione artificiale;
- che richiedono cure palliative;
- acute temporaneamente invalidanti;
- acute temporaneamente invalidanti.

---

<sup>1</sup> Esistenza di almeno una persona affidabile appartenente al contesto sociale, familiare, che possa dare supporto al paziente e alle altre risorse attivabili (sono quindi esclusi i "soli assoluti" e tutti quei soggetti che non hanno un riferimento sociale affidabile).

Gli interventi di assistenza domiciliare integrata possono essere richiesti dall'interessato e/o familiare o su segnalazione dei servizi sociali del comune/piano di zona, dei medici di medicina generale, dalle U.U.O.O. dell'ASL, strutture ospedaliere, ma sempre previo consenso dell'interessato (o del suo rappresentante legale).

Tale richiesta, contenente le generalità del possibile utente, e di chi eventualmente la presenta (compresa la causale e il rapporto tra i due soggetti) dovrà essere presentata alla sede delle Cure Domiciliari del Distretto Sanitario di riferimento. La segnalazione può essere realizzata anche via telefono, fax ed email.

### **(Distretto Avellino)**

#### **A chi sono rivolte**

Le cure domiciliari sono destinate a pazienti parzialmente o totalmente non autosufficienti non curabili ambulatorialmente i quali presentano bisogni sanitari e/o socio-assistenziali.

#### **Chi può richiederla?**

- malati terminali;
- malati oncologici;
- pazienti dimessi dall'ospedale a seguito di patologie acute cardiovascolari, respiratorie, renali, neurologiche,
- interventi chirurgici o post traumatici che richiedono assistenza, cura e trattamenti riabilitativi a domicilio;
- pazienti in ventiloterapia prolungata;
- pazienti affetti da piaghe da decubito;
- pazienti con patologie croniche (es. dell'apparato respiratorio del sistema cardiovascolare ecc.) in fase di riacutizzazione;
- pazienti affetti da altre malattie trattabili a domicilio, non compresi in questo elenco.

#### **Requisiti per potervi accedere**

- a) condizione di non autosufficienza (disabilità), di fragilità e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;
- b) adeguato supporto familiare o informale;
- c) idonee condizioni abitative;
- d) consenso informato da parte della persona e della famiglia;
- e) presa in carico da parte del medico di medicina generale (garanzia degli accessi concordati, disponibilità telefonica dalle ore 08:00 alle 20:00.)

#### **Procedure per l'attivazione delle cure domiciliari**

Gli interventi di assistenza domiciliare integrata possono essere richiesti dall'interessato e/o familiare o su segnalazione dei servizi sociali del comune/piano di zona, dei medici di medicina generale, dalle U.U.O.O. dell'ASL, strutture ospedaliere, ma sempre previo consenso dell'interessato (o del suo rappresentante legale). Tale richiesta, contenente le generalità del possibile utente, e di chi eventualmente la presenta (compresa la causale e il rapporto tra i due soggetti) dovrà essere presentata alla sede delle Cure Domiciliari che si troverà presso il Distretto Sanitario di competenza. La segnalazione può essere anche telefonica. Gli operatori del piano di zona e gli operatori degli uffici sanitari dell'ASL attraverso la porta unica di accesso daranno agli interessati tutte le informazioni connesse ai requisiti, alle modalità e alle procedure richieste per l'accesso al servizio, anche attraverso l'attivazione dei mezzi d'informazione di massa.

L'erogazione delle cure domiciliari può essere interrotta in qualsiasi momento ovvero:

in caso di ricovero in struttura sanitaria, sociosanitaria o sociale;

in caso di richiesta dell'utente o dei parenti e del MMG/PLS, salvo sempre il consenso dell'interessato;

per decisione dell'Unità di Valutazione Distrettuale, per il venir meno delle condizioni che l'hanno determinato e nello specifico:

- guarigione dell'utente;

- stabilizzazione nel suo stato di salute con riduzione dell'impegno assistenziale;
- per mutate condizioni familiari che rendano impossibile il supporto fino a quel momento garantito;
- in caso di decesso.

La sospensione o la cessazione dell'assistenza deve avvenire con preavviso al paziente e alla famiglia di almeno *7 giorni*.

### **(Distretto Napoli)**

#### **ASL NAPOLI 1 CENTRO**

Attivazione Numero Verde per le Cure Domiciliari

Si comunica che è attivo il Numero Verde gratuito per le Cure Domiciliari di III livello e Cure Palliative.

Il numero dedicato è il seguente: **800194281**.

#### **U.O.S. Ospedalizzazione Domiciliare e Percorsi Terapeutici**

##### **1) CURE DOMICILIARI**

La dicitura cure domiciliari di III livello e cure palliative identifica una forma di assistenza medica ed infermieristica effettuata al domicilio del paziente.

##### ***Chi può richiederla?***

Pazienti adulti e bambini residenti nel territorio dell'ASL Napoli1 Centro ed affetti dalle seguenti malattie:

1. pazienti portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);
2. fasi avanzate e complicate di malattie croniche;
3. pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale;
4. pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
5. pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza;
6. Cure Palliative malati terminali oncologici, non oncologici.

##### ***Chi può attivarla?***

Medico di Medicina Generale o Pediatra di libera Scelta che ha in carico il paziente per l'attivazione del percorso.

#### **ASL NAPOLI 2 NORD**

##### ***Chi può attivarla?***

La segnalazione può essere effettuata direttamente da un familiare alle Unità Operative Cure Domiciliari Distrettuali, ma risulta più conveniente parlarne con il proprio medico di famiglia che valuterà la reale esigenza e provvederà a farne richiesta ufficiale ai servizi preposti, in quanto esclusivamente dalla sua richiesta può avviarsi la procedura di presa in carico.

##### ***Come funziona?***

- È necessaria sempre la presenza di un familiare durante gli interventi del personale sanitario ed in modo particolare del familiare di riferimento (*caregiver*) o altra persona indicata dai familiari (badante o persona di fiducia), che si confronti con il personale sanitario affinché si possa sempre intervenire con immediatezza e si possa avere conoscenza delle condizioni cliniche della persona allettata;
- dal momento della presa in carico l'intervento sarà disposto entro 72 ore lavorative;
- i prodotti di medicazioni avanzate e gli apparecchi per la terapia a pressione negativa saranno consegnati direttamente a casa del paziente, **gratuitamente**, entro 72 dall'attivazione dell'intervento sanitario;
- i farmaci ed i presidi sanitari prescritti dai reparti ospedalieri all'atto della dimissione, saranno forniti direttamente dalle UU.OO. Cure Domiciliari tramite il personale sanitario che sarà impegnato nell'assistenza domiciliare;
- il Responsabile dell'U.O. Cure Domiciliare è il responsabile dell'organizzazione assistenziale del paziente;

- il medico di famiglia e il pediatra di libera scelta per i minori, sono i responsabili clinici del caso;
- i medici specialisti intervengono solo su richiesta del medico di famiglia;
- il personale infermieristico e di riabilitazione appartiene a Società accreditate del Servizio Sanitario Regionale e intervengono su richiesta dell'U.O. Cure Domiciliari e si attengono a quanto disposto dal P.A.I.;
- gli orari di servizio dell'UU.OO. Cure Domiciliari sono dalle ore 9.00 alle 13.00, dal lunedì al venerdì;
- il personale sanitario previsto dal P.A.I. svolge la propria attività tutti i giorni della settimana, secondo le indicazioni del P.A.I., dalle ore 8.00 alle ore 20.00 festivi compresi;
- i presidi e gli ausili riabilitativi sono autorizzati su richiesta del medico specialista dall'U.O. Riabilitazione e forniti da ditte accreditate che sono scelte direttamente dagli utenti;

## **ASL NAPOLI 3 SUD**

### **1) ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)**

È un sistema d'interventi e servizi sanitari offerti a domicilio, organizzato dalle Asl in collaborazione con i Comuni, che permette ai cittadini che ne hanno bisogno di essere assistiti a casa in base ad un piano assistenziale individuale attraverso la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale del paziente.

#### ***Cosa fare per attivarla?***

Il primo passo da fare è quello di rivolgersi al proprio medico di base, che valuta la situazione e la segnala al Distretto Sanitario, il quale si attiva per fornire i servizi richiesti.

L'Assistenza Domiciliare Integrata può anche essere richiesta al Distretto Sanitario di residenza, dalla persona interessata, dai suoi familiari o dagli operatori dei Servizi Sociali del Comune. La richiesta è valutata da una commissione, composta da medici, operatori dei Servizi Sociali, infermieri e altre eventuali figure professionali.

### **2) ASSISTENZA DOMICILIARE OSPEDALIERA (ADO)**

Ospedalizzazione domiciliare è un tipo di assistenza a domicilio che consente di garantire al paziente tutte le prestazioni che normalmente sono erogate in ospedale. A differenza di quanto avviene nell'assistenza domiciliare integrata, la responsabilità della cura del malato non ricade sul medico di medicina generale, ma sulla divisione ospedaliera che l'ha in carico.

#### ***A Napoli un servizio gratuito di assistenza psicologica domiciliare per malati oncologici.***

Su tutto il territorio di Napoli e provincia è attivo il servizio di Assistenza Psicologica Domiciliare per Malati Oncologici, gestito dall'Associazione Compagna di Viaggio ONLUS di Portici, che mette a disposizione dei malati l'esperienza e la professionalità di alcuni psicologi volontari che hanno scelto di sposare la causa, vista l'importanza delle conseguenze emotive e psicologiche del cancro.

Obiettivo principale è migliorare la qualità di vita dei pazienti, aiutandoli ad affrontare la malattia al meglio delle proprie possibilità e offrendo uno spazio di elaborazione del vissuto psicologico, che spesso viene posto in secondo piano pur costituendo una grossa fetta della sofferenza dell'ammalato. Il Servizio è totalmente gratuito ed è sostenuto dai fondi Otto per Mille della Chiesa Valdese. L'idea nasce dalla collaborazione tra diversi professionisti della salute dell'AOU Policlinico di Napoli, dell'Azienda Ospedaliera dei Colli (Monaldi-Cotugno-CTO) e dei soci dell'Associazione, che da più di dieci anni si occupa di migliorare la qualità della vita delle persone affette da patologie altamente invalidanti, concentrando le energie sull'offerta di un supporto psicologico professionale e totalmente gratuito. Per informazioni e per richiedere di usufruire gratuitamente del servizio è possibile **telefonare al numero 3388147581** o scrivere a [compagnidiviaggioonlus@hotmail.com](mailto:compagnidiviaggioonlus@hotmail.com).

#### **(Distretto Benevento)**

Così come stabilito dal SSN, l'ASL di Benevento eroga i servizi domiciliari a tutti i soggetti, che richiedono assistenza continuata e/o non sono in grado di organizzare in modo autonomo la continuazione delle cure a domicilio.

1) L'assistenza domiciliare integrata è rappresentata da assistenza medica, riabilitativa e infermieristica sulla base della Valutazione Multidimensionale e del Piano Assistenziale compilato dall'equipe distrettuale. La domanda parte dalla richiesta del MMG per gli utenti non ricoverati in regime ordinario.

1b) L'assistenza domiciliare integrata può avvenire tramite dimissione protetta per i pazienti ricoverati. In questi casi la Direzione Sanitaria dell'Ospedale e/o il Responsabile dell'U.O. o il Reparto Ospedaliero in cui è ricoverato il paziente trasmettono la proposta al Direttore del Distretto Sanitario, unitamente ad una relazione clinica in cui, oltre alla diagnosi, viene indicata la data prevista per la dimissione ed i bisogni assistenziali della persona. La condizione di dimissibilità e l'ammissione ai servizi sociosanitari devono essere condivisi ed appropriati in via preventiva rispetto alla dimissione. Il malato sarà dimesso solo dopo che sia stato organizzato un "sostegno" che gli permetta di essere curato e assistito al di fuori dell'ospedale.

La proposta di ammissione, può essere formulata anche dal MMG su suggerimento dello specialista ospedaliero. Il MMG compila un'apposita modulistica corredata dalla scheda di accesso.

In entrambi i casi, la richiesta deve essere inviata all'U.O. competente del Distretto Sanitario e al Coordinatore dell'ufficio di Piano, ai quali è affidata la responsabilità di attivare l'ADI.

La proposta di ammissione contiene, oltre alle informazioni già presenti nella richiesta di accesso, le seguenti informazioni:

- indicazioni generali di carattere socio ambientale relative a condizioni abitative e alla situazione familiare (nucleo di convivenza e di primo grado);
- rete familiare e sociale di supporto;
- situazione economica del soggetto e del nucleo familiare;
- bisogno/problema rilevato (condizioni generali di salute, diagnosi cliniche e patologie presenti);

Tutto ciò dovrà essere corredato da certificazione medica del MMG o della Struttura Pubblica, a supporto della richiesta.

## REGIONE EMILIA ROMAGNA

L'assistenza domiciliare è un servizio di assistenza sanitaria e socio-sanitaria che prevede piani personalizzati di cura per permettere alle persone ammalate, quando le condizioni cliniche e familiari lo consentono, di vivere il più possibile nel proprio ambiente. È rivolta prevalentemente ad ammalati con patologie oncologiche a uno stadio molto grave, ad ammalati con patologie croniche, a bambini con malattie croniche, a persone con gravi disabilità. L'assistenza a domicilio è collegata in rete con gli altri servizi sanitari sia ospedalieri sia territoriali per garantire la continuità delle cure. L'équipe di assistenza domiciliare è composta dal medico di famiglia, l'infermiere, l'assistente sociale del Servizio Assistenza Anziani del Comune. Per l'accesso alle cure domiciliari il primo riferimento è costituito dal Medico di Medicina Generale. Una volta ottenuta la richiesta del medico è necessario rivolgersi al Distretto dell'Azienda Asl di residenza.

### **1) ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA E SOCIO-ASSISTENZIALE**

Per ogni richiesta sono raccolte informazioni sulle caratteristiche anagrafiche del paziente e, in separata tabella, le condizioni riguardanti la patologia (intese come problemi prevalenti ai fini dell'assistenza). Viene, infatti, richiesto di individuare il problema (sanitario o socio-sanitario) che determina il maggior impegno assistenziale nell'ambito dell'episodio di cura ma che non necessariamente fa esplicito riferimento alla patologia principale di cui è affetto il paziente, congiuntamente alla valutazione multi-dimensionale del paziente. Sono inoltre raccolte le caratteristiche dell'assistenza erogata: informazioni relative alla tipologia di assistenza domiciliare erogata, la proposta e la motivazione della richiesta di attivazione dell'assistenza, il livello d'intensità delle cure, le date d'inizio e conclusione dell'episodio di cura.

### **2) PRESTAZIONI OCCASIONALI**

Sono tutte quelle prestazioni sanitarie e/o socio-assistenziali che prevedono l'intervento del professionista e si concludono con una prestazione, pertanto non richiedono un piano personalizzato di assistenza e di una valutazione multidimensionale. Tali attività possono essere ripetute a distanza nel tempo. Esempi di "prestazioni occasionali": prelievi che non necessitano di continuità di cure; medicazioni semplici post intervento o post traumatiche; ECG; clistere; rimozione catetere vescicale; terapie intramuscolari o infusionali; visite specialistiche; visita ospedaliera e/o valutazione senza successiva presa in carico; interventi per emergenza caldo quando i pazienti non necessitano di una presa in carico.

### **3) ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA**

Assicura visite programmate del medico di famiglia presso il domicilio di pazienti non deambulanti, con particolari patologie croniche o invalidanti, che non sono in grado di recarsi o di essere trasportati presso l'ambulatorio. Possono usufruire dell'A.D.P. le persone con gravi difficoltà a muoversi per motivi sanitari, o con gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati (es. insufficienza cardiaca o respiratoria, arteriopatie agli arti inferiori, paralisi, ecc.). Il medico di famiglia effettua il monitoraggio sullo stato di salute della persona e fornisce indicazioni sui trattamenti (farmacologici, dietetici, igienici, ecc.) più appropriati, collabora con il personale dei Servizi Sociali, dà indicazioni al personale infermieristico sull'effettuazione di trattamenti e terapie. Gli infermieri domiciliari possono, su richiesta del medico di famiglia, effettuare interventi di loro competenza alle persone assistite in A.D.P.

#### ***Cosa fare per attivarla***

L'attivazione viene proposta dal medico di famiglia che provvede a mettersi in contatto con i servizi di "Cure domiciliari" del Distretto.

## REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

### 1) ASSISTENZA DOMICILIARE

Il FVG ha sviluppato questo servizio a livello distrettuale e, in coordinamento con i medici di medicina generale, sono erogate a domicilio prestazioni infermieristiche e riabilitative. In ogni distretto della Regione è garantita un'offerta di 12 ore nei giorni feriali, con poche eccezioni, anche nei giorni prefestivi e festivi.

Il target di utenza è costituito prevalentemente da soggetti anziani che necessitano di varie forme di assistenza: dai prelievi di sangue a domicilio, alla gestione delle lesioni da decubito o di un apparecchio respiratorio automatico, al completamento di una riabilitazione psicomotoria dopo un danno cerebrale.

La programmazione regionale orienta questa attività sempre più alla gestione di casi complessi e sempre più alla "presa in carico" del soggetto, rinunciando ad un'ottica di tipo "prestazionale" in cui l'infermiere o il fisioterapista si limitano ad eseguire la prestazione sanitaria. In quest'ottica va visto anche il complesso programma di integrazione dei servizi sanitari distrettuali e non, con quelli sociali dei Comuni che, nei casi con bisogni complessi, realizzano un intervento ad alta integrazione sociosanitaria con precise regole.

**-Telefono: 040 - 3775582**

**-Indirizzo: Via Riva Sauro, 8. TRIESTE (TS)**

### 2) "SICURI A CASA": I SERVIZI DI TELEASSISTENZA E TELESOCORSO DOMICILIARE.

Sono servizi della Regione rivolti alle persone anziane e/o fragili che desiderano essere seguite e protette restando a casa propria.

- **TELEASSISTENZA**: basta solo un telefono per poter contare 24 ore su 24 su personale qualificato, pronto a intervenire in qualunque situazione di bisogno o di emergenza.

Il servizio è gratuito o semigratuito in base al reddito. Per rispondere al meglio ai diversi bisogni delle persone più a rischio, è prevista anche la sperimentazione di nuove tecnologie per l'assistenza domiciliare.

- **TELESOCORSO**: grazie ad un piccolo apparecchio portatile, costituito da un pulsante e connesso al telefono di casa tramite apposito dispositivo, ogni utente è collegato 24 ore su 24 alle centrali operative presenti in regione. Premendo il pulsante, in caso di necessità, l'assistito può parlare in viva voce con gli operatori delle centrali.

La cartella personale informatizzata, contenente tutti i dati utili in caso di emergenza (ubicazione, condizioni di salute, persone di riferimento e in possesso di chiavi), consente agli operatori di attivare una risposta tempestiva e adeguata al bisogno.

- **TELECOMPAGNIA**: una o più volte a settimana ogni persona assistita riceve telefonate di compagnia che favoriscono la conoscenza tra utenti e operatori e la socializzazione. S'instaura così una comunicazione costante che facilita la prevenzione dei bisogni, offre attenzioni e sicurezza e migliora la qualità della vita.

- **CUSTODIA CHIAVI**: nei capoluoghi e comuni limitrofi, prevalentemente per le persone prive di rete di riferimento, è attivo anche un servizio di custodia chiavi con pronto intervento 24 ore su 24 in caso di emergenza, grazie a personale autorizzato e qualificato.

- **AGENDA FARMACI**: consiste in un programmato contatto telefonico, a orari stabiliti e più volte al giorno, utile a ricordare all'utente l'assunzione di medicinali prescritti dal medico. È riservato a casi particolari, su autorizzazione degli operatori sociosanitari.

- **CONSEGNA FARMACI**: nei capoluoghi, la Teleassistenza prevede anche un servizio di consegna dei farmaci a domicilio a titolo gratuito, in orario di farmacie chiuse e in presenza di ricetta "urgente" rilasciata dal medico in visita.

### COME RICHIEDERE IL SERVIZIO

La gestione del servizio è a cura di Tesan-Televita SRL, con sedi a Udine e a Trieste. Per ulteriori informazioni sulle modalità di erogazione dei servizi, è disponibile un numero verde: 800 84 60 79.

La teleassistenza regionale è gratuita o semigratuita in base al reddito del richiedente (o del nucleo familiare richiedente).

La domanda va presentata al Distretto Sanitario di appartenenza o al Servizio Sociale del Comune di residenza.

## REGIONE LAZIO

L'attivazione del percorso residenziale, semiresidenziale, domiciliare per persone non autosufficienti, anche anziane e per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale, dovrà avvenire esclusivamente attraverso l'utilizzo del modulo ufficiale (ai sensi del DCA 431/2012) scaricabile dal sito aziendale.

Il modulo compilato deve essere inviato direttamente dal Medico di Medicina Generale, o dal Medico Ospedaliero per le dimissioni protette, agli indirizzi mail del PUA (Punto Unico di Accesso) competenti per residenza dell'utente. È possibile altresì, in via transitoria, la consegna diretta, da parte del delegato/familiare del paziente.

Al fine di facilitare l'invio ai servizi di competenza, la compilazione del modulo ufficiale, deve specificare la tipologia di percorso necessario.

Gli operatori del PUA una volta verificata la completezza e la correttezza dei dati inoltrano la richiesta ai servizi competenti, altrimenti la rinviando al MMG con le annotazioni sui dati mancanti o carenti.

### **1) ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

Il medico di Medicina Generale, effettua la richiesta di attivazione. L'UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionale) valuta la fattibilità clinica/abitativa, identifica gli atti da compiere in relazione ai bisogni dell'individuo e dirige il PAI (Piano di Assistenza Individualizzato).

Il Medico di Medicina Generale, resta il responsabile clinico per tutto il trattamento del paziente.

### **2) ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA**

In regime di ADP possono essere effettuate le visite specialistiche richieste dal Medico curante ed eventuali prelievi ematochimici ove lo specialista del Centro di Assistenza Domiciliare lo ritenga opportuno per approfondimento diagnostico. Nel caso in cui il curante non effettui le visite domiciliari come da programma, si ritengono decadute le condizioni che avevano portato all'attivazione dell'ADP.

## REGIONE LIGURIA

La regione Liguria è suddivisa in Asl, una per ogni provincia. L'ASL garantisce la promozione e la tutela della salute del cittadino e della comunità locale grazie all'attivazione di una rete integrata di servizi sanitari, che coinvolge le differenti articolazioni sociali e istituzionali, nel perseguire un "progetto complessivo di salute".

### **1) ASSISTENZA DOMICILIARE**

È un servizio sociale che viene prestato, per alcune ore della giornata, al domicilio di persone anziane e disabili che non necessitano di cure sanitarie e quando le condizioni socio-economiche non consentono più un'autonomia totale nello svolgimento delle normali attività quotidiane.

### **2) ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

L'assistenza domiciliare integrata è un servizio organizzato dalle Asl in collaborazione con i Comuni ed è rivolto prevalentemente agli anziani, ai disabili e alle persone affette da malattie cronico-degenerative in fase stabilizzata, parzialmente, totalmente o temporaneamente non autosufficienti e con la necessità di un'assistenza continuativa. Per usufruire di questo servizio occorre rivolgersi ai Distretti Sociosanitari (vedi definizione sopra).

### **3) CURE PALLIATIVE**

La rete regionale ligure è articolata in cinque reti locali di cure palliative, una per ogni ASL, ed è coordinata da una struttura a valenza regionale.

## **MODALITA' DI ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE**

### **1) Assistenza domiciliare integrata (ADI)**

La presa in carico del paziente avviene da parte del Medico di Medicina Generale; deve essere formalizzata e va segnalata al responsabile della rete locale di cure palliative che svolge funzione di valutazione sugli aspetti relativi alla qualità dell'assistenza di cure palliative erogata.

### **2) Assistenza domiciliare specialistica di cure palliative**

Per i pazienti con bisogni clinico-assistenziali di elevata intensità o complessità, il Medico di Medicina Generale attiva un'assistenza domiciliare specialistica di cure palliative. Questa modalità assistenziale deve essere presente in tutte le reti locali e può erogarsi sia da Unità di Cure Palliative pubbliche territoriali e ospedaliere.

### **3) Centri residenziali di cure palliative – hospice**

L'hospice è parte integrante della rete locale di cure palliative. La richiesta di ricovero in hospice viene inviata al responsabile della rete locale dal Medico di Medicina Generale o dal responsabile dell'Unità di cure palliative domiciliari, se il paziente è a domicilio. Nel caso il paziente sia degente presso una struttura di ricovero, la richiesta viene inviata al responsabile della rete locale dal responsabile dell'U.O. di degenza.

### **(Distretto Imperia)**

#### **1) ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

Per attivare le cure domiciliari occorre rivolgersi al proprio medico di famiglia, il quale valutato il paziente e verificati i requisiti, compilerà un modulo specifico, che dovrà essere consegnato allo Sportello Unico del Distretto Socio-Sanitario di appartenenza.

Entro le 48 ore successive il personale responsabile delle Cure Domiciliari si metterà in contatto la persona per eseguire la valutazione del caso e stabilire il percorso di assistenza più idoneo. Per le persone ricoverate, per le quali si prevede un proseguimento di cure a domicilio, sarà il reparto a segnalare il caso

con un congruo anticipo per provvedere all'attivazione delle Cure Domiciliari tramite il Distretto Sanitario di appartenenza del paziente e attraverso il contatto con il Medico di famiglia. L'assistenza fornita dal servizio di Cure Domiciliari è completamente gratuita.

### **CONTATTI**

Contattare il medico di famiglia o gli sportelli Unici dei Distretti Sanitari:

-Sportello unico - Distretto di Imperia:

viale Matteotti, 90 - telefono 0183/537.504

[im.unico@asl1.liguria.it](mailto:im.unico@asl1.liguria.it)

-Sportello unico - Distretto di Sanremo:

via Escoffier, 3 - telefono 0184/536.784

[sr.unico@asl1.liguria.it](mailto:sr.unico@asl1.liguria.it)

-Sportello unico - Distretto di Ventimiglia:

via Basso, 2 - telefono 0184/534.802

[xx.unico@asl1.liguria.it](mailto:xx.unico@asl1.liguria.it)

### **2) MODALITA' ACCESSO HOSPICE**

La proposta di inserimento può essere effettuata dal medico curante, medico di medicina generale, dal medico dell'Assistenza Domiciliare Integrata, da un'organizzazione no profit che collabora con l'ADI, da un reparto ospedaliero. È possibile che la richiesta d'inserimento arrivi tramite terze persone, parenti del paziente interessato ad esempio, direttamente allo Sportello Unico Distrettuale. In questo caso gli operatori addetti possono provvedere a contattare il medico dell'assistito per l'eventuale attivazione della procedura. La valutazione per l'ingresso in *hospice* viene effettuata nell'ambito dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare del Distretto.

### **CONTATTI**

-Recapiti Hospice:

Via Giovanni Borea, 57 - Sanremo

Tel. Reparto 0184/536.231

Tel. Segreteria 0184/536.093

-Numeri telefonici degli sportelli distrettuali

Imperia: 0183/537.504

Sanremo: 0184/536.784

Ventimiglia: 0184/534.878

-URP per informazioni: 0184/536.656

### **(Distretto Savona)**

#### **ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

L'assistenza domiciliare integrata è rivolta a persone non autosufficienti che vivono nella propria abitazione e gratuita. Per richiedere il servizio rivolgersi all'“Area Non autosufficienza, anziani e disabilità” o al “Servizio Assistenza ai Disabili” dell'ASL 2, che coordina gli interventi.

### **CONTATTI**

Distretto albenganese

Albenga - V. Trieste, 54 (Tel. 0182 546239)

Distretto finalese

Finale Ligure - Via Pineta, 6 (Tel. 019 6815 2288-2286)

Distretto delle Bormide

Carcare - Via del Collegio, 18 (Tel. 019 500 9448 - 019 500 9442)

Distretto savonese

Savona - Via Collodi, 13 (Tel. 019 840 5994 - 019 840 5731)

## **CURE PALLIATIVE**

La presa in carico del paziente avviene su richiesta dell'utente presentata allo Sportello unico di accoglienza socio sanitaria distrettuale; Sedi amministrative distrettuali del Dip.to Cure Primarie; Sede UCPD (Unità di Cure Palliative Domiciliare) S. Corona. La domanda deve comprendere:

richiesta del Medico di Medicina Generale o del Medico Ospedaliero che segue il malato (Modulo A),  
richiesta dell'interessato,  
modulo di Consenso Informato.

La domanda, completa e protocollata, viene tempestivamente inviata a: Equipe distrettuale delle Cure Palliative; Ufficio ADI (se l'attivazione è richiesta dal servizio di assistenza domiciliare); sedi distrettuali o ufficio ADI, che accolgono la domanda, si fanno carico di inviare tempestivamente copia della domanda all'U.C.P.D. S. Corona.

## **CONTATTI**

Centro Terapia del dolore e cure palliative

Direttore: Dr. Marco Bertolotto

tel 019 6234362 - fax 019 6234396

email: m.bertolotto@asl2.liguri

Recapiti utili

Telefono: 019/6234393 Ubicazione: Padiglione 18 - 4° piano

## **(distretto Genova)**

### **1) ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

Il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata assiste anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti. Per accedere all'ADI è sufficiente telefonare alla sede territoriale più vicina al proprio domicilio. Dopo la segnalazione all'U.O. Anziani da parte del Medico di Famiglia o dei familiari del malato, è effettuata una visita geriatrica domiciliare per valutare le effettive necessità, individuare gli operatori cui affidare il caso e definire i tempi di assistenza. L'ADI è un servizio la cui durata è limitata a mesi sei, oltre i quali deve essere individuata una forma alternativa di assistenza.

## **CONTATTI**

DISTRETTO 8: Sportello Unico distrettuale Via Camozzini, 95 r (Genova Voltri) tel. 010 8499674/676/677 fax 010 8499675 [segreteria.distrettosociosanitario8@asl3.liguria.it](mailto:segreteria.distrettosociosanitario8@asl3.liguria.it)

DISTRETTO 9: Palazzo della Salute di Fiumara – via Operai 80, Palazzo della Salute Manifattura Tabacchi Via Soliman, 7

Reception Via Operai 80: 010 849 7160 Reception Via Soliman 7: 010 849 799 Centralino unico: 010 849 11

DISTRETTO 10: SEGRETERIA: 010 849 9441 - 010 849 9437

DISTRETTO 11: Poliambulatorio Via Assarotti 35 (010 849 4555), Sportello Unico Distrettuale tel. 010 849 6099

DISTRETTO 12: Via Archimede 30 A, Geriatra Cure Domiciliari Dottor Danilo Dondero tel. 010 849 4823

Sportello Unico Distrettuale via Archimede 30 A tel. 0108494920 - 4939 - 4087 - 4918

DISTRETTO 13: Direzione Distretto: Via G. Maggio 6 tel. 010 849 6363

## **2) CURE PALLIATIVE**

L'attività di assistenza domiciliare specialistica è garantita, in ciascun Distretto, da nuclei distrettuali di cure palliative costituiti da 1 medico e 3 infermieri dotati di competenze in cure palliative di livello specialistico. La sede di ogni nucleo è il Distretto. La segnalazione del malato per valutare la possibilità d'ingresso nel programma di cure palliative può giungere dal MMG, dal Medico ospedaliero o da un familiare direttamente ai servizi di accoglienza distrettuale, previo accesso allo sportello poli distrettuale. La segnalazione dovrà comunque essere corredata di richiesta del medico per "visita di valutazione per Cure Palliative". Il medico o l'infermiere di cure palliative, entro le 24 ore, si metteranno in contatto con il

paziente e/o i suoi familiari per un primo colloquio conoscitivo. La prima visita a domicilio viene effettuata dall'équipe di Cure Palliative generalmente entro 48 ore (feriali) dalla segnalazione.

### **CONTATTI**

Responsabile: dr. Flavio Fusco Tel 010 849 9445

In ciascun distretto sono referenti:

per il DSS 8 Dott.ssa Elena Mazzarello - tel. 010 849 9664

per il DSS 9 Dott.ssa Emanuela Donelli - tel. 010 849 7073

per il DSS 10 Dott. Flavio Fusco - tel. 010 849 9493

per il DSS 12 Dott.ssa Rossella Tonetti - tel. 010 849 7825

per il DSS 13 Dott.ssa Stefania Silvestro - tel. 010 849 6738

### **(Distretto di Chiavari)**

#### **1) ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

Il servizio domiciliare viene attivato dopo la Valutazione Multidimensionale e dopo aver predisposto un piano assistenziale, che viene illustrato all'utente e/o ai suoi familiari con la finalità di chiarire le modalità dell'intervento e di ottenere il consenso. Nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria, qualora sussista anche un bisogno tutelare e/o di tipo socio-assistenziale, vi è l'intervento da parte dei Servizi Sociali Distrettuali. Il responsabile sanitario delle cure è il Medico di Medicina Generale, che in collaborazione con il geriatra, il terapeuta del dolore e/o eventuali altri specialisti gestisce le necessità dell'utente. La segnalazione, quindi, può avvenire da parte di: Medici di Medicina Generale, Specialisti Ospedalieri, Servizi Sociali.

### **CONTATTI**

Tel: 0185. 329369

### **(Distretto di La Spezia)**

#### **1) ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

Per avviare la domanda di assistenza domiciliare gli utenti o i loro familiari e/o delegati possono accedere a una qualunque dei distretti sanitari, presenti su tutto il territorio dell'ASL5. Occorre: Impegnativa del Medico di Medicina Generale (medico di famiglia) con richiesta di visita fisiatrica domiciliare con indicazione della problematica dell'utente; tutta la documentazione clinica in possesso dell'utente relativa al problema per il quale si richiede l'intervento (dimissione ospedaliera o da altra struttura di ricovero, RSA, referti dello specialista, ecc.). Per urgenze dall'avvio della domanda all'inizio trattamento 7gg in media.

### **CONTATTI**

La Spezia, PUA (Punto Unico di Accesso) via XXIV Maggio 141, tel. 0187 533577

Sarzana, PUA (Punto Unico di Accesso) via Paci 1, Tel. 0187 604319 – 225

Ortonovo, PUA (Punto Unico di Accesso) Distretto Sanitario tel. 0187 604922

Ceparana, PUA (Punto Unico di Accesso), Piazza IV Novembre tel. 0187 604950

#### **2) CURE PALLIATIVE**

Presso la sede di La Spezia è presente la Struttura Semplice Dipartimentale Terapia del Dolore e Cure Palliative. La Terapia del dolore si occupa dello studio e del trattamento dei pazienti affetti da sindromi dolorose, su indicazione dei medici di base e di specialisti ospedalieri, nonché di terapia palliativa per pazienti oncologici in fase avanzata. A seconda dello stato clinico i pazienti possono essere seguiti in ambulatorio o in regime di ricovero diurno. In caso di degenza, sono presenti due servizi:

A) ricovero in day-hospital con le seguenti modalità: si accede al D.H. solo su richiesta di uno specialista della struttura.

B) punto d'ascolto telefonico per i pazienti già in cura presso il centro è attivo un punto d'ascolto gestito dal personale infermieristico.

Il servizio è attivo tutti i giorni secondo orari prestabiliti, per confrontarsi su dubbi o timori e/o per dare suggerimenti per eventi imprevisti.

***CONTATTI***

Telefono e fax: 0185 329368

## REGIONE LOMBARDIA

Il Servizio Domiciliarità gestisce la programmazione, il monitoraggio e il coordinamento delle cure domiciliari, condividendo con i Distretti Socio Sanitari e con gli Enti Gestori i percorsi di presa in carico.

Collabora con la Direzione del Dipartimento ASSI nella gestione dei processi di programmazione e organizzazione delle attività domiciliari.

Definisce le procedure operative per la valutazione multidimensionale del bisogno e per la presa in carico dei soggetti fragili attraverso il Case Management. Definisce le procedure per l'erogazione di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) mediante Voucher Socio Sanitario. Pianifica e coordina i progetti di sperimentazione promossi da Regione Lombardia nell'ambito delle cure domiciliari.

### 1) Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Da Luglio 2012, la Regione Lombardia ha dato avvio al processo di riforma complessiva degli interventi a sostegno della domiciliarità, che ricomprende la sperimentazione di un nuovo modello di valutazione dell'utente fragile. (DGR n. 1746/2011 e Decreto Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale n. 6032/2012). Per Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) s'intende l'intervento, a domicilio del paziente, di Infermieri Professionali, Terapisti della Riabilitazione, personale addetto all'igiene del paziente (ASA/OSS) e altri operatori sanitari secondo un piano di cura personalizzato (Piano di Assistenza Individuale - PAI).

L'ADI è rivolta a persone in situazioni di fragilità, senza limitazioni di età o di reddito, caratterizzate dalla presenza di:

- una situazione di non autosufficienza parziale o totale di carattere temporaneo o definitivo;
- una condizione di non deambulabilità e di non trasportabilità presso i presidi sanitari ambulatoriali.

Laddove il Medico di Medicina Generale/Pediatra di Famiglia del paziente ritenga necessaria l'attivazione dell'ADI, questa sarà erogata mediante l'assegnazione del *Voucher Socio Sanitario Regionale*.

#### ***Che cos'è il Voucher Socio Sanitario?***

Consiste in un contributo economico, assegnato dall'ASL sottoforma di "titolo di acquisto", articolato su diversi Profili di cura, stabiliti in base all'intensità dell'assistenza necessaria. Può essere utilizzato esclusivamente per ottenere prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria/cure palliative/prelievi a domicilio.

*Per accedere al Voucher non vi sono limitazioni di età o di reddito e le prestazioni erogate sono completamente gratuite.*

#### ***Come ottenere il Voucher Socio Sanitario?***

Il Medico di Medicina Generale/Pediatra di Famiglia rilascia all'utente/familiare la richiesta di attivazione ADI, formulata sul Ricettario Regionale specificando il bisogno di ADI. Insieme alla richiesta, il Medico di Medicina Generale/Pediatra di Famiglia fornisce l'elenco degli Enti Gestori accreditati all'effettuazione dell'ADI. L'utente/famiglia potrà contattare l'Ente Gestore telefonicamente, al fine di concordare tempi e modalità di presa in carico. In occasione dell'attivazione del Voucher Socio Sanitario gli operatori sanitari dei Punti Fragilità dei Distretti dell'ASL potranno effettuare una visita domiciliare al fine di una valutazione complessiva dei bisogni assistenziali.

#### ***L'erogazione dell'ADI***

Le prestazioni di ADI sono fornite da Enti accreditati con ASL, denominati Enti Gestori, liberamente scelti dall'utente o dai familiari. L'Ente Gestore e il Medico di Medicina Generale/Pediatra di Famiglia concordano con l'utente/famiglia il Piano di Assistenza Individuale (PAI) che, se necessario, potrà essere modificato durante il periodo di cura. L'ADI può essere erogata fino a 7 giorni la settimana, per tutti i giorni dell'anno, sulla base del PAI.

*La presa in carico deve essere garantita di norma entro 72 ore, salvo le urgenze segnalate dal medico, che devono essere prese in carico entro 24 ore.* Il PAI potrà prevedere prestazioni nell'area Sanitaria (assistenza

infermieristica; riabilitazione funzionale) integrate, ove necessario, da prestazioni nell'area Socio-assistenziale (assistenza e supporto nella mobilitazione e igiene personale). Sia l'attivazione sia la durata di queste ultime sono strettamente correlate a quella degli interventi sanitari. All'atto della presa in carico l'Ente Gestore dovrà far sottoscrivere all'assistito (in caso d'impedimento al familiare/ Tutore/ Amministratore di sostegno) il "Modulo Voucher" e un "Modulo di consenso informato" ai sensi del D.Lgs. 196/03.

A domicilio l'Ente Erogatore è tenuto a lasciare la seguente documentazione:

- Piano Assistenziale Individuale (PAI);
- Diario assistenziale per la registrazione delle prestazioni erogate dai diversi operatori.

All'atto della dimissione dall'intervento ADI, l'Ente Gestore dovrà consegnare all'utente il "Documento di Dimissione".

### **(Distretto Rozzano-Milano SUD)**

## **HUMANITAS RESEARCH HOSPITAL**

### **1) SERVIZIO DI OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE PER CURE PALLIATIVE (ODCP)**

ODCP come strumento per la continuità delle cure. L'ospedale si "sposta" presso il domicilio del paziente.

- È erogato da un'équipe multiprofessionale.

- È rivolto a pazienti:

- 1) affetti da neoplasia in fase avanzata;
- 2) non suscettibili di trattamenti specifici;
- 3) con prognosi stimabile di circa 3 mesi;
- 4) che abbiano un *caregiver*;
- 5) che abbiano una situazione ambientale e logistica adeguata;
- 6) residenti nel territorio di competenza (Lombardia), secondo la *Delibera Regionale VIII/007180, seduta del 24.4.2008*;
- 7) il servizio non comprende una copertura H24, e le sedute sono concordate con la famiglia. Il centralino è sempre attivo per qualsiasi emergenza anche nei fine settimana, di notte i medici non si recano al domicilio.

### **Chi può inoltrare la richiesta?**

- reparto di oncologia, ambulatorio di terapia antalgica oncologica, ambulatori di oncologia, Day Hospital o altri reparti di ICH;
- ospedali;
- MMG;
- famiglia;
- altro.

### **Valutazione finalizzata alla presa in carico.**

Il colloquio con il paziente e la famiglia è volto alla valutazione della situazione clinica, familiare, della presenza di un *caregiver*, della valutazione di fragilità sociali, della motivazione alla permanenza a domicilio, della consapevolezza di malattia e prognosi di paziente e familiari. La presa in carico avviene entro 72 ore dalla valutazione d'idoneità/segnalazione. In caso di paziente ricoverato questa data coincide con il giorno della dimissione. Il paziente, o in alternativa quando non possibile, il *caregiver* deve dare il proprio consenso informato al percorso assistenziale. Deve essere informato il medico di medicina generale.

### **Come attivarlo?**

Chiamare dal lunedì al venerdì delle ore 8.30 alle ore 16.30 il numero: **02-8224.3004**

## REGIONE MARCHE

### 1) Assistenza Domiciliare Integrata

Trova naturale collocazione nell'ambito dei servizi di "Assistenza primaria", assicurati dal Distretto, relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie (d. leg. n° 229/99, art.3 quarter 3 quinquies). E' rivolta a soggetti non autosufficienti, affetti da patologie croniche a medio lungo decorso o da patologie acute trattabili a domicilio che necessitano di assistenza da parte di un'équipe multiprofessionale. E' rivolta altresì a pazienti oncologici in fase critica e/o terminale.

Consente di portare al domicilio del paziente **servizi di cura e di riabilitazione:**

- *migliorando la qualità della vita dell'utente e della sua famiglia;*
- *evitando l'ospedalizzazione impropria o il ricovero in strutture residenziali;*
- *anticipando le dimissioni tutte le volte che le condizioni sanitarie e socio-ambientali lo permettano;*

Caratteristica peculiare dell'ADI è la complessità assistenziale del paziente trattato, che richiede una forte integrazione tra componenti sanitarie e socio assistenziali.

Ogni Distretto e ogni Ambito Territoriale, dovranno garantire in regime di Assistenza Domiciliare Integrata un "pacchetto assistenziale". Tra questi dovranno essere assicurati:

### 1) Assistenza Infermieristica Domiciliare (AID)

Nell'ambito dell'ADI il servizio di assistenza infermieristica domiciliare dovrà assicurare almeno i seguenti standard minimi orario: dal lunedì al venerdì 6 ore di mattina e 3 di pomeriggio, sabato e prefestivi 6 ore di mattina. Per casi individuati dall'Unità di Valutazione del Distretto, in particolare per i pazienti oncologici in fase critica e/o terminale, i pazienti in trattamento antalgico, i pazienti con respiratore automatico e i pazienti in condizioni assimilabili, il servizio di assistenza infermieristica domiciliare dovrà essere garantito nei giorni festivi e prefestivi almeno per interventi programmati o di emergenza. Al paziente in ADI va garantita la facilitazione all'utilizzo di attività diagnostiche e di laboratorio, nonché alla prestazione specialistica ambulatoriale o domiciliare. Il Direttore di Distretto individua e formalizza corsie preferenziali.

### 2) Assistenza medico-specialistica (AMS)

Ogni ASL dovrà garantire, su richiesta del medico di medicina generale, l'attivazione degli specialisti ospedalieri e poli ambulatoriali sul progetto alla persona definito dall'UVD, con consulti a domicilio di tutte le branche specialistiche potenzialmente interessate. Nell'ambito della disponibilità di tutte le discipline specialistiche, poli ambulatoriali e ospedaliere, lo standard minimo deve prevedere la possibilità d'interventi/consulti specialistici a domicilio almeno per le seguenti branche: geriatria, fisiatria, cardiologia, chirurgia, algologia/anestesia, neurologia, oncologia, psicologia.

### 3) Assistenza riabilitativa domiciliare (ARD)

Nell'ambito dell'ADI il servizio di assistenza riabilitativa domiciliare dovrà assicurare consulenze medico-specialistiche fisiatriche a domicilio per:

- Valutazione fisiatica delle necessità riabilitative;
- Stesura del piano di trattamento riabilitativo a domicilio;
- Visite di verifica dell'andamento del piano di trattamento riabilitativo;
- Prescrizione di protesi e ausili.

Prestazioni di riabilitazione e recupero funzionale a domicilio ad opera di tecnici della riabilitazione (fisioterapisti) con orario: dal lunedì al venerdì 6 ore di mattina e 3 ore di pomeriggio; sabato e prefestivi 6 ore di mattina.

#### **4) Assistenza medico-generica (AMG) e pediatrica di base (APB) programmate**

L'assistenza da parte del medico di Medicina Generale o del pediatra di libera scelta sarà erogata in riferimento e in osservanza di quanto stabilito dai rispettivi Accordi Collettivi Nazionali integrati dagli accordi regionali. L'ADI non è possibile e non può essere considerata tale senza il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale (o del pediatra di libera scelta) che costituisce il responsabile primario dell'assistenza stessa. Il medico di medicina generale, unico referente clinico del proprio paziente, della cui salute ha la responsabilità globale, fa parte sia dell'équipe valutativa sia costituisce l'UVD, sia dell'équipe operativa che è chiamato a coordinare in veste di capo-équipe. L'ADI è una scelta professionale del medico di MG che ne qualifica la figura sia perché ne evidenzia la diversa capacità assistenziale nell'ambito delle Cure Primarie rispetto all'Ospedale, ambito spesso alternativo a certe forme di ricovero, con indiscutibili vantaggi socio-economici, sia perché, anche per il ruolo che occupa nella conoscenza globale del paziente, lo pone al centro del processo assistenziale, ruotando intorno a lui le altre figure impegnate nell'assistenza, ciascuna secondo le proprie specifiche e autonome competenze.

## REGIONE MOLISE

### (Distretti di Campobasso - Trivento e Bojano-Riccia)

#### **1) ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

Dalla sede operativa C.S.S. di Campobasso sito in via Mazzini 80 viene gestito il servizio di Assistenza Domiciliare per conto dell'ASREM sui distretti di Campobasso-Trivento e Bojano-Riccia.

Il servizio è rivolto a pazienti di ogni età con impossibilità a deambulare, affetti da patologie acute o croniche riacutizzate, croniche stabilizzate ed evolutive non richiedenti il ricovero ospedaliero e, comunque, a tutte le persone di qualsiasi fascia di età con patologie permanentemente o temporaneamente invalidanti che necessitano di cure infermieristiche, fisioterapiche e logopediche domiciliari.

##### **1.1) La dimissione protetta in A.D.I.**

Nel caso in cui il paziente provenga da un ricovero ospedaliero, il reparto che l'ha avuto in carico provvederà alla "dimissione protetta" dello stesso.

Per dimissione protetta s'intende la dimissione da un reparto di degenza di un paziente che ha problemi sanitari per i quali è necessario definire una serie d'interventi terapeutici al fine di garantire la "continuità assistenziale" presso il suo domicilio.

**La dimissione protetta** è un'importante componente del processo assistenziale che si realizza con l'intervento integrato di Ospedale (reparto), Territorio (ASREM/PUA – CSS) e Medico di medicina generale. I criteri di ammissione al percorso della dimissione protetta per il rientro a casa propria del paziente tengono presente le seguenti situazioni:

*A) Il paziente ha raggiunto una condizione di "stabilizzazione" della patologia;*

*B) C'è il coinvolgimento del medico di medicina generale;*

*C) È disponibile almeno un convivente in grado di farsi carico della persona al proprio domicilio;*

*D) C'è una condizione di non autosufficienza (valutata e documentata) che non consenta il trasporto al di fuori del proprio domicilio per eventuali terapie.*

A questo punto il reparto ospedaliero trasmetterà la segnalazione d'intervento domiciliare al P.U.A (Punto Unico di Accesso) per l'accesso al servizio di Assistenza Domiciliare (infermieristica, fisioterapia e logopedia), il quale provvederà a prendere il carico il caso e a delineare il tipo di assistenza di cui necessita il paziente.

Le principali **prestazioni infermieristiche** erogabili a domicilio sono le seguenti:

- Somministrazione e controllo della corretta assunzione dei farmaci;
- Effettuazione e consegna dei prelievi ematici per analisi di laboratorio;
- Assistenza per indagini strumentali e visite domiciliari da parte dei M.M.G.;
- Terapia iniettiva;
- Controllo e assistenza fleboclisi;
- Controllo e assistenza cateterizzati;
- Controllo e assistenza dei pazienti stomizzati;
- Controllo glicemico;
- Controllo parametri vitali;
- Controllo e gestione tracheotomia;
- Somministrazione di alimenti con sondino naso-gastrico;
- Applicazione di particolari fasciature;
- Gestione del catetere venoso centrale;
- Assistenza alla terapia con l'uso di apparecchiature (inalazioni, bronco aspirazione, ecc.);
- Prevenzione e trattamento delle piaghe da decubito;
- Medicazione semplice;

- Medicazione complessa;
- Medicazione con particolari problemi (ulcere, ustioni, ecc.);
- Clisteri evacuativi;
- Controllo e assistenza del paziente in Nutrizione Artificiale Domiciliare (N.A.D.);
- Emotrasfusioni (alla presenza del M.M.G.).

Le principali **prestazioni del terapeuta della riabilitazione** sono le seguenti:

- Riabilitazione fisica;
- Riabilitazione del linguaggio;
- Linfodrenaggio;
- Rieducazione funzionale attiva e/o passiva per segmento corporeo;
- Rieducazione neuromotoria;
- Riabilitazione del mantenimento;
- Riabilitazione occupazionale.

## **2)A.D.O. (Assistenza Domiciliare Oncologica)**

All'interno del servizio di A.D.I. la cooperativa C.S.S. gestisce anche pazienti che rientrano nell'Assistenza Domiciliare Oncologica (A.D.O.) per conto dell'ASREM Molise, sempre sui distretti di Campobasso-Trivento e Bojano-Riccia.

L'A.D.O. è un tipo di assistenza a elevata/media intensità ed è rivolta a pazienti affetti da neoplasia in fase avanzata che si trovano nelle condizioni d'importante dipendenza sanitaria e che, di conseguenza, hanno bisogno di professionalità adeguate, qualificate e organizzate in un modello "paraospedaliero di elevata valenza sanitaria".

### **I destinatari del servizio sono:**

- Pazienti affetti da neoplasia in fase terminale;
- Pazienti affetti da neoplasia in fase avanzata, anche se non terminale, che presentano sintomi di difficile controllo o che hanno bisogno, a domicilio, di una terapia di supporto (terapia antibiotica, supporto nutrizionale, terapia del dolore, emotrasfusioni, ecc.), in corso di chemioterapia e/o radioterapia, oppure manovre invasive (toracentesi, paracentesi, ecc.).

Il riferimento della presa in carico del malato oncologico è il P.U.A. al quale le Unità Operative semplici e complesse di oncologia degli ospedali regionali o il medico di medicina generale, segnaleranno il bisogno dell'assistito.

Nell'ordinario verrà stilato nel minor tempo possibile il P.O.P. (Piano Operativo Provvisorio) generato dall'U.V.M. (Unità di Valutazione Medica) ovvero dalla collaborazione del Responsabile o Delegato delle Unità Operative predette e dal Direttore del distretto (o suo delegato), dall'Assistente Sociale del distretto, da un infermiere del distretto o delle Unità Operative di Oncologia e da un medico specializzato se trattasi di un paziente multidimensionale.

Per informazioni relative ai suddetti servizi di assistenza domiciliare sul territorio dei distretti ASREM di Campobasso-Trivento e Bojano-Riccia ed erogati dalla C.S.S., i nostri contatti sono:

### **COOPERATIVA SERVIZI SANITARI – SEDE OPERATIVA: VIA MAZZINI 80 – CAMPOBASSO**

Tel.: 0874.482494

Fax.: 0874.494458

e-mail: [coopcsscb@coopcss.it](mailto:coopcsscb@coopcss.it)

## REGIONE PIEMONTE

### **1) ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.)**

Assicura alle persone affette da patologie gravi, in condizioni di non autosufficienza o malati terminali, cure sanitarie presso il proprio domicilio. Comprende visite del medico di medicina generale e dei medici specialistici, prestazioni infermieristiche, riabilitative e di assistenza alla persona. Può rendersi necessario per consentire le cure dopo un ricovero o essere proposto in alternativa al ricovero stesso, se le condizioni cliniche del paziente lo consentono. Prevede l'integrazione di diverse figure professionali, secondo un piano concordato e sotto la responsabilità del medico di famiglia. È indispensabile la collaborazione dei familiari che si prendano cura del paziente. La proposta di attivazione viene formulata dal medico di famiglia.

### **2) ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA (A.D.P.)**

Assicura visite programmate del medico di famiglia presso il domicilio di pazienti non deambulanti, con particolari patologie croniche o invalidanti, che non sono in grado di recarsi o di essere trasportati di essere presso l'ambulatorio. La proposta di attivazione viene formulata dal medico di famiglia.

### **3) ASSISTENZA DOMICILIARE INFERMIERISTICA (S.I.D.)**

Si tratta di prestazioni infermieristiche (medicazioni, terapie iniettive ecc.) rivolte a pazienti che, a causa di limitazioni fisiche e/o ambientali, non sono in grado di recarsi presso gli ambulatori infermieristici del Distretto. La richiesta, redatta dal medico di famiglia, può essere consegnata direttamente dal cittadino o da un familiare sempre presso le Cure domiciliari.

### **4) PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE ESTEMPORANEE (P.I.E.)**

Sono prestazioni occasionali (prelievo ematico, elettrocardiogramma) effettuate a soggetti per i quali non è prevista una presa in carico continuativa. La richiesta, redatta dal medico di famiglia, può essere consegnata direttamente dal cittadino o da un familiare sempre presso le Cure domiciliari.

## REGIONE PUGLIA

L'organizzazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata prevede, l'istituzione di un organismo socio-sanitario integrato tra Azienda Sanitaria Locale ed Ente Locale, da essi cogestiti e cofinanziati, in grado di garantire l'unitarietà del servizio in tutte le sue fasi (*programmazione, esecuzione, valutazione*), in coerenza con le indicazioni del Piano Sanitario Regionale e del Piano Regionale delle Politiche Sociali relative all'integrazione socio-sanitaria.

A livello locale il recepimento della domanda relativa al servizio A.D.I. è di competenza della Porta Unica di Accesso attivata da operatori sociali. La valutazione dell'ammissibilità della domanda è competenza dell'Unità di Valutazione Multidimensionale, un'équipe professionale con competenze multidisciplinari, in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi che costituisce l'altro anello operativo strategico in sede locale del sistema integrato d'interventi e servizi sociali.

Nello specifico dell'A.D.I. l'Unità di Valutazione Multidimensionale svolge i seguenti compiti:

- effettua la valutazione multidimensionale dell'autosufficienza e dei bisogni assistenziali dei pazienti/utenti;
- verifica la presenza delle condizioni di eleggibilità come precedentemente indicate;
- elabora il piano assistenziale personalizzato (obiettivi e tipologia, frequenza e durata degli interventi) condiviso con il paziente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto;
- verifica e aggiorna l'andamento del piano assistenziale individualizzato;
- procede alla dimissione concordata;

### **Chi può richiederla?**

L'A.D.I. è rivolta a soggetti in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta, derivante da condizioni critiche di bisogno socio-sanitario o assistenziale, in particolare pazienti che si trovino nelle seguenti condizioni:

- anziani e disabili, minori e adulti in condizioni di fragilità, nonché patologie geriatriche con limitazione dell'autonomia
- patologie acute temporaneamente invalidanti trattabili a domicilio;
- pazienti in dimissione socio-sanitaria protetta da reparti ospedalieri;
- pluri patologie e patologie cronico-degenerative che determinano limitazione dell'autonomia;
- patologie oncologiche in fase avanzata;
- patologie HIV correlate in fase avanzata;
- patologie in fase terminale.

### **1) ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

Le forme di Assistenza Domiciliare Integrata prevedono 4 diversi profili di possibili erogazioni:

1a) Cure Domiciliari Prestazionali caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali (anche una sola volta), per intervenire in una situazione di emergenza, oppure a ciclo programmato;

1b) Cure Domiciliari Integrate di I°, II° e III° livello caratterizzate dalla formulazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) redatto in base alla valutazione globale multi dimensionale ed erogate attraverso la presa in carico multi professionale;

1c) Cure Domiciliari palliative a malati terminali caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità definita dal Piano Assistenziale Individuale (PAI) ed erogata da un'équipe in possesso di specifiche competenze;

1d) Prestazioni Socio-Assistenziali Domiciliari consistenti in interventi socio-assistenziali da fornire ai cittadini al fine di favorire la permanenza nel loro ambiente di vita, evitando l'istituzionalizzazione e consentendo loro una soddisfacente vita di relazione.

## REGIONE SARDEGNA

### 1) ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

In Sardegna prevede un lavoro di équipe multidisciplinare atto a garantire cure mediche, assistenza infermieristica e riabilitativa al paziente nel proprio domicilio evitando così il ricovero in ospedale.

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è un servizio che le aziende sanitarie svolgono direttamente a casa delle persone malate. Lo scopo è quello di garantire un insieme coordinato di attività mediche, infermieristiche e riabilitative per la cura e l'assistenza dei pazienti nel proprio domicilio evitando, quando possibile, il ricovero in ospedale e assicurando una migliore qualità di vita dei malati. E' rivolto a persone parzialmente o totalmente non autosufficienti, in modo temporaneo o protratto o affette da patologie croniche. E' caratterizzato da un approccio multidisciplinare degli interventi che coinvolge, in un lavoro di équipe, diverse professionalità in grado di assistere e dare supporto al paziente e ai suoi familiari.

#### Come si richiede?

La valutazione delle modalità d'intervento viene di norma effettuata tramite:

istanza del medico di medicina generale (MMG) o del pediatra di libera scelta (PLS) che valuta le esigenze di ogni paziente;

segnalazione della famiglia del paziente;

istanza del medico ospedaliero pubblico/privato;

istanza del medico specialista;

segnalazione da parte dei servizi sociali.

La segnalazione viene inoltrata al medico responsabile del distretto nel quale risiede il paziente, sempre con il consenso del medico di famiglia. Quest'ultimo, infatti, è colui che meglio conosce la situazione fisica, psicologica e sociale dell'interessato e, sulla base di queste considerazioni, crea un programma personalizzato di assistenza domiciliare e prescrive la terapia più appropriata. Entro 48 ore dalla segnalazione, il medico del distretto accoglie o respinge la richiesta di attivazione del percorso di assistenza domiciliare integrata. Per i casi urgenti l'attivazione avviene in giornata. Se la domanda viene accolta, si concordano le prestazioni domiciliari e il livello di assistenza, che può variare a seconda della gravità del caso.

#### A chi rivolgersi?

Oltre al medico responsabile del Distretto, ci si può rivolgere, nelle Asl in cui sono già stati istituiti, al Punto Unico di Accesso (PUA). Essi rappresentano il punto di riferimento per il paziente e i suoi familiari, grazie alla presenza di un'équipe di specialisti in grado di ascoltare le esigenze dei pazienti e di prendersi cura della persona nella complessità e globalità dei suoi bisogni. Sarà poi compito degli specialisti del PUA decodificare le richieste e formulare la risposta più adeguata, indirizzando il paziente verso il servizio più appropriato. In questo modo, il sistema garantisce risposte tempestive alle esigenze di salute delle persone, soprattutto quando non si è a conoscenza di quali e dove siano i servizi di cui si necessita.

### 2) SUPPORTO "PRATICO"

Per quanto riguarda invece supporti di natura "pratica", vale a dire un aiuto per quanto riguarda le pulizie della casa e la cura della persona, in Sardegna esiste una legge regionale la n.162 del 1998 che offre un fondo destinato a persone con disabilità grave. Il bando ha cadenza annuale, ogni comune ne ha uno proprio, solitamente viene pubblicato a fine estate (per esempio per l'anno 2015 la scadenza di presentazione della domanda nel comune di Cagliari era fissata per i primi di agosto). I fondi di questo finanziamento regionale sono ad esaurimento e le somme vengono assegnate a seconda dei bisogni del paziente e della gravità del caso.

## REGIONE SICILIA

### 1) ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

La sede naturale di svolgimento dell'attività "ADI" si sviluppa nell'ambito dei Distretti Sanitari e delle relative strutture, le Unità Operative Distrettuali. L'ADI si inserisce nel Progetto Obiettivo Anziani (POA) del 1992 che ha introdotto in ambito nazionale un nuovo modello di assistenza attento ai cambiamenti sociali, a quelli determinati dall'invecchiamento della popolazione, con particolare attenzione alle persone non autosufficienti.

#### ***A chi è rivolta?***

Rivolta a soddisfare le esigenze quasi esclusivamente degli anziani, dei disabili e dei pazienti affetti da malattie cronico-degenerative in fase stabilizzata, parzialmente, totalmente, temporaneamente o permanentemente non autosufficienti, che necessitano di un'assistenza continuativa, che può variare da interventi esclusivamente di tipo sociale (pulizia dell'appartamento, invio di pasti caldi, disbrigo di pratiche amministrative, ecc.) ad interventi socio-sanitari (supporto psicologico, attività riabilitative, assistenza infermieristica, interventi del podologo, ecc.). L'obiettivo è consentire all'ammalato di rimanere il più a lungo possibile nel conforto di casa propria e diminuendo notevolmente, in questo modo, anche i costi dei ricoveri ospedalieri inessenziali.

#### ***Come attivarla?***

La richiesta di presa in carico può essere presentata all'Asl, dal medico di famiglia, dall'ospedale o dal Comune. Questa viene esaminata dall'Unità Valutativa Multidimensionale (UVMD), composta da diversi specialisti: un geriatra o un internista, un infermiere, un terapeuta, un assistente sociale e dal medico di medicina generale che ha in cura il paziente (responsabile del trattamento). L'UVMD predispone una scheda di valutazione (SVAMA) per definire i bisogni sanitari e sociali emersi dalla valutazione effettuata. A questo punto è possibile stabilire il "PAI" (Piano di Assistenza Individuale) e il servizio viene fornito all'ammalato o direttamente da parte della AUSL o dalle Associazioni ONLUS ritenute idonee. Alcune tipologie di ADI attivate sono prevalentemente di tipo Geriatrica e Palliativa, pazienti con deterioramento delle capacità mentali, malattie progressivamente invalidanti. Il periodo di trattamento in media per l'ADI geriatrica è calcolabile in 80 giorni e per l'ADI palliativa di circa 60 giorni.

## REGIONE TOSCANA

### (Distretto Siena)

#### **1) ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

E' il servizio di assistenza a domicilio per i casi complessi, per i quali cioè è richiesto l'intervento di almeno due professionisti.

È rivolto alle persone non autosufficienti, anziani e non e ai disabili. Comprende, sulla base del piano personalizzato previsto per l'utente:

- l'assistenza infermieristica;
- l'attività di riabilitazione;
- ogni altra forma di assistenza medica;
- l'assistenza di base alla persona, svolta dal personale ausiliario (pulizie, lavare, vestire, etc);

La tipologia d'intervento sociale e/o sanitario si attiva automaticamente solo per alcune patologie;

#### *Un percorso condiviso:*

Gli operatori socio sanitari concordano assieme ad un familiare dell'utente il livello di assistenza necessaria per rispondere in modo adeguato al bisogno.

A chi rivolgersi?

- al Punto Insieme, direttamente dalla persona che richiede l'attivazione del servizio, dai familiari, dai parenti o da terzi;
- al Medico di Medicina Generale (MMG), che inoltra la segnalazione direttamente al Punto Unico di Accesso (PUA);
- al Presidio Ospedaliero, che inoltra la segnalazione direttamente al Punto Unico di Accesso (PUA).

Come viene valutata la segnalazione del bisogno e con quali tempi:

- una volta fatta la segnalazione, possono trascorrere un massimo di 30 giorni per la sua valutazione e la comunicazione della risposta all'utente;
- la valutazione viene effettuata da una commissione che prende il nome di Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM);
- la commissione definisce e approva la tipologia d'intervento, che deve essere sottoscritta dall'utente, (se in grado), o da un suo familiare
- se la domanda viene ritenuta appropriata entro 60 giorni dalla segnalazione viene definito il Piano di Assistenza Personalizzato (PAP) e si eroga la prestazione.

#### **2) Assistenza Domiciliare Oncologica Integrata (A.D.O.I.)**

- È attivo un servizio di assistenza domiciliare per i pazienti oncologici
- Una equipe assistenziale composta da un medico del Centro Oncologico di Assistenza Territoriale (CORAT), dal Medico di medicina generale del paziente e dagli infermieri volontari dell'associazione "Qualità della vita in oncologia" (QUAVIO) facilita la continuità assistenziale tra Ospedale e Domicilio, dove la persona viene visitata, curata e, se viene valutato necessario, riceve l'assistenza di base attraverso l'integrazione con le prestazioni di ADI
- Questo servizio può essere attivato tramite richiesta del medico di famiglia. In questo modo il caso viene portato nel Gruppo di progetto ADOI, che definisce le azioni necessarie.

#### **3) ASSISTENZA DOMICILIARE (AD)**

L'Assistenza Domiciliare (AD) è il servizio che eroga prestazioni socio assistenziali non complesse, che rispondono cioè a un *solo* bisogno sanitario o sociale, presso il domicilio della persona (pulizia, preparazione pasti, disbrigo commissioni, etc.).

### **Chi può richiederla?**

- anziani con più di 65 anni, riconosciuti ai sensi della delibera regionale n.2197/2008;
- persone auto o non autosufficienti;
- disabili o adulti che versino in particolari situazioni di disagio;
- all'Assistente Sociale presente nei Comuni.

### **A chi rivolgersi per l'attivazione?**

- al Punto Insieme che prende in carico la segnalazione e la inoltra all'operatore del territorio competente;
- al Medico di base, che può fare la segnalazione al Punto Insieme.

La scheda di segnalazione viene poi trasmessa al Punto Unico di Accesso (PUA).

Il caso sarà quindi discusso dal gruppo di progetto formato da:

- Medico di Medicina Generale (MMG);
- Medico di Distretto;
- Infermiere Capo Sala operante sul territorio;
- eventuali altri operatori coinvolti.

La risposta sarà comunicata direttamente alla persona, attraverso gli operatori sanitari competenti.

### **NOTA BENE:**

- la domanda verrà accolta previa valutazione del bisogno stesso e in base alle risorse disponibili;
- il servizio prevede la compartecipazione alle spese da parte dell'utente in base al proprio reddito.

### **(Distretto Pisa)**

#### **1) ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) ASSISTENZA DOMICILIARE (AD)**

Sono il nodo dell'assistenza territoriale che garantisce una continuità di cure, anche di livello ospedaliero, a domicilio dell'utente. Nell'ambito dell'assistenza domiciliare è prioritario un intervento ad **alta integrazione** tra servizio sociale e sanitario per garantire un programma personalizzato che tenga conto dei bisogni complessivi del cittadino. E' possibile attivare i servizi di **Assistenza Domiciliare** (per coloro che hanno problemi temporanei di deambulazione), e **Assistenza Domiciliare Integrata** (per pazienti oncologici o con gravi patologie croniche che fino ad ora avevano, quale unica possibilità terapeutica il ricorso a continui ricoveri ospedalieri).

#### **Chi può attivarla?**

Sia l'ADI sia l'AD possono essere attivate attraverso la richiesta dell'ospedale (al momento delle dimissioni), dal Medico di famiglia, dal Pediatra di Libera Scelta o su segnalazione di un operatore del Distretto, dell'Utente o di un suo familiare.

### **(Distretto Livorno)**

#### **1) ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

È un servizio erogato direttamente a casa dell'utente, che può comprendere prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali. E' caratterizzata da vari livelli, che dipendono dalle specifiche necessità della persona che la richiede:

#### **Primo livello**

Assistenza destinata a persone parzialmente non autosufficienti o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di sostegno psico-sociale e di cura della persona (fornitura dei pasti, riassetto della casa, lavaggio della biancheria, igiene personale, aiuto per pagare le bollette).

**Secondo livello**

Consiste nell'erogazione d'interventi di natura sanitaria. E' rivolta a persone non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera, che richiedono prestazioni infermieristiche, riabilitative, mediche o specialistiche. E' un'assistenza a media e alta intensità, che si ripropone di evitare ricoveri non necessari e di mantenere la persona nel proprio ambiente familiare.

**Terzo livello**

Questo livello riguarda le situazioni più complesse che richiedono l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata). Qui il servizio di assistenza medica è coordinato con quello socio - assistenziale, trattandosi di conseguenza di una fusione vera e propria dei primi due livelli.

L'assistenza domiciliare è un servizio erogato direttamente a casa dell'utente, che può comprendere prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali.

## REGIONE TRENINO-ALTO-ADIGE

### 1) SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD)

L'assistenza domiciliare è rivolta alle persone che si trovano in condizione di parziale o totale non autosufficienza fisica e/o psichica o comunque non più in grado di gestire la propria vita familiare senza aiuto esterno, al fine di consentire loro di permanere al proprio domicilio in condizioni di sicurezza. Il servizio è offerto da personale in possesso di un'adeguata formazione professionale. L'ASSB stipula convenzioni/contratti con cooperative, associazioni o imprese al fine di garantire a un maggior numero di cittadini/e la possibilità di usufruire delle prestazioni a domicilio garantendo la possibilità di usufruire delle stesse tariffe applicate dall'ASSB.

#### Cosa offre il servizio

cura ed igiene della persona

aiuto nel governo della casa

lavaggio e sistemazione della biancheria

preparazione pasti (servizio mensa)

**attivazione pasti a domicilio (rivolgersi al distretto nel proprio quartiere)**

accompagnamento ed espletamento di piccole attività

attivazione delle risorse di rete.

#### Le modalità di accesso al servizio sono 3:

1. in seguito alla richiesta di erogazione dell'assegno di cura da parte dell'utente: inquadramento dell'utente, da parte del team di valutazione, in uno dei IV livelli di non autosufficienza con contestuale attribuzione di buoni di servizio;
2. l'utente è dimesso dall'ospedale ed è seguito dal Servizio sociale ospedaliero che richiede/propone l'attivazione del servizio;
3. l'utente o i suoi familiari si rivolgono direttamente al distretto sociale e/o SAD.

La persona di riferimento per l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare è rappresentata in ogni caso dal Responsabile Tecnico (R.T.) del SAD il quale viene contattato dall'utente (di persona o telefonicamente), dall'assistente sociale del distretto sociale, dal Servizio sociale ospedaliero o dall'infermiere del distretto sanitario.

#### Criteri di ammissione

I richiedenti devono **dimorare** stabilmente nella città di Bolzano. La responsabile tecnica dell'assistenza domiciliare competente per la zona in cui abita l'utente, in seguito a un primo colloquio informativo, valuta la possibilità di fare una visita domiciliare al fine di verificare l'esistenza dei presupposti necessari all'erogazione delle prestazioni (es. presenza dei presidi necessari).

In sede di colloquio o durante la visita domiciliare, l'utente viene informato sulle possibilità di usufruire dell'agevolazione tariffaria e sulla relativa documentazione da produrre. Tutte le richieste di assistenza domiciliare passano al vaglio del Responsabile Tecnico dell'ASSB il quale, tramite visita domiciliare, verifica la tipologia di assistenza da erogare e la quantità di ore di assistenza di cui l'utente ha bisogno.

#### Tempi di risposta

I tempi di risposta variano in base al bisogno degli utenti, all'urgenza della prestazione e alla disponibilità di risorse umane a disposizione nella zona in cui abita il richiedente.

**Costo del servizio**

Le prestazioni dell'assistenza domiciliare sono **a pagamento**. L'utente concorre al pagamento delle tariffe delle prestazioni in relazione al valore della situazione economica del suo nucleo familiare ristretto; non è richiesta alcuna integrazione ai nuclei familiari collegati. La partecipazione alla spesa in base al valore della situazione economica varia da un livello minimo, che aumenta in modo lineare all'aumentare del valore della situazione economica, alla copertura della tariffa massima. Gli aspetti finanziari del servizio sono disciplinati dalla normativa provinciale che viene periodicamente (generalmente ogni anno) aggiornata.

## REGIONE UMBRIA

### 1) ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) rappresenta una modalità di assistenza alternativa al ricovero in strutture ospedaliere o residenziali. Promuove la qualità della vita delle persone e sostiene le loro famiglie, sulla base del diritto fondamentale di essere curati all'interno della propria abitazione, fino a quando non sia necessario procedere diversamente. L'ADI, quindi, permette di ricevere a casa propria e per il tempo necessario prestazioni di supporto sociale e servizi sanitari.

#### **Quali servizi offre**

- assistenza medica domiciliare;
- assistenza infermieristica domiciliare;
- assistenza riabilitativa domiciliare;
- assistenza farmaceutica domiciliare.

#### **Chi può richiederla?**

Possono servirsi dell'assistenza domiciliare persone con disabilità di tutte le età con gravi limitazioni alla mobilità, o che hanno bisogno di cure. In particolare:

- le persone anziane (età superiore ai 65 anni);
- le persone affette da patologia oncologica in fase avanzata e/o terminale;
- le persone che necessitano di nutrizione artificiale;
- le persone in dimissione protetta da reparti ospedalieri;
- le persone con gravi disabilità;
- i bambini con patologie croniche e in particolari condizioni di disagio sociale.

#### **Come attivarla**

La persona interessata, la sua famiglia, i servizi sociali territoriali, i servizi residenziali o ospedalieri devono segnalare l'esigenza di cure domiciliari al medico di medicina generale o al personale sanitario del reparto ospedaliero dimettente (sempre con il supporto del medico di medicina generale).

Il medico di medicina generale (o il personale del reparto ospedaliero), accolta la segnalazione, deve formulare la richiesta di attivazione dell'ADI su un apposito modulo che deve essere consegnata al Centro di Salute.

Una volta ricevuta la richiesta di attivazione dell'ADI da parte del medico di medicina generale, l'équipe multidisciplinare del Centro di Salute (medico del Centro di Salute, infermiere, assistente sociale, fisioterapista, medico specialista) prende in esame la situazione complessiva della persona e propone, in accordo con la stessa, il medico di medicina generale e la famiglia, il servizio o l'intervento più adatto ed attuabile, attivando le prestazioni domiciliari richieste. Viene elaborato, quindi, il Piano di Assistenza Individuale (PAI).

## REGIONE VALLE D'AOSTA

La segnalazione per l'eventuale attivazione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata, può pervenire da diversi soggetti (cittadino interessato, famiglia, Medico di Medicina Generale, Pediatri di Libera scelta, Ospedale, strutture semiresidenziali o residenziali, altri servizi, enti locali, volontariato, ecc.) e può essere raccolta da:

- funzionari degli Enti locali;
- operatori sanitari distrettuali dell'Azienda ASL;
- servizio sociale ospedaliero e/o aziendale, regionale e del comune di Aosta;

### **Chi può richiederla?**

Il servizio ha come destinatari tutti gli utenti che, indipendentemente dall'età, dalla situazione economica o dallo stato sociale, si trovano nelle condizioni di cui sopra. Può prevedere solo interventi socio-assistenziali (igiene personale, aiuto domestico, fornitura pasti, lavanderia), interventi sanitari o interventi socio-sanitari integrati.

L'orario del servizio deve essere funzionale alle esigenze degli utenti ed è contrattato tra l'utente e l'Ente Gestore. Di norma dovrà essere fornito durante tutti i giorni della settimana nella fascia oraria 7,00/22,00.

### **1) INTERVENTI SANITARI**

Consiste nell'insieme di 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 è fondamentale l'integrazione con i servizi sociali dei comuni o delle comunità montane.

Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale è valutato attraverso idonei strumenti che consentono la definizione del programma assistenziale e il conseguente impiego di risorse.

### **2) INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI**

A tale proposito si specifica che:

- a) non deve essere richiesta alcuna contribuzione nel caso in cui l'assistente domiciliare contatti periodicamente gli utenti solamente per vigilare sulle loro condizioni;
- b) nel caso in cui l'assistente domiciliare attivi un vero e proprio intervento di compagnia, ritenuto indispensabile per il mantenimento a domicilio dell'utente, quest'ultimo deve pagare la quota di contribuzione (aiuto domestico) salvo che, per motivi di opportunità, l'assistente sociale non ritenga di proporre l'esenzione o la riduzione di pagamento.

### **3) TELESOCORSO E TELEASSISTENZA**

Il telesoccorso è un servizio sociale che assicura 24 ore su 24 tramite telefono interventi tempestivi in caso d'improvvisa difficoltà. La teleassistenza è un servizio complementare al telesoccorso e può integrare il servizio di assistenza domiciliare, specie negli orari in cui la persona si trova sola, sostenendo sia gli anziani che i loro familiari. La persona viene contattata periodicamente dalla centrale operativa, che verifica il suo stato di salute complessivo; inoltre la persona può contattare autonomamente la centrale per richiedere interventi di tipo medico, infermieristico, domestico o sociale.

I servizi sono destinati a persone anziane o disabili e, tra esse, prioritariamente a quelle che essendo sole, hanno difficoltà a gestire il quotidiano presso il domicilio. La richiesta del servizio deve essere presentata alla Comunità Montana di riferimento e al Comune di Aosta.

#### **4) SOGGIORNI CLIMATICI**

Sono un servizio sociale che offre la possibilità di trascorrere alcuni periodi in località particolarmente idonee per cure climatiche e termali. Oltre alla finalità di mantenimento e ristabilimento dello stato di salute psicofisico, i soggiorni climatici offrono occasioni di svago e di rapporti sociali. Sono destinati a persone anziane e disabili che vivono al proprio domicilio o in strutture residenziali. Sono organizzati dal Comune di Aosta e dalle Comunità Montane. Per partecipare ai soggiorni climatici gli utenti consegnano agli Enti gestori una scheda sanitaria compilata dal medico di medicina generale. Il costo di tali soggiorni è a carico degli utenti stessi.

#### **5) CURE PALLIATIVE**

ADI - Cure palliative viene solitamente proposta dall'oncologo, già contattato dal reparto di Oncologia o dal Medico di Assistenza Primaria.

Per l'attivazione tuttavia è necessario sempre il consenso del Medico di Assistenza primaria.

L'équipe multidisciplinare valuta le condizioni cliniche, la situazione domiciliare strutturale, la presenza di supporto familiare (*caregiver*) e propone alla famiglia il progetto assistenziale (tipologia di assistenza, n. di passaggi giornalieri/settimanali, tipo di prestazioni) e la sua durata.

## REGIONE VENETO

In Veneto l'assistenza domiciliare è distinta in due servizi: **sociale e sanitario**.

Per la documentazione specifica da presentare bisogna chiedere informazioni allo Sportello Integrato del Comune o del Distretto Socio-Sanitario dell'ASL di residenza.

### 1) Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Con l'ADI sono erogate prestazioni domiciliari da parte di figure professionali sanitarie e sociali, integrate fra loro secondo un piano di intervento personalizzato definito dall'UVMD. Gli interventi sono di carattere sociale (fornitura pasti caldi a domicilio, trasporto della persona anziana, igiene dell'abitazione, igiene personale, supporto ed educazione delle persone che effettuano assistenza) e di tipo sanitario a carattere riabilitativo, infermieristico, medico o specialistico. Gli interventi sanitari sono gratuiti, mentre per quelli sociali l'eventuale pagamento dipende dal regolamento comunale. Il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata garantisce diverse forme di assistenza domiciliare.

#### 1A) Tipo sociale

- Assistenza domiciliare socio-assistenziale comunale (SAD).
- Assistenza domiciliare socio-assistenziale dell'ASL per i soggetti disabili (portatori di handicap) fino al compimento del 60° anno di età, con esclusione degli inabili in età lavorativa.

#### Servizio di telesoccorso e telecontrollo

E' un servizio domiciliare che permette all'utente, per mezzo di un piccolo apparecchio portatile collegato al telefono, di chiamare da casa propria una centrale operativa di ascolto, in caso di urgenza. La centrale operativa chiama gli utenti una o più volte la settimana, previo accordo, per verificare che tutto sia in ordine. Per chiedere i servizi indicati l'anziano, o i familiari interessati, devono rivolgersi direttamente al Servizio Sociale del Comune di residenza.

#### Per richiedere il servizio è necessario

- avere un'età superiore ai 60 anni (o essere stato dichiarato a rischio dai sanitari);
- vivere da solo o in coppia, in mancanza di altre persone conviventi;
- disporre di una presa collegata alla rete elettrica nelle vicinanze del telefono e di una presa telefonica trifase.

#### Documentazione da presentare

La domanda deve essere compilata su apposito modulo, cui allegare:

- situazione economica, attestata dal certificato ISEE (indicatore della situazione economica equivalente) rilasciato dai CAAF convenzionati;
- certificato medico che attesti la necessità del telesoccorso.

#### Costo

Il servizio è gratuito fino al limite ISEE di € 14.000,00; il certificato ISEE deve essere in corso di validità (durata annuale). Per valori ISEE superiori si applica una partecipazione alla spesa diversificata per reddito.

#### Tempi di attivazione

Il servizio viene attivato, con procedura normale, in circa 2 mesi. Se è certificata l'urgenza da parte del medico l'attivazione avviene entro 48 ore.

#### 1B) Tipo sanitario:

A valenza integrata tra operatori di diversi ruoli (medico di medicina generale, infermiere, assistente domiciliare, specialista, psicologo, ecc.) secondo necessità.

**Gli obiettivi del servizio ADI sono:**

- 1) favorire il più a lungo possibile un'ideale permanenza della persona in stato di bisogno sociosanitario presso il proprio domicilio;
- 2) continuità di cura (dimissioni pianificate) e riduzione del numero e della durata dei ricoveri inappropriati in ospedale o nei Centri Servizi Residenziali o in RSA;
- 3) miglioramento della qualità della vita del malato a domicilio;
- 4) supporto e assistenza alla famiglia.

***Chi può richiederla?***

I *destinatari* del servizio ADI, rispetto ai bisogni di tipo sanitario, sono pazienti affetti da patologie cronico-degenerative che determinano una limitazione dell'autonomia, in dimissione protetta da strutture ospedaliere o da RSA, affetti da patologie acute o riacutizzate temporaneamente invalidanti, bisognosi di nutrizione parenterale, in fase terminale (malati oncologici o affetti da patologia HIV correlate in fase avanzata).



**AIMaC**  
INFORMA PER AIUTARE  
A VIVERE CON IL CANCRO

Associazione Italiana Malati di Cancro,  
parenti e amici

Via Barberini, 11 00187 Roma

Tel. +39 064825107 Fax. +39 0642011216

[www.aimac.it](http://www.aimac.it) [info@aimac.it](mailto:info@aimac.it)

AIMaC è presente anche su:

