

Allegato A)

P.R.A.D.

**Progetto Riorganizzazione
Assistenza Domiciliare**

INDICE

Acronimi	pag.3
1. Introduzione	pag.4
2. Quadro Attuale	pag.4
3. Definizione ed obiettivi delle cure domiciliari	pag.4
3.1 Cure Domiciliari Prestazionali	pag.5
3.2 Cure Domiciliari programmate	pag.5
3.3 Cure Domiciliari Integrate	pag.5
3.4 Cure Domiciliari Palliative a malati terminali	
4. Obiettivi del progetto	pag.6
5. Attivazione delle Cure Domiciliari	pag.6
A) Segnalazione	pag.6
B) Valutazione	pag.7
C) Presa in carico	pag.7
D) Erogazione	pag.7
E) Sospensione	pag.8
F) Rivalutazione	pag.8
G) Conclusione	pag.8
6. NOTE TECNICHE (ADP -ADI)	pag.9
7. Indicatori regionali di monitoraggio dei servizi di Cure Domiciliari	pag.10/11

ACRONIMI

DPCM: Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri

DM: Decreto Ministeriale

LEA: Livelli Essenziali di Assistenza

SSN: Servizio Sanitario nazionale

SIAD: Sistema Informativo Assistenza Domiciliare

AD: Assistenza Domiciliare

SAD: Servizio Assistenza Domiciliare

CD: Cure Domiciliari

MMG: Medico di medicina generale

PDF: Pediatra di Famiglia

ADP: Assistenza Domiciliare Programmata

ADR: Assistenza Domiciliare Residenziale

ADI: Assistenza Domiciliare Integrata

PAI: Progetto Assistenziale Individuale

PAP: Progetto Assistenziale Personalizzato

AACCNN: Accordi Collettivi Nazionali

UCP: Unità di Cure Palliative

UVM: Unità di Valutazione Multidimensionale

DD: Decreto Dirigenziale

MdC: Medico di Comunità

GEA: Giornate Effettive di Assistenza

GdC: Giornate di Cura

CIA: Coefficiente Intensità Assistenziale

1. Introduzione

Il DPCM 29.11.2001 che definisce i LEA individua i livelli di assistenza territoriale domiciliare tra le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal SSN in quanto ricomprese nel livello di assistenza distrettuale.

Il DM 17.12.2008 con le successive modifiche apportate dal DM 06.08.2012 prevede l'istituzione del Sistema Informativo Assistenza Domiciliare - SIAD per la raccolta delle informazioni inerenti gli interventi sanitari e socio-sanitari erogati in maniera programmata da operatori afferenti al SSN, nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

Dal 01.01.2012 l'obbligo di alimentazione del sistema informativo nazionale sull'assistenza domiciliare ricade tra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per accedere al maggior finanziamento per ciascun anno ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 23.03.2005.

La collocazione elettiva delle cure domiciliari, anche dove vengono offerti apporti ospedalieri, è nel **LEA ASSISTENZA DISTRETTUALE**.

2. Quadro attuale

All'interno della Griglia LEA (punto E.8 del Questionario LEA) l'assistenza distrettuale anziani viene misurata come 'Percentuale di anziani > 64 anni trattati in ADI'; a partire dalla valutazione 2013, vengono presi in considerazione soltanto gli anziani trattati in ADI con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) > 0,13, derivando il dato dal flusso analitico SIAD. Il CIA è definito come il rapporto tra il numero di giornate di assistenza erogate a domicilio e la differenza in giorni tra il primo e l'ultimo accesso ($CIA = 0,13$ equivale quindi a 4 accessi in 30 giorni); il Ministero sta perciò orientando la valutazione dell'assistenza domiciliare verso i casi a più alto impegno assistenziale (avendo individuato come soglia di riferimento il valore 1,8%), contrariamente al passato in cui veniva valutata la percentuale di anziani in ADI indipendentemente dal CIA (e la soglia era individuata nel valore 4%).

La Regione Toscana nel 2014 registra un valore (ancora provvisorio) del 2,5% di anziani > 64 anni trattati in ADI con CIA > 0,13, registrando un significativo trend di incremento annuale (1,56% nel 2013).

La complessità e l'intrinseco livello di adattabilità dell'attività sanitaria domiciliare associato ad un sistema di registrazione e codifica non strettamente disciplinato fino ad alcuni anni fa, hanno determinato una non omogenea modalità di rilevazione e trasmissione dei dati da parte delle Aziende sanitarie negli anni precedenti al 2013, risultando in una sottorappresentazione sul livello nazionale dell'attività effettivamente svolta.

Tradizionalmente, l'attività domiciliare viene anche rilevata in forma aggregata per mezzo del modello ministeriale FLS21-H. Deve essere sottolineato come l'istituzione del flusso analitico SIAD imponga la coerenza tra le due rilevazioni, per cui il dato aggregato deve essere coerente ed anzi derivabile dal dato analitico.

3. Definizione ed obiettivi delle cure domiciliari

L'assistenza domiciliare (AD) è la risposta ai bisogni primari della persona costretta a domicilio e rappresenta il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie

erogate a persone presso il proprio domicilio. E' costituita dalle *forme sociali* pure sotto descritte e dalle *cure domiciliari (CD)*.

Si adottano le due definizioni che specificano quanto previsto dalla DGRT n.262.10 e che aderiscono ai criteri del DM 17.12.2008.

Le forme sociali pure, che non contengono la componente sanitaria, si identificano con la rete socio - assistenziale e con gli interventi di cui al Nomenclatore sociale approvato con DGR 580/2009:

- Servizio sociale svolto dai Comuni in forma singola o associata (Servizio Assistenza Domiciliare - SAD, preparazione pasti, bagno assistito, lavanderia, ...)
- Famiglia
- Caregiver
- Rete vicinale
- Volontariato

Le Cure Domiciliari (CD) costituiscono la parte più strettamente sanitaria o socio-sanitaria dell'Assistenza Domiciliare. Consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e/o 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.

Gli obiettivi principali delle cure domiciliari sono:

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

Il Disciplinare Tecnico allegato al DM 17.12.2008 nel definire le CD come interventi sanitari o socio-sanitari, ne descrive la caratteristica principale nella valutazione multidimensionale e presa in carico dell'assistito, con la definizione di un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI), e la cui responsabilità clinica è in capo a un MMG/PdF.

Le Cure domiciliari si distinguono in relazione ai bisogni nei seguenti profili:

3.1 Cure Domiciliari Prestazionali, caratterizzate da prestazioni sanitarie monoprofessionali occasionali;

3.2 Cure Domiciliari Programmate, caratterizzate da prestazioni sanitarie monoprofessionali a ciclo programmato con valutazione multidimensionale e presa in carico dell'assistito (ADP/ADR/AD sanitaria, ..);

3.3 Cure Domiciliari Integrate, definite ADI come da ACN o attivate dalle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) di cui alla Legge regionale n. 66/2008.

Questa tipologia di cure domiciliari - in funzione della differente complessità/intensità - è caratterizzata dalla formulazione del Piano Assistenziale Individuale o del Progetto Assistenziale

Personalizzato (PAP), redatti in base alla valutazione multidimensionale ed erogate attraverso la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale;

3.4.Cure domiciliari palliative a malati terminali, caratterizzate da assistenza domiciliare rivolta ai pazienti nella fase terminale, previa definizione del PAI che è redatto in base alla valutazione multidimensionale ed erogate da un'equipe in possesso di specifiche competenze.

A questo proposito occorre specificare che, in via generale, le cure palliative domiciliari, anche sulla base della definizione contenuta nelle linee guida regionali e nazionali (delibera di Giunta regionale n. 996 del 26 settembre 2000, legge 38/2010, Accordo Stato regioni 25 luglio 2012, delibera di Giunta regionale n. 199 del 17 marzo 2014), possono essere:

di base (cure di primo livello), per cui si avrà l'erogazione di una prestazione da parte di un medico palliativista a seguito di una presa in carico con responsabilità/coordinamento in capo al medico di famiglia; specialistiche (cure di secondo livello), con una specifica presa in carico da parte di una equipe dedicata, che sono quelle specificatamente definite.

4.Obiettivi del progetto

Con il presente documento si vuole ricomprendere il concetto di Assistenza Domiciliare Integrata e/o Programmata nel termine più ampio previsto dalla normativa recente e vigente, quale quello di Cure Domiciliari (CD)

- 1) Uniformare e semplificare il percorso della AD nella Regione Toscana prestata a favore della popolazione di ogni età
- 2) Superare, attraverso la valutazione multidimensionale, l'approccio prestazionale nell'erogazione dell'AD;
- 3) Alimentare correttamente il Sistema Informativo Regionale e, conseguentemente, quello nazionale.

5. Attivazione delle Cure Domiciliari

I requisiti indispensabili per l'attivazione delle cure domiciliari sono:

- condizione di non autosufficienza, di fragilità e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;
- adeguato supporto familiare o informale;
- idonee condizioni abitative;
- colloquio con il paziente, con i familiari o con i caregivers legittimati, che assicurino l'informazione e la condivisione del PAI;
- presa in carico da parte del MMG/PdF/medico palliativista.

Le fasi del processo assistenziale in cui si articola il percorso sono le seguenti:

A) **Segnalazione**

Definizione: si intende qualsiasi segnalazione di bisogno assistenziale effettuata alla rete dell'accesso, presente presso tutti i punti della rete territoriale formalmente individuati che possano presupporre l'erogazione di AD, ovvero la capacità di assicurare l'accoglienza e l'informazione alla persona per cui è richiesta l'attivazione del servizio domiciliare.

Nel caso di pazienti con bisogno di cure palliative domiciliari, tutte le fasi previste dal percorso

assistenziale (quindi oltre la segnalazione anche sospensione, rivalutazione, ecc..) devono essere segnalate anche all'Unità di Cure Palliative (UCP) aggiornandola sull'assistenza che la persona riceve nei diversi ambiti (hospice, casa, rsa, ecc)

- La segnalazione può essere effettuata da:
- MMG/PdF/Specialisti convenzionati;
- Operatori dei servizi distrettuali;
- Ospedale;
- Struttura residenziale extraospedaliera;
- Servizi Sociali;
- Utente/familiare;
- Volontariato

B) Valutazione

Definizione: si ha quando in base alle segnalazioni ricevute si rilevano i bisogni assistenziali anche in riferimento alle patologie riscontrate con conseguente definizione di un piano assistenziale.

La valutazione potrà essere sanitaria monoprofessionale o multiprofessionale (Medico di Comunità, MMG/PdF, Specialista di riferimento, Infermiere...) o multidisciplinare .

La valutazione dell'assistito deve essere svolta sempre prima dell'erogazione e ripetuta ogni qualvolta risulti necessario.

Si utilizza la scheda di valutazione multidimensionale per i casi di cui ai punti 3.2, 3.3 (eccetto UVM), 3.4. Rimangono invece valide le schede del protocollo valutativo UVM di cui al DD n.1354.2010 e n.2259.2012 per la valutazione UVM.

La valutazione, con le opportune schede, è effettuata da:

- MMG/PdF
- Equipe MMG-PdF/MdC/Medico palliativista/Professioni sanitarie
- Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)

Per quanto riguarda le prestazioni monoprofessionali sanitarie, queste potranno essere attivate a seguito della prescrizione medica dalla quale emerga il bisogno e la diagnosi indispensabili per garantire la valutazione multiprofessionale e la condivisione dei risultati

Tutti i software delle AUSL devono contenere le informazioni previste dalla valutazione.

C) Presa in carico

Definizione: si ha quando la segnalazione è processata attraverso la valutazione multidimensionale del bisogno e la successiva definizione del piano assistenziale.

Le cure domiciliari prestazionali caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali, seguendo la richiesta del MMG/PdF, non presuppongono la presa in carico del paziente, né una valutazione multidisciplinare e/o multidimensionale (vedi punto 3.1).

D) Erogazione

Al momento dell'effettuazione delle prestazioni previste dal piano, ogni singolo operatore deve

 <p>Regione Toscana Diritti Valori Innovazione Sostenibilità</p>	<p>Progetto Riorganizzazione Assistenza Domiciliare</p>	<p>Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale</p>
---	---	--

inserire le informazioni relative all'accesso: data di accesso, tipologia di operatore, tipologia di prestazione erogata. Deve essere previsto l'inserimento informatico degli accessi domiciliari da parte dei MMG tramite gli add-on ai software di cartella clinica degli stessi MMG, ai sensi di quanto previsto dalla DGRT n.469.2010. In attesa della messa a regime del sistema di rilevazione dell'attività le ASL provvedono ad assolvere all'inserimento di tali prestazioni sui propri sistemi informativi

Tutti i servizi domiciliari erogati direttamente o indirettamente dalle ASL, Comuni, Cooperative o comunque in qualsiasi modalità collaboranti con la ASL dovranno fornire i dati necessari ad alimentare il sistema informativo regionale.

Relativamente alla registrazione delle prestazioni, si conferma che le prestazioni riabilitative domiciliari rese da personale tecnico sanitario della riabilitazione nell'ambito di un progetto riabilitativo devono essere registrate nel flusso SPR (sistema prestazioni riabilitative ex art.26 lg 833/78) e non nel flusso AD.

E) Sospensione

Si ha in caso di variazione del regime assistenziale erogato (ricovero ospedaliero, Cure Intermedie, Hospice, allontanamento temporaneo, ricovero in struttura residenziale,

F) Rivalutazione

Viene effettuata una rivalutazione del paziente ogni qual volta risultino significativamente modificate le necessità assistenziali e ogni qualvolta risulti necessario anche ai fini della conferma della valutazione iniziale, del piano assistenziale individualizzato e dei risultati ottenuti.

Nel caso che un evento di rivalutazione conduca ad una variazione del tipo di percorso assistenziale progettato per le mutate condizioni dell'assistito (per esempio da assistenza domiciliare a RSA), dovrà essere chiusa la presa in carico domiciliare e riaperta una nuova segnalazione, presa in carico, con la generazione di un nuovo codice di assistenza.

G) Conclusione

Si verifica al termine del percorso di presa in carico assistenziale domiciliare. I casi che al termine dell'anno solare risultano aperti senza erogazioni nel corso dell'anno devono essere chiusi con data di conclusione pari alla data di ultima erogazione o alla data di presa in carico in mancanza completa di erogazioni.

6.NOTE TECNICHE

Si possono individuare alcune regole da condividere per tutte le AUSL toscane per gli accessi ADP/ADI dei MMG e dei PdF

ADP

- a. autorizzazione aziendale sulla base della frequenza e relativa scadenza:
 - \$ accesso settimanale implica autorizzazione a scadenza trimestrale (previo sopralluogo domiciliare: i medici di comunità valutano l'opportunità di effettuarlo in tutti i casi o solo a campione)
 - \$ accesso quindicinale, scadenza semestrale;
 - \$ acceso mensile, scadenza annuale
- b. per la cadenza degli accessi si fa riferimento all'allegato G dell' ACN, in ogni caso, ai fini della corresponsione del pagamento, il numero viene tarato in relazione alle settimane presenti in un anno (52), a titolo esplicativo si precisa quanto segue:
 - \$ accesso quindicinale: max 26 accessi all'anno
 - \$ accesso settimanale: max 52 accessi all'anno
- c. deve essere presente presso il domicilio del paziente la scheda degli accessi sulla quale il MMG annota la data della prestazione.
- d. a partire dalla messa a regime della rilevazione dell'erogazione delle prestazione secondo i meccanismi previsti dalla DGRT 469.2010, vengono riconosciute solo le prestazioni che alimentano correttamente il sistema informativo aziendale.

ADI

- a. deve avere alla base un progetto multiprofessionale condiviso, con obiettivi precisi, con scadenze rivalutative
- b. deve avere nella settimana dell'accesso del MMG anche, almeno, un altro accesso da parte di un operatore sanitario, di norma infermiere, e/o sociale
- c. non può avere indicativamente una validità superiore ai tre mesi salvo diversa prescrizione. Trascorso questo tempo deve essere ricontrattata e nuovamente autorizzata;
- d. deve essere presente presso il domicilio del paziente la scheda degli accessi sulla quale il MMG annota la data della prestazione, insieme alle date degli altri operatori socio sanitari;
- e. l'ADI deve essere alternativa al ricovero
- f. a partire dalla messa a regime della rilevazione dell'erogazione delle prestazioni secondo i meccanismi previsti dalla DGRT 469.2010, vengono riconosciute solo le prestazioni che alimentano correttamente il sistema informativo aziendale.

Le autorizzazioni ADI/ADP non sono retroattive.

 <p>Regione Toscana Diritti Valori Innovazione Sostenibilità</p>	<p>Progetto Riorganizzazione Assistenza Domiciliare</p>	<p>Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale</p>
---	---	--

7. Indicatori regionali di monitoraggio dei servizi di Cure Domiciliari

Sono istituiti alcuni indicatori previsti sia dagli atti successivi al DMS 17.12.08 (Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare –SIAD-), sia dalle esperienze presenti in letteratura o in altre realtà regionali. Essi comprendono i. indicatori di struttura, relativi alla copertura del servizio di Cure Domiciliari; ii. indicatori di processo, relativi alla complessità e intensità assistenziale; iii. indicatori di rete, relativi all'integrazione tra i servizi ospedalieri ed i servizi domiciliari.

Alcuni indicatori hanno un carattere di monitoraggio e valutazione, attraverso l'identificazione di standard di riferimento, come descritti dai requisiti della griglia LEA relativi alle Cure Domiciliari. In ogni caso tutti gli standard potranno essere aggiornati e rivisti nel corso delle varie rilevazioni e confronti a livello regionale e nazionale.

Tale suddivisione ha l'obiettivo di razionalizzare e sistematizzare la produzione di indicatori utili per il monitoraggio della AD e della sua riorganizzazione. Essi si inseriscono all'interno del nuovo Sistema Informativo Territoriale (S.I.T.) della Regione Toscana. Gli indicatori sono descritti nella tabella successiva e potranno essere calcolati con le seguenti specifiche:

- 1) ambito territoriale: cadenza semestrale e annuale
- 2) ambito territoriale: singola AUSL e Zona Distretto

Parte degli indicatori di seguito presentati fanno parte del sistema di valutazione della performance del sistema sanitario regionale elaborato dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Nome indicatore	Fonte di calcolo e riferimento	Formula matematica	Standard / valore di riferimento	Razionale e note
Percentuale di anziani in CD	Flusso AD_RSA Commissione Nazionale LEA	Persone ≥ 65 anni che hanno ricevuto almeno un accesso in CD con valutazione/popolazione residente ≥ 65 anni	Standard $\geq 6\%$	Copertura nella popolazione anziana delle cure domiciliari ad esclusione delle cure prestazionali.
GEA - Giornate Effettive di Assistenza	Flusso AD_RSA Commissione Nazionale LEA	Numero di giorni nei quali è stato effettuato almeno un accesso da un operatore	-	Monitora il numero delle giornate di assistenza effettivamente erogate sulla base del numero di accessi dei singoli operatori.
GdC - Giornate di Cura	Flusso AD_RSA Commissione Nazionale LEA	Numero di giorni trascorsi dalla Data di primo accesso alla Data di ultimo accesso, al netto dei periodi di sospensione	-	Monitora la durata media delle prese in carico.
CIA - Coefficiente Intensità Assistenziale	Flusso AD_RSA Commissione Nazionale LEA	GEA/ GdC	-	Fornisce indicazioni sull'intensità di cura fornita dal rapporto tra complessità e durata della cura stessa.
Tasso di assistiti con CIA $>0,13$ su residenti over 65 anni	Flusso AD_RSA Commissione Nazionale LEA	Numero di assistiti con CIA $>0,13$ persone ≥ 65 anni/popolazione residente ≥ 65 anni	Standard di riferimento $\geq 1,8\%$	Misura l'intensità assistenziale.
Percentuale di casi conclusi nell'anno con numero di accessi superiore a 1	Flusso AD_RSA Commissione Nazionale LEA	Numero di casi conclusi nell'anno con numero di accessi superiore a 1/Numero di casi conclusi nell'anno	Standard di riferimento $>80\%$	Misura l'effettiva registrazione degli accessi degli operatori al domicilio del paziente.
Percentuale di ultra75enni dimessi dall'ospedale, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg.	Flusso AD_RSA e Flusso SDO	Persone ≥ 75 anni con primo accesso in CD entro 2 gg dalla dimissione / Pazienti ricoverati ≥ 75 anni con modalità di dimissione "ordinaria a domicilio" e "dimissione con ADI".	Standard di riferimento da rilevazione.	Continuità delle cure tra ospedale e territorio, con particolare riferimento alla popolazione complessa.
Percentuale di persone in CD fascia 0-65 anni	Flusso AD_RSA e Flusso SDO	Persone 0-64 che hanno ricevuto almeno un accesso in CD con valutazione/popolazione residente 0-65 anni	Standard $\geq 6\%$	Copertura nella popolazione anziana delle cure domiciliari ad esclusione delle cure prestazionali.

MODULO ATTIVAZIONE/RINNOVO dell'ASSISTENZA DOMICILIARE

- ADI* • ADP* • ADR (solo per i casi non UVM)

Cognome e nome assistito _____ Data nascita _____
 Indirizzo attuale _____ Comune _____ Tel. _____
 Eventuali familiari di riferimento _____ Tel. _____
 Medico dr./dr.ssa _____ Tel. _____

Il caso è in continuità ospedale -territorio • SI • NO Segnalato da • Ospedale • MMG • Familiare • Altro

RINNOVO DEL PIANO

La situazione sociosanitaria ed i bisogni rilevati sono invariati rispetto al piano precedente • SI • NO
 Se SI, compilare dal punto D.

A) DIAGNOSI

Patologia principale _____			
Patologia concomitante _____			
Stato terminale	SI	oncologico	non oncologico
	NO		

B) Aspetti rilevanti per l'assistenza

Autonomia	Autonomo	Parzialmente dipendente	Totalmente dipendente
Grado Mobilità	Si sposta da solo (con ausili)	Si sposta assistito	Non si sposta
Disturbi cognitivi	Assenti/Lievi	Moderati	Gravi
Disturbi comportamentali	Assenti/Lievi	Moderati	Gravi
Supporto sociale	Presente	Presente parz. o tempor.	Non presente

Rischio infettivo	E.C.G.
Bronco aspirazione-drenaggio posturale	Telemetria
Ossigenoterapia	Procedura terapeutica sottocutanea/intramuscolo/infusionale
Ventiloterapia	Gestione catetere centrale
Tracheostomia	Trasfusioni
Alimentazione assistita	Controllo del dolore
Alimentazione enterale	Bisogni assistenziali per terminalità oncologica
Alimentazione parenterale	Bisogni assistenziali per terminalità non oncologica
Gestione della stomia	Assistenza per l'alterazione sonno/veglia
Manovre per favorire l'eliminazione urinaria/intestinale	Interventi di educazione terapeutica
Prelievi venosi non occasionali	Cura di ulcere cutanee di I e II grado
Supporto al care giver	Cura di ulcere cutanee di III e IV grado
Trattamento riabilitativo neurologico in presenza di disabilità	Trattamento riabilitativo ortopedico in presenza di disabilità
Trattamento riabilitativo di mantenimento in presenza di disabilità	Supervisione continua di utenti con disabilità

C) PER LE ATTIVAZIONI/RINNOVI-PERIODICITA' ACCESSI

Data inizio	Data Fine	Accessi M, Q, S, G (n/7)

D) OPERATORI COINVOLTI

Medico Segnalante	Infermiere	Operatore Sociosanitario
Fisioterapista	Medico di comunità	Assistente Sociale
Medico Palliativista	Medico Specialista	Altro _____

E) ATTIVAZIONE ASSISTENZA FARMACEUTICA DOMICILIARE • SI • NO

Data _____

Firma e timbro Medico Segnalante

Firma e timbro Medico di Comunità

* ex allegato H e G come da ACN vigente