Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 5 luglio 2017, n. U00256

Cure domiciliari di cui all'art. 22 del DPCM 12.01.2017 - Criteri di eleggibilità e livelli di intensità assistenziale

COMMISSARIO AD ACTA
(*deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013*)

OGGETTO: Cure domiciliari di cui all'art. 22 del DPCM 12.01.2017 - Criteri di eleggibilità e livelli di intensità assistenziale

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTI per quanto riguarda il Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario:
- l'art. 120 della Costituzione;
- l'articolo 8, comma 1 della legge 5 giugno 2003, n. 131;
- l'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 e n. 149 del 6 marzo 2007, rispettivamente di approvazione del Piano di Rientro e Presa d'atto dell'Accordo Stato-regioni;
- art.1 comma 796, lettera b) della legge 27 dicembre 2006, n. 296;
- il Decreto Legge 1° ottobre 2007, n. 159 convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n.222;
- la legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- il Decreto del Commissario *ad acta* n. U00052 del 22 febbraio 2017 avente ad oggetto: "*Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato "Piano di riorganizzazione , riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale*" ;

VISTI per quanto riguarda i poteri:
- la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;
- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002 n. 6 e successive modifiche ed integrazioni;
- il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 e successive modifiche ed integrazioni;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con cui il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stata nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione Lazio;
- la Deliberazione di giunta regionale n. 723 del 14 dicembre 2015 di nomina del dott. Vincenzo Panella Direttore della Direzione Salute e Politiche sociali;
- Il Decreto Dirigenziale n. G15681 del 22/12/2016, di delega al Dott. Valentino Mantini, Dirigente dell'Area Cure Primarie, ai sensi degli articoli 164 e 166 del r.r. n. 1/2002, per l'adozione di atti indifferibili ed urgenti della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, a decorrere dal 1^ gennaio 2017 e per la durata di sei mesi, in caso di assenza o impedimento temporaneo del Direttore della Direzione regionale medesima;

VISTI per quanto riguarda le norme in materia sanitaria:
- Il Regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 e s.m.i.;
- la Legge n.833/1978 e s.m.i.;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.;
- il Decreto Legislativo 29 aprile 1998, n.124 e s.m.i.;
- il Decreto Legislativo n. 21 dicembre 1999, n. 517 e s.m.i.;
- D. Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288 e s.m.i.;

- il DPCM 29 novembre 2001 che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza, e s.m.i.
- La Legge n.189 dell'8/11/2012;
- l'Intesa Stato- Regione Province autonome del 10 luglio 2014, rep. N. 82/CSR concernente il Patto per la salute – per gli anni 2014 –2016;
- il Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"
- il DPCM 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- il DCA n. U00606 del 30/12/2016 di istituzione delle ASL "Roma 1" e "Roma 2", di soppressione delle ASL "Roma A", "Roma B", "Roma C" e "Roma E" e di ridenominazione delle ASL. "Roma D" come "Roma 3", "Roma F" come "Roma 4", "Roma G" come "Roma 5" e "Roma H" come "Roma 6";

e per quanto riguarda le norme in tema di Assistenza Domiciliare Integrata

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 325 del 8.5.2008 "Approvazione dei requisiti ulteriori per il Servizio di Assistenza Domiciliare";

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 326 del 8.5.2008 "Ottimizzazione del modello regionale di assistenza sanitaria domiciliare e relative tariffe";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00429 del 24.12.2012 "Decreto del Commissario ad Acta n. U0113 del 31.12.2010 'Programmi Operativi 2011-2012' - Assistenza Domiciliare - Approvazione dei documenti 'Stima di prevalenza della popolazione eleggibile e dei posti per l'Assistenza Domiciliare Integrata nella Regione Lazio, per persone non autosufficienti, anche anziane' e 'Omogeneizzazione delle Procedure e degli strumenti per l'ADI per persone non autosufficienti, anche anziane";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00431 del 24.12.2012 "La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00361 del 31.10.2014 "DCA n. U00247 del 25.7.2014 - Programmi operativi regionali per il triennio 2013 - 2015. Adozione degli strumenti di valutazione multidimensionale della "SUITE InterRai" per l'area della non autosufficienza e per le cure palliative.";

VISTA la Determinazione regionale n. G06433 del 26.5.2015, che ha costituito un Gruppo tecnico formato da rappresentanti della Direzione regionale competente in materia, nonché da esperti provenienti Aziende sanitarie del Lazio, che ha fornito alcune indicazioni relative ai profili assistenziali ed ai criteri di elegibilità nelle Cure domiciliari;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00134 del 26.4.2016 "Avvio del percorso di accreditamento istituzionale per le attività di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per persone non autosufficienti, anche anziane e di Cure palliative domiciliari.";

VISTA la Determinazione regionale n. G10746 del 23.09.2016 "Accreditamento istituzionale per le attività di Assistenza Domiciliare, di cui al DCA n. 134/2016 - Istituzione Gruppo di Lavoro", e s.m.i.;

CONSIDERATO altresì che il summenzionato Decreto del Commissario ad Acta n. U00052 del 22.2.2017 ha previsto, tra l'altro, il "..*Potenziamento ed efficientamento dell'assistenza domiciliare a persone non autosufficienti, attraverso l'adozione di criteri di eleggibilità coerenti con il sistema di valutazione multidimensionale "InterRai" adottato a livello regionale.*.";

CONSIDERATO che il sopracitato DPCM 12.01.2017 prevede all'Art. 22 "Cure domiciliari" l'articolazione delle stesse secondo il CIA (coefficiente di intensità assistenziale) individuando peraltro differenti profili di bisogno assistenziale ed in particolare:
- cure domiciliari di livello base, con CIA inferiore a 0,14
- cure domiciliari integrate (ADI) di I^ livello con CIA compreso tra 0,14 e 0,30
- cure domiciliari integrate (ADI) di II^ livello con CIA compreso tra 0,31 e 0,50
- cure domiciliari integrate (ADI) di III^ livello con CIA maggiore di 0,50;

CONSIDERATO altresì che con il succitato Decreto del Commissario ad Acta n. U00361 del 31.10.2014 è stata adottata la Suite InterRai per l'area della non autosufficienza e per le cure palliative; "…*al fine di dotare le Aziende sanitarie di strumenti di valutazione multidimensionale che garantiscano omogeneità, appropriatezza ed equità nei criteri valutativi, adottare i sottoindicati strumenti di valutazione della "SUITE InterRai" per l'accesso alle prestazioni ricomprese nell'area della non autosufficienza:*
- InterRai Long Term Care Facility – LTCF - per il regime residenziale e semiresidenziale, ad integrazione del sistema di valutazione RUG, ad oggi già operativo
- InterRai Home Care – HC - per l'assistenza domiciliare integrata – ADI
- InterRai Contact Assessment – CA - integrato per la componente sociale - per il Punto Unico di Accesso (PUA);
nell'area delle cure palliative
- InterRai PC…";

CONSIDERATO che, per quanto sopradetto, si è reso necessario redigere un documento al fine di:

- procedere alla ridefinizione dei profili di bisogno e dei livelli di intensità assistenziale erogabili a domicilio coerentemente con quanto previsto dai nuovi LEA;
- esplicitare i criteri clinici e assistenziali che determinano l'inclusione dei pazienti nelle diverse classi e macroclassi RUG HC;

COMMISSARIO AD ACTA
(*deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 gennaio 2013*)

CONSIDERATO pertanto necessario, al fine di dare piena applicazione a quanto previsto dal succitato DPCM 12.01.2017, approvare il documento "*Criteri di eleggibilità nelle Cure domiciliari e livelli di intensità assistenziale*", allegato n. 1 e parte integrante del presente provvedimento;

DECRETA

per le motivazioni descritte in premessa, che costituiscono parte integrante del presente provvedimento:

- di approvare il documento "*Criteri di eleggibilità nelle Cure domiciliari e livelli di intensità assistenziale*", allegato n. 1 e parte integrante del presente provvedimento;

- di dare mandato alla competente Area della Direzione Salute e Politiche Sociali di aggiornare la piattaforma SIAT in coerenza con quanto disposto dal presente provvedimento.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nei termini di gg 60 (sessanta) dalla pubblicazione ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di gg 120 (centoventi).

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

NICOLA ZINGARETTI

Allegato n. 1

Criteri di eleggibilità nelle Cure domiciliari e livelli di intensità assistenziale

Premessa

I principali provvedimenti che regolamentano l'assistenza domiciliare nella Regione Lazio sono riconducibili alla DGR 325/2008 "*Approvazione dei requisiti ulteriori per il servizio di assistenza domiciliare*" e DGR 326/2008 "*Ottimizzazione del modello regionale di assistenza sanitaria domiciliare e relative tariffe*".

Successivamente sono stati emanati in materia ulteriori provvedimenti, di seguito elencati:

- DCA 39/2012 "*Assistenza territoriale. Ridefinizione e riordino dell'offerta assistenziale a persone non autosufficienti, anche anziane, e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale*"

- DCA 431/2012 "*La valutazione multidimensionale per persone non autosufficienti anche anziane, e per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio*"

- DCA 404/2013 "*Approvazione del Percorso per la Nutrizione artificiale Domiciliare nella Regione Lazio*"

- DCA 361/2014 "*DCA n. U00247 del 25.7.2014 – Programmi operativi regionali per il triennio 2013 – 2015.Adozione degli strumenti di valutazione multidimensionale della "SUITE InterRai" per l'area della non autosufficienza e delle cure palliative*".

In particolare, quest'ultimo provvedimento presenta un rilevante impatto sulle modalità valutative per l'accesso all'assistenza domiciliare, in quanto introduce a livello regionale gli strumenti valutativi della Suite InterRai, con particolare riferimento all'InterRai Home Care – HC. Tale strumento valutativo, oltre a fornire agli operatori un forte e valido supporto alla costruzione del Piano Assistenziale individuale (PAI) consente, attraverso specifici algoritmi in esso contenuti, la categorizzazione dei bisogni assistenziali dei pazienti secondo la classificazione RUG –HC. In virtù di tale ragione diviene necessario procedere ad una maggiore esplicitazione dei criteri di eleggibilità per l'ADI rendendoli coerenti con i contenuti valutativi degli strumenti di valutazione multidimensionale adottati con il già citato DCA 361/2014.

Assistenza domiciliare e profili del bisogno

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

- presenza di una condizione di non autosufficienza parziale o totale, di carattere temporaneo o definitivo, definito mediante gli strumenti di valutazione in uso nella Regione Lazio ;
- presenza di una condizione di non deambulabilità o di non trasportabilità con i comuni mezzi presso presidi sanitari ambulatoriali in grado di rispondere ai bisogni ordinari della persona;
- presenza di un supporto tutelare formale e/o garantito dalla rete familiare/parentale e/o informale;
- presenza di condizioni abitative che garantiscano la praticabilità dell'assistenza, acquisite anche a seguito di azioni necessarie per il superamento di eventuali fattori ostativi (esempio: abbattimento di barriere architettoniche).

I livelli di assistenza vengono stabiliti tenendo conto dei seguenti parametri:

- la natura del bisogno che, mediante la Valutazione Multidimensionale dei bisogni inerenti l'area sociosanitaria, funzionale, cognitiva, affettiva nonché l'area sociale/ambientale, caratterizza il profilo assistenziale;

- la complessità dell'intervento caratterizzata dalla composizione dei fattori produttivi impiegati (mix di risorse professionali) e dalla loro articolazione, con particolare riferimento alla tipologia delle prestazioni;
- l'intensità assistenziale stabilita in base alle fasi temporali (intensiva, estensiva e di mantenimento) che caratterizzano il piano assistenziale, la frequenza degli accessi, il numero e la durata degli interventi previsti;

Facendo propri i contenuti dell'art. 22 "Cure domiciliari" del DPCM sui nuovi LEA vengono di seguito ulteriormente dettagliati i profili di bisogno per livello assistenziale e definiti i criteri di eleggibilità in coerenza e in relazione con le classi RUG domiciliari.

Definizione dei Livelli di intensità assistenziale erogabili a domicilio e relativi profili di bisogno:

• **Cure Domiciliari di livello base (prestazionali e/o prestazionali continuative/cicliche)**: tale livello assistenziale non necessita della attivazione della Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD) né della formulazione di un Piano di Assistenza Individuale (PAI).

Il profilo di bisogno è caratterizzato da una compromissione funzionale lieve, con perdita delle IADL e parziale livello di autonomia nelle ADL. La complessità assistenziale è bassa, gli interventi richiesti sono mono/biprofessionali e mirati a specifiche problematiche (es: infermieristiche e/o riabilitative). In tale profilo vanno ricompresi dunque gli interventi prestazionali occasionali e/o continuativi/ciclici anche in associazione agli interventi in ADP effettuati da parte dei MMG. A titolo di esempio le prestazioni erogabili in tale regime assistenziale sono: Prelievo ematico, anche ciclico per monitoraggio TAO; Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie quali es. urine, esame colturale ecc.; Terapia iniettiva intramuscolare; Terapia iniettiva sottocutanea; Sostituzione periodica catetere vescicale; Istruzione all'utilizzo di ausili per la deambulazione; Educazione del care giver riguardo a utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente; Attività di nursing quali cure igieniche, somministrazione di terapie, ecc,; Gestione di derivazioni urinarie, gestione di enterostomia; Corretta mobilizzazione/corretta postura del paziente; Prevenzione di lesioni cutanee.

Il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) è < 0, 14 (DPCM LEA 12 gennaio 2017). Il monitoraggio della glicemia e la somministrazione di insulina a minori in ambiente scolastico, per la natura prestazionale di tali interventi, anche se presentano un CIA superiore a 0,14, devono essere ricondotti al livello sopra descritto.

• **Cure Domiciliari integrate di I livello** – Le cure domiciliari di I Livello necessitano della definizione di un Piano di Assistenza Individuale (PAI) a seguito di una Valutazione Multidimensionale (VMD)

Il profilo di bisogno è caratterizzato da una compromissione funzionale medio lieve, con perdita delle IADL e parziale livello di autonomia nelle ADL. La complessità assistenziale è medio bassa, gli interventi richiesti sono mirati a specifiche problematiche (es: infermieristiche e/o riabilitative e di assistenza tutelare con ricorso ad OSS / caregiver o badante formati). Possono essere presenti anche bisogni correlati alla "fragilità sociale", pertanto a questo livello risulta di fondamentale importanza la presa in carico anche da parte dei servizi sociali degli enti locali a garanzia della continuità assistenziale in tutte le sue componenti. Le compromissioni necessitano di controlli specialistici per il monitoraggio dell'evoluzione clinica e di eventuali interventi correlati alle complicanze delle malattie intercorrenti. La tenuta delle reti familiari è una condizione rilevante nella progettazione del percorso assistenziale. La complessità assistenziale è medio-bassa ma soggetta a possibili variazioni. Il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) è compreso tra 0,14 e 0,30 (DPCM LEA 12 gennaio 2017).

• **Cure Domiciliari integrate di II livello –** Le cure domiciliari di II Livello necessitano della definizione di un Piano di Assistenza Individuale (PAI) a seguito di una Valutazione Multidimensionale (VMD)

Il profilo di bisogno è contraddistinto da un quadro di compromissione globale che può giungere fino alla dipendenza totale, con l'interessamento di più aree e un andamento più o meno instabile delle condizioni di salute, nel quale si alternano fasi di peggioramento a fasi di miglioramento con possibilità di riequilibrio di alcune funzioni, a seguito di terapie farmacologiche e/o interventi riabilitativi estensivi. La compromissione complessiva appare di grado moderato e principalmente a carico di funzioni quali la mobilità, la cura del sé, la nutrizione, il tono dell'umore e, in misura variabile, la respirazione. Tali compromissioni necessitano di controlli specialistici per il monitoraggio dell'evoluzione clinica e di eventuali interventi correlati alle complicanze delle malattie intercorrenti. La tenuta delle reti familiari è una condizione decisiva nella progettazione dei percorsi successivi alla dimissione dalla fase ospedaliera e nel mantenimento a domicilio. La complessità assistenziale è media, con eventuali problematiche anche carico della componente tutelare/assistenziale. Il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) è compreso tra 0,31 e 0,50 (DPCM LEA 12 gennaio 2017).

• **Cure Domiciliari integrate di III livello -** Le cure domiciliari di III Livello necessitano della definizione di un Piano di Assistenza Individuale (PAI) a seguito di una Valutazione Multidimensionale (VMD).

Il profilo di bisogno è contraddistinto da un quadro di grave o gravissima compromissione funzionale e di totale dipendenza nelle attività quotidiane, anche associato a problematiche di tipo sociosanitario che richiedono frequenti e costanti interventi medico-specialistici ed infermieristici, relativi a situazioni ad elevata complessità assistenziale. Il bisogno sociosanitario è correlato all'instabilità clinica su un quadro cronico evolutivo/progressivo. Elevato è il rischio di ricoveri ospedalieri per la gestione delle complicanze legate all'evolversi della malattia o al riacutizzarsi della malattia cronica. La presenza della nutrizione artificiale, il totale allettamento, la necessità di effettuare procedure di particolare impegno (es: paracentesi, toracentesi, trasfusioni, ventilazione non continuativa, ecc.) rappresentano solo alcune delle condizioni che possono essere presenti in questo profilo assistenziale e per le quali possono essere previsti nelle giornate effettive di assistenza interventi sanitari anche pluriquotidiani. L'assistenza si connota per la complessità dell'intervento che richiede competenze specifiche nella gestione delle problematiche sociosanitarie e talvolta una continua assistenza tutelare, garantita essenzialmente dal care giver e dalla rete familiare. Il bisogno assistenziale è caratterizzato da elevata intensità, complessità e instabilità clinica. Il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) è superiore a 0,50 (DPCM LEA 12 gennaio 2017).

Dai profili di bisogno ai criteri di eleggibilità

I profili di bisogno sopra individuati sono posti in relazione con le classi RUG domiciliari.

Come è noto da letteratura, l'algoritmo RUG-III HC prevede l'allocazione dei pazienti in 23 distinte classi isocosto, a loro volta raggruppate in 7 macro classi: Riabilitazione Speciale (RA_l/RA_2/RB), Servizi Estensivi (SE1/SE2/SE3), Assistenza Specialistica (SSA/SSB), Complessità Clinica (CA_l/CA_2/CB/CC), Disturbi Cognitivi (IA_l/IA_2/IB), Problemi Comportamentali (BA_l/BA_2/BB) e Funzione Fisica Ridotta (PA_l/PA_2/PB/PC/PD).

Nella Tabella 1, per migliore comprensione di quanto rappresentato, sono esplicitati i criteri clinici e assistenziali di inclusione nelle diverse classi e macroclassi RUG HC.

TABELLA 1

Criteri clinici e assistenziali di classificazione dei RUG HC		
Macro Classe RUG HC	**Sigla Classe Rug HC**	**Criteri inclusione nella Macro Classe RUG HC**
Riabilitazione Speciale	RB	Necessità di 120 minuti o più di fisioterapista /Terapista Occupazionale/logopedista negli ultimi 7 giorni
	RA_2	
	RA_1	
Servizi estensivi	SE3	Tracheostomia, ventilazione assistita (invasiva o non invasiva) nutrizione artificiale (parenterale o enterale)
	SE2	
	SE1	
Assistenza specialistica	SSB	Ulcere da pressione al terzo stadio; alimentazione enterale; diagnosi di sclerosi multipla; trattamento di ustioni; terapia radiante; terapia endovenosa; febbre e uno o piu tra i seguenti trattamenti :a) disidratazione; b) diagnosi di polmonite/broncopolmonite acuta; c) vomito; d) perdita di peso non desiderata.
	SSA	
Complessità clinica	CC	Disidratazione; ulcere da decubito; paziente terminale; chemioterapia; trasfusione di sangue; problema alla pelle; diagnosi di paralisi cerebrale; diagnosi di infezione delle vie urinarie; diagnosi di emiplegia; trattamento dialitico; diagnosi di polmonite/broncopolmonite acuta; uno o più dei 7 criteri per Special Care, uno o piu dei 3 criteri per Servizi Estensivi
	CB	
	CA_2	
	CA_1	
Disturbi cognitivi	IB	Valore di Cognitive Performance Scale uguale o superiore a 3 (corrispondente a MMSE di 15 o meno)
	IA_2	
	IA_1	
Problemi comportamentali	BB	Wandering; aggressività verbale; aggressività fisica Comportamenti socialmente inappropriati; allucinazioni; Comportamenti socialmente inappropriati; allucinazioni
	BA_2	
	BA_1	
Funzione fisica ridotta	PD	Pazienti con compromissione funzionale più o meno grave nelle ADL e nelle IADL, che non presentano i criteri di inserimento nella Macro Classi precedenti
	PC	
	PB	
	PA_2	
	PA_1	

A titolo di riferimento operativo, nella Tabella 2 viene esplicitata la correlazione tra le Categorie di Bisogno da Applicazione RUG HC alla luce di quanto emerso da esperienze internazionali (Collister e C.), i nuovi criteri di accesso ADI illustrati nel presente documento e le classi RUG HC sopra descritte. E' utile ricordare che gli esiti della valutazione multidimensionale condotta utilizzando strumenti standardizzati e strutturati quali quelli della Suite InterRai non esauriscono comunque tutta la variabilità clinica e assistenziale del caso valutato. L'esito della valutazione costituisce, per quanto stringente, **una indicazione** che potrà essere o meno confermata, motivatamente, dall'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale, che è tenuta comunque a considerare tutti gli elementi in suo possesso ai fini dell'ottimale e appropriata assegnazione della persona al setting assistenziale maggiormente adeguato al bisogno.

TABELLA 2

CATEGORIE DI BISOGNO DA APPLICAZIONE RUG HC*	PROFILI DI BISOGNO E NUOVI CRITERI DI ACCESSO AI LIVELLI ASSISTENZIALI ADI	CLASSE RUG HC
Categoria 1	Cure Domiciliari di livello base (Prestazionali e/o Prestazionali Continuative/Cicliche)	
• stati iniziali di malattia con piccole ma numerose perdite funzionali che si accumulano progressivamente • clinicamente stabili con necessità di monitoraggio iniziali perdite funzionali nelle ADL o IADL • leggeri disturbi cognitivi e/o comportamentali • interventi a prevenzione della stanchezza del care giver	• compromissione funzionale lieve con perdita delle IADL e parziale livello di autonomia nelle ADL. • complessità assistenziale bassa con interventi mono / biprofessionali mirati a specifiche problematiche • Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) < 0, 14.	PA_1 PA_2 BA_1 CA_1
Categoria 2	Cure Domiciliari integrate di I livello	
• progressione nel percorso di malattia • necessità di un mix di governo dell'assistenza e di gestione di perdite leggere o moderate di funzioni nelle ADL o IADL o di moderati disturbi cognitivi e/o comportamentali • interventi a prevenzione della stanchezza del care giver	• compromissione funzionale di grado moderato principalmente a carico di mobilità, cura del sé, nutrizione, tono dell'umore • Andamento tendenzialmente stabile, ma con possibili fasi di peggioramento e di miglioramento • complessità assistenziale medio-bassa soggetta a possibili variazioni con necessità di controlli specialistici per il monitoraggio dell'evoluzione clinica • supporto al care giver • Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) da 0,14 a 0,30	BA_2 IA_1 IA_2 CA_2 RA_1 RA_2
Categoria 3	Cure Domiciliari integrate di II livello	
• alta necessità di governo dell'assistenza con numerosi interventi professionali e di supporto • clinicamente instabili a forte rischio di istituzionalizzazione • moderata perdita nelle ADL combinata o meno con problemi cognitivi e/o comportamentali	• compromissione funzionale con interessamento di più aree a carattere evolutivo progressivo (fino a dipendenza totale) • presenza di deficit cognitivi, con riduzione vita di relazione • elevato rischio di ricoveri ospedalieri per la gestione delle complicanze legate all'evolversi della malattia • complessità assistenziale medio-alta con componente prevalente tutelare/assistenziale, per la gran parte svolta dal care giver • solidità rete familiare rilevante nella progettazione dell'assistenza • Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) da 0,31 a 0,50	PB PC BB IB CB

CATEGORIE DI BISOGNO DA APPLICAZIONE RUG HC*	PROFILI DI BISOGNO E NUOVI CRITERI DI ACCESSO AI LIVELLI ASSISTENZIALI ADI	CLASSE RUG HC
Categoria 4	**Cure Domiciliari integrate di III livello**	
• esigenze assistenziali eccezionalmente elevate • necessità interventi riabilitativi di alta intensità • clinicamente instabili • fragili o alla fine della vita • con priorità nell'ipotesi di inserimento in strutture residenziali • grave o moderata perdita nelle ADL combinata con necessità di aspirazione, ventilazione meccanica oppure tracheotomia	• grave o gravissima compromissione funzionale con interessamento di più aree a carattere evolutivo progressivo (fino a dipendenza totale) associata a problematiche di tipo sociosanitario richiedenti frequenti interventi medico-specialistici ed infermieristici • grave insufficienza respiratoria presenza di nutrizione artificiale, totale allettamento, necessità di procedure di particolare impegno. • complessità assistenziale alta con necessità di competenze specifiche e di una continua assistenza tutelare. • solidità rete familiare decisiva nella progettazione dell'assistenza. • elevato rischio di ricoveri ospedalieri per la gestione delle complicanze legate all'evolversi della malattia • complessità assistenziale alta con componente tutelare/assistenziale, per la gran parte svolta dal caregiver • Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) maggiore di 0,50	PD RB CC SSA SSB SE1 SE2 SE3

*** B.Collister et al. "Service Guidelines Based on Resource Utilization Groups Version III for Home Care Provide Decision-Making Support for Case Managers" – Healthcare Quartely Vol.15 No.2 2012**

Problematiche assistenziali nei pazienti con insufficienza respiratoria
Tale paragrafo è volto a fornire indicazioni rispetto alle specifiche problematiche di tipo respiratorio.

Il declino fisiopatologico della funzione respiratoria è caratterizzato dalla probabile necessità di ossigenoterapia e di ventiloterapia.
Queste metodiche, sostanzialmente palliative, possono parzialmente e temporaneamente compensare il deterioramento degli scambi gassosi.

Nelle patologie respiratorie ed in modo particolare nelle patologie neuromuscolari, questi supporti, in costante evoluzione, sono in grado di "sospendere" i processi di morte per tempi sempre più lunghi ; la dipendenza vitale da apparecchiature elettromedicali determina la complessità e criticità dei protocolli assistenziali.

L'organizzazione dei programmi di assistenza domiciliare respiratoria è stata affrontata in un documento dell'AIPO (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri) del 2011 ("Assistenza Domiciliare Respiratoria: documento di consenso - *Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 2010; 25: 84-101)*

I pazienti eleggibili sono assegnati a livelli e fasce d'intensità di cura progressivi, che garantiscono contemporaneamente il crescente fabbisogno di assistenza e di protezione che li caratterizza.

Giova ricordare che Per Roma e Provincia la Prefettura ha disposto nel 2005 un Protocollo di Prevenzione dei Blackout elettrici che pone il cut off, per la segnalazione agli organi suddetti, a 14 ore di ventilazione continuativa /die. Tali pazienti devono avere a disposizione un secondo ventilatore di riserva e sistemi di continuità che garantiscano comunque una autonomia di funzionamento di 12 ore.

a. Regime a bassa intensità di cure: destinato a pazienti trattati con ossigenoterapia, in fase di stabilità clinica, che non necessitano ancora di Ventilazione meccanica domiciliare (VMD), generalmente inquadrabili nelle cure domiciliari di livello base (prestazionali) o integrate di I livello.

Pazienti ipossiemici in OLT con concentratore
Pazienti ipossiemici in OLT con ossigeno liquido con flusso < 2 L/min Pazienti ipossiemici in OLT con ossigeno liquido con flusso > 2 L/min
Pazienti tracheostomizzati in OLT, purché non ventilati

b. Regime a media intensità di cure: destinato a pazienti in fase stabile, che necessitano di VMD non invasiva od invasiva tramite tracheostomia per un tempo < 16 ore/die, con o senza OLT, generalmente inquadrabili nelle cure domiciliari integrate di II o III livello.

Pazienti con IRC in VMD con VMNI < 12/die senza OLT
Pazienti con IRC in VMD con VMNI < 12 ore/die con OLT
Pazienti con IRC in VMD con VMNI 12-15 ore/die, senza OLT
Pazienti con IRC in VMD con VMNI 12-15 ore/die con OLT
Pazienti con IRC in VMD con TIPPV < 16 ore/die con OLT
Pazienti con IRC in VMD con TIPPV < 16 ore/die senza OLT

c. Regime ad alta intensità di cure: destinato a pazienti con necessita di VMD non invasiva od invasiva tramite tracheostomia per un tempo ≥ 16 ore/die, oppure a pazienti già inseriti nei regimi a bassa o media intensità, in fase di instabilità clinica, generalmente inquadrabili nelle cure domiciliari integrate di III livello.

Pazienti con IRC in VMD con VMNI > 16 ore/die senza OLT
Pazienti con IRC in VMD con VMNI > 16 ore/die con OLT
Pazienti con IRC in VMD con TIPPV > 16 ore/die senza OLT
Pazienti con IRC in VMD con TIPPV > 16 ore/die con OLT

LEGENDA

IRC	Insufficienza respiratoria cronica
VMD	Ventilazione Meccanica Domiciliare
OLT	Ossigenoterapia a Lungo Termine
VMNI	Ventilazione Meccanica Non Invasiva
nCPAP	Nasal Continuous Positive Airway Pressure
TIPPV	Tracheostomy Intermittent Positive Pressure Ventilation

Criteri di accesso in NAD

Per i criteri di accesso in NAD si fa riferimento al DCA 404/2013 "*Approvazione del Percorso per la Nutrizione artificiale Domiciliare nella Regione Lazio*".