

## Accreditamento della Rete di Cure Palliative

*I seguenti enunciati sono lo sviluppo di quanto stabilito nella Legge 38/2010, Articolo 5.*

### **Elementi strutturali e di processo che devono essere contemporaneamente presenti nella Rete Locale di Cure Palliative (nota 1):**

#### ***1. Struttura organizzativa di coordinamento della Rete di Cure Palliative***

Criterio: L'istituzione, nell'Azienda Sanitaria di una Struttura organizzativa di Cure Palliative con compiti di coordinamento è una condizione necessaria per una reale operatività della Rete di Cure Palliative

#### ***2. Cure Palliative per qualunque patologia, per ogni età ed in ogni luogo di cura***

Criterio: nella Rete di Cure Palliative sono definiti piani di intervento per poter garantire cure palliative per qualunque patologia, per ogni età ed in ogni luogo di cura. I piani devono coinvolgere in modo integrato tutte le risorse disponibili sul territorio, comprese le organizzazioni non profit ed il settore sociale.

#### ***3. Operatività di equipe multi professionali dedicate, ai sensi dell'Art. 5 Comma 2***

Criterio: Nella Rete di Cure Palliative operano equipe multiprofessionali con personale dedicato. La struttura di base dell'equipe multiprofessionale è costituita da medici e infermieri in possesso di adeguata formazione ed esperienza; di tale struttura è parte integrante il medico di medicina generale. Con questa struttura di base collaborano, in rapporto ai bisogni del malato e della famiglia, psicologi, assistenti sociali nonché le altre figure professionali ritenute essenziali. Le equipe multi professionali adottano quale strumento di condivisione professionale periodica la riunione d'equipe.

#### ***4. Unitarietà del percorso di cure domiciliari***

Criterio: L'unitarietà del percorso di cure a casa è garantita dalle Unità di Cure Palliative Domiciliari. Le Unità di Cure Palliative domiciliari garantiscono interventi di base e interventi di equipe specialistiche, tra loro interagenti in funzione della complessità, che aumenta con l'avvicinarsi della fine della vita.

#### ***5. Continuità delle cure***

Critério: Nella Rete di Cure Palliative è garantita la continuità delle cure attraverso l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali (domiciliari, ambulatoriali, a ciclo diurno, di ricovero) e nei vari setting di cura (casa, hospice, ospedale, strutture residenziali). L'integrazione di queste opzioni assistenziali in un Programma di cure individuali è condizione essenziale per poter dare una risposta efficace ai bisogni dei malati e dei loro familiari. La Rete garantisce una valutazione costante dei bisogni della famiglia al fine di individuare un percorso di supporto.

### ***6. Formazione continua per gli operatori***

Critério: La formazione multidisciplinare degli operatori è un elemento indispensabile per il mantenimento di adeguati livelli qualitativi dell'assistenza. La Struttura organizzativa di Coordinamento della Rete locale partecipa, con le strutture aziendali dedicate, ai piani di formazione continua per gli operatori della Rete. Quando sono presenti i volontari, essi devono essere adeguatamente formati e regolarmente supervisionati per le attività loro assegnate nell'ambito della Rete di Cure Palliative.

### ***7. Programmi di supporto psicologico all'equipe***

Critério: Nella Rete di Cure Palliative sono attivati programmi di supporto psicologico e di prevenzione e trattamento del burn-out per gli operatori che lavorano nella Rete.

### ***8. Misurazione della Qualità di vita***

Critério: Nella Rete di Cure Palliative sono utilizzati con regolarità strumenti validati di misurazione della qualità di vita nei malati assistiti.

### ***9. Cura attiva e globale e salvaguardia della dignità e autonomia del malato***

Critério: La Rete di cure palliative garantisce un adeguato controllo del dolore e degli altri sintomi fisici e psicologici che provocano sofferenza al malato, attraverso la valutazione multidimensionale dei bisogni e l'utilizzo di procedure sul trattamento dei sintomi tratte da linee-guide basate sull'evidenza. E' garantita una rilevazione costante e documentata del grado di informazione del malato e della famiglia rispetto alla patologia in atto.

E' garantita l'esistenza e l'applicazione di protocolli per il riconoscimento dei malati che si avvicinano agli ultimi giorni o ore di vita, per la valutazione dei loro bisogni specifici, per una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia e per l'applicazione di linee guida per il controllo dei sintomi più frequenti in queste situazioni.

### ***10. Supporto sociale e spirituale a malati e familiari***

Criterio: La Rete di cure palliative garantisce risposte organizzate ai bisogni sociali e spirituali di malati e familiari, che se non trovano risposte adeguate possono provocare una severa sofferenza

### ***11. Programmi di supporto al lutto***

Criterio: La Rete di Cure Palliative garantisce programmi di supporto al lutto per i familiari dei malati assistiti.

### ***12. Dilemmi etici***

Criterio: La Rete di Cure Palliative stabilisce le procedure per la discussione e risoluzione dei dilemmi etici che si dovessero presentare, anche per quanto riguarda le procedure di eventuale segnalazione ad un Comitato Etico.

### ***13. Programmi di informazione alla popolazione sulle cure palliative***

Criterio: La Rete di Cure Palliative sviluppa programmi specifici di informazione ai cittadini sui principi di una migliore assistenza ai malati e sulle modalità di accesso ai servizi delle rete, in coerenza con quanto stabilito dai Programmi regionali di comunicazione.

### ***14. Programmi di valutazione della qualità delle cure***

Criterio: la Struttura Organizzativa di coordinamento della Rete di cure palliative, con l'attivazione di un sistema informativo di raccolta dei dati, valuta la quantità e la qualità delle prestazioni erogate, in accordo con quanto previsto dalle normative nazionali e regionali. La Rete di Cure Palliative garantisce l'utilizzo regolare di strumenti di valutazione della qualità percepita da parte del malato (quando possibile) e dei familiari per le cure prestate al malato durante il periodo di assistenza palliativa

***Questi elementi sono coerenti con quanto stabilito dalle fonti normative nazionali ed in particolare dagli Accordi già sottoscritti in sede di Conferenza Stato-Regioni.***

### ***Riferimenti normativi nazionali***

- ***D.M. 28/9/1999***
- ***D.P.C.M. 20/1/2000, Allegato 1, comma 3***
- ***D.P.R. 8/3/2000***

- *D.P.C.M. 14/2/2001*
- *Piano Sanitario Nazionale 2003-2005*
- *Piano Sanitario Nazionale 2006-2008*
- *Documento “Nuova caratterizzazione dell’assistenza territoriale, domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio”, Commissione Nazionale LEA 18/10/2006*
- *D.M. 43, 22/2/2007*
- *D.M. 17/12/2008*

*Accordi sottoscritti in Conferenza Stato-Regioni*

- *Conferenza Stato-Regioni 8/3/2001*
- *Conferenza Stato-Regioni 19/4/2001*
- *Conferenza Stato-Regioni 13/3/2003*
- *Conferenza Stato-Regioni 27/6/2007*
- *Conferenza Stato-Regioni 25/3/2009*

*Nota 1:* Per Rete Locale di Cure Palliative si intende una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali di cui al punto...., in un ambito territoriale definito a livello regionale.

*Art.5, Comma 2*

*Tipologia delle strutture*

*Assistenza ospedaliera*

Nell’ambito dell’assistenza ospedaliera, l’approccio palliativo è garantito per tutti i malati durante l’intero percorso di cura.

Le cure palliative in ospedale nell’ambito della rete di assistenza, sono caratterizzate da prestazioni di consulenza palliativa medica ed infermieristica, ospedalizzazione in regime diurno, attività ambulatoriale.

Le prestazioni di consulenza palliativa garantiscono un supporto specialistico ai malati nei diversi regimi di assistenza ospedaliera al fine di un ottimale controllo dei sintomi e di una appropriata comunicazione con il malato e con la famiglia, contribuendo ad assicurare continuità assistenziale durante tutto il percorso di malattia ed integrazione tra i diversi livelli della rete.

L'ospedalizzazione in regime diurno garantisce l'erogazione di prestazioni terapeutiche di particolare complessità non eseguibili nelle altre strutture della rete.

L'ambulatorio garantisce prestazioni per pazienti autosufficienti che necessitano di valutazione multidimensionale specialistica per il controllo ottimale dei sintomi e per il supporto alla famiglia.

### ***Assistenza residenziale in Hospice***

Le cure palliative in hospice, nell'ambito della rete di assistenza ospedaliera e territoriale, sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che a prestazioni sociali, tutelari ed alberghiere, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Esse sono erogate da équipe multidisciplinari e multi professionali che assicurano cure ed assistenza in via continuativa sulle ventiquattro ore, sette giorni su sette. Le cure in hospice sono garantite in modo omogeneo ovunque esso sia collocato.

Le funzioni del day-hospice, come definite dall'art. 2 comma g, sono equiparabili alle prestazioni in regime di ospedalizzazione a ciclo diurno.

Ai fini della individuazione delle figure professionali, in coerenza con quanto previsto dall'Articolo 5, Comma 2, degli standard quali-quantitativi e di una adeguata pianta organica, si rimanda all'Allegato N.1

### ***Assistenza domiciliare e in altre Strutture Residenziali***

Le cure palliative domiciliari e in altre Strutture Residenziali, nell'ambito della rete di assistenza, sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che a prestazioni sociali, tutelari ed alberghiere, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

Tale livello viene erogato dalle unità di cure palliative domiciliari, che devono garantire sia interventi di base, coordinati dal Medico di Medicina Generale, sia interventi di équipe specialistiche, tra loro interagenti in funzione della complessità che aumenta con l'avvicinarsi della fine della vita.

**Gli interventi di base** garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia. Queste cure sono erogate da operatori sanitari con buona conoscenza di base delle

cure palliative, ma per i quali esse non rappresentano il focus principale di attività. Le cure richiedono interventi programmati in funzione del progetto di assistenza individuale.

**Gli interventi di équipe specialistiche** multi professionali dedicate, sono rivolti a malati con bisogni complessi, per i quali gli interventi di base si rivelano inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, vanno garantite la continuità assistenziale, interventi programmati ed articolati sui sette giorni, definiti dal progetto di assistenza individuale, nonché la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.

Ai fini della individuazione delle figure professionali, in coerenza con quanto previsto dall'Articolo 5, Comma 2, degli standard quali-quantitativi e di una adeguata pianta organica, si rimanda all'Allegato N.2, precisando che in data 20/3/2008 la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha sancito l'intesa sulla "Nuova definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" che, all'Art. 23, testualmente indica "il Servizio sanitario nazionale garantisce le cure domiciliari palliative nell'ambito della Rete di assistenza ai malati terminali. Le cure sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sui 7 giorni nonché pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver. Le cure domiciliari palliative richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente da parte di una équipe professionale e la definizione di un "Progetto di assistenza individuale (PAI)". Le cure domiciliari palliative sono integrate da interventi sociali in relazioni agli esiti della valutazione multidimensionale."

## **Allegato N.1 (Estratto da Documento “Prestazioni residenziali e semiresidenziali” approvato dalla Commissione Nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza)**

Le cure palliative costituiscono un complesso integrato di prestazioni sanitarie, tutelari, assistenziali e alberghiere fornite con continuità nell’arco delle 24 ore che, in regime residenziale, sono garantite in un Centro specialistico di cure palliative-hospice (di seguito denominato “hospice”). L’hospice fa parte della rete sanitaria, costituisce il nodo di ricovero della rete delle cure palliative ed opera in stretta integrazione con le cure palliative domiciliari.

Le prestazioni in hospice<sup>1</sup> fanno parte integrante della Medicina palliativa, assistenza sanitaria per le persone affette da una malattia attiva, progressiva e in fase avanzata, con una prognosi limitata, e hanno quale obiettivo principale la qualità della vita. L’attività principale degli hospice è quella di erogare cure palliative per malati con bisogni assistenziali che non possono essere soddisfatti a domicilio .

Negli hospice e nelle attività di cure palliative domiciliari, entrambe erogate da equipe specialistiche:

- esistono protocolli formalizzati di cura e assistenza, in particolare per il controllo del dolore e dei sintomi, per la sedazione e per il nursing ;
- le prestazioni devono essere erogate dall’equipe multiprofessionale all’interno della quale ciascun gruppo professionale deve essere coordinato da un operatore con formazione in cure palliative istituzionalmente certificata ;
- Le equipe multi professionali adottano quale strumento di condivisione professionale periodica la riunione d’equipe.
- viene fornito un sostegno fisico, psicologico, sociale e spirituale, con un mix di competenze erogate attraverso un approccio di equipe multiprofessionale;
- i malati e le loro famiglie vengono supportati e coinvolti nel piano individuale di trattamento;
- i malati sono incoraggiati a esprimere le loro preferenze sul luogo di cura e di morte;
- i soggetti che si fanno carico del malato e le famiglie vengono sostenuti durante la malattia e il lutto e i bisogni della fase di lutto vengono riconosciuti e affrontati;
- è garantita la cooperazione e la collaborazione con i professionisti operanti nell’ambito delle cure primarie, con i servizi ospedalieri e di assistenza domiciliare al fine di supportare i malati ovunque si trovino;
- è prevista la partecipazione di volontari specificamente formati e la loro integrazione nelle attività;
- il servizio, direttamente o indirettamente, ha un ruolo riconosciuto di riferimento culturale per i soggetti esterni e svolge attività formativa per i componenti dell’equipe;

---

<sup>1</sup> **Raccomandazioni del Consiglio d’Europa Raccomandazione Rec (2003) 24 del Comitato dei Ministri agli stati membri sull’organizzazione delle cure palliative** (Adottata dal Comitato dei Ministri il 12 Novembre 2003 all’860° seduta dei Vice Ministri) ed **Appendice**, parte integrante dell’atto.

- sono definiti standard per la formazione teorico-pratica erogata;
- esistono programmi formalizzati e costantemente applicati di gestione e verifica della qualità;
- sono previsti audit clinici e programmi di ricerca per valutare trattamenti e risultati;
- sono attuati programmi di sostegno psico-emozionale al personale che opera nelle cure palliative specialistiche, sia a tempo pieno che part-time.

#### 4.5. Criteri di Accesso agli hospice

##### 4.5.1. Criteri generali

L'accesso alle prestazioni erogate in hospice deve intendersi regolato dai principi generali di universalità, equità ed appropriatezza.

I malati di cui al successivo paragrafo hanno quindi diritto di scegliere il luogo di cura, nell'ambito delle diverse opzioni offerte della rete delle cure palliative del SSN, in relazione al loro livello di consapevolezza della diagnosi e della prognosi.

Le prestazioni erogate in hospice, nodo della rete di cure palliative, devono prevedere la dimissibilità al domicilio, in quanto l'hospice fornisce anche l'assistenza tipica del ricovero di sollievo.

##### 4.5.2. Criteri specifici

All'hospice accedono i malati, affetti da una malattia progressiva e in fase avanzata, in rapida evoluzione e a prognosi infausta, non più suscettibile di terapia etiopatogenetica, in base ai seguenti criteri:

1. Aspettativa di vita, di norma valutata in 6 mesi, in base a indicatori prognostici validati scientificamente ed alla esperienza, scienza e coscienza dell'equipe curante;<sup>2</sup>
2. Elevato livello di necessità assistenziale e/o ridotta autonomia funzionale e/o compromissione dello stato cognitivo caratterizzanti uno stato di "fragilità"<sup>3</sup>;
3. Impossibilità di attuare le cure domiciliari palliative, per problematiche sanitarie <sup>4</sup>e/o sociali;

I malati possono accedere alle prestazioni garantite dal ricovero in hospice provenendo da qualsiasi set assistenziale, purché in coerenza con i requisiti specifici sopra indicati.

<sup>2</sup> Studio Support (WAKnaus and coll, Annals of Internal Medicine, 122,3,191-2003,1995)

<sup>3</sup> Karnofsky Performance State (KPS) uguale o inferiore al valore di 50

<sup>4</sup> Quadro caratterizzato da instabilità di sintomi e segni (in primis dolore e dispnea), da necessità di adeguamenti terapeutici continui per ottenere la stabilità del quadro clinico e/o dalla presenza di manifestazioni cliniche di difficile e/o complesso trattamento (ad es. piaghe maleodoranti, lesioni a grave rischio di emorragia, delirio);



#### 4.6 Caratteristiche qualificanti il LEA Hospice<sup>5</sup>

| Qualità  | Complessità   | Intensità  |
|--|---|--|
| <p>Presenza di:</p> <p>1. <i>specifici Protocolli formalizzati</i> per il controllo del dolore e dei sintomi, per la sedazione, per l'alimentazione e l'idratazione, per il nursing.</p> <p>2. <i>Programmi formalizzati</i>:</p> <p>a. per l'informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia;</p> <p>b. l'accompagnamento alla morte e assistenza al lutto;</p> <p>c. per l'audit clinico e il sostegno psico-emotivo all'equipe;</p> <p>d. per la formazione continua del personale.</p> <p>3. <i>specifici Criteri per il reclutamento e la valutazione periodica del personale.</i></p> <p>4. <i>Accordi formalizzati con i Soggetti erogatori di cure palliative domiciliari accreditati nell'ASL di riferimento, all'interno della rete di cure palliative, a garanzia della continuità del percorso di cura.</i></p> | <p><i>Presenza di una Equipe dedicata multidisciplinare e multiprofessionale, composta almeno da:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- medico</li> <li>- infermiere</li> <li>- operatore tecnico dell'assistenza</li> <li>- fisioterapista</li> <li>- psicologo</li> <li>- assistente sociale</li> <li>- assistente spirituale</li> </ul> | <p><i>Sette giorni su sette</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- assistenza medica sulle 24 ore</li> <li>- presenza infermieristica continuativa nelle 24 ore</li> <li>- presenza continuativa di operatori tecnici della assistenza sulle 24 ore</li> </ul> <p><i>Minuti assistenza paziente die:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- medico 30'</li> <li>- infermiere 180'</li> <li>- personale di assistenza 180'</li> <li>- fisioterapista 7'</li> <li>- psicologo 8'</li> <li>- assistente sociale 8'</li> <li>- assistente spirituale 5'</li> </ul> |

<sup>5</sup> In integrazione a quanto previsto dal DPCM 20 gennaio 2000, pubblicato in GU 21 marzo 2000, n.67

**Allegato 2: Estratto da Documento “Nuova caratterizzazione dell’assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio” approvato dalla Commissione Nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza)**

**CURE DOMICILIARI E PRESTAZIONI CONNESSE ( ATTIVITA’)**

Si distinguono, in relazione ai bisogni e tenendo conto dei modelli gestionali- organizzativi attivati da diverse regioni<sup>6</sup>, così come evidenziato nel “Progetto di ricerca finalizzata ex art. 12 del D.Lgs. 502/92 : “La condizione dell’anziano non autosufficiente – Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive”, i seguenti profili<sup>7</sup> :

omissis..

2. **“Cure Domiciliari Integrate di primo-secondo e terzo livello”**. Le cure di primo e secondo livello assorbono quelle già definite **ADI**<sup>8</sup> mentre quelle di terzo livello assorbono l’**OD**<sup>9</sup>. Questa tipologia di cure domiciliari - in funzione della differente complessità / intensità – è caratterizzata dalla formulazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) redatto in base alla valutazione globale multidimensionale ed erogate attraverso la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale;
3. **“Cure domiciliari palliative a malati terminali”**, assorbono “l’assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale” e l’**OD-CP**<sup>10</sup> e sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità definita dal PAI ed erogata da un’équipe in possesso di specifiche competenze.

Omissis...

**Cure domiciliari Integrate di primo e secondo livello**

Sono ricompresi in questa tipologia assistenziale interventi professionali rivolti ai malati e alle loro famiglie previsti dal PAI. L’attivazione dell’assistenza richiesta dal medico responsabile delle cure del paziente prevede il coinvolgimento del medico di Medico di Medicina Generale nella definizione degli obiettivi e dei processi assistenziali attraverso la valutazione multidimensionale. Si rivolge a malati che pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni ( I^ livello) o 6 giorni ( II^ livello). Le cure integrate di primo e

---

<sup>6</sup> Provincia A. Trento e Regioni: Lombardia, Veneto, Toscana, Lazio, Umbria, Marche, Molise, Sicilia.

<sup>7</sup> Ministero della Salute : Documenti conclusivi dei Comitati Ospedalizzazione Domiciliare e Comitato Cure Palliative “Caratterizzazione dei servizi di Cure Domiciliari “ e “ Il modello organizzativo per la realizzazione della rete di cure palliative”

<sup>8</sup> ADI: Assistenza Domiciliare Integrata

<sup>9</sup> OD: Ospedalizzazione Domiciliare

<sup>10</sup> OD-CP: Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative

secondo livello prevedono un ruolo di centralità del Medico di Medicina Generale che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura.

Omissis...

### **Cure palliative domiciliari**

Dette cure consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche.

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

Tra questi per i malati terminali è individuato un profilo specifico di cure palliative che richiede l'intervento di una équipe dedicata di cui fa parte il medico di medicina generale.

A determinare la criticità e l'elevata intensità assistenziale concorrono l'instabilità clinica, la presenza di sintomi di difficile controllo, la necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o al care-giver <sup>11</sup>.

Presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione di un piano di cura con intervento di tipo multidisciplinare.

Tali cure sono richieste dal medico responsabile delle cure del paziente.

Si tratta di interventi programmati sui 7 giorni settimanali e per le cure palliative è prevista la pronta disponibilità medica sulle 24 ore di norma erogata dall'èquipe di cura e comunque da medici specificatamente formati.

Omissis...

---

<sup>11</sup> In questo documento il care giver è colui che all'interno del nucleo familiare partecipa all'esecuzione del PAI

## Allegato 1

## STANDARD QUALIFICANTI I LEA CURE DOMICILIARI

| Profilo di cura  | Natura del bisogno               | Intensità<br><br>(CIA=<br>GEA/GDC)<br><sup>12</sup> | Durata Media      | Complessità   |  |
|--|----------------------------------|---|-------------------|---|--|
|  |                                  |   |                   | Mix delle figure professionali /<br>impegno assistenziale   | Operatività del servizio<br>(fascia oraria 8-20)   |
| <b>CD Integrate di Secondo Livello</b><br>(già ADI)    | Clinico<br>Funzionale<br>Sociale | Fino a 0,50   | <b>180 giorni</b> | Infermiere (30-45')<br>Professionisti della Riabilitazione(45')<br>Dietista (30')<br>Medico (45')<br>Operatore sociosanitario (60-90')  | 6 giorni su 7<br>10 ore die da lunedì a venerdì<br>6 ore il sabato   |
| <b>CD Integrate di Terzo Livello</b><br>(già OD)       | Clinico<br>Funzionale<br>Sociale | Superiore a<br>0,50                                 | <b>90 giorni</b>  | Infermiere (60')<br>Professionisti della Riabilitazione(60')<br>Dietista (60')<br>Psicologo (60')<br>Medico e/o Medico Specialista (60')<br>Operatore sociosanitario (60-'90)   | 7 giorni su 7<br>10 ore die da lunedì a venerdì<br>6 ore die sabato e festivi<br>Pronta disponibilità medica<br>ore 8/20 |
| <b>Cure Palliative malati terminali</b><br>(già OD CP) | Clinico<br>Funzionale<br>Sociale | Superiore a<br>0,60                                 | <b>60 giorni</b>  | Infermiere (60')<br>Professionisti della Riabilitazione(60')<br>Dietista (60')<br>Psicologo (60')<br>Medico e/o Medico Specialista (60')<br>Operatore sociosanitario (60 - 90') | 7 giorni su 7<br>10 ore die da lunedì a venerdì<br>6 ore die sabato e festivi<br>Pronta disponibilità medica 24<br>ore   |

<sup>12</sup> CIA = Coefficiente Intensità Assistenziale; GEA= Giornata Effettiva Assistenza; GDC= Giornate Di Cura ( durata PAI)