



PERCORSO ATTUATIVO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PER PAZIENTI AFFETTI DA HIV/AIDS

INDICE

1. RAZIONALE	pag. 3
2. RIFERIMENTI NORMATIVI	pag. 5
2.1 Normative Nazionali	
2.2 Normative Regionali	
3. OBIETTIVI DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE	pag. 6
3.1 Obiettivo generale	
3.2 Obiettivi Specifici	
4. PERCORSO ASSISTENZA DOMICILIARE PER PAZIENTI HIV/AIDS	pag. 6
4.1. Eleggibilità	
4.2 Ammissione e durata	
4.3. Modalità di accesso	
4.4. Valutazione e definizione profilo di cura	
4.5 Atti amministrativi per la realizzazione interventi	
5. COMPITI DELLE AZIENDE OSPEDALIERE E UNIVERSITARIE E DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI	pag. 10
5.1 Impegni della Regione	
5.2. Impegni delle AA.OO. e Universitarie	
5.3. Impegni delle Aziende Sanitarie Locali	
6. RUOLO DEL NUCLEO MULTIDISCIPLINARE OSPEDALIERO	pag. 11
7. CONDIZIONI GENERALI DI INTERVENTO	pag. 11
8. COSTI	pag. 12

ALLEGATO A - Schede sui profili di cura delle cure domiciliari individuati per i pazienti affetti da HIV e sindromi correlate

ALLEGATO B - Scheda di segnalazione dimissione protetta

1. RAZIONALE

Il Servizio Sanitario Nazionale Italiano ha disciplinato le modalità di assistenza per le infezioni da HIV/AIDS attraverso la Legge 5/6/90 n.135 che prevede l'attuazione di interventi di carattere pluriennale riguardanti la prevenzione, l'informazione, la ricerca, la sorveglianza epidemiologica e il sostegno all'attività del volontariato e, disciplinando le modalità di assistenza, individua nei reparti di malattie infettive le strutture deputate alla gestione del paziente con infezione da HIV/AIDS.

Il modello assistenziale previsto dalla legge è articolato in:

- ricovero ospedaliero in degenza e diurno (*day hospital*) per pazienti con quadri clinici acuti,
- ambulatorio per pazienti con infezione cronica stabilizzata,
- assistenza domiciliare integrata con l'assistenza territoriale e case alloggio per pazienti che necessitano di supporto sia per motivi clinici sia economico-sociale.

Ai sensi dell'art.1 comma 2 della legge 5/6/90 n.135, le Aziende, sulla base di indirizzi regionali, promuovono l'attivazione di servizi per il trattamento a domicilio dei pazienti affetti da Aids e patologie correlate, finalizzati a garantire un'adeguata ed una qualificata assistenza nei casi in cui, superata la fase acuta della malattia, sia possibile la dimissione dall'ospedale e la prosecuzione delle occorrenti terapie in assistenza domiciliare, prevedendo allo stesso art.1 comma 2 che il trattamento a domicilio può essere attuato anche presso idonee residenze collettive o case alloggio, con il ricorso ad istituzioni di volontariato o ad organizzazioni assistenziali diverse, all'uopo autorizzate e convenzionate.

Il succitato art. 1, comma 2 prevede, inoltre, che *"....Il trattamento a domicilio ha luogo mediante l'impiego, per il tempo necessario, del personale infermieristico del reparto ospedaliero da cui è disposta la dimissione che opererà a domicilio secondo le stesse norme previste per l'ambiente ospedaliero con la consulenza dei medici del reparto stesso, la partecipazione all'assistenza del medico di famiglia e la collaborazione, quando possibile, del volontariato e del personale infermieristico e tecnico dei servizi territoriali....."*

Il Progetto Obiettivo AIDS dell'8 marzo 2000 ha stabilito che, *"....fermo restando le caratteristiche dell'ospedalizzazione a domicilio, secondo quanto previsto dal precedente "Progetto Obiettivo AIDS 1994-1996", bisognerà realizzare l'assistenza a domicilio nella forma dell'assistenza domiciliare integrata. Tale attività assistenziale potrà essere assicurata organizzando e coordinando le attività in termini dipartimentali, con l'impiego del personale dei presidi ospedalieri (segnatamente delle unità operative di malattie infettive) e dei servizi delle aziende sanitarie, ivi compresi gli operatori del servizio di guardia medica e di emergenza territoriale nonché con il concorso, per quanto di competenza, dei medici di medicina generale."*

La Regione Campania con DCA n.15 del 20.03.2014 ha approvato il documento tecnico riportante "Indicazioni operative e proposte per l'implementazione del servizio di ospedalizzazione a domicilio per pazienti affetti da HIV" che definisce percorsi di assistenza domiciliare integrata e ospedalizzazione domiciliare in relazione al bisogno assistenziale e complessità del caso con la suddivisione per livelli di intensità assistenziale.

Tale suddivisione consente di rapportare il bisogno espresso e rilevato alla tipologia di prestazione da erogare, in particolare:

- un paziente con immunodeficienze da HIV potrebbe presentare caratteristiche di complessità determinate dalla compresenza di uno o più fattori concomitanti (sociali, psicologici) e di comorbidità;
- la valutazione del livello di complessità consente di determinare il livello di impegno delle diverse figure professionali.

- ad ogni bisogno/intensità corrisponde un livello che definisce un numero minimo e massimo di accessi da parte di figure professionali in coerenza con quanto previsto dalla DGR n. 41/2011

Come indicato nell'art. 57 del DPCM 12 gennaio 2017, che definisce ed aggiorna i Livelli Essenziali di Assistenza, il SSN garantisce alle persone con infezione da HIV/AIDS le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie ospedaliere, ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali previste dalla legge 5 giugno 1990, n. 135 e dal Progetto Obiettivo AIDS dell'8 marzo 2000.

Il "Piano Nazionale di interventi contro l'HIV e AIDS (PNAIDS)", approvato in Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 180/CSR) e recepito dalla Regione Campania con DCA del 05.07.2018 n° 59, sottolinea che il modello assistenziale necessita di integrazioni, in relazione all'evoluzione dell'epidemia e all'emergere di nuove condizioni cliniche ed epidemiologiche.

In particolare, viene ravvisata la necessità di intervenire con integrazioni sui seguenti temi:

- continuità di cura,
- accesso alla terapia antiretrovirale, aderenza e mantenimento in cura,
- nuove necessità di cura e di assistenza associate all'invecchiamento della popolazione assistita,
- interventi sulla popolazione con coinfezione HIV/AIDS,
- prevenzione attraverso i vaccini,
- interventi in merito alla gravidanza,
- interventi a favore dei minori con infezione da Hiv.

Il PNAIDS, altresì, *considera requisito fondamentale in termini di tutela dei diritti di salute e di efficacia di intervento sanitario il mantenimento dell'attuale quadro legislativo sull'assistenza a domicilio delle persone con HIV* ⁽⁴⁾ pur con gli adeguamenti delle prestazioni da erogare resi necessari dall'evoluzione dello scenario clinico e assistenziale della malattia.

Dal punto di vista normativo, si è assistito, nel corso degli ultimi anni, ad una mutata modalità di gestione dei fondi destinati all'assistenza domiciliare rivolta alle persone con infezione da HIV/AIDS, previsti dalla Legge n. 135/90.

Il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 ha stabilito che, a decorrere dal 2014, con riferimento alle quote a destinazione vincolata individuate per la lotta all'AIDS dalla Legge 135/1990 (Formazione e Assistenza Domiciliare), gli specifici criteri di riparto, ivi stabiliti, siano sostituiti dalla quota di accesso derivante dalla ripartizione del fabbisogno sanitario indistinto standard regionale. La legge 23 dicembre 2014, n. 190 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato legge di stabilità 2015" all'art. 1 comma 560 prevede che "A decorrere dall'anno 2015, fermo restando il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato, gli importi previsti ...dalla legge 5 giugno 1990, n. 135, in materia di «Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS» ...confluiscono nella quota indistinta del fabbisogno sanitario standard nazionale, di cui all'articolo 26 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68, e sono ripartiti tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano secondo i criteri e le modalità previsti dalla legislazione vigente in materia di costi standard...".

Infine, con l'Intesa Stato Regioni n. 236 del 23. 12.2015, per il FSN 2015, si è disposto che, in applicazione dell'art. 1, comma 560, della Legge 190/2014 (Legge di stabilità 2015), il finanziamento indistinto alle Regioni comprenda anche i finanziamenti già previsti dalla Legge 135/1990.

A fronte di tali cambiamenti, si ravvisa la necessità di riconfigurare le risposte di assistenza territoriale nei confronti delle persone con infezione da HIV da parte dei servizi non compresi nel percorso specialistico HIV, incluse le strutture sanitarie e socio-sanitarie di tipo residenziale, e di aggiornare quanto stabilito con la DCA n.15 del 20.03.2014, apportando le necessarie modifiche al modello organizzativo del piano di trattamento a domicilio delle persone con infezione da HIV/AIDS nella Regione Campania ivi descritto.

(1) Riferimenti:

1. DM del 13 settembre 1991 - Approvazione degli schemi tipo di convenzione per la disciplina dei rapporti inerenti al trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS e patologie correlate.
2. DPR del 14 settembre 1991 - Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per l'attivazione dei servizi a domicilio dei soggetti affetti da AIDS e patologie correlate - GU 18 settembre 1991, n. 219.

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

2.1 NORMATIVE NAZIONALI

- legge 5 giugno 1990, n. 135 concernente il "Piano degli interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all'AIDS";
- DM del 13 settembre 1991 - Approvazione degli schemi tipo di convenzione per la disciplina dei rapporti inerenti al trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS e patologie correlate.
- 2. DPR del 14 settembre 1991 - Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per l'attivazione dei servizi a domicilio dei soggetti affetti da AIDS e patologie correlate - GU 18 settembre 1991, n. 219.
- Progetto Obiettivo AIDS dell'8 marzo 2000
- DPCM 12 gennaio 2017, che definisce e aggiorna i Livelli Essenziali di Assistenza
- "Piano Nazionale di interventi contro l'HIV e AIDS (PNAIDS)", approvato in Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 180/CSR)
- Accordo, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n° 218, tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "La formazione operatori coinvolti nella realizzazione delle attività PNAIDS"

2.2 NORMATIVE REGIONALI

Con il Piano Sanitario Regionale del 2011-2013 e successivi, il sistema di cure domiciliari è stato individuato quale area strategica di interventi nella riorganizzazione della filiera di servizi territoriali.

Per dare un indirizzo sul territorio relativo all'organizzazione del sistema delle cure domiciliari sono stati prodotti i seguenti atti:

- Delibera di Giunta Regionale 41/2011: linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari: il sistema dei servizi domiciliari in Campania" ha disciplinato compiutamente le cure domiciliari in ambito regionale.
- Delibera di Giunta regionale n.323/12 e 324/12 su sistemi di valutazione multidimensionale (S.Va.M.A. e S.Va.M.Di.)
- DCA n.1/13: "Approvazione documento recante "Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania"
- Delibera di Giunta regionale 790/12 recepitata con decreto 84/13 Linee Operative P.U.A
- DCA 4/2011 e DCA n.128/12 requisiti e linee indirizzo per la rete di cure palliative
- DCA n.15 del 20.03.2014 di approvazione del documento tecnico riportante "Indicazioni operative e proposte per l'implementazione del servizio di ospedalizzazione a domicilio per pazienti affetti da HIV" che definisce percorsi di assistenza domiciliare integrata e ospedalizzazione domiciliare in relazione al bisogno assistenziale e complessità del caso con la suddivisione per livelli di intensità assistenziale.
- DCA n. 65 DEL 08/08/2019 recante "Requisiti minimi strutturali ed organizzativi comunità alloggio per cittadini affetti da AIDS"

3. OBIETTIVI DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

3.1 OBIETTIVO GENERALE

Migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da HIV/AIDS in una fase post acuta, attraverso l'attuazione di una forma di assistenza sanitaria, psicologica e sociale erogata al domicilio del paziente in modo continuo ed integrato, con la possibilità di fornire cure appropriate da parte del medico di famiglia, dallo specialista infettivologo e di altri operatori (medici specialisti, psicologi, infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti) dei servizi ospedalieri, territoriali e delle associazioni di volontariato secondo le necessità rilevate.

Inoltre, tale forma di assistenza domiciliare oltre che erogare le cure sanitarie si concretizza nel:

- fornire un supporto formativo e di educazione sanitaria al soggetto e alla sua famiglia,
- favorire il mantenimento delle relazioni umane,
- facilitare l'aderenza alle terapie antiretrovirali.

3.2 OBIETTIVI SPECIFICI

- limitazione delle degenze ospedaliere,
- miglioramento della “compliance” terapeutica,
- miglioramento della qualità di vita,
- miglioramento dell'ambiente familiare grazie al supporto fornito.

4. PERCORSO ASSISTENZA DOMICILIARE PER PAZIENTI HIV/AIDS

4.1. ELEGGIBILITA'

Hanno accesso alle varie tipologie di trattamento domiciliare, previste dall'attuale normativa regionale, i pazienti con infezione da HIV /AIDS in condizione di fragilità, non autosufficienti, che non siano in grado di raggiungere autonomamente i centri di cura, inclusi i bambini quando esistano impedimenti all'accesso alle cure.

L'Assistenza domiciliare può essere garantita o a domicilio del paziente o nella casa alloggio. L'eleggibilità va valutata quindi sulla base di criteri clinici, di condizioni logistiche e sulla base della possibilità di accesso alle cure.

A. Case alloggio per persone con infezione da HIV/AIDS

Avranno accesso a questa tipologia di assistenza, terminata la fase acuta di malattia, i pazienti con infezione da HIV sintomatica, soggetti fragili, che necessitino di monitoraggio e/o terapia e che non dispongano di una residenza idonea al trattamento di lungo periodo.

B. Domicilio del paziente in carico ai Servizi Territoriali

Potranno ricevere assistenza presso il proprio domicilio, i pazienti non autosufficienti inclusi i soggetti in età evolutiva, i soggetti adulti e anziani con disabilità fisica, psichica e sensoriale, con infezione da HIV/AIDS cronica ormai stabilizzata, in terapia farmacologica che necessitano di controlli clinici su base routinaria o periodica e che abbiano impedimenti a raggiungere le sedi di cura per motivi di salute.

Per tutte le forme di assistenza domiciliare, in ogni caso, dovranno essere presenti condizioni abitative che garantiscano la praticabilità della stessa e la presenza di un supporto tutelare formale e/o garantito dalla rete familiare/parenterale e/o informale.

L'A.S.L. di competenza è quella nella quale ricade il distretto di residenza del paziente oppure il distretto nel quale è ubicata la casa alloggio autorizzate ai sensi del DCA n. 65 DEL 08/08/2019.

4.2 AMMISSIONE E DURATA

L'ammissione alle cure domiciliari viene proposta dal Responsabile dell'U.O.C. Malattie Infettive che, valutate le condizioni cliniche stabilizzate del paziente e la eleggibilità delle cure a domicilio, invia richiesta al Direttore del Distretto di competenza, al P.U.A. (Portale Unico di Accesso) e all'Unità di cure domiciliari competente per l'attivazione dell'**Unità di Valutazione Integrata (UVI)** utilizzando la modulistica allegata al presente provvedimento (**Allegato B**) correlata con il consenso del paziente e il consenso al trattamento dei dati, per la valutazione multidimensionale e l'ammissione ad uno dei seguenti livelli di assistenza:

- **I e II LIVELLO - livelli di intensità e complessità bassa e media** che possono essere gestiti dall'ASL, a livello distrettuale tramite Équipe Distrettuali ADI opportunamente formate ed addestrate alle quali si affianca attivamente la figura dell'infettivologo dell'adulto, pediatra e ginecologo assicurata attraverso un rapporto continuativo con l'U.O.C. Malattie Infettive di competenza secondo un protocollo d'intesa stipulato tra il Distretto e l'Ospedale. In tal caso il medico di base è responsabile della presa in carico del paziente;
- **III LIVELLO e LIVELLO CURE PALLIATIVE** è erogato dal Nucleo Multidisciplinare Ospedaliero. In tal caso lo specialista infettivologo ospedaliero è responsabile della presa in carico del paziente.

La durata dei singoli progetti di assistenza è definita in sede di valutazione multidimensionale e può essere rinnovata fino alla permanenza dei criteri di eleggibilità dei singoli utenti.

Si raccomanda la valutazione periodica – coerentemente con quanto definito per le cure domiciliari integrate - sia ai fini del monitoraggio della presa in carico sia ai fini della verifica degli esiti per eventuali aggiornamenti dei piani assistenziali.

Il regime di trattamento domiciliare si ritiene immediatamente **sospeso** nei seguenti casi di:

- ricovero nella struttura a cui il paziente afferisce,
- volontà dell'assistito

In caso di cambio di residenza dell'assistito in altro Comune della stessa o diversa Azienda Sanitaria Locale viene effettuata la rivalutazione dell'Assistenza Domiciliare.

La **dimissione** avviene per:

- trasferimento residenza dell'assistito in altra regione
- volontà dell'assistito
- il venir meno delle condizioni cliniche e/o socio-ambientali inizialmente valutate.
- decesso dell'assistito

4.3. MODALITA' DI ACCESSO

Il Direttore del Distretto in raccordo con la PUA (Porta Unica di Accesso), su istanza del Responsabile della UOC dei Malattie infettive, convoca l'**Unità di Valutazione Integrata (UVI)**. Ciò al fine della valutazione multidimensionale del caso, la definizione del livello assistenziale ed il profilo di cura.

Alla **UVI** coerentemente alla DGR 41/2011 partecipano:

- Direttore Sanitario dell'Azienda o del P.O. o suo delegato.

- il Responsabile UOC di malattie infettive che ha proposto l'ammissione al trattamento domiciliare o l'infettivologo curante del paziente o altro infettivologo della struttura di ricovero del paziente;
- il Dirigente Medico Infettivologo, ove previsto, Responsabile del Nucleo multidisciplinare ospedaliera per l'Assistenza Domiciliare,
- il responsabile delle cure domiciliari integrate del distretto competente
- un rappresentante della Farmacia Ospedaliera,
- il medico di medicina generale che ha in carico il paziente,
- il responsabile del Distretto,
- un assistente sociale del Comune di residenza dell'utente
- un delegato alla spesa del comune residente
- un rappresentante di uno o più dei seguenti servizi della A.S.L. competente per territorio di residenza del paziente (Ser.d, Centro di Salute Mentale, Consultorio familiare, Servizio di riabilitazione) se ritenuto opportuno per la definizione e realizzazione del PAI (Piano Assistenziale Integrato),
- lo psicologo ospedaliero.

Alla valutazione del paziente ed all'elaborazione del PAI potranno partecipare eventuali altre figure professionali ritenute appropriate a rispondere agli specifici bisogni della persona.

La sede di convocazione sarà definita da accordi congiunti tra l'A.O. e l'ASL di competenza.

E' fondamentale una fattiva partecipazione del medico infettivologo/specialista che prenderà attivamente parte alla erogazione delle prestazioni in modalità continuativa o quale consulenza specialistica.

4.4. VALUTAZIONE E DEFINIZIONE PROFILO DI CURA:

La U.V.I., convocata, svolge i seguenti compiti:

- effettua la *valutazione multidimensionale* del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del suo nucleo familiare
- definisce il programma terapeutico assistenziale – P.A.I. (piano di assistenza individuale) e le modalità di integrazione dei servizi,
- individua il Case Manager, di norma nell'infettivologo della UOC malattie infettive
- definisce il Piano Esecutivo. Tale piano che descrive gli interventi e le prestazioni da effettuare, dopo aver opportunamente e preventivamente rilevato le condizioni soggettive del paziente e dell'ambiente di vita domestico, deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela,
- verifica e aggiorna l'andamento del Progetto Personalizzato.

La valutazione multidimensionale viene fatta con l'utilizzo degli strumenti di valutazione validati (scheda S.Va.M.A. e S.Va.M.Di) adottati nella Regione Campania, utili per valutazione complessiva del bisogno socio-sanitario del paziente, per la definizione del livello assistenziale ed il profilo di cura.

E' fondamentale, inoltre, per ciascun paziente considerare la verifica dei seguenti criteri generali:

- consenso del paziente,
- praticabilità a domicilio delle terapie,
- dislocazione territoriale del domicilio,
- condizioni abitative idonee;
- condizioni ambientali socio-relazionali favorevoli,
- disponibilità operativa dei servizi territoriali coinvolti.

Al fine di definire dei criteri per la presa in carico di tipo domiciliare, analogamente a quanto proposto per le cure domiciliari integrate per i soggetti fragili e non autosufficienti, (D.G.R.C. 41/2011 e DCA 1 /2013) si può utilizzare quale guida e modello la tabella dell'Allegato A al presente provvedimento

per valutare l'intensità assistenziale e quindi l'inserimento del paziente con infezione HIV/AIDS nel migliore livello di assistenza di tipo domiciliare.

Sulla scorta degli esiti di detta valutazione, viene identificato lo specifico percorso assistenziale ritenuto più appropriato per il paziente, e predisposto un PAI.

Il paziente viene, quindi, inserito in uno dei seguenti livelli assistenziali:

- **livelli I e II livello** di intensità e complessità bassa e media, gestiti dall'Équipe Distrettuale dell'ASL,
- **livello III e livello cure palliative**, gestiti dal Nucleo Multidisciplinare Ospedaliero.

Nel PAI vengono indicati gli obiettivi assistenziali, le modalità di intervento, le figure professionali che partecipano alla sua realizzazione con il case-manager, la durata della presa in carico ed il programma delle verifiche periodiche.

La realizzazione del PAI, che deve essere concordato con il paziente, è affidata al soggetto erogatore pubblico o privato individuato quale idoneo a garantire il raggiungimento degli obiettivi.

In allegato al presente provvedimento (**allegato A**) si riporta la scheda sui profili di cura delle cure domiciliari individuati per i pazienti affetti da HIV e sindromi correlate e relative figure professionali coinvolte, desunta dai richiamati atti delibera 41/2011 e decreto 1/13.

Nel rispetto dei requisiti che definiscono i livelli assistenziali e la complessità che determina il CIA (coefficiente di intensità assistenziale), i pazienti dovranno essere collocati nel migliore setting assistenziale.

Le figure professionali, individuate nell'allegato A possono essere utilizzate a secondo della necessità rilevata: possono essere escluse figure professionali non ritenute utili al progetto personalizzato ed integrate da ulteriori figure di tipo sanitario nel rispetto del numero di accessi e della loro durata.

4.5 ATTI AMMINISTRATIVI PER LA REALIZZAZIONE INTERVENTI

Nel caso di assistenza domiciliare di livello III e livello cure palliative, gestiti dal Nucleo Multidisciplinare Ospedaliero si deve prevedere l'apertura di due cartelle cliniche:

- la prima permarrà al domicilio dell'assistito disponibile anche per il medico di medicina generale oltre che per l'Équipe Distrettuale ADI e in essa si riporterà la sintesi della situazione clinica e terapeutica. Per ogni accesso del Nucleo Multidisciplinare Ospedaliero dovrà essere riportata sulla cartella e controfirmata dal paziente o di chi ne fa le veci, l'ora di inizio e l'ora di fine di ogni prestazione nonché il tipo di prestazione effettuata. Tale cartella seguirà il paziente ad ogni ricovero e verrà archiviata come allegato alla cartella del reparto;
- la seconda cartella permarrà presso il reparto. In essa verrà riportato il piano di assistenza domiciliare, le informazioni cliniche, terapeutiche, assistenziali e psico-sociali, e le prestazioni svolte.

Per le persone con infezione da HIV/AIDS per le quali è già attiva l'ADI dedicata o l'assistenza presso case alloggio, in considerazione del trasferimento alle ASL delle competenze amministrative ed economiche relative alle persone con infezione da HIV/AIDS (ex lege 135/90), dovranno essere effettuate le rivalutazioni dei bisogni assistenziali di ogni singolo paziente, al fine di confermare o meno la prosecuzione dei percorsi assistenziali già in atto. Tali valutazioni dovranno essere effettuate congiuntamente dall'A.O. e dal ASL competente territorialmente, secondo accordi stabiliti tra A.O. e ASL.

5. COMPITI DELLE AZIENDE OSPEDALIERE E UNIVERSITARIE E DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI

Per la piena applicazione di queste indicazioni, nella fase preparatoria alla messa a regime della procedura descritta si dovrà:

5.1 IMPEGNI DELLA REGIONE

- Programmazione dei percorsi formativi presso ciascuna ASL rivolti agli operatori sanitari individuati per le cure domiciliari di I e II livello coinvolti nell'Équipe Distrettuale ADI per la gestione di questa tipologia di pazienti.
- predisporre un sistema di monitoraggio

5.2. IMPEGNI DELLE AA.OO. E UNIVERSITARIE

Alla Direzione Sanitaria spetta:

- La costituzione e l'attivazione dell'Équipe Multidisciplinare Ospedaliera per le cure domiciliari di III livello e le cure palliative e terminali
- la verifica e follow-up dei PAI attuati per l'assistenza domiciliare in collaborazione con l'A.S.L. di residenza dell'assistito,
- la rendicontazione periodica alla ASL delle prestazioni rese nell'ambito del PAI dall'Équipe Multidisciplinare Ospedaliera, ai fini della corresponsione degli oneri dovuti
- il coordinamento di tutte le strutture coinvolte nell'assistenza al paziente HIV,
- collaborazione alla formazione degli operatori dell'Équipe Distrettuale dell'ADI impegnati nell'assistenza a persone con infezione da HIV
- l'adozione delle indicazioni del presente documento per l'assistenza domiciliare, nell'ambito dei rispettivi PDTA Aziendali recepiti dalla Regione.

5.3. IMPEGNI DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI

Alla Direzione Sanitaria Aziendale in accordo con il Distretto di competenza spetta:

- La individuazione/constituzione e l'attivazione dell'Équipe Distrettuale dell'ADI per le cure di I e II livello,
- La verifica ed il follow-up dei PAI dei pazienti assistiti dai servizi territoriali in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera che segue il paziente,
- L'impegno e la liquidazione delle prestazioni erogate dall'Équipe Multidisciplinare Ospedaliera secondo la rendicontazione ospedaliera
- Garantire la partecipazione alla formazione degli operatori dell'Équipe Distrettuale dell'ADI impegnati nell'assistenza a persone con infezione da HIV

6. RUOLO DEL NUCLEO MULTIDISCIPLINARE OSPEDALIERO

Le Aziende Ospedaliere ed Universitarie a cui afferiscono centri di diagnosi e cura per i pazienti con infezione da HIV/AIDS, devono garantire la costituzione di un Nucleo Multidisciplinare Ospedaliero per l'assistenza domiciliare, coordinata dallo specialista infettivologo che tiene in cura il paziente o da altro Medico Specialista infettivologo individuato quale Responsabile del Nucleo stesso. Il Nucleo deve prevedere la collaborazione di altri operatori quali medici specialisti di altre discipline coinvolti nella cura del paziente in assistenza domiciliare, psicologi, infermieri, assistenti sociali, ecc..

Al Nucleo Multidisciplinare Ospedaliero spetta l'attuazione del PAI per le cure domiciliari di III livello e le cure palliative e terminali.

Il Nucleo Multidisciplinare Ospedaliero riceve il P.A.I. e lo attua, assicurando le seguenti funzioni:

- erogazione di interventi specialistici infettivologici ed infermieristici, psicosociali (individuali e/o familiari) previsti al domicilio del paziente secondo una tempistica preventivamente stabilita, salvo necessità subentranti.
- valutazione delle problematiche terapeutiche (variazioni posologiche, interazioni farmacologiche, tossicità, etc.) con particolare riferimento ai farmaci di pertinenza specialistica (antivirali, antibiotici, farmaci per la terapia del dolore).

Tali attività andranno espletate con il consenso e nel rispetto assoluto della tutela della riservatezza del paziente assistito.

7. CONDIZIONI GENERALI DI INTERVENTO

- Il coordinamento delle attività assistenziale erogate a domicilio del paziente dall'Équipe Multidisciplinare Ospedaliera spetta all'U.O.C. di Malattie Infettive della struttura di ricovero del paziente, garantendo che le stesse vengano svolte secondo quanto stabilito dal PAI con il monitoraggio della prescrizione farmaceutica.
- La Direzione Sanitaria delle AA.OO. e UU. alle quali afferiscono le Unità Operative (UU.OO.) di Malattie infettive abilitate alla diagnosi e cura dell'infezione da HIV /AIDS è tenuta a garantire la presenza quotidiana di tutte le professionalità necessarie per il trattamento domiciliare in modo che non si abbiano a verificare interruzioni di tale servizio.
- La responsabilità ed il coordinamento delle attività assistenziale erogate a domicilio dall'Équipe Distrettuale ADI spetta alla Direzione distrettuale competente per territorio, garantendo che le stesse vengano svolte secondo quanto stabilito dal PAI.
- Le prestazioni (mediche ed infermieristiche e psico-sociali) a domicilio saranno assicurate dal personale dell'Équipe Multidisciplinare Ospedaliera in collaborazione con quelle fornite da soggetti pubblici o privati accreditati per la specifica tipologia di assistenza.
- Le prestazioni domiciliari ai pazienti di età al disotto dei 15 anni devono essere erogate esclusivamente dal Personale del Centro di Riferimento Regionale di Infettivologia Pediatrica

- Il Nucleo Multidisciplinare Ospedaliero svolgerà le proprie mansioni presso il domicilio del paziente nel corso del proprio orario di lavoro, utilizzando una autovettura aziendale per raggiungere in modo anonimo il domicilio del paziente.
- Il trasporto di materiali biologici e lo smaltimento verranno effettuati mediante contenitori idonei secondo quanto prescritto dalla normativa vigente.
- I farmaci necessari per la terapia vanno rendicontati in file F
- Per gli eventuali incidenti che dovessero verificarsi durante il servizio si applicheranno le disposizioni vigenti relative alle esposizioni professionali. Gli operatori sono pertanto tenuti ad informare della avvenuta esposizione sia il responsabile dell'Unità Operativa che la Direzione Sanitaria Aziendale, ai sensi del D.M.28.9.90.
- Per le persone con infezione da HIV/AIDS per le quali, sulla base di precedenti è già attiva una assistenza a domicilio o l'assistenza presso case alloggio, in considerazione del trasferimento alle ASL delle competenze amministrative ed economiche relative alle persone con infezione da HIV/AIDS (ex lege 135/90), dovranno essere effettuate le rivalutazioni dei bisogni assistenziali di ogni singolo paziente, al fine di confermare o meno la prosecuzione dei percorsi assistenziali già in atto. Tali valutazioni dovranno essere effettuate dall'U.V.I

8. COSTI

Ai sensi della summenzionata L. 190/2014 e successive l'Intesa Stato Regioni, gli oneri per le prestazioni assistenziali di trattamento a domicilio e presso case alloggio a persone con AIDS, di cui alla L. 135/90, risultano così ricompresi nella quota pro capite gravante sul SSR, attribuita a ciascuna Azienda Sanitaria Locale per i cittadini residenti nel territorio di competenza.

Pertanto, spetta alle Aziende Sanitarie Locali, ogni adempimento in materia di prestazioni domiciliari e residenziali per persone con infezione da HIV/AIDS, ivi compresi gli aspetti di natura amministrativa e contabile relativi alle prestazioni rese.

Per la determinazione dei costi, il modello di riferimento è quanto previsto dal sistema tariffario regionale proposto per ogni profilo di Cure Domiciliari Integrate e Cure palliative di cui al DCA 1/2013 ed alla DGR n.41/2011.

Il presente documento è stato proposto dal *Comitato di Coordinamento regionale per le attività dei servizi e delle strutture del SSR interessate alla lotta contro l'AIDS*, istituito con D.D. n° 25 del 05.03.2019 e ss.mm.ii., presieduto dal Prof. Guglielmo Borgia, Responsabile Scientifico del Ce.Rif.A.R.C., composto da Rappresentanti della Regione Campania, delle AA.SS.LL. e delle AA.OO. e Universitarie, formalmente individuati dalle rispettive Direzioni Generali, da esperti di alto profilo scientifico coinvolti nella prevenzione, cura ed assistenza delle persone affette da HIV/AIDS, e da rappresentanti di associazioni di volontariato attive sul territorio.

Si ringrazia per la collaborazione alla stesura del presente documento la Dott.ssa Raffaella Errico, Dirigente Medico in distacco presso la Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del S.S.R. e la Dott.ssa Annarita Greco, funzionario U.O.D 12 "Assistenza e interventi sociosanitari".

ALLEGATO A

Schede sui profili di cura delle cure domiciliari individuati per i pazienti affetti da HIV e sindromi correlate

COMPLESSITA' ASSISTENZIALE CURE DOMICILIARI I livello, II livello, III Livello e Cure Palliative Non Terminali, Cure Palliative Terminali				
	Intensita CIA = GEA/GdC	Durata media	Mix delle figure professionali/impegno assistenziale	Operatività del servizio
CURE DOMICILIARI I	Fino a 0,30	180 gg	Infermiere (max: 30') Professionisti della riabilitazione (45') Medico (30') Operatore sociosanitario (60')	5 giorni su 7 8 ore die
CURE DOMICILIARI II	Fino a 0,50	180 gg	Infermiere (min.30-max.45') Professionisti della riabilitazione (45') Dietista (30') Medico (45') Operatore sociosanitario (60-90')	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
CURE DOMICILIARI III	Superiore a 0,50	90gg	Infermiere (60') Professionisti della riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o medico specialista (60') Operatore sociosanitario (min.60- max.90')	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
CURE PALLIATIVE TERMINALI	Superiore a 0,60	60gg	Infermiere (60') Professionisti della riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o medico specialista (60') Operatore sociosanitario (min.60- max.90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi Pronta disponibilità medica ore 8/20

CURE DOMICILIARI DI I-II LIVELLO	
Destinatari	
Pazienti con infezioni HIV correlate Pazienti HIV con patologie infettive E NON correlate Pazienti con neoplasie HIV correlate	
Caratteristiche di complessità	
A) PATOLOGIE	
Patologie gastro-intestinali Patologie oncologiche anche se necessitano di terapia del dolore e cure palliative Patologie bronco-polmonari che non necessitano di ventilazione assistita Patologie CMV-correlate Patologie cerebrali degenerative del Snc che non necessitano di ventilazione assistita	
B) NECESSITA' ASSISTENZIALI	
Terapia parenterale con accesso periferico Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die) Ureterostomia Catetere vescicale LdD III stadio (1 LdD) Lesione della cute chirurgica, Terapia di riabilitazione psicomotoria, Bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico Dialisi peritoneale NPD Terapia parenterale con accesso centrale LdD III stadio (due o più LdD) LdD IV stadio Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali	

C) SUPPORTO SOCIALE
• Ben assistito a domicilio • Inserito in Casa Alloggio
CURE DOMICILIARI DI III LIVELLO
Destinatari
Pazienti con infezioni HIV correlate Pazienti HIV con patologie infettive E NON correlate Pazienti con neoplasie HIV correlate
Caratteristiche di complessità
A) PATOLOGIE
Patologie gastro-intestinali Patologie oncologiche anche eventualmente con necessità di terapia del dolore e cure palliative Patologie bronco-polmonari che necessitano di ventilazione assistita Patologie CMV-correlate Patologie cerebrali degenerative del Snc che necessitano di ventilazione assistita

B) NECESSITA' ASSISTENZIALI

Terapia parenterale con accesso periferico
Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die)
Ulcere distrofiche arti
Tracheotomia
Catetere vescicale
Terapia di riabilitazione psicomotoria
Bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico
NAD con SNG
Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali
LdD III stadio (1 LdD)
Lesioni della cute chirurgiche, oncologiche
Terapia perdurale o terapia antalgica
Emodialisi
NAD con PEG
NPD
Terapia parenterale con accesso centrale
Trasfusione emazie concentrate
LdD III stadio (due o più LdD)
LdD IV stadio
Terapia perdurale o terapia antalgica che richiede adeguamento posologia

C) SUPPORTO PSICO-SOCIALE

- Ben assistito a domicilio
- Inserito in Casa Alloggio
- Supporto psicologico all'équipe della casa alloggio
- Terapia di supporto ai pazienti e ai familiari
- Colloqui per sostegno ed elaborazione del lutto
- Consulenza individuale agli operatori dell'équipe
- Attività di supervisioni di équipe

CURE DOMICILIARI PALLIATIVE TERMINALI	
Destinatari	
Pazienti con infezioni HIV correlate Pazienti HIV con patologie infettive E NON correlate Pazienti con neoplasie HIV correlate	
Caratteristiche di complessità	
A) PATOLOGIE	
Patologie gastro-intestinali Patologie oncologiche con necessità di terapia del dolore e cure palliative in fase terminale Patologie CMV-correlate Patologie cerebrali degenerative del Snc che necessitano di ventilazione assistita	
B) NECESSITA' ASSISTENZIALI	
Terapia parenterale con accesso periferico Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die) Ulcere distrofiche arti Tracheotomia Ano artificiale Ureterostomia Catetere vescicale Terapia di riabilitazione psicomotoria Bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico Dialisi peritoneale Terapia peridurale o terapia antalgica istituzione accessi venosi artificiali NAD con SNG Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali LdD III stadio (1 LdD) Lesioni della cute chirurgiche, oncologiche Terapia peridurale o terapia antalgica Emodialisi NAD con PEG NPD Terapia parenterale con accesso centrale	

Trasfusione emazie concentrate
LdD III stadio (due o più LdD)
LdD IV stadio
Terapia peridurale o terapia antalgica che richiede adeguamento posologia

D) SUPPORTO PSICO-SOCIALE

- Ben assistito a domicilio
- Inserito in Casa Alloggio
- Supporto psicologico all'équipe della casa alloggio
- Terapia di supporto ai pazienti e ai familiari
- Colloqui per sostegno ed elaborazione del lutto
- Consulenza individuale agli operatori dell'équipe
- Attività di supervisioni di équipe

SCHEMA DI SEGNALAZIONE DIMISSIONE PROTETTA (da riprodurre su carta intestata dell'Ospedale segnalante)

Al Direttore del Distretto Sanitario n. _____ dell'A.S.L. _____

Al Responsabile U.O. Cure Domiciliari del Distretto Sanitario n. _____

AZIENDA/OSPEDALE SEGNALANTE: _____

U.O.C ospedaliera segnalante: _____

Direttore U.O.C. segnalante _____

Nominativo operatore che segnala _____ ruolo _____

tel. _____ mail _____

DATI DELL'ASSISTITO

Cognome _____ Nome _____

Luogo Nascita _____ Data nascita ____/____/____ Genere ☐ M ☐ F

Codice Fiscale _____

Straniero temporaneamente presente (STP) Codice STP _____

Europeo Non Iscritto (ENI) Codice ENI _____

Comune di residenza (se straniero, di domicilio abituale) _____ CAP _____

Indirizzo dell'Assistito: _____

Recapiti Telefonici _____ e-mail _____

Regione di residenza dell'assistito _____

A.S.L. di residenza dell'assistito _____

Nazionalità: ☐ Italiana ☐ Straniera (indicare la nazione di cittadinanza): _____

PROFILO PERSONALE

Stato civile: ☐ celibe/nubile ☐ coniugato/a ☐ separato/a ☐ divorziato/a ☐ vedovo/a ☐ convivente

☐ non dichiarato

Vive con: ☐ moglie ☐ figli n. ☐ da solo ☐ Altri (specificare) _____

Problemi alloggiativi: _____

Invalità civile: SI [] NO [] con accompagnamento SI [] NO []

Ha bisogno di mediazione culturale? (problemi linguistici, altro) _____

Condizione lavorativa:

Se occupato/a specificare: ☐ occupazione stabile ☐ occupazione precaria

☐ in forma dipendente ☐ in forma autonoma

Oppure: ☐ disoccupato/a ☐ inoccupato ☐ cassintegrato/a ☐ casalinga ☐ studente ☐ pensionato/a

☐ inabile al lavoro

Altro (Specificare) _____

Medico dell'assistito: ☐ MMG ☐ PLS

Nome: _____ Cognome: _____

Indirizzo: _____ tel _____

e-mail _____

Persona di riferimento _____ . Tel. _____

ELEMENTI CLINICI

Data episodio acuto _____ Data ricovero _____

Data presunta di dimissione _____

Motivo della dimissione _____

TIPOLOGIA DI CURE RICHIESTE

☐ Cure domiciliari ☐ Ricovero in residenze collettive o case alloggio

☐ Altro (specificare) _____

Diagnosi principale (ICD IX – CM) _____

Diagnosi secondarie _____

Epicrisi: _____

Nutrizione: ☐ normale ☐ parenterale ☐ enterale

Continenza: ☐ continente ☐ incont. Urinaria ☐ incont. Doppia

Piaghe da decubito: ☐ no ☐ sì in regione..... stadio.....

A rischio decubito per _____

Terapia medica in dimissione: _____

Ausili e Terapie, proposte _____

L'autonomia del paziente è ridotta? [SI] [NO]

Se "sì" in quali sfere (deambulazione, incontinenza, altro):

Eventuale documentazione allegata:

Data compilazione scheda _____

TIMBRO E FIRMA OPERATORE SEGNALANTE _____

Consenso informato

Il Sottoscritto Nome _____ Cognome _____

in qualità di (specificare utente/familiare/tutore/amministratore sostegno):

autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs 196/2003 ☐ SI ☐ NO

Luogo e Data _____

Firma _____