



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO n. 15 del 20.03.2014

Oggetto: *Linee di indirizzo per l'organizzazione e l'esecuzione dell'assistenza domiciliare di cui alla legge 05/06/90 n. 135 e successive modifiche ed integrazioni. Piano di riparto per l'annualità 2013.*

PREMESSO che:

- a) con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- b) l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: *"Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;*
- c) con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
- d) con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario *ad acta* per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 1, comma 88, della legge n. 191/09;
- e) con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 e del 23 marzo 2012 il Governo ha nominato il dr. Mario Morlacco sub commissario ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di Rientro;
- f) con delibera del consiglio dei Ministri del 29 ottobre 2013 il Prof. Ettore Cinque è stato nominato subcommissario ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta con riferimento a diverse azioni ed interventi tra cui la conclusione delle procedure di accreditamento degli erogatori

PREMESSO altresì' che

- a) il decreto del commissario ad acta n. 19 del 18.2.2013 Ripartizione del finanziamento statale della spesa sanitaria regionale corrente per l'esercizio 2012. determinazioni
- b) il Decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro n. 83 del 05/07/2013 con il quale si approvano i Programmi Operativi 2013-2015;
- c) il Decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro n. 152 del 28/12/2012 con il quale è stato effettuato il riparto dei fondi relativi alla l. 135/90 per l'annualità 2012 ed il parere

favorevole in merito (prot.: Campania-150-07/01/2013-0000008-A) espresso dal Ministero della Salute, dell'Economia e Delle Finanze;

VISTI

- a) la Legge 135/1990;
- b) D.M. del 30/10/1990;
- c) D.P.R. del 14/09/1991;
- d) D.P.G.R. 3914/94
- e) la D.G.R.C 2340/2001,
- f) la L.R. n. 7/2002;
- g) la D.G.R.C. n. 1544/2006;
- h) la L.R. n. 6 del 6/05/2013 ad oggetto "Bilancio di previsione della Regione Campania per l'anno 2013 e Bilancio pluriennale per il triennio 2013 – 2015;
- i) la D.G.R. n. 170 del 3/6/2013 con la quale è stato approvato il Bilancio Gestionale 2013;
- j) la D.G.R. n°493 del 18.11.2013 con la quale è stato riapprovato il Bilancio Gestionale con attribuzione della responsabilità gestionale dei capitoli di Entrata e di Spesa alle nuove Strutture Organizzative della Giunta Regionale – Modifica D.G.R.C. n°395 del 27.09.2013;

PRESO ATTO che

- a) la legge 5/6/90 n.135 all'art.1 comma 2 prevede che le Aziende, sulla base di indirizzi regionali promuovono l'attivazione di servizi per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da Aids e patologie correlate, finalizzata a garantire idonea e 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;
- b) lo stesso art.1 comma 2 prevede 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;
- c) il provvedimento emanato con DPR 14.9.91 recante il titolo "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per l'attivazione dei servizi per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS e patologie correlate" ha previsto che le Regioni, nella programmazione di tali interventi a favore dei soggetti per i quali sia stata effettuata la notifica ai sensi della normativa vigente, si attengano ai seguenti indirizzi:
 - c.1 attivazione presso residenze collettive e case alloggio di un numero di posti letto per il trattamento dei soggetti affetti da AIDS e patologie correlate pari al 25% di quelli complessivamente disponibili, da utilizzare quando sussistano condizioni di inadeguatezza e difficoltà ambientali che non consentono il trattamento a domicilio;
 - c.2 l'attivazione del trattamento a domicilio per il restante 75% dei posti complessivamente disponibili, ricorrendo per il 25% dei posti a convenzioni con istituzioni di volontariato e con organizzazioni assistenziali diverse e per il 50% dei posti, alla diretta attività assistenziale dei Servizi di Ospedalizzazione a Domicilio (S.O.D.);
 - c.3 la possibilità di prevedere per i soggetti affetti da AIDS con manifestazioni patologiche di minore rilevanza la stipula di convenzioni ai fini dell'assistenza presso residenze collettive e case alloggio anche in deroga a quanto stabilito dall'art.2 comma1, con retta di degenza commisurata alle effettive prestazioni assistenziali erogate;
- d) con decreto del Presidente della Giunta Regionale della Campania n. 3914 del 18 aprile 1994 sono state dettate disposizioni attuative relativamente all'assistenza domiciliare nonché all'assistenza ospedaliera in regime diurno per i malati di Aids e patologie correlate; il medesimo provvedimento, nel dare attuazione alla delibera di Giunta Regionale n. 7906 del 29/12/93, definisce, tra l'altro, nella parte relativa al trattamento domiciliare, i compiti dei reparti ospedalieri di malattie infettive, la caratterizzazione dei pazienti, la composizione ed i compiti della Riunione Operativa dei Servizi

DATO ATTO CHE:

- a) il finanziamento degli interventi di assistenza domiciliare previsti dalla legge n. 135/90 avviene con quote annuali del Fondo sanitario nazionale di parte corrente e vincolate allo scopo;
- b) con deliberazione CIPE 51 del 23/3/2012 (G.U. n. 129 del 05/06/2012) è stata ripartita la somma complessiva di € 49.063.000,00, a titolo di FSN per l' annualità 2010 vincolata al finanziamento degli interventi previsti dalla Legge 135/90 ed è stata assegnata alla Regione Campania la somma complessiva di €. 3.321.811,00 di cui **€. 1.410.383,00** per il Trattamento domiciliare ai pazienti affetti da AIDS, considerando il numero massimo di posti di assistenza domiciliare complessivi previsti dalla 135/90 (68 posti letto) ed il numero di casi di AIDS accertati (1160 malati), pesati in parti uguali;
- c) con D.M. del 13 settembre 1991 sono stati approvati gli schemi-tipo di Convenzione per la disciplina dei rapporti inerenti al trattamento a domicilio dei soggetti affetti da Aids e patologie correlate, sia da parte di Associazioni di volontariato ed organizzazioni. assistenziali diverse, sia da parte di Residenze collettive o Case alloggio;
- d) tra i compiti dei reparti ospedalieri di malattie infettive rientrano, oltre alle attività di ricovero ordinario gli adempimenti connessi all'attuazione del trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS e patologie correlate;
- e) finora in regione Campania l'assistenza domiciliare ai pazienti affetti da AIDS è garantita in regime di ex ospedalizzazione domiciliare -o.d. dall'A.O. Specialistica degli Ospedali dei Colli Monaldi-Cotugno-C.T.O. Dal l'A.U.P. Federico II Malattie infettive, dall'A.U.P. SUN Malattie Infettive, dall'A.U.P. Federico II Centro di riferimento pediatrico, dall'A.U.P. Federico II Centro di riferimento malattie infettive e AIDS in ostetricia e ginecologia, A.O. G. Moscati di Avellino, A.O. Rummo di Benevento, A.O. S. Anna e S. Sebastiano di Caserta e dall'A.O. U. S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno per un totale di 51 posti letto;
- f) all'ospedalizzazione a domicilio si affianca l'offerta di assistenza residenziale garantita dalle due case alloggio convenzionate con la ASL Napoli 1 Centro, territorio su cui insistono le strutture, "Casa famiglia Sisto RiaRio Sforza" e "la Casa Alloggio Il Millepiedi" di Napoli, per un totale di 17 posti letto;
- g) dal monitoraggio effettuato dal Settore Fasce Deboli sulle attività realizzate negli anni 2010 e 2011 dalle aziende ospedaliere campane che erogano l'assistenza, risulta una disomogenea applicazione dei percorsi garantiti agli utenti;
- h) sulla base del nuovo scenario epidemiologico reso dall'analisi dei dati redatti dal Ce.Rif.A.R.C. e provenienti dalla notifica dei documenti trasmessi da AA.SS.LL., AA.OO e AA.UU.PP, appare necessario individuare nuovi indirizzi per garantire adeguata assistenza domiciliare ai malati di AIDS ed un percorso univoco per la loro presa in carico.

RILEVATO che:

- a) i fondi previsti dalla citata deliberazione CIPE non sono stati utilizzati negli esercizi finanziari precedenti;
- b) con deliberazione n. 170 del 03/06/2013 è stata acquisita al bilancio per l'Esercizio Finanziario 2013, con vincolo di destinazione, la citata somma di €. 3.321.811,00 al cap. 780 dell'Entrata correlato al Cap. 7174 della Spesa, di cui €. 1.410.383,00 vincolati al trattamento domiciliare ai pazienti affetti da AIDS;
- c) risulta necessario, al fine di garantire la continuità assistenziale ai pazienti, ripartire alle AA.SS.LL., AA.OO. e AA.OO.UU. i fondi per l'assistenza domiciliare, per l'annualità 2013, pari a € €. 1.410.383,0 ;

PRESO ATTO che

- a) con deliberazione n. 5456 del 31.7.1990 la Giunta Regionale ha disposto l'istituzione del Centro di Riferimento AIDS della Regione Campania (Ce.Rif.A.R.C.) ai sensi dell'art. 9 della L. 135/90;
- b) con successivo Decreto del Presidente della Giunta Regionale n.593 del 22.10.2004 è stato approvato il nuovo assetto organizzativo e funzionale del Ce.Rif.A.R.C, configurandolo quale unità tecnico – operativa operante nell'ambito dell'Assessorato alla Sanità, funzionalmente collegata con la Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale (ex

Aree 19 e 20 "Piano Sanitario Regionale e Rapporti con le AA.SS.LL." e "Assistenza Sanitaria") per le attività di lotta all'AIDS previste dalla legge 135/1990 e dai Progetti Obiettivo nazionali emanati dal Ministero della Salute;

- c) con D.G.R. n. 1544/2006 sono state definite le linee di indirizzo per l'organizzazione e l'esecuzione dell'assistenza domiciliare di cui alla legge 05/06/90 n. 135 e successive modifiche ed integrazioni;
- d) in regione Campania vi sono 17 posti letti ripartiti tra le 2 case alloggio convenzionate autorizzate ai sensi del D.P.G.R. 3914/94;

RAVVISATA la necessità:

- a) di effettuare il riparto confermando i criteri definiti con la D.G.R.C. 1544/2006 per la ripartizione del fondo finalizzato all'assistenza domiciliare e di confermare l'importo della retta giornaliera prevista dalla D.G.R. 1544/2006 per il ricovero nelle case alloggio nella misura di Euro 80,00 (ottanta/00/giornaliera), come da allegato A al presente documento;
- b) definire le linee operative per la riorganizzazione dell'assistenza domiciliare ai soggetti affetti da HIV, in coerenza con gli indirizzi regionali in materia di cure domiciliari;
- c) che la Direzione Generale per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale, al quale afferisce la competenza del capitolo sul quale confluiscono i fondi in oggetto, provveda alla liquidazione delle somme assegnate e ripartite con il presente atto alle AA.SS.LL. e alle AA.OO.UU.PP., e alle AA.OO.RR.NN con le seguenti modalità:
 - c.1 70% in anticipazione ;
 - c.2 30% dell'annualità previa presentazione di una relazione conclusiva delle attività svolte nelle annualità precedenti e di un piano di programmazione delle attività con i fondi di cui al presente atto ;
- d) di dare mandato alla Direzione generale di non procedere alla liquidazione del saldo del 30 % e disporre la revoca del finanziamento in caso di mancata presentazione della relazione conclusiva delle attività svolte nelle annualità precedenti.

VISTI altresì

- a) la D.G.R.C. n. 41 del 14/02/2011 che approva il documento recante le linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari: "il Sistema dei servizi Domiciliari in Campania" e che il richiamato documento, nel recepire le indicazioni del Comitato di verifica permanente dei lea, ha classificato l'assistenza domiciliare in cure domiciliari prestazionali, cure domiciliari integrate di I, II, III livello e cure domiciliari palliative;
- b) il decreto del commissario ad acta per il piano di rientro n. 1/2013 che approva il modello tariffario in base ai profili di cura e che gli stessi sono stati individuati in relazione ai bisogni assistenziali espressi e rilevati e che sono utili e predittivi di un setting assistenziale nell'ambito dei diversi livelli di cure domiciliari;
- c) il decreto del commissario ad acta per il piano di rientro n. 4/2011 e 128/2012 con i quali sono stati approvati i requisiti organizzativi per la rete di assistenza ai malati terminali, ivi compresi i requisiti per le cure palliative domiciliari;
- d) inoltre, il decreto commissariale n.128/2012 che recepisce l'Intesa Stato-regioni del 25 luglio 2012 di fatti e classifica le cure palliative in cure palliative di base e specialistiche ritenendo che le stesse si differenzino per il coefficiente di intensità assistenziale e per l'apporto della figura del medico specialista;

PRESO ATTO CHE

- a) quanto definito dai richiamati atti regionali in materia di cure domiciliari, l'ospedalizzazione a domicilio per intensità assistenziale è riconducibile al livello di intensità medio/alto, pertanto è riconducibile ai diversi livelli di cure domiciliari integrate, pur mantenendo allo stato esclusivamente per lo specifico dei pazienti affetti da HIV l'organizzazione connessa ai reparti ospedalieri come impostato dalla L.135/90;
- b) in occasione dell'incontro del 20/12/2012 i referenti aziendali dell'ospedalizzazione domiciliare per i pazienti di AIDS/Hiv hanno sottoscritto un documento tecnico predisposto dal Ce.Rif.A.R.C. e condiviso con il Settore Fasce Deboli,

RILEVATO CHE

- a) l'Uod 5 della Direzione Salute ha predisposto il documento "Riparto ed Obiettivi per il Finanziamento a destinazione vincolata per gli Interventi di cui alla Legge 5 Giugno 1990 N.135 Prevenzione e Lotta contro l'Aids.- Fondo Sanitario Nazionale 2010" - allegato al presente atto e ne costituisce parte integrante ALL. A - con il quale si ribadiscono i criteri di riparto e si ripartisce il fondo a AA.OO., AA.OO.UU.PP. AA.OO.RR.NN e AA.SS.LL.;
- b) il documento licenziato il 20/12/12 - allegato al presente atto e che costituisce parte integrante ALL. B- definisce e riporta il percorso assistenziale di presa in carico del paziente affetto da AIDS/HIV e al contempo stabilisce il principio secondo il quale il territorio e per esso il distretto devono essere parte integrante del sistema di presa in carico di tipo domiciliare, per alcune tipologie di assistiti;
- c) il richiamato documento oltre a riproporre i criteri di ammissione alle cure domiciliari già fissati dalla d.g.r.c. 2340/2001, di fatti statuisce che:
- b.1 l'arruolamento nei diversi livelli assistenziali è subordinato alla complessità dei bisogni rilevati in linea con i richiamati atti di indirizzo sulle cure domiciliari;
 - b.2 una condivisione della presa in carico tra ospedale e territorio del paziente di AIDS/HIV richiede un percorso formativo e di addestramento del personale e un graduale trasferimento di competenze;
 - b.3 per i livelli assistenziali di bassa e media complessità, riconducibili alle cure domiciliari di I e II livello, nel rispetto dei criteri di arruolamento dei casi e dei profili di cui al decreto commissariale 1/2013, si può prevedere il coinvolgimento dei servizi territoriali nel rispetto delle competenze sedimentate;
 - b.4 per i pazienti pediatrici è formulata la raccomandazione di avvalersi di personale competente
- d) la proposta contenuta nel documento fa riferimento al modello di analisi del sistema tariffario di cui al decreto 1/2013, proponendo la determinazione di un drg per l'ospedalizzazione a domicilio;

RITENUTO DI

- a) dover approvare l'allegato tecnico denominato "Riparto ed Obiettivi per il Finanziamento a destinazione vincolata per gli Interventi di cui alla Legge 5 Giugno 1990 N.135 Prevenzione e Lotta contro l'Aids.- Fondo Sanitario Nazionale 2010" che consta di n.1 pagg. e che forma parte integrante e sostanziale del presente atto-ALL. A
- b) dover approvare l'allegato documento tecnico denominato "Indicazioni Operative e Proposte per l'implementazione del Servizio di Ospedalizzazione a Domicilio per Pazienti Affetti da Hiv" che consta di n. 8 pagg. predisposto dal Ce.Rif.A.R.C., parte integrante e sostanziale del presente atto-, con cui vengono fornite alle AA.SS.LL., alle AA.OO. ed alle AA.UU.PP. indirizzi per la organizzazione dell'assistenza domiciliare ai pazienti affetti da hiv, attraverso l'individuazione di percorsi di cura correlati alla complessità assistenziale del paziente, la continuità ospedale - territorio e una graduale territorializzazione delle cure domiciliari, ovvero un maggior coinvolgimento delle équipes territoriali e dei medici e pediatri di base ed una sinergia fra i S.O.D. delle AA.OO e AA.UU.PP., che hanno in carico gli utenti con i servizi sanitari e sociosanitari distrettuali- **ALL. B**;
- c) dover confermare le modalità di ammissione al trattamento domiciliare, previste dal D.P.G.R. 3914 del 18 aprile 1994, come riportate nell'Allegato B;

VALUTATO

- a) le eventuali economie di spesa realizzate da AA.SS.LL., AA.OO. E AA.UU.PP. potranno essere utilizzate, previo parere del Cerifarc ed autorizzazione della Direzione Generale Salute e dell'U.O.D. competente per la materia prioritariamente per :
- a.1 il rimborso dei costi dei servizi erogati a pazienti autorizzati in strutture residenziali di altre regioni, qualora le risorse già stanziare a tale scopo risultassero insufficienti;
 - a.2 la realizzazione di iniziative ed attività specifiche vincolate alle tematiche AIDS;
- b) di prevedere che la spesa insorgente di €. 1.410.383,00, per finanziare le attività di assistenza domiciliare ai pazienti affetti da HIV/AIDS per l'anno 2013, è da imputare sul capitolo 7174 del Bilancio Regionale per l'esercizio finanziario 2013, che presenta sufficiente disponibilità

- c) di liquidare i fondi assegnati alle AA.SS.LL. , AA.OO. ed AA.UU.PP. con le seguenti modalità:
- c.1 liquidazione del 70% in anticipazione ;
 - c.2 liquidazione del 30% previa presentazione di una relazione conclusiva delle attività svolte nelle annualità precedenti e di un piano di programmazione delle attività con i fondi di cui al presente atto ;
- d) all'attuazione del presente atto si provvede senza oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale;
- e) il Direttore generale della "Direzione per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale" debba provvedere con atti successivi all'impegno e liquidazione dei suddetti fondi;
- f) l'UOD competente e il Ce.Rif.A.R.C., ciascuno per le rispettive attribuzioni, debba svolgere attività di coordinamento, verifica e monitoraggio dello svolgimento delle attività di assistenza domiciliare da parte delle Aziende , in merito alla conformità con le indicazioni impartite;
- g) è obbligo delle Aziende attenersi per la rendicontazione alle disposizioni impartite con il Decreto del dirigente del Settore 03 dell'A.G.C. 20 n. 20/2010

CONSIDERATO INOLTRE CHE

- a) le risorse ripartite con il presente decreto hanno già concorso alla formazione del risultato economico della sanità regionale per gli esercizi 2009 e 2010;
- b) l'art. 20, comma 2, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, ha stabilito che: *"...per garantire effettività al finanziamento dei livelli di assistenza sanitaria, le regioni ...accertano ed impegnano nel corso dell'esercizio l'intero importo corrispondente al finanziamento sanitario corrente, ivi compresa la quota premiale condizionata alla verifica degli adempimenti regionali, le quote di finanziamento sanitario vincolate o finalizzate, nonché gli importi delle manovre fiscali regionali destinate, nell'esercizio di competenza, al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale standard, come stimati dal competente Dipartimento delle finanze"*;
- c) il decreto commissariale n. 45 del 14 maggio 2013 ha previsto la ripartizione alle aziende sanitarie di circa euro 943 milioni derivanti dalle risorse di cui all'art. 1, commi 34 e 34 bis della L. 662/96, attribuite alla Campania a valere sulle annualità 2003-2012, oltre alle risorse di competenza dell'esercizio 2013, iscritte nel bilancio gestionale per l'anno 2013, approvato con D.G.R.C.170 del 03.06.2013;
- d) l'imputazione contabile di tali risorse, prevista nel medesimo decreto commissariale n. 45/2013 prevalentemente a ripiano delle perdite pregresse delle aziende sanitarie;

DECRETA

Per le motivazioni richiamate in premessa, da intendersi qui di seguito integralmente riportate:

1. di confermare le modalità di ammissione al trattamento domiciliare, previste dal D.P.G.R. 3914 del 18 aprile 1994, come narrato in premessa;
2. di confermare i criteri definiti con la D.G.R.C. 1544/2006 per la ripartizione del fondo finalizzato all'assistenza domiciliare anche per l'anno 2013 e di confermare l'importo della retta giornaliera prevista dalla D.G.R. 1544/2006 per il ricovero nelle case alloggio nella misura di Euro 80,00 (ottanta/00)/giornaliere;
3. di approvare i criteri di riparto e il riparto del fondo per l'assistenza domiciliare per pazienti affetti da HIV anno 2013 pari a **€ 1.410.383,0** come predisposto dalla UOD "Interventi Sociosanitari" e contenuti nell' allegato denominato " Riparto ed Obiettivi per il finanziamento a destinazione vincolata per gli Interventi di cui Alla Legge 5 Giugno 1990 N.135 Prevenzione e Lotta contro l'Aids. Fondo Sanitario Nazionale 2010 che consta di N.1 pag. e che forma parte integrante e sostanziale del presente atto-**ALL. A.**
4. di approvare il documento tecnico predisposto dal Ce.Rif.A.R.C., allegato al presente decreto del quale forma parte integrante, che consta di n.8 pagg. denominato "Indicazioni operative e proposte per l'implementazione del servizio di ospedalizzazione a domicilio per pazienti affetti da hiv "

contenente le indicazioni per l'organizzazione e l'esecuzione dell'assistenza domiciliare in Regione Campania a favore dei soggetti affetti da HIV/AIDS-**ALL.B** ;

5. di incaricare la Direzione Generale per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale, al quale afferisce la competenza del capitolo 7174 sul quale confluiscono i fondi in oggetto, di provvedere all'impegno e alla liquidazione delle somme assegnate e ripartite con il presente atto con le modalità di seguito specificate:
 - 5.1 liquidazione del 70% in anticipazione ;
 - 5.2 liquidazione del 30% previa presentazione di una relazione conclusiva delle attività svolte nelle annualità precedenti e di un piano di programmazione delle attività con i fondi di cui al presente atto
6. di prevedere che la spesa insorgente di **€ 1.410.383,00**, per finanziare le attività di assistenza domiciliare ai pazienti affetti da HIV/AIDS per l'anno 2013, è da imputare sul capitolo 7174 del Bilancio Regionale per l'esercizio finanziario 2013, che presenta sufficiente disponibilità;
7. di demandare alla UOD competente ed al Ce.Rif A.R.C. il coordinamento e la verifica dello svolgimento delle attività di assistenza domiciliare da parte delle Aziende interessate;
8. di dare mandato ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. e dell'AA.OO.UU.PP., AA.OO.RR.NN. di predisporre apposita relazione attenendosi alle disposizioni impartite con il Decreto del dirigente del Settore 03 dell'A.G.C. 20 n. 20/10;
9. che le eventuali economie di spesa realizzate da AA.SS.LL., AA.OO. e AA.UU.PP. potranno essere utilizzate, previo parere del Cerifarc ed autorizzazione dell'UOD competente per la materia, prioritariamente per:
 - 9.1 il rimborso dei costi dei servizi erogati a pazienti autorizzati in strutture residenziali di altre regioni, qualora le risorse già stanziati a tale scopo risultassero insufficienti;
 - 9.2 la realizzazione di iniziative ed attività specifiche vincolate alle tematiche AIDS
10. che la Direzione Generale per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale non proceda alla liquidazione del saldo del 30 % e disponga la revoca del finanziamento dei fondi di cui al presente atto in caso di mancata presentazione della relazione conclusiva delle attività svolte nelle annualità precedenti
11. di inviare copia del presente atto, al Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali, al Ce.Rif.A.R.C, alla Direzione Generale per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale per quanto di rispettiva competenza e alla UOD "Bollettino Ufficiale – Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) per la Pubblicazione sul BURC

Il Capo del Dipartimento salute e risorse naturali
Prof. Ferdinando Romano

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario ad acta
Mario Morlacco

Il Direzione Generale per la tutela della salute
e il coordinamento del sistema sanitario regionale
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente UOD Interventi Sociosanitari
dott.ssa Marina Rinaldi

dott.ssa Annarita Greco
Rag. Nicoletta Carpenito

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

RIPARTO ED OBIETTIVI PER IL FINANZIAMENTO A DESTINAZIONE VINCOLATA PER GLI INTERVENTI DI CUI ALLA LEGGE 5 GIUGNO 1990 N.135 Prevenzione E LOTTA CONTRO L'AIDS. FONDO SANITARIO NAZIONALE 2010.

PROVVEDIMENTO DI RIFERIMENTO	ANNO	AZIONE	IMPORTO	CRITERI	destinatari
Legge 135/90 DELIBERAZIONE CIPE N. 51/12 D.G.R.C. 1544/2006	2010	TRATTAMENTO DOMICILIARE PAZIENTI AFFETTI DA HIV	€ 1.410.383.00	50% pari a € 705.191,50 attribuito alle AA.SS.LL. come segue: € 496.400 per il pagamento delle rette per il ricovero dei pazienti allocati presso le due strutture insistenti nel territorio regionale; € 208.791,50 per il rimborso dei costi dei ricoveri dei pazienti autorizzati in strutture residenziali di altre regioni su richiesta specifica delle aziende e a seguito di fatturazione diretta 50% pari a € 705.191,50 attribuito alle AA.OO.UU. ed AA.OO. e ripartiti in base ai posti letto definiti con D.G.R.C. 1544/2006	AA.SS.LL. AA.OO. AA.OO.UU.PP. AA.OO.RR.NN.

RIPARTO DEL FONDO DESTINATO ALLE AA.OO., AA.OO.UU.PP., AA.OO.RR.NN.

Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie.	Posti letto	IMPORTO ASSEGNATO PER L' ANNUALITA' 2013
A.O. S. Giuseppe Moscati Avellino	2	€. 27.654,57
A.O. G. RUMMO Benevento	2	€. 27.654,57
A.O. S. Anna e S. Sebastiano Caserta	7	€. 96.790,99
OO.RR. S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona - A.O.U. - Salerno	6	€. 82.963,71
Azienda Ospedaliera Specialistica dei Colli Monaldi-Cotugno-C.T.O.	20	€. 276.545,69
A.O.U. Federico II - malattie infettive	8	€. 110.618,27
A.O.U. SUN Malattie Infettive	3	€. 41.481,85
A.O.U.. Federico II - malattie infettive in ostetricia e ginecologia	1	€. 13.827,28
A.O.U.. Federico II - pediatria	2	€. 27.654,57
TOTALE AZIENDE OSPEDALIERE	51	€. 705.191,50
Aziende Sanitarie Locali per l'assistenza residenziale erogata in Campania	17	€. 496.400,00
Aziende Sanitarie Locali per il rimborso dei costi dei ricoveri dei pazienti autorizzati in strutture residenziali di altre regioni		€. 208.791,50
TOTALE	68	€. 1.410.383,00

fonte: <http://burc.regione.campania.it>

INDICAZIONI OPERATIVE E PROPOSTE PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL SERVIZIO DI OSPEDALIZZAZIONE A DOMICILIO PER PAZIENTI AFFETTI DA HIV

Background

La malattia da HIV/AIDS ha rappresentato dalla metà degli anni ottanta, e rappresenta tuttora, una sfida epocale per le istituzioni, per gli operatori sanitari, per la ricerca scientifica e per la società civile in senso più estensivo.

L'elevata mortalità e la estrema complessità della patologia hanno fin da subito fatto emergere la necessità di dar vita a percorsi legislativi ed a finanziamenti dedicati, destinati alla ristrutturazione dei Reparti di Malattie Infettive presenti sul territorio Nazionale, all'assunzione di personale, prevedendo per lo stesso anche una formazione permanente e continua, l'individuazione di posti letto *ad hoc* per ricovero ordinario, per assistenza diurna e per l'assistenza domiciliare.

Nel corso degli anni, nonostante i successi ottenuti grazie ad una fervida e continua attività di ricerca, la malattia ha cambiato volto, pur conservando la propria gravità e complessità.

Dalla metà degli anni '90, a seguito della introduzione dei potenti regimi antiretrovirali (HAART), la mortalità è drasticamente diminuita e la qualità della vita dei pazienti è migliorata significativamente. Tuttavia, nonostante i successi ottenuti, persistono nella gestione del paziente problematiche di estrema complessità che sono brillantemente sintetizzate ed affrontate nelle Linee Guida per il trattamento della malattia da HIV/AIDS, un documento di circa 400 pagine redatto, su mandato del Ministero della Salute, da un *Board* di clinici e ricercatori di alto profilo professionale e grande esperienza nel settore i quali, con cadenza semestrale, provvedono anche all'aggiornamento del volume.

Si tratta di un documento esteso, rivolto alle figure operanti nei Centri che accolgono pazienti con malattia da HIV/AIDS, nel quale vengono affrontate tutte le problematiche della gestione clinica della patologia: dalla costituzione dei regimi antiretrovirali adeguati alla situazione clinica del paziente, all'interpretazione dei profili di resistenza; dal problema delle interazioni tra i farmaci antiretrovirali, quelli per il trattamento delle infezioni opportunistiche ed i tumori e le interazione tra tutti questi ed i farmaci di uso comune. Ampio spazio è poi dedicato al management delle tossicità legate a questi farmaci, agli effetti collaterali, alla loro gestione ed agli adeguamenti posologici dei regimi. Non meno complesso è il problema del trattamento delle infezioni opportunistiche sia per quanto attiene alla diagnostica, la diagnostica differenziale, l'impiego dei farmaci specifici, il *timing* di impiego, le interferenze tra loro e con la HAART. Ampio spazio è dedicato anche al TDM (Monitoraggio terapeutico delle concentrazioni plasmatiche dei farmaci), all'aderenza al regime e all'interpretazione del fallimento virologico e/o immunologico che richiedono una grande esperienza specifica per la loro gestione.

Tutto ciò necessita di operatori esperti e specificamente formati da anni trascorsi *sul campo* e negli stage, ai convegni, congressi e corsi per esperti.

Difatti le stesse Linee Guida a più riprese sottolineano che la gestione quotidiana della malattia da HIV deve essere effettuata solo da infettivologi "esperti" con l'ausilio e la consulenza di altre branche specialistiche laddove se ne ravveda la necessità.

Né bisogna dimenticare che la prescrizione di molti dei farmaci impiegati in corso di malattia da HIV è, dal punto di vista della giurisprudenza vigente, riservata al solo specialista e non può legalmente essere effettuata da altre figure professionali, per quanto formate nell'ambito di corsi dedicati.

Quanto sinteticamente segnalato rende conto che gli operatori sanitari, che da anni operano con questi pazienti, devono rappresentare per le istituzioni un patrimonio di esperienza da tesaurizzare, essendo i soli ad aver acquisito sul campo quel bagaglio di conoscenze indispensabile ed irrinunciabile per la gestione della malattia da HIV in tutti i suoi aspetti.

Allegato B

Il Servizio di Ospedalizzazione Domiciliare o S.O.D. (già Nu.A.D. – Nucleo Assistenza Domiciliare) per i pazienti con malattia da HIV/AIDS prende vita nella prima metà degli anni '90, in ottemperanza della Legge 5 giugno 1990 – Piano di intervento contro l'AIDS – che all'art. 1, comma 2 recita “.....*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 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 convenzionate o a personale infermieristico convenzionato che opererà secondo le indicazioni dei responsabili del reparto ospedaliero.*”

Le caratteristiche dell'assistenza domiciliare, in accordo al Progetto Obiettivo AIDS 1998-2000, prevedono l'organizzazione ed il coordinamento delle attività assistenziali domiciliari secondo modelli che coinvolgano non solo le Unità operative di Malattie Infettive ma anche i servizi svolti dalle associazioni di volontariato e gli operatori sanitari del territorio, purchè in possesso degli indispensabili requisiti di esperienza ed idoneità professionale così come previsto dal DPR del 14/01/1991 (art. 1). Quindi l'art. 7 del DPR del 20.10.92, stabiliva che “....*tra i compiti dei reparti ospedalieri di malattie infettive rientrano anche gli adempimenti connessi al trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS e patologie correlate.....*”

Sul piano operativo, quindi, il Decreto del Presidente della Giunta Regionale della Campania del 18 aprile 1994 n. 2914 (BURC n° 25 del 16 maggio 1994) definiva le “Disposizioni attuative relativamente all'assistenza domiciliare.....per i malati di AIDS e patologie correlate” il cui art. 11 stabilisce che “*tra i compiti dei reparti ospedalieri di malattie infettive rientrano, oltre alle attività di ricovero ordinario e di assistenza ospedaliera, gli adempimenti connessi all'attuazione del trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS e patologie correlate.*”

Il DGRC N. 1544 (BURC 49 30/10/2006) ribadisce le modalità attuative dell'Ospedalizzazione domiciliare, definendo ulteriormente le modalità di attribuzione dei fondi alle AO ed alle AOU.

Infine la DELIBERAZIONE CIPE 23 marzo 2012 (**Finanziamento degli interventi di cui alla legge 5 giugno 1990, n. 135 (Prevenzione e lotta contro l'AIDS), nell'ambito del Fondo Sanitario Nazionale 2010**), che attribuisce i fondi alle Regioni per l'Assistenza domiciliare AIDS richiama ancora una volta in premessa la normativa inerente.

IL PERCORSO DI AMMISSIONE

Il servizio di ospedalizzazione a domicilio attualmente è assicurato dall'A.O. Cotugno, dall'A.U.P. Malattie Infettive Federico II, dall'A.U.P. SUN Malattie Infettive, dall'A.U.P. Federico II Centro di riferimento pediatrico, A.U.P. Federico II Centro riferimento malattie infettive e AIDS in ostetricia e ginecologia, A.O. San Sebastiano-Ce, A.O. G.Moscati di Avellino, A.O. Rummo di BN, A.O.U. OO.RR. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona. Inoltre, le AA.SS.LL. ricevono un finanziamento per le rette delle case alloggio nelle quali sono ospitati gli utenti., pari ad € 80,00 di tariffa giornaliera.

Per semplificare il percorso di ammissione alle cure domiciliari finora in vigore si riporta di seguito lo schema di accesso alle cure domiciliari per i pazienti affetti da HIV in armonia con le disposizioni di cui al D.P.R.G. 3914 del 18 aprile 1994 .

1. Il paziente richiede l'ammissione al trattamento domiciliare al Primario della Direzione Sanitaria del Reparto ospedaliero di Malattie Infettive, d'ora in poi denominato **SOD-Servizio di Ospedalizzazione a domicilio**;
2. il **SOD** valuta la richiesta sulla base di requisiti socio-sanitari, economici ed ambientali e se ammissibile convoca la **ROS-Riunione Operativa dei Servizi**;
3. la **ROS** a cui partecipano: il Primario che ha proposto l'ammissione al trattamento domiciliare; un rappresentante della Farmacia Ospedaliera; il medico di medicina generale che ha in carico l'assistito; il responsabile della medicina di base della A.S.L. competente; un rappresentante dei servizi sociali comunali; un rappresentante di uno o più dei seguenti servizi della A.S.L. competente per territorio di residenza del paziente: -Sert, Centro di Salute Mentale, Consultorio familiare, Servizio di riabilitazione svolge i seguenti compiti:

Allegato B

3.1 definisce il programma terapeutico – assistenziale d'ora in poi definito pai (piano di assistenza individuale) e le modalità di integrazione dei servizi secondo un modello operativo di tipo dipartimentale;

3.2 stende il piano degli interventi e delle prestazioni da effettuare, dopo aver opportunamente e preventivamente rilevato le condizioni soggettive del paziente e dell'ambiente di vita domestico;

4. Il **SOD** riceve il pai e lo attua, assicurando anche le seguenti funzioni:

4.1 Coordinamento delle attività assistenziale erogate a domicilio del paziente;

4.2 erogazione di interventi specialistici infettivologici al domicilio del paziente secondo una tempistica preventivamente stabilita, salvo necessità subentranti.

4.3 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)

proposte

Si rende necessario un processo riorganizzativo che dovrà essere avviato e implementato nel prossimo biennio; esso dovrà prevedere una continuità ospedale -territorio ed una graduale territorializzazione delle cure domiciliari, ovvero un maggior coinvolgimento delle équipe territoriali che dovranno essere opportunamente formate ed una sinergia fra i S.O.D. delle AA.OO e AA.UU.PP che hanno in carico gli utenti con i servizi sanitari e sociosanitari distrettuali.

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 scheda di seguito esposta per valutare l'intensità assistenziale e quindi l'inserimento del paziente HIV nel migliore livello di assistenza di tipo domiciliare.

Facendo riferimento al D.P.C.M. del 29.11. 2001 che colloca l'assistenza sanitaria e sociosanitaria di tipo ambulatoriale e domiciliare nel livello di assistenza distrettuale, e al richiamato documento ministeriale “Nuova caratterizzazione delle cure domiciliari e ospedalizzazione a domicilio” che definisce le cure domiciliari territoriali, graduandole in livelli assistenziali, possiamo considerare l'area delle immunodeficienze acquisite da Hiv assimilabile per l'assistenza domiciliare alle tre diverse intensità assistenziali e naturalmente alle cure palliative terminali nel caso di terminalità.

La suddivisione per livelli di intensità assistenziale consente di rapportare il bisogno espresso e rilevato alla tipologia di prestazione da erogare secondo le figure professionali riportate.

Ovvero, una scheda di tale tipologia permetterebbe di esaminare gli elementi che concorrono alla determinazione di un livello di complessità e che costituiscono le caratteristiche di un profilo assistenziale di un paziente con immunodeficienze da HIV che potrebbe presentare caratteristiche di complessità determinate dalla compresenza di uno o più fattori (patologie).

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 Delibera n. 41/2011. Tuttavia, occorre fare un distinguo per la figura del medico prevista negli accessi dei diversi profili di cura (con esclusione degli accessi del medico di medicina generale), che potrà essere quella del medico specialista o anestesista rianimatore a seconda dell'esigenza del paziente, anche se per semplicità nel modello si parla solo di medico specialista. Tale figura è stata considerata ai fini della definizione del fabbisogno assistenziale, ma è stata esclusa dalla valutazione per la valorizzazione delle tariffe nel decreto commissariale 1/13 per uniformare le diverse modalità di erogazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata, poichè nelle gestioni in *outsourcing* la figura dello specialista/rianimatore non è di norma esternalizzata, ma è di pertinenza dell'A.S.L..

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

•□Criteri per l'ammissione alle cure domiciliari per tale tipologia di utenti sono i seguenti- delibera 2340/2001:

-pazienti affetti da malattie acute, pz ospedalizzati in fase di remissione che non possono accedere al day hospital, pazienti terminali, pazienti non autosufficienti, pazienti con adc (stadio 3-4 di price), pazienti che richiedono terapia nutrizionale e/o Palliativa e/o antinfettiva.

Allegato B

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				

Allegato B

▪ 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
D) 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

Allegato B

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
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

Allegato B

- 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 SOCIALE

- Ben assistito a domicilio
- inserito in Casa Alloggio

Si precisa che la tabella riportata è desunta dai richiamati atti delibera 41/2011 e decreto 1/13 e pertanto le figure professionali indicate sono definite in relazione ad una gamma di pazienti non sono pertanto specifici per i pazienti affetti da HIV, pertanto 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 miglio e setting assistenziale. Le figure professionali possono essere utilizzate a secondo della necessità rilevata: possono essere escluse figure professionali non ritenute utili al progetto personalizzato

Allegato B

ed integrate da ulteriori figure di tipo sanitario nel rispetto del numero di accessi e della loro durata.

Questa proposta si intende attuabile nel momento in cui sono definiti percorsi di cooperazione ospedale territorio e le équipe distrettuali siano formate per la gestione di questa tipologia di pazienti e siano elaborate procedure di presa in carico congiunta ospedale territorio e siano definiti tutti i fabbisogni in termine di personale per l'assistenza di tipo domiciliare.

Dal punto di vista della gestione e dell'organizzazione delle cure domiciliari, si può considerare il primo ed il secondo livello delle cure domiciliari integrate- caratterizzato da una bassa e media complessità assistenziale-un livello distrettuale che può essere erogate dalle équipe distrettuali -opportunamente formate ed addestrate- alle quali si affianca attivamente la figura dell'infettivologo dell'adulto, pediatra e ginecologo assicurata attraverso un rapporto continuativo dei reparti ospedalieri SOD che coordinano e sovrintendono alle attività erogate a domicilio.

Per quanto riguarda i bambini sotto i 15 anni, le cure domiciliari devono essere erogate esclusivamente da Personale con specifiche competenze pediatriche.

Il terzo livello assistenziale delle cure domiciliari continua ad essere erogato dai SOD, così come le cure palliative terminali secondo il modello esistente.

La Direzione per la Tutela della Salute avvierà un tavolo di lavoro con le AA.OO. -AA.UU.PP. E AA.SS.LL. per la definizione di protocolli specifici di presa in carico dei pazienti HIV.

Prima della piena applicazione di queste indicazioni, nella fase transitoria dovranno essere formate le équipe territoriali e predisposti i piani di lavoro per un'attenta ricognizione del fabbisogno territoriale di cure domiciliari, al fine di dotare finanziariamente e organizzare i percorsi di presa in carico.

Il Personale dei Servizi Territoriali che sarà individuato per le cure domiciliari potrà partecipare ai Corsi di formazione AIDS.

I costi

Per la determinazione dei costi, il modello di riferimento è quanto elaborato dal decreto 1/2013 in relazione ai profili di cura di cui al medesimo decreto e alla delibera di giunta n.41/2011. Pertanto come già riportato, non essendo stati definiti percorsi specifici per i soggetti affetti da HIV, si rimanda ad un lavoro di approfondimento successivo la determinazione di una tariffa giornaliera e della conseguente riformulazione dei criteri di riparto su base regionale. Ferme restando le peculiarità dei costi del servizio di assistenza domiciliare garantito dai SOD si propone la definizione di drg specifici.

Si conferma la tariffa giornaliera per le comunità alloggio pari a € 80,00.