

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

(Delibera del Consiglio dei Ministri del 21 Marzo 2013)

OGGETTO: Assistenza territoriale alle persone con infezione da HIV/AIDS, in regime residenziale e domiciliare, nella Regione Lazio. Revisione del modello organizzativo di cui alla DGR 2031/2001.

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3 concernente “*Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione*”;

VISTO lo statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002 n. 6 e s.m.i.;

VISTO il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 e s.m.i.;

PRESO ATTO che con deliberazione del Consiglio dei ministri del 21 marzo 2013 è stato conferito al Presidente pro-tempore della Giunta della Regione Lazio, Dott. Nicola Zingaretti, l’incarico di Commissario ad Acta per la prosecuzione del vigente piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario della Regione Lazio, secondo i Programmi operativi di cui all’art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e s.m.i.;

PRESO ATTO che con deliberazione del Consiglio dei ministri del 1 dicembre 2014 è stato nominato l’arch. Giovanni Bissoni, a decorrere dal 2 dicembre 2014, sub commissario nell’attuazione del Piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell’incarico commissariale, ai sensi della citata deliberazione del Consiglio dei ministri del 21 marzo 2013;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale del Lazio del 14 dicembre 2015, n. 723 con la quale è stato conferito al dott. Vincenzo Panella l’incarico di Direttore della Direzione Regionale “Salute e Politiche Sociali”;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 14 settembre 1991 “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”;

VISTO il decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421” e s.m.i.;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”;

- VISTA** l'Intesa Stato Regioni del 23 dicembre 2015, Rep. Atti n. 236/CSR, "Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662" con cui si dispone che, in applicazione dell'art.1, comma 560, della L. 190/2014 (legge di stabilità 2015), il finanziamento indistinto alle Regioni comprenda anche i finanziamenti già previsti dalla L. 135/1990;
- VISTA** l'Intesa Stato Regioni del 14 aprile 2016, Repertorio Atti n.62/CSR "Intesa ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lett. a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.112, sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale per l'anno 2016";
- VISTA** la legge 5 giugno 1990, n. 135 concernente il "Piano degli interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all'AIDS";
- VISTA** la legge 23 dicembre 2014, n. 190 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato legge di stabilità 2015" ed in particolare l'art. 1 comma 560 che prevede *"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..."*;
- VISTA** la legge regionale 10 novembre 1988, n. 68 concernente interventi straordinari di carattere integrativo per il controllo dell'epidemia da HIV e per l'assistenza alle persone affette da AIDS;
- VISTA** la deliberazione della Giunta regionale 27 novembre 1990, n. 9687 "Programma di attuazione nella Regione Lazio della legge 135/90" e successive modificazioni;
- VISTA** la deliberazione della Giunta regionale del 9 aprile 1992, n. 2550 "Piano di coordinamento delle attività del Servizio Sanitario della Regione Lazio in materia di infezioni HIV e di AIDS ai sensi dell'art. 9 della legge 135/90" e successive modificazioni;
- VISTA** la deliberazione della Giunta regionale dell'8 settembre 1992, n. 7549 "Piano per il trattamento a domicilio delle persone con AIDS nella Regione Lazio" e s.m.i.;
- VISTE** le deliberazioni della Giunta regionale del 22 settembre 1992 n. 7902 e n. 7903 che approvano le convenzioni tra la Regione Lazio e le organizzazioni di volontariato per il trattamento a domicilio e presso case alloggio delle persone con AIDS e s.m.i.;
- VISTA** la deliberazione della Giunta regionale del 6 Febbraio 2001, n. 183, che costituisce il Gruppo di lavoro per lo studio dei criteri di accreditamento delle strutture per il trattamento a domicilio delle persone affette da AIDS (legge 135/90);
- VISTA** la deliberazione della Giunta regionale del 21 dicembre 2001, n. 2031, che prevede la sperimentazione della durata di un anno, a decorrere dal 1 gennaio 2002, di un modello

organizzativo relativamente alle prestazioni di trattamento a domicilio delle persone con AIDS nella Regione Lazio e ne individua le relative tariffe, che ammontano ad Euro 74,81 ad accesso per le prestazioni di assistenza domiciliare e ad Euro 139,45 al giorno per persona presso casa alloggio;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 325/2008 “Approvazione dei requisiti ulteriori per il servizio di assistenza domiciliare”;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 326/2008 “Ottimizzazione del modello regionale di assistenza sanitaria domiciliare e relative tariffe”;

VISTO il decreto del Commissario ad acta del 10 febbraio 2011, n.U0008 “Modifica dell'Allegato 1 al Decreto del Commissario ad Acta U0090/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3 - Approvazione Testo Integrato e Coordinato denominato "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie”;

VISTO il decreto del Commissario ad acta del 20 marzo 2012, n. U00039 “Assistenza territoriale. Ridefinizione e riordino dell’offerta assistenziale a persone non autosufficienti, anche anziane, e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale”;

VISTO il decreto del Commissario ad acta del 24 dicembre 2012, n. 429 “Assistenza Domiciliare - Approvazione dei documenti "Stima di prevalenza della popolazione eleggibile e dei posti per l'Assistenza Domiciliare Integrata nella Regione Lazio, per persone non autosufficienti, anche anziane" e omogeneizzazione delle procedure e degli strumenti per l'ADI per persone non autosufficienti, anche anziane”;

VISTO il decreto del Commissario ad acta del 24 dicembre 2012, n. 431 “La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio;

VISTO il decreto del Commissario ad acta del 26 aprile 2016, n. U00134 “Avvio del percorso di accreditamento istituzionale per le attività di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per persone non autosufficienti, anche anziane e di Cure palliative domiciliari”;

CONSIDERATO che le tariffe indicate nella citata DGR 2031/2001 sono da ritenersi tuttora in vigore, nelle more della definizione delle procedure previste dalla normativa vigente in materia di autorizzazione ed accreditamento istituzionale;

CONSIDERATO che, ai sensi della summenzionata L. 190/2014 e successive Intese CSR, 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;

CONSIDERATO che:

- la sperimentazione di cui alla D.G.R. 2031/2001 prevede il ricovero di pazienti con AIDS, inseriti in lista di attesa, presso case alloggio convenzionate e/o accreditate ubicate anche al di fuori del territorio regionale, facendosi carico la Regione Lazio dei relativi oneri con le stesse modalità previste per le prestazioni erogate nelle case alloggio di propria competenza;
- il Centro di Coordinamento per i Trattamenti a Domicilio di Roma "L. Spallanzani" (CCTAD), in conformità alla procedura definita dalla predetta D.G.R. 2031/2001 – provvede a valutare, per quanto di competenza, le richieste di accoglienza di pazienti con AIDS inseriti in lista di attesa presso le strutture fuori regione dichiaratesi disponibili;
- sulla base delle predette valutazioni del Centro di Coordinamento per i Trattamenti a Domicilio di Roma "L. Spallanzani", la competente direzione regionale ha autorizzato le istanze di ricovero di pazienti con AIDS, residenti nel territorio laziale, presso strutture ubicate fuori dal territorio regionale;
- i finanziamenti erogati alle organizzazioni di volontariato per le prestazioni erogate per il trattamento a domicilio e presso case alloggio delle persone con AIDS sono quantificati sulla base delle fatture da esse stesse prodotte, procedendo successivamente, sulla base dei dati certificati dal Centro di Coordinamento Trattamenti a domicilio "L. Spallanzani" (CCTAD), ad eventuale conguaglio;

CONSIDERATO, altresì, opportuno rivedere il modello organizzativo di cui alla DGR 2031/2001, in considerazione del mutamento e della diversificazione del bisogno assistenziale dei pazienti affetti dalla patologia in argomento, nonché delle modificazioni normative a vario titolo intervenute successivamente all'adozione del citato provvedimento;

PRESO ATTO dell'attività svolta da un gruppo tecnico, costituito da responsabili delle attività distrettuali delle Aziende sanitarie locali del Lazio, dal responsabile del trattamento a domicilio per il Centro di Riferimento AIDS – I.R.C.C.S Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" e da rappresentanti della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, opportunamente convocato al fine di rivedere il modello di cui al punto precedente;

RITENUTO opportuno attribuire alle Aziende sanitarie locali regionali la competenza della gestione amministrativa e contabile delle prestazioni in oggetto;

RITENUTO necessario per quanto sopra espresso:

- approvare il documento "Assistenza territoriale alle persone con infezione da HIV" (Allegato A), elaborato dal gruppo tecnico summenzionato, con il quale si rivede il modello organizzativo di cui alla DGR 2031/2001 e che costituisce parte integrante del presente atto;
- attribuire alle Aziende sanitarie locali, a far data dal 1 gennaio 2017, 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;

ATTESO che il presente provvedimento non è soggetto a procedura di concertazione con le parti sociali;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa, che si intendono integralmente richiamate:

- di approvare il documento “Assistenza territoriale alle persone con infezione da HIV” (Allegato A) che costituisce parte integrante del presente atto;
- di attribuire alle Aziende sanitarie locali, a far data dal 1 gennaio 2017, 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;
- di dare mandato alla competente Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali di provvedere agli adempimenti necessari all’attuazione di quanto disposto dal presente provvedimento.

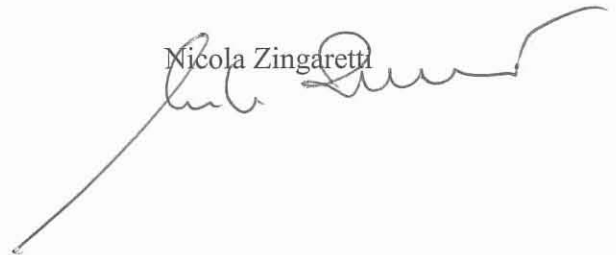
Avverso il presente decreto è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) dalla sua pubblicazione.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul B.U.R.L.

23 DIC. 2016

Roma, li

Nicola Zingaretti



Assistenza territoriale alle
persone con infezione da HIV

Premessa/Razionale

L'attuale modello di trattamento a domicilio (TAD) per persone con malattia da HIV/AIDS, risalente alla DGR 2031/2001 "*Sperimentazione di un modello per la riorganizzazione del Piano di trattamento a domicilio delle persone con AIDS nella Regione Lazio*", ha regolamentato l'assistenza extra ospedaliera a persone in fase avanzata di malattia da HIV, di cui alla Legge 135 del 5 giugno 1990, attraverso forme assistenziali differenziate: ospedalizzazione a domicilio, assistenza domiciliare integrata, assistenza presso case alloggio.

Ad alcune persone il TAD ha permesso di vivere dignitosamente l'ultima fase di malattia; per molte si è rivelato un periodo di transizione, in attesa del passaggio al regime di assistenza ambulatoriale consentito dall'assunzione delle "nuove" ed altamente efficaci terapie anti HIV (ART); per altre ancora è stato e continua ad essere un servizio irrinunciabile a causa della cronicizzazione di situazioni disabilitanti.

Difatti, l'introduzione della ART, a partire dalla fine degli anni '90, ha determinato, tra l'altro, anche la cronicizzazione della malattia da HIV e l'invecchiamento della popolazione infetta, con un inevitabile transito verso la lunga assistenza. Ciò è vero soprattutto per le persone con patologie neurologiche invalidanti, nelle quali il miglioramento della sopravvivenza ha significato prolungamento del periodo di disabilità; per le persone con disturbi della salute mentale e/o tossicodipendenti per le quali lo stato di disagio ed emarginazione possono ripresentarsi, ed in taluni casi acuirsi; per le persone non più giovani, affette da comorbidità tipiche dell'avanzare dell'età.

Per questa popolazione eterogenea ed estremamente fragile, non in grado di beneficiare dei crescenti progressi terapeutici, l'assistenza specialistica HIV si rivela non più adeguata e/o insufficiente nel fornire risposte appropriate, sempre più spesso orientate alla componente socio-assistenziale.

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 nuovo 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 l'AIDS dalla Legge 135/1990, gli specifici criteri di riparto, ivi stabiliti, siano sostituiti dalla quota di accesso derivante dalla ripartizione del fabbisogno sanitario indistinto standard regionale. Inoltre a valere sul FSN 2014, il finanziamento per l'assistenza domiciliare assegnato alla Regione Lazio è stato ridotto rispetto agli anni precedenti, ovvero conglobato con la formazione (Intesa CSR n. 33 del 19 Febbraio 2015). 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 DGR 2031/2001, apportando le necessarie modifiche al modello organizzativo del piano di trattamento a domicilio delle persone con infezione da HIV/AIDS nella Regione Lazio ivi descritto.

Obiettivi

Obiettivo generale del documento è quello di definire un nuovo modello organizzativo di assistenza territoriale per le persone con infezione da HIV, che veda agire in modo complementare l'assistenza domiciliare dedicata all'HIV/AIDS, l'ADI generica e/o altre tipologie di assistenza, anche di tipo residenziale, alternative alla ospedalizzazione previste dalla normativa regionale, secondo un approccio multidisciplinare, che garantisca alla persona la necessaria continuità assistenziale.

Nello specifico si intende:

- garantire alla persona con HIV livelli essenziali ed uniformi di assistenza qualificata, alternativa all'ospedalizzazione, che ne migliorino la qualità della vita e riducano lo stigma e la discriminazione;
- promuovere il maggiore coinvolgimento e la partecipazione dei servizi territoriali nella valutazione dei bisogni e nell'assistenza al paziente con infezione da HIV;
- favorire l'ingresso nei circuiti assistenziali non specialistici per HIV delle persone con infezione da HIV per le quali questa non rappresenti la patologia prevalente;
- ottimizzare le risposte assistenziali e l'allocazione delle risorse disponibili in un'ottica di appropriatezza dell'assistenza e di razionalizzazione delle risorse;
- definire e condividere modalità di valutazione dei bisogni della persona con infezione da HIV, di collegamento e di integrazione tra i servizi impegnati nell'assistenza;
- promuovere adeguate iniziative di formazione al fine di garantire l'elevata qualificazione professionale degli operatori impegnati nel territorio ad assistere persone con infezione da HIV.

Indirizzi generali

Per le persone con infezione da HIV in condizioni cliniche compromesse a causa dello stato di grave immunodeficit e/o di patologie opportunistiche correlate, i servizi specialistici di assistenza domiciliare o le case alloggio per persone con HIV/AIDS, di cui alla normativa regionale vigente, rimangono di elezione per garantire la continuità assistenziale in ambito extraospedaliero.

Le persone con infezione da HIV cronica ormai stabilizzata, in trattamento antiretrovirale, in assenza di immunodeficit grave, potranno ricevere assistenza – in relazione ai profili di bisogno, alla complessità ed all'intensità dell'intervento assistenziale rilevati – presso gli altri servizi territoriali non compresi nel percorso assistenziale specialistico HIV/AIDS, ivi comprese le strutture sanitarie e socio-sanitarie di tipo residenziale.

Al fine di individuare il percorso ed i setting assistenziali più appropriati, rispetto alle caratteristiche cliniche ed al profilo di bisogno del paziente, l'accesso ai trattamenti avverrà mediante valutazione multidimensionale da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale del Distretto (UVMD). Alla valutazione dovrà sempre partecipare anche il medico specialista infettivologo che ha in cura il paziente e/o gli operatori del Centro di Coordinamento Trattamenti a Domicilio (CCTAD) competente.

Gli stessi operatori parteciperanno alla elaborazione del piano assistenziale individuale (PAI) al fine di garantire alla persona con HIV la continuità assistenziale relativa al trattamento farmacologico specifico, e, più in generale, il rispetto dei protocolli diagnostici, terapeutici e assistenziali che costituiscono l'iter di cura del paziente HIV.

Le prestazioni potranno essere fornite da soggetti pubblici o privati accreditati per la specifica tipologia di assistenza. Tutte le attività andranno espletate con il consenso e nel rispetto assoluto della tutela della riservatezza della persona assistita.

Criteri di eleggibilità

Hanno accesso alle varie tipologie di trattamento domiciliare e residenziale, previste nell'ambito dell'assistenza territoriale dall'attuale normativa regionale, tutte le persone con infezione da HIV in condizione di fragilità, non autosufficienti, che non siano in grado di raggiungere autonomamente i centri di cura.

In particolare:

1. ADI/case alloggio per persone con infezione da HIV/AIDS

Avranno accesso a questa tipologia di assistenza (ADI dedicata), terminata la fase acuta di malattia, le persone con infezione da HIV sintomatica, affetti da:

- immunodeficit grave (i.e., linfociti $CD4 < 200$ cellule/mmc), e/o
- patologie opportunistiche AIDS-definienti, e/o
- epatite cronica/cirrosi virus correlata:

2. Servizi territoriali aziendali

Potranno ricevere assistenza, presso il proprio domicilio o presso strutture residenziali, da parte dei servizi territoriali delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), le persone non autosufficienti, anche anziane, con disabilità fisica, psichica e sensoriale, necessitanti di cure palliative, con infezione da HIV cronica ormai stabilizzata:

- controllata farmacologicamente (carica virale non rilevabile nel sangue) e
- in assenza di immunodeficit grave (con linfociti $CD4 \geq 200$ cell/mmc).

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/parentale e/o informale.

Modalità di accesso ai servizi di assistenza territoriale

I servizi territoriali per la persona con HIV sono attivati su segnalazione del medico infettivologo del paziente, appartenente ad una delle Unità Operative (UU.OO.) di Malattie infettive abilitate alla diagnosi e cura dell'infezione da HIV, attraverso la modulistica allegata al presente documento.

La segnalazione dovrà essere sempre trasmessa al CCTAD competente territorialmente.

Il CCTAD effettua una prevalutazione delle caratteristiche del paziente, quindi provvede a trasmettere la segnalazione al Distretto della ASL di residenza, ai fini dell'attivazione dell'UVMD, cui compete la valutazione complessiva del bisogno socio-sanitario del paziente.

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

Nel PAI debbono essere 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.

Al CCTAD spetta la verifica ed il follow-up dei PAI attuati nell'ambito dell'ADI dedicata o nelle case alloggio. In questo caso il CCTAD renderà periodicamente alla ASL sulle prestazioni svolte, ai fini della corresponsione degli oneri dovuti ai soggetti erogatori.

Al CCTAD spetta inoltre il coordinamento di tutte le strutture coinvolte nell'assistenza al paziente HIV e la formazione degli operatori impegnati nel territorio ad assistere persone con infezione da HIV .

La verifica ed il follow-up dei PAI dei pazienti assistiti dai servizi territoriali saranno a cura del Distretto.

La richiesta di presa in carico da parte dei servizi territoriali per le persone con infezione da HIV cronica non sintomatica (vedi punto 2 del paragrafo precedente) può essere effettuata anche dal Medico di Medicina Generale (MMG), tramite la modulistica prevista dalla normativa vigente.

In questo caso sarà il Distretto a segnalare il caso al CCTAD competente che fornirà la relativa consulenza, partecipando alla valutazione multidimensionale del paziente ed alla stesura del PAI.

Valutazione multidimensionale

Al fine di individuare il percorso assistenziale più appropriato rispetto alle caratteristiche cliniche ed al profilo di bisogno del paziente, l'accesso ai trattamenti avverrà mediante valutazione multidimensionale, utilizzando gli strumenti di valutazione della SUITE InterRAI adottati nella Regione Lazio.

Alla valutazione del paziente ed all'elaborazione del PAI dovranno concorrere tutte le figure professionali ritenute appropriate a rispondere agli specifici bisogni della persona.

Dovrà far sempre parte dell'UVMD l'infettivologo curante del paziente o altro infettivologo della struttura che ha in cura il paziente, individuato dal CCTAD.

Per le persone con infezione da HIV/AIDS per le quali, sulla base di precedenti valutazioni di competenza del CCTAD, 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 dal CCTAD e dalla UVMD competente territorialmente, secondo accordi stabiliti tra CCTAD e Distretti sanitari.

Centri di coordinamento per il Trattamento a Domicilio (CCTAD)

Ai fini del coordinamento delle attività di assistenza territoriale rivolte al paziente con infezione da HIV nella Regione Lazio vengono identificati i seguenti Centri di Coordinamento,

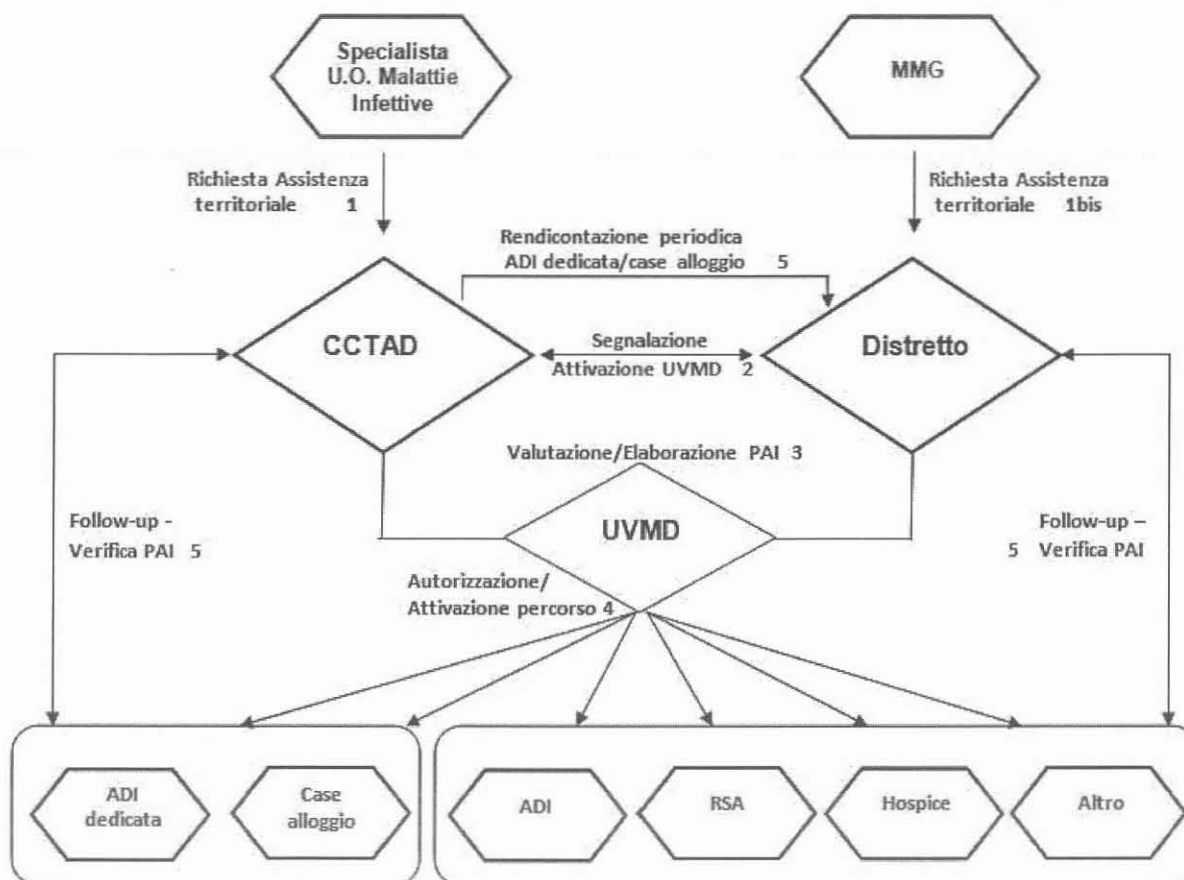
- CCTAD di Roma, ubicato presso il Centro di Riferimento AIDS dell'INMI "L. Spallanzani" di Roma, cui compete il coordinamento delle attività di ADI dedicata svolte nel territorio delle provincie di Roma e Rieti, nonché di quelle svolte presso le case alloggio per persone con HIV/AIDS della Regione;
- CCTAD di Viterbo, ubicato presso il Centro di Riferimento AIDS di Viterbo, cui compete il coordinamento delle attività di ADI dedicata svolte nel territorio della provincia di Viterbo;
- CCTAD di Latina, ubicato presso il Centro di Riferimento AIDS di Latina, cui compete il coordinamento delle attività di ADI dedicata svolte nel territorio delle provincie di Frosinone e Latina.

Funzioni dei CCTAD

- I CCTAD hanno funzione di raccordo tra Centri di cura della infezione da HIV e Distretti, partecipano alla valutazione dei bisogni della persona con infezione da HIV ed alla identificazione del percorso assistenziale più appropriato per il paziente, nonché alla elaborazione dei PAI.
- I CCTAD svolgono funzione di consulenza per i Distretti che hanno tra i propri assistiti persone con infezione da HIV cronica, in particolare qualora si verifichi una esposizione accidentale ad HIV (p.es. puntura con ago) in operatori nel corso dell'attività assistenziale.
- I CCTAD promuovono e supportano la realizzazione di adeguati progetti formativi nei confronti degli operatori impegnati nell'assistenza alle persone con infezione da HIV.

FLUSSO

Assistenza territoriale alle persone con infezione da HIV



NOTE

1. L' infettivologo curante del paziente segnala il caso al CCTAD competente territorialmente, attraverso la scheda di seguito riportata;
 - 1 bis. Il MMG segnala il caso al proprio Distretto, secondo le modalità correnti.
2. Il CCTAD effettua una pre valutazione delle caratteristiche del paziente, provvede a trasmettere la segnalazione al Distretto della ASL di residenza ai fini dell'attivazione dell'UVMD.
Nel caso in cui la segnalazione al Distretto sia effettuata da parte del MMG, sarà il Distretto ad attivare il CCTAD competente che fornirà la relativa consulenza.
3. L'UVMD, alla quale partecipa un infettivologo individuato dal CCTAD, effettua la valutazione complessiva del bisogno socio-sanitario del paziente ed identifica il percorso assistenziale più appropriato. Viene elaborato il PAI.
4. Viene autorizzato il trattamento ed attivato il percorso assistenziale idoneo a garantire il raggiungimento degli obiettivi definiti nel PAI. In caso di attivazione dell'ADI dedicata, è il CCTAD competente che verifica la realizzazione e l'aggiornamento periodico del PAI; la verifica ed il follow-up dei PAI dei pazienti assistiti dagli altri servizi territoriali sono a cura del Distretto.
5. Per le persone assistite in ADI dedicata o in casa alloggio, il CCTAD rendiconta periodicamente al Distretto della ASL sulle prestazioni svolte, ai fini della corresponsione degli oneri dovuti ai soggetti erogatori.

Centro di Coordinamento Trattamenti a Domicilio di

Intestazione, recapiti

Richiesta di presa in carico territoriale

Ospedale richiedente _____

Cognome _____ Nome _____

Sesso M F nato a _____ il

Domiciliato in _____ prov. ASL

Indirizzo _____, n. _____

Recapiti telefonici _____

Distretto ASL di residenza / (se diversa dal domicilio)

Attualmente ricoverato presso il reparto _____

Dal Dimissione prevista per il

Motivazione della richiesta: _____

Persona di riferimento _____

(specificare se familiare o altro) _____ Cognome, Nome, Recapito telefonico

Vive: solo con coniuge con figli con genitori Altro _____

Assistito da: Familiari Altre persone _____
specificare

Servizio sociale municipio no si _____
specificare

Riservato al CCTAD:

Data arrivo al CCTAD Prot. /

Esiti della prevalutazione

Setting ritenuto più appropriato: ADI dedicata Casa alloggio

Altro servizio territoriale _____

Data invio al Distretto Prot. /

Firma del responsabile _____

