

REGOLAMENTO CURE DOMICILIARI INTEGRATE PROVINCIA DI SALERNO

Allegato alla delibera

N.ro 336... del 11/03/2022

PREMESSA

Il presente documento persegue l'obiettivo generale di ridefinire il Sistema di Cure Domiciliari erogate sul territorio dell'AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO in un'ottica di integrazione tra le Istituzioni e tra le diverse professionalità, nel rispetto di quanto previsto dal Titolo V della legge regionale n. 11/07 così come modificato dalla legge regionale n. 15/2012, dal Piano sanitario regionale, dal Piano Sociale Regionale 2019-2021 e dal Piano sociale nazionale 2021-2023, dall'articolo 1, commi 159-171 della legge n. 234/2021 e dalla della DGR n. 41/2011 rappresenta la modalità con la quale l'Azienda e gli Ambiti Territoriali Sociali nel rispetto degli indirizzi normativi e programmatori richiamati in precedenza intendono fornire risposta alla complessità della domanda di salute-cura-benessere.

Le attività finalizzate a garantire le Cure Domiciliari Integrate sono indirizzate a:

- ✓ persone con bisogno di continuità assistenziale con interventi programmati che si articolano su più giorni settimanali e che necessitano di prestazioni mediche anche specialistiche, infermieristiche e riabilitative e di aiuto infermieristico e assistenza tutelare;
- ✓ persone affette da lesioni da decubito in condizione di non autosufficienza, di complessità clinica e con patologie in atto o esiti delle stesse;
- ✓ persone che necessitano di nutrizione parenterale od enterale domiciliare o necessitano di ventilazione meccanica;
- ✓ persone con patologie terminali, oncologici e non, o che necessitano di cure palliative.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce alle persone non autosufficienti o in condizioni di fragilità, l'assistenza sanitaria a domicilio, attraverso l'erogazione delle prestazioni mediche, riabilitative, infermieristiche e di aiuto infermieristico necessarie e appropriate in base alle specifiche condizioni di salute della persona (Art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017).

Le Cure Domiciliari Integrate mirano a stabilizzare il quadro clinico, a limitare il declino funzionale e a migliorare la qualità della vita della persona nel proprio ambiente familiare, evitando per quanto possibile, il ricorso al ricovero ospedaliero o in una struttura residenziale. In ogni caso la ASL e gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) assicurano la continuità tra l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.

Le Cure Domiciliari Integrate sono un servizio erogato direttamente a casa dell'utente, che prevede prestazioni mediche, medico specialistiche, infermieristiche, riabilitative, socio-assistenziali, erogazione di farmaci, materiale per medicazione, ausili e presidi.

Le Cure Domiciliari Integrate sono caratterizzate da vari livelli, che dipendono dalle specifiche necessità della persona che ne fa richiesta:

"Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello"

Si rivolgono a persone che, pur presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi, necessitano di continuità assistenziale ed interventi programmati articolati. La gamma di prestazioni che riguardano questa tipologia di intervento professionale comprende prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, medico specialistiche e socio assistenziali: tali prestazioni sono integrate in un mix all'interno di un Progetto Personalizzato, frutto di un processo di valutazione multidimensionale.

"Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e le Cure Domiciliari Palliative"

Sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità erogata da un'équipe in possesso di specifiche competenze.

Consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche riferite a:

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

Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona (ad es. cura e igiene della persona, aiuto nella deambulazione, supervisione assunzione terapia farmacologica). Tali prestazioni sono interamente a carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 % nei giorni successivi.

Il restante 50% è a carico del Comune/Ambito che ha facoltà di chiedere all'utente di coprire con risorse proprie parte della quota (su base ISEE), secondo quanto previsto dalla normativa regionale.

Le cure domiciliari, nei vari livelli, prevedono, in aggiunta alle prestazioni di natura socio-sanitaria, anche interventi sociali erogati dal Comune/Ambito a esclusiva titolarità sociale, in base al bisogno di assistenza della persona, emerso dalla valutazione multidimensionale.

Le "Cure Domiciliari Prestazionali o di livello base" sono caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato. Esse costituiscono una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno occasionale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche qualora si ripeta nel tempo.

La presa in carico dell'assistito, in tal caso, non richiede l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare. Le prestazioni sono richieste dal Medico responsabile del processo di cura dell'assistito e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui l'assistito presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali. In caso di mutate condizioni sanitarie e/o sociali rilevate il MMG deve richiedere l'attivazione dell'Unità di Valutazione Integrata - U.V.I.

Il supporto domiciliare non è continuativo come avviene in ospedale, chi ne usufruisce dovrà avere determinati requisiti:

1. essere non autosufficiente o temporaneamente non autosufficiente;
2. avere un supporto familiare o supporto informale, dato che l'assistenza domiciliare occupa solo un certo arco di tempo nel periodo della giornata.

L'azione caratterizzante il modello di integrazione è primariamente di estendere a quanti più casi possibili le operazioni di valutazione integrate è fondamentale applicare ordinariamente la metodologia del lavoro integrato tra operatori sanitari e sociali. È intuitivo che anche le attività sanitarie semplici e di breve durata (cure prestazionali, ADP) che non richiedono di prassi la valutazione integrata, assolvono la funzione di antenna sociale, per cui anche interventi sanitari sporadici e di bassa complessità devono saper rilevare bisogni sociali inespressi e condividerli con gli operatori sociali. Viceversa le attività di supporto sociale domiciliari erogate dai comuni (SAD) devono essere in grado, su specifica formazione degli operatori, di rilevare bisogni sanitari (es. disturbi neurocognitivi, disturbi psicotici) non esplicitati dalle persone fragili e che vanno necessariamente condivisi con gli operatori del distretto sanitario. Le risorse contingentate obbligano all'adozione di criteri di selezione dei casi trattati, privilegiando situazioni, che identificate di bisogno sociosanitario ad alta complessità assistenziale, possano determinare il massimo dei benefici dell'intervento integrato riproducendo un modello di presa in carico di qualità e capace di realizzare economia di sistema, evitando l'istituzionalizzazione e ricoveri impropri.

Condizione essenziale per un'ottimale implementazione del sistema Cure Domiciliari Integrate è il rafforzamento del raccordo fra i servizi e delle funzioni sia del Distretto che degli Ambiti Territoriali Sociali per sostenere i processi di accesso, valutazione e presa in carico.

Ciò richiede un dispiegamento di risorse professionali da distribuire ed allocare per funzioni e per intensità assistenziale con équipe multi professionali. Il rafforzamento delle cure domiciliari integrate implica un

incremento di personale oltre alle figure di tipo medico ed infermieristico anche di operatori sociali dell'accoglienza, assistenti sociali ed amministrativi da indirizzare ad attività di accesso, cura ed istruttoria delle procedure di invio ai servizi, informatizzazione dei dati, attività di monitoraggio anche in vista dell'implementazione delle COT (Centrale Operativa Territoriale) prevista nel PNRR 2020.

E' necessario intraprendere una fase osservazionale della durata di un anno nel corso della quale il presente regolamento verrà valutato sulla base dei dati di qualità dell'assistenza e di impatto economico.

OBIETTIVI E DESTINATARI

Le Cure Domiciliari sono finalizzate:

- ✓ ad assicurare alla famiglia della persona un reale supporto;
- ✓ a migliorare la qualità della vita quotidiana e allontanare nel tempo il ricorso all'offerta residenziale;
- ✓ a stabilizzare il quadro clinico della persona a seguito di dimissione ospedaliera;
- ✓ a garantire la continuità assistenziale tra sistema sanitario, socio-sanitario e sociale;
- ✓ a prevenire/limitare, dove possibile, il deterioramento della persona in condizioni di fragilità.

Il servizio è rivolto a persone in situazione di fragilità, caratterizzate dalla presenza di:

- ✓ una situazione di non autosufficienza parziale o totale, di carattere temporaneo o definitivo;
- ✓ una condizione di non deambulabilità e di non trasportabilità presso presidi ambulatoriali in grado di rispondere ai bisogni della persona;
- ✓ una rete familiare e/o formale o informale di supporto;
- ✓ condizioni abitative che garantiscano:
 - idonei requisiti igienico sanitari degli ambienti di vita;
 - praticabilità dell'assistenza, acquisite anche a seguito di azioni necessarie per il superamento di eventuali fattori ostativi.

PROCEDURE PER L'ACCESSO E L'ATTIVAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI

L'accesso, la valutazione e la presa in carico dei soggetti richiedenti prestazioni socio sanitarie integrate avviene con procedure unitarie attraverso:

- la Porta Unitaria di Accesso (PUA)
- l'Unità di Valutazione Integrata (UVI)
- Piano di Assistenza Individualizzato (PAI)

La Porta Unitaria di Accesso (PUA)

La PUA è una struttura di snodo dell'offerta dei servizi alla persona e svolge, attraverso sportelli unificati, i compiti di ascolto delle persone, vigilanza sul rischio di burocratizzazione, informazione, decodifica dei bisogni, orientamento, trasmissione delle richieste ai servizi competenti (sociali, sanitari e sociosanitari). Tutti i punti di accesso utilizzano strumenti unici e sono collegati con la rete telefonica ed informatica.

La segnalazione alla PUA può essere attivata:

- ✓ dal singolo cittadino interessato;
- ✓ da un familiare, parente o componente della rete informale (es. vicinato)
- ✓ da un tutore giuridico/amministratore di sostegno;
- ✓ da Servizi sanitari (UO ospedaliere, UO distrettuali, MMG/PLS, strutture residenziali etc);
- ✓ dai servizi sociali o da altri servizi dell'ambito territoriale.

La richiesta deve essere effettuata attraverso il modello (allegato A), approvato con D.G.R.C.n. 41/2011 e recepito dal regolamento di Ambito. Deve essere corredata dal consenso informato (D.lgs. n. 196/2003 e D.lgs. n. 101/2018 e contenere le seguenti informazioni:

- **Dati anagrafici dell'utente**
- **Indicazione di chi ha effettuato la richiesta**
- **Tipo di bisogno**

In tutti i casi in cui la segnalazione/richiesta non è stata effettuata dal diretto interessato, occorre acquisire dal cittadino o dal suo tutore giuridico il consenso informato al trattamento dei dati da parte dei diversi soggetti della rete di servizi sociali e sanitari, nel rispetto della normativa sulla privacy e della L. 241/90 in merito alla responsabilità del procedimento.

Gli attori della Porta Unitaria di Accesso devono valutare il bisogno espresso dal cittadino (valutazione di primo livello) ed avviare un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle situazioni problematiche espresse, semplici o complesse, possa prevedere l'invio e l'accompagnamento ai servizi sanitari/sociali o l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata.

In caso di bisogno semplice, cui corrisponde l'erogazione di prestazioni sanitarie o sociali che non richiedono una valutazione multidimensionale, tutti i punti di accesso svolgono funzioni di informazione, orientamento, invio ed accompagnamento alla prestazione richiesta.

Ove l'assistito/caregiver acceda alla PUA sprovvisto della proposta del MMG/PLS e si rilevi una situazione multiproblematica e condizioni di complessità che richiedono un'attività integrata con la partecipazione sia del servizio sociale che del servizio sanitario; la PUA contatta il MMG/PLS, il quale formula la proposta motivata di ammissione alle prestazioni socio sanitarie integrate.

L'Unità di Valutazione Integrata (UVI) e il Progetto personalizzato

La Proposta di ammissione, formulata dal MMG/PLS e dall'Assistente sociale su apposita modulistica (Allegato B) corredata dalla scheda di accesso PUA, è inviata al Direttore Responsabile del Distretto al quale è affidata la responsabilità di attivare l'UVI.

Nei casi di dimissione protetta, la Direzione Sanitaria dell'Ospedale e/o il Responsabile dell'U.O./Reparto Ospedaliero in cui è ricoverato il paziente trasmette la proposta al Direttore del Distretto e al Servizio Sociale del Comune di residenza dell'assistito, unitamente ad una relazione clinica in cui, oltre alla diagnosi, viene indicata la data prevista per la dimissione ed i bisogni assistenziali della persona.

Nel caso si preveda di realizzare dimissioni protette con attivazione di cure domiciliari di alta complessità assistenziale, sarà opportuno programmare almeno un accesso presso il reparto ospedaliero da parte del medico territoriale al fine di garantire il passaggio di consegne e la continuità delle cure e provvedere alla fornitura a domicilio dei necessari ausili e presidi utili per attivare la presa in carico a domicilio.

L'ammissione ai servizi sociosanitari sarà condivisa in sede di UVI.

In tali casi l'assistente sociale competente per il caso dovrà redigere la relazione sociale con informazioni relative alla situazione familiare ed alle reti di supporto. In particolare, nel caso in cui non sia possibile assistere l'assistito a domicilio, la relazione dovrà evidenziare le situazioni di eventuale assenza o impossibilità della rete parentale e/o amicale, specificando la motivazione di tale indisponibilità.

La composizione dell' UVI. L'equipe socio-sanitaria multidisciplinare integrata, è composta da personale dell'ASL e dell'Ambito territoriale.

All'UVI partecipano i seguenti componenti:

- Direttore Responsabile del Distretto o suo delegato;
- Responsabile Ufficio Sociosanitario;
- Delegato alla spesa sociale nominato dall'Ambito Territoriale e Assistente sociale del Comune/Ambito di residenza dell'Assistito responsabile della presa in carico del cittadino/utente (qualora non coincidenti);
- Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS) dell'assistito responsabile della presa in carico del cittadino/utente;
- Medico dell'U.O. competente per area di bisogno;
- L'utente/amministratore di sostegno/tutore

L'UVI può essere integrata con figure specialistiche sanitarie e sociali legate alla valutazione del singolo caso, su richiesta rispettivamente del Direttore Responsabile del Distretto e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano.

Alle sedute è sempre invitato a partecipare il cittadino-utente, o suo familiare, il quale è coinvolto nella fase di formazione del Progetto personalizzato.

L'UVI si riunisce di norma presso il Distretto Sanitario salvo diverse esigenze per le quali risulti opportuno, su decisione congiunta dei componenti dell'UVI, utilizzare un'altra sede sanitaria territoriale od extraterritoriale (strutture residenziali extra ASL) o la sede dei servizi sociali territoriali coinvolti, oppure il domicilio del richiedente la prestazione.

La convocazione dell'UVI. Sulla base della PROPOSTA per l'ammissione alle prestazioni socio sanitarie il Direttore Responsabile del Distretto o suo delegato garantisce la convocazione per iscritto dell'UVI ai sensi della DGRC 50/2012.

Le convocazioni UVI sono inviate al cittadino-utente, o suo familiare, ed ai componenti dell'UVI.

Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del "Progetto di assistenza individuale" (PAI) sociosanitario integrato. Tali strumenti di valutazione multidimensionale sono la S.Va.M.A., la S.Va.M.Di. ed ogni altro strumento ritenuto idoneo alla valutazione del bisogno assistenziale dell'utente (D.M. del 26.09.2016).

Entro 20 giorni dalla Proposta di accesso viene effettuata la valutazione multidimensionale a cura dell'UVI e la relativa redazione del Progetto Personalizzato, rispettando, nell'ordine di precedenza, le urgenze.

Sono esclusi da questa procedura tutti i casi per i quali si renda necessaria, per ragioni di necessità ed urgenza assoluta ed indifferibile una presa in carico immediata.

In questi casi, in particolare quelli che necessitano di **Cure Domiciliari di III livello**, l'accesso potrà essere autorizzato per iscritto in via eccezionale congiuntamente dal Direttore Responsabile del Distretto o suo delegato alla Spesa e dal rappresentante dell'Ambito territoriale con delega alla spesa;

Successivamente sarà effettuata la valutazione integrata in sede di UVI, Così come disposto all'art. 5 punto 4 dell'All. 1 alla DGRC n° 50 del 28/2/2012 e nel caso in cui il rappresentante dell'Ambito, formalmente convocato, risulti assente a due sedute consecutive dell'UVI, l'ASL procederà alla valutazione dell'assistito e le relative risultanze sono vincolanti ai fini della compartecipazione.

Compiti dell'UVI e l'individuazione del Responsabile del caso. L' UVI svolge i seguenti compiti:

- ✓ effettua la valutazione multidimensionale del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali dell'assistito e del suo nucleo familiare (valutazione di secondo livello), applicando strumenti idonei e standardizzati (schede e scale di valutazione sanitaria e sociale: SVAMA);
- ✓ elabora il Progetto Personalizzato, tenendo conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e del suo ambito familiare, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari. Il Progetto deve essere condiviso dall'assistito e sottoscritto dallo stesso o dall'utente care giver nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela;
- ✓ individua tra i propri componenti il Responsabile del caso per garantire l'attuazione e l'efficacia degli interventi previsti dal Progetto personalizzato (case manager);
- ✓ individua il costo della prestazione autorizzata e stabilisce la percentuale di compartecipazione alla spesa socio sanitaria da parte dell'ASL e dell'Ambito/utente;
- ✓ verifica e aggiorna l'andamento del Progetto Personalizzato;
- ✓ stabilisce le modalità di dimissione o rinnovo del Progetto Personalizzato.

Rispetto al compito di cui al terzo punto, è importante distinguere tra la responsabilità clinica del caso, che rimane in capo al MMG/PLS (il naturale referente sanitario dell'assistito che coordina comunque gli interventi sanitari) e la responsabilità del Progetto Personalizzato, che è appunto del Case Manager o Responsabile del caso.

Il ruolo di Case manager è assunto da figure assistenziali diverse a seconda della tipologia e complessità del bisogno dell'assistito: può quindi essere una figura sanitaria o sociale, in base ai bisogni prevalenti del soggetto e alle scelte organizzative. Il responsabile del caso viene individuato tra i propri componenti in sede UVI, scelto in base al maggior coinvolgimento che egli assume sia sul piano tecnico-scientifico, sia sul

piano assistenziale ed è all'UVI che deve direttamente rispondere del suo operato. Visto l'impegno che tale funzione richiede, è opportuno affidare ad uno stesso operatore un numero limitato e compatibile di casi da coordinare.

Il Progetto personalizzato definisce esplicitamente e in maniera analitica:

- ✓ gli obiettivi essenziali da raggiungere
- ✓ la tipologia della prestazione
- ✓ la data di avvio e la durata presumibile degli interventi
- ✓ i tempi di verifica dell'andamento del Progetto
- ✓ i costi della prestazione e la ripartizione percentuale dei costi tra ASL e Ambito/utente
- ✓ il consenso del cittadino interessato, o dei familiari, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al progetto personalizzato, anche per l'eventuale quota di compartecipazione alla spesa.

Il Progetto deve prevedere:

- ✓ Anamnesi del Medico di Medicina Generale (M.M.G.) o del Pediatra di Libera Scelta (P.L.S.);
- ✓ Anamnesi socio-ambientale del singolo e/o del nucleo familiare;
- ✓ Diagnosi sociale;
- ✓ Individuazione risorse personali;
- ✓ Individuazione risorse familiari (famiglia nucleare e allargata);
- ✓ Individuazione risorse comunitarie;
- ✓ Indicatore della situazione economica del singolo e/o del nucleo familiare di riferimento (I.S.E. e I.S.E.E.);
- ✓ Obiettivi dell'intervento integrato;
- ✓ Metodologia;
- ✓ Prestazione sanitaria dettagliata e operatori coinvolti;
- ✓ Prestazione sociale dettagliata e operatori coinvolti;
- ✓ Eventuale impegno di risorse del terzo settore e operatori coinvolti;
- ✓ Case Manager;
- ✓ Tempistica;
- ✓ Strumenti di monitoraggio, verifica e valutazione.

Il progetto deve prevedere interventi tutelari e di aiuto infermieristico nella misura massima del 30% degli accessi sanitari con arrotondamento per difetto.

Tutti i componenti dell'U.V.I. contribuiscono all'elaborazione del Progetto Individualizzato attraverso l'apporto della propria competenza professionale e delle funzioni istituzionali che rappresentano.

Il Progetto è sottoscritto dai componenti dell'U.V.I. e proposto al cittadino/utente, a cura del Case Manager (eventualmente supportato da altri componenti dell'U.V.I.), per l'accettazione dello stesso.

Qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base ai quali è stato elaborato il Progetto Personalizzato (bisogni, preferenze, menomazioni, abilità-disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative, priorità etc.), esso deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato all'assistito ed agli operatori. Tutte le proposte di modifica strutturale dello stesso vanno decise e condivise dall'U.V.I.

L'assistito/caregiver è nella piena facoltà di accettare/non accettare il Progetto, proporre eventuali modifiche, e chiedere la revisione, successivamente motivata, alla sua sottoscrizione, può avvalersi della consulenza e del sostegno delle organizzazioni di tutela e rappresentanza dei consumatori e degli utenti.

Il Progetto è conservato presso la sede dell'UVI in un fascicolo personale, nel quale è riposta tutta la documentazione relativa all'assistito (proposta di ammissione, certificazioni, schede di valutazione, cartella, revisioni del progetto, ecc.) nel rispetto della normativa sulla privacy (Dlgs 196/2003 GDPR 679/2016). Tale fascicolo può essere consultato dai componenti dell'UVI.

Il piano assistenziale, redatto in sede UVI sarà trasmesso alla UOC Cure Domiciliari per il monitoraggio, nel caso in cui il piano preveda l'erogazione di prestazioni da parte dell'OSS lo stesso sarà inoltrato anche all'Ambito territorialmente competente.

L'erogazione delle prestazioni è subordinata alla recettività dei servizi, alla disponibilità di risorse economiche dell'Ambito e ai tetti di spesa dell'ASL, per cui potrà essere stilata una lista d'attesa che terrà

conto del livello di complessità dei bisogni clinici e socio-economici che scaturiscono dai punteggi ottenuti a seguito della valutazione.

STRUMENTI OPERATIVI

La Cartella Integrata Domiciliare

Presso il domicilio dell'assistito in cure domiciliari sarà custodita una cartella integrata domiciliare nella quale sono registrate tutte le prestazioni sanitarie erogate. All'interno della stessa è presente un diario delle prestazioni sociosanitarie e sociali.

Tutti gli operatori coinvolti nel piano assistenziale, sia sanitari che socio-sanitari e socio-assistenziali utilizzano e aggiornano la Cartella registrando gli interventi e controfirmandola ad ogni accesso in modo da condividere le informazioni sullo stato di salute dell'assistito. Tale cartella, con la documentazione al completo, sarà poi ritirata dal case-manager alla dimissione avvenuta per l'archiviazione presso l'U.O. distrettuale. Copia del diario giornaliero delle prestazioni sociosanitarie sarà inoltrato a cura della stessa U.O. all'ambito di competenza.

La S.Va.M.A. e la S.Va.M.Di

Con DGRC n. 323 del 03/07/2012 "Adozione della scheda di valutazione multidimensionale per le persone adulte ed anziani -S.VA.M.A. Campania - modifiche ed integrazione della DGRC n. 1811/07 e DGRC n. 324 "Adozione della scheda di valutazione multidimensionale per le persone adulte disabili -S.VA.M.Di. Campania" vengono indicati gli strumenti da utilizzare per la valutazione del bisogno e per l'accesso ai servizi di rete residenziale, semiresidenziale e domiciliari integrati.

Le schede analizzano tutti gli aspetti della vita di un soggetto: salute, autosufficienza, rapporti sociali, situazione economica; permettono di avere un quadro di riferimento assolutamente imparziale e completo per giudicare lo stato qualitativo di vita delle persone che chiedono assistenza presso gli uffici di competenza.

La valutazione viene effettuata dai diversi componenti della Unità di Valutazione Multidimensionale (schede A-B-C-D).

Le schede permettono di valutare in modo omogeneo le istanze delle persone adulte e anziane non autosufficienti, misurandone le condizioni, sanitarie sociali e sociosanitarie e definendone il conseguente profilo assistenziale, riducendo il tasso di inappropriatazza delle prestazioni erogate ai fini del riequilibrio della spesa, monitorando e valutando nel tempo gli esiti dei percorsi assistenziali proposti.

Sistema Informativo

In ottemperanza al Decreto Ministeriale n. 17 -dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare" le UU.OO. SS. Anziani e cure domiciliari sono tenute ad aggiornare puntualmente i dati relativi alle attività svolte provvedendo al caricamento dei dati attraverso il Sistema Informativo.

La condivisione del **sistema informativo integrato rientra** tra le azioni di programma da implementare con immediatezza. Allo stesso potranno accedere sia gli operatori sanitari che quelli sociali per la gestione congiunta della presa in carico degli assistiti; il sistema consentirà di rispondere anche alle esigenze di monitoraggio e controllo delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie. La condivisione di questo strumento rafforza l'efficacia dell'integrazione sul piano della programmazione e sul piano operativo. La digitalizzazione dei percorsi sociosanitari rappresenta difatti una delle leve strategiche per favorire il salto di qualità nel miglioramento dei servizi rivolti al cittadino nell'ottica del cambio di paradigma verso la Medicina di prossimità e l'empowerment dell'assistito. L'informatizzazione consente inoltre di attivare una governance integrata dell'intero percorso di cura da parte della componente sociale e sanitaria.

INTEGRAZIONE TERRITORIO/OSPEDALE

L'integrazione delle cure domiciliari TERRITORIO- OSPEDALE si realizza attraverso:

Protocolli Dimissioni Protette

La categoria di utenti più accreditata per la presa in carico integrata è quella dei pazienti in dimissione protetta dai reparti ospedalieri e dalle strutture residenziali territoriali per post-acuti. Soprattutto gli utenti che hanno patito un evento acuto intervenuto in condizione di sufficiente autonomia e che ha determinato uno stato di non autosufficienza, realizzando di fatto una messa in crisi del sistema familiare, venendo meno gli equilibri organizzativi, gestionali ed economici ed esponendo a situazioni di rischio reale. Utenti che necessitano di interventi tempestivi e contemporanei di assistenza sanitaria e sociale capaci di sostenere adeguatamente l'organizzazione familiare e non farla fallire. Altra linea d'intervento integrato è a favore di utenti ad alta complessità assistenziale, equivalenti a persone con disabilità gravissime ed in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continua nelle 24 ore (sclerosi laterale amiotrofica, atrofia muscolare spinale, stato vegetativo e stato di minima coscienza...). Per questi assistiti si rendono indispensabili percorsi di ammissioni protette presso le Strutture Ospedaliere di riferimento.

- La condivisione di risorse (ospedaliere/territoriali) quando utile/necessarie/possibili.
- La realizzazione di percorsi preferenziali per la diagnostica e le urgenze.

LA FORNITURA DEL SERVIZIO

Le prestazioni sanitarie vengono garantite dall'ASL Salerno in forma diretta o tramite affidamento esterno del servizio secondo le procedure di legge.

Le prestazioni sociali e sociosanitarie vengono garantite dagli Ambiti Territoriali Sociali in forma diretta, tramite procedura di accreditamento o tramite affidamento esterno del servizio secondo le procedure di legge che sarà realizzato con il ricorso ad una procedura di gara unica che stabilisca:

1. Modalità di integrazione e di gestione dell'Operatore Socio Sanitario per l'erogazione delle prestazioni in Cure Domiciliari Integrate;
2. Individuazione di una tariffa unica;
3. Metodo e tipologia di rendicontazione;
4. Procedure di accreditamento e standard delle strutture Sociali erogatrici.

I costi delle prestazioni rese dall' OSS ricadono per il 50% sulla spesa sanitaria e per il restante sull' Ambito/cittadino. In caso di dimissione protetta le stesse prestazioni sono interamente a carico del servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni.

L'ASL provvederà a rimborsare la quota dovuta agli Ambiti entro sessanta giorni dall' erogazione del servizio.

Alla C.O. le UU.OO.SS. Cronicità: Geriatria, Cure Domiciliari e Cure Palliative, in caso di piani d'intervento a carattere sanitario urgenti dovranno far pervenire i piani d'intervento riguardanti la parte infermieristica e riabilitativa stilati sulla scorta delle richieste dei MMG e/o degli specialisti ASL (geriatra, fisiatra, nutrizionista, anestesista, pneumologo, chirurgo ecc.), in caso di dimissioni ospedaliere se il piano assistenziale è redatto dal medico di reparto va condiviso ed autorizzato dal dirigente dell'U.O. Distrettuale. I piani d'intervento devono essere firmati dal Responsabile dell'U.O. Distrettuale o da altro medico della struttura a ciò delegato.

L'effettiva erogazione delle prestazioni da parte degli operatori esterni sarà documentata e descritta sul "foglio firma" della Cartella Integrata Domiciliare dell'assistito seguita dalla firma dell'operatore e del familiare di riferimento dell'assistito. Copia del "foglio firma domiciliare" sarà consegnato a cura della C.O. all'U.O. Distrettuale alla fine di ogni mese per i dovuti controlli.

TUTELA DEI CITTADINI

E' garantita la trasparenza delle azioni dei gestori dei servizi e la tutela degli utenti, nonché la qualità dei servizi.

Gli organismi di rappresentanza dei cittadini e degli utenti, o gli stessi in prima persona, sporgono "reclamo" a seguito di disservizi, atti o comportamenti che abbiano negato o limitato la fruibilità delle prestazioni.

I "reclami" sono presentati per iscritto o via fax all'Ufficio Socio sanitario e al responsabile del Piano Sociale. Entro 10 giorni dal ricevimento del ricorso, attraverso un apposito procedimento di verifica, gli stessi ne accertano la fondatezza, ed entro 30 giorni complessivamente chi di competenza provvede al riscontro e/o alla rimozione delle irregolarità riscontrate e nel caso fosse accertata la fondatezza del reclamo, trasmettere dettagliata relazione all'Ufficio regionale di Tutela.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO NAZIONALE E REGIONALE

- D.Lgs. n.502/92 e successive modifiche e integrazioni;
- D.Lgs. n.229/99 recante "Norme per la razionalizzazione del SSN";
- Legge n.328/2000 recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- DPCM del 14/02/2001 recante "Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria";
- DPCM del 29/11/2001 che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria e sociosanitaria;
- L.R. n. 32/94 recante "D.Lgs. 30/12/1992, n.502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del Servizio Sanitario Regionale";
- L.R. n. 5/97 recante "Istituzione del servizio di Telesoccorso-Telecontrollo"
- DGRC n.1826 del 4/05/2001 "Linee di programmazione regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- DGRC n. 6467 del 30/12/2002 con la quale la Giunta Regionale ha emanato gli indirizzi regionali di programmazione a Comuni ed ASL per un sistema integrato di interventi e servizi socio-sanitari anno 2003;
- D. Lgs. 196/2003 come modificato dal Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679 "Codice Privacy"
- Legge Regionale n. 11 del 23 ottobre 2007 "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328"
- DGRC n.41/2011 Approvazione del documento recante linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari: "Il sistema dei servizi domiciliari in Campania"
- Legge regionale n. 15/2012 "Misure per la semplificazione, il potenziamento e la modernizzazione del sistema integrato del welfare regionale e dei servizi per la non autosufficienza"
- DGRC n. 790 del 21/12/2012 Approvazione delle linee operative per l'accesso unitario ai servizi sociosanitari -P.U.A.
- Decreto Commissario ad Acta n. 1/2013 Approvazione del documento recante "Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania"
- Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 -Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (G.U. Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017)

- DM 12 marzo 2019, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 14 giugno 2019, art. 3, comma 6 Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria.
- DCA n. 83 del 31/10/2019 Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2022

APPENDICE

L'Operatore Socio Sanitario è la figura professionale prevista in integrazione con gli Ambiti Sociali Territoriali.

COMPETENZE DELL'OPERATORE SOCIO-SANITARIO (*)

In base alle proprie competenze ed in collaborazione con altre figure professionali:

- È in grado di utilizzare metodologie di lavoro comuni (schede, protocolli ecc...)
- È in grado di collaborare con l'utente e la sua famiglia:
 - nel governo della casa e dell'ambiente di vita;
 - nell'igiene e cambio biancheria;
 - nella preparazione e/o aiuto all'assunzione dei pasti;
 - quando necessario, e a domicilio, per l'effettuazione degli acquisti;
 - nella sanificazione e sanitizzazione ambientale.
- È in grado di curare la pulizia e la manutenzione di arredi e attrezzature, nonché la conservazione degli stessi e il riordino del materiale dopo l'assunzione dei pasti.
- Sa curare il lavaggio, l'asciugatura e la preparazione del materiale da sterilizzare.
- Sa garantire la raccolta e lo stoccaggio corretto dei rifiuti, il trasporto del materiale biologico sanitario, e dei campioni per gli esami diagnostici, secondo protocolli stabiliti.
- Sa svolgere attività finalizzate all'igiene personale, al cambio della biancheria, all'espletamento delle funzioni fisiologiche, all'aiuto nella deambulazione, all'uso corretto di presidi, ausili e attrezzature, all'apprendimento e mantenimento di posture corrette.
- In sostituzione e appoggio dei famigliari e su indicazione del personale preposto è in grado di:
 - aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplici usi;
 - aiutare nella preparazione alle prestazioni sanitarie;
 - osservare, riconoscere e riferire alcuni dei più comuni sintomi di allarme che l'utente può presentare (pallore, sudorazione ecc.);
 - attuare interventi di primo soccorso;
 - effettuare piccole medicazioni o cambio delle stesse;
 - controllare e assistere la somministrazione delle diete;
 - aiutare nelle attività di animazione e che favoriscono la socializzazione, il recupero ed il mantenimento di capacità cognitive e manuali;
 - collaborare ad educare al movimento e favorire movimenti di mobilitazione semplici su singoli e gruppi;
 - provvedere al trasporto di utenti, anche allettati, in barella carrozzella;
 - collaborare alla composizione della salma e provvedere al suo trasferimento;
 - utilizzare specifici protocolli per mantenere la sicurezza dell'utente, riducendo al massimo il rischio;
 - svolgere attività di informazione sui servizi del territorio e curare il disbrigo di pratiche burocratiche;
 - accompagnare l'utente per l'accesso ai servizi.

Accordo tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, per la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione del 22 febbraio 2001 (Gazzetta Ufficiale 19 Aprile 2001, n. 91)

The page contains approximately 15 handwritten signatures in black ink, scattered across the lower half of the document. The signatures vary in style, with some being highly stylized and others more legible. They appear to be official signatures of the signatories mentioned in the text above.



Scheda di accesso PUA
Al sistema dei servizi

ASL SALERNO		Distretto	Ambito
Punto di Accesso	<input type="checkbox"/> U.O. distrettuale (specificare): _____ <input type="checkbox"/> MMG/PLS <input type="checkbox"/> Segretariato Sociale		Data scheda ____/____/____
N.riferimento Interno	Codice identificativo univoco (generato dal sistema informativo sociale e sanitario)		
Richiesta di segnalazione a cura di: <input type="checkbox"/> familiare/parente <input type="checkbox"/> componente della rete familiare <input type="checkbox"/> tutore giuridico <input type="checkbox"/> U.O. ospedaliera: _____ <input type="checkbox"/> U.O. distrettuale: _____ <input type="checkbox"/> Altri servizi sociali dell'Ambito Territoriale _____ <input type="checkbox"/> Struttura residenziale _____ <input type="checkbox"/> Altro _____			

DATI DELL'ASSISTITO

Cognome e Nome			Genere M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>						
Data nascita ____/____/____		Luogo Nascita		Codice fiscale/STP					
Indirizzo dell'assistito									
Comune di residenza			Stato estero assistito						
Regione di Residenza			ASL di residenza						
Tel./e-mail									
Medico dell'assistito MMG <input type="checkbox"/> PLS <input type="checkbox"/>	Cognome e Nome			ASL					
	Indirizzo			Distretto					
	Tel./e-mail								
Utente già in carico:	Servizi sociali	<input type="checkbox"/>	Attualmente fruisce di servizi:	Servizi Sociali	<input type="checkbox"/>				
	Servizi sanitari	<input type="checkbox"/>		Servizi Sanitari	<input type="checkbox"/>				
	Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>		Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>				
HANDICAP (L. 104/92)		INVALIDITA' CIVILE			ACCOMPAGNAMENTO				
No <input type="checkbox"/>	In corso	Si <input type="checkbox"/>	Situazione di gravità	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	≥33%	≥46%	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
						≤ 66%	100		

EVENTUALE PERSONA INCARICATA DI TUTELA GIURIDICA

Cognome e Nome	Ruolo
Indirizzo	
Recapiti Telefonici/e-mail	

PROFILO PERSONALE

<u>Stato Civile</u>	
1 <input type="checkbox"/> celibe/nubile 2 <input type="checkbox"/> coniugato/a 3 <input type="checkbox"/> separato/a 4 <input type="checkbox"/> divorziato/a 5 <input type="checkbox"/> vedovo/a 6 <input type="checkbox"/> convivente 7 <input type="checkbox"/> non dichiarato	
Composizione nucleo familiare (incluso l'interessato)	
<input type="checkbox"/> 2 componenti <input type="checkbox"/> da 3 a 5 componenti <input type="checkbox"/> oltre 6 componenti <input type="checkbox"/> presenza di badante <input type="checkbox"/> presenza di persona con disabilità riconosciuta (escluso l'interessato)	

[Handwritten signatures and marks at the bottom of the page]

Condizione lavorativa

<input type="checkbox"/> occupato/a	<input type="checkbox"/> occupazione stabile <input type="checkbox"/> occupazione temporanea <input type="checkbox"/> occupazione precaria	<input type="checkbox"/> in forma dipendente <input type="checkbox"/> in forma autonoma
-------------------------------------	--	--

disoccupato/a pensionato/a cassintegrato/a Altro (specificare) _____

RICHIESTA ESPRESSA DALL'UTENTE:

Assistenza domiciliare Ricovero in struttura residenziale Ricovero in struttura semiresidenziale
 Contributo economico Altro (specificare) _____

BISOGNO RILEVATO DALL'OPERATORE:

PRIMA VALUTAZIONE:

Bisogno semplice: sanitario: _____ sociale: _____ bisogno complesso: _____

SERVIZI ATTIVATI	<input type="checkbox"/> sociale.....
	<input type="checkbox"/> Sanitario
	<input type="checkbox"/> Invio al percorso UVI.....

Eventuale documentazione allegata:

Ruolo/Firma dell'operatore

Consenso informato

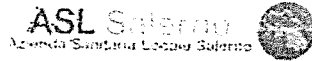
Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a _____ via _____ Documento di riconoscimento _____
_____ in qualità di _____

Autorizza il trattamento dei dati ai sensi del Regolamento (UE) 679/2016 SI NO

Luogo e data _____

Firma _____

[Handwritten signatures and marks]



MODELLO DI RICHIESTA DI ACCESSO ALLE CURE DOMICILIARI
 DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Al Direttore del Distretto Sanitario n° _____
 di _____

Si richiede l'accesso al Servizio delle Cure Domiciliari per l'assistito

(cognome e nome) _____ nato/a, _____ ()

il _____ Codice Fiscale _____

residente nel Comune di _____ () in Via _____

PATOLOGIE PRINCIPALI CHE CONCORRONO A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

	Descrizione della patologia
Prima patologia	
Eventuale patologia concomitante	
Eventuale 2° patologia concomitante	

NOTE

SINTETICI ELEMENTI DI VALUTAZIONE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

	Valutazione e punteggio		
Situazione Cognitiva	<input type="checkbox"/> 1 Lucido	<input type="checkbox"/> 2 Confuso	<input type="checkbox"/> 3 Molto confuso, stuporoso
Problemi comportamentali	<input type="checkbox"/> 1 Assenti/Lievi	<input type="checkbox"/> 2 Moderati	<input type="checkbox"/> 3 Gravi
Situazione Funzionale	<input type="checkbox"/> 1 Autonomo o quasi	<input type="checkbox"/> 2 Dipendente	<input type="checkbox"/> 3 Totalmente dipendente
Barthel Mobilità	<input type="checkbox"/> 1 Si sposta da solo	<input type="checkbox"/> 2 Si sposta assistito	<input type="checkbox"/> 3 Non si sposta
Supporto rete sociale	<input type="checkbox"/> 1 Non assistito	<input type="checkbox"/> 2 Parzialmente assistito	<input type="checkbox"/> 3 Ben assistito
Necessità assistenza sanitaria	<input type="checkbox"/> 1 Bassa	<input type="checkbox"/> 2 Intermedia	<input type="checkbox"/> 3 Elevata

Allega alla presente la SVAMA Sanitaria

Data _____

[Handwritten signatures and initials]

IL MMG/PLS _____

PROFILO DELL'AUTONOMIA

Il punteggio va scelto in modo gerarchico, cioè se un paziente può ricadere in più categorie, si sceglie di regola quella più grave.

Profilo COGNITIVO			
1	lucido		sostiene un colloquio, è orientato nel tempo e nello spazio
2	confuso		situazione intermedia; non riconosce sempre interlocutori e situazioni esterne a quelle della sua vita quotidiana; l'autonomia è limitata all'ambito domiciliare; è in grado solo parzialmente di prendere decisioni che lo riguardano rispetto al programma di cura
3	Molto confuso o stuporoso		non riconosce il luogo o i familiari, non ricorda il loro nome, non capisce la situazione in cui si trova; non è in grado di prendere decisioni che lo riguardano rispetto al programma di cura

Disturbi comportamentali			
1	Assente/Lieve		disturbi parzialmente riconosciuti e controllati dalla persona
2	Moderato		situazione intermedia, parzialmente controllata dal soggetto e dal care-giver senza ripercussioni sul suo livello di stress
3	Grave		grave insonnia; wandering; disinibizione; comportamento aggressivo; agitazione psicomotoria; deliri; comportamenti che possono portare pericoli per l'incolumità e richiedono un elevato livello di accudimento e sorveglianza da parte del care-giver, con ripercussioni sul suo livello di stress

Profilo di MOBILITA'			
1	si sposta da solo		L'autonomia nello spostamento comprende anche l'utilizzo autonomo di stampelle o tripode; compresa carrozzina se utilizzata autonomamente dal soggetto anche nei passaggi dal/al letto sedia ecc.)
2	si sposta assistito		paziente che si sposta autonomamente in carrozzina ma necessita di aiuto per il trasferimento dalla/alla carrozzina, paziente con problemi neurologici, muscolari, scheletrici o internistici che richiedono per la deambulazione l'affiancamento di un accompagnatore
3	non si sposta		paziente allettato, accompagnato in carrozzina o che deve essere sorretto per il mantenimento della stazione eretta

Profilo FUNZIONALE			
1	autonomo o quasi		soggetto sostanzialmente autonomo nelle attività di base anche se può necessitare di supporto o supervisione per il bagno e/o essere parzialmente incontinente (piccole perdite urinarie).
2	dipendente		soggetto che necessita di aiuto per fare il bagno e per vestirsi; autonomo per semplici atti della vita quotidiana (pettinarsi, lavarsi il viso) ma non in grado di gestire autonomamente le attività di base (es. mangiare da solo ma non è in grado di preparare e dev'essere aiutato per mettersi a tavola)
3	totalmente dipendente		soggetto non in grado di svolgere le attività di base (mangiare, lavarsi, vestirsi, essere continente, usare i servizi igienici, fare il bagno)

Profilo SANITARIO (intensità di cure sanitarie)

1	Bassa intensità		Pazienti cronici clinicamente stabili che necessitano di meno di un accesso sanitario domiciliare /settimana (es: monitoraggio del tempo di Quick; pazienti portatori di catetere vescicale, stomia o piccole ulcere distrofiche)
2	Media intermedia		Pazienti cronici moderatamente instabili che necessitano di uno o due accessi sanitari domiciliari /settimana (ad es.: lesioni da decubito di 1° o 2° grado, stomia o PEG recenti, gestione sondino naso-gastrico, monitoraggio di sintomi, parametri vitali o controllo terapia salvavita)
3	Alta intensità		Pazienti instabili che necessitano di tre o più accessi sanitari domiciliari/settimana (ad es.: lesioni da decubito di 3° o 4° grado; monitoraggio continuativo di sintomi o parametri vitali; terapia parenterale continuativa; gestione di presidi infermieristici complessi come CVC, port-a cath, cateteri peridurali; pazienti con ricoveri medici ripetuti).

Profilo SOCIO-ASSISTENZIALE (valutazione caregiver)

1	Non sufficientemente assistito		Esempi: segni di evidente indigenza, insalubrità dell'abitazione o abbandono; caregiver e rete sociale inadeguata per il supporto alle ADL; caregiver e rete sociale inadeguati per i compiti di monitoraggio e gestione del malato (es. somministrazione terapia salvavita, cambio medicazione); caregiver che rifiuta esplicitamente l'assunzione dei compiti di monitoraggio e gestione del malato; caregiver che ripetutamente arriva in ritardo o è assente immotivatamente in occasione di accessi domiciliari concordati
2	Parzialmente assistito		Situazione intermedia
3	Ben assistito		Esemp: paziente ben seguito e ben curato dai familiari; paziente ben seguito e ben curato dall'assistenza privata o dalla rete sociale; il caregiver risponde alle esigenze assistenziali e ben sostiene (da solo o con il supporto degli altri soggetti della rete - familiari e non) il carico assistenziale

Handwritten signatures and initials scattered across the bottom of the page, including a large signature on the right side and several smaller ones below.