



Al Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

VISTA la legge 23 marzo 2023, n.33 recante Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane;

VISTO l'articolo 5, comma 2, lett. a), n.1 della citata Legge che prevede l'introduzione anche in via sperimentale e progressiva, per le persone anziane non autosufficienti di una prestazione universale;

VISTO il Decreto Legislativo del 15 marzo 2024, n. 29 recante *"Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33"*;

VISTO l'articolo 34 del citato Decreto legislativo con il quale è istituita la Prestazione Universale;

CONSIDERATO che, come previsto dall'articolo 35 del medesimo decreto, per accedere alla prestazione universale è necessario essere in possesso di determinati requisiti, tra cui un livello di bisogno assistenziale gravissimo;

RICHIAMATO altresì l'articolo 34, comma 2, del sopra menzionato D.lgs. n. 29 del 2024, il quale prevede che *"L'INPS provvede all'individuazione dello stato di bisogno assistenziale, di livello gravissimo, dei soggetti anziani di cui all'articolo 35, comma 1, sulla base delle informazioni sanitarie a disposizione nei propri archivi e delle indicazioni fornite dalla commissione di cui al comma 3, anche con le modalità di cui all'articolo 29-ter del decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 settembre 2020, n. 120"*, e che, pertanto, la valutazione verrà effettuata agli atti, senza la convocazione a visita del richiedente la prestazione;

VISTO in particolare il successivo comma 3 del medesimo articolo 34 il quale prevede che *"Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, è nominata una commissione tecnico-scientifica, con il coinvolgimento delle regioni e degli enti territoriali mediante i rispettivi organismi di coordinamento, per l'individuazione degli indicatori atti alla definizione dei criteri di classificazione dello stato di bisogno assistenziale gravissimo tenuto conto delle disposizioni di cui al decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 26 settembre 2016, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 280 del 30 novembre 2016."*;

VISTO il proprio decreto n. 155 del 16 ottobre 2024, di istituzione della Commissione per lo studio e l'analisi tecnica finalizzati all'individuazione degli indicatori volti a definire i criteri di classificazione dello stato di bisogno assistenziale gravissimo di cui dell'articolo 34, comma 3, del Decreto legislativo n. 29 del 2024;

TENUTO CONTO dei lavori svolti dalla Commissione, nel corso dei quali sono emersi contributi e proposte volti ad individuare gli indicatori atti alla definizione dei criteri di classificazione dello stato di bisogno assistenziale gravissimo, anche rinvenendoli in base alle diverse necessità di sostegno e cura dell'anziano non autosufficiente;



Al Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

PRESO ATTO delle diverse proposte pervenute e delle valutazioni espresse dai singoli componenti della Commissione nel corso della seduta del 26 novembre 2024 e delle ulteriori valutazioni espresse dai componenti assenti;

VISTO il “Documento finale - Analisi tecnica per l’individuazione degli indicatori volti a definire la classificazione dello stato di bisogno assistenziale gravissimo”, approvato dalla Commissione Tecnico - Scientifica di cui sopra;

RITENUTO di aderire agli esiti dei lavori della Commissione istituita con il D.M. n. 155 del 16 ottobre 2024, relativi all’individuazione dei criteri atti alla definizione dello stato di bisogno assistenziale gravissimo, per la successiva adozione;

DECRETA

Articolo unico

(Adozione degli Indicatori dello stato di bisogno assistenziale gravissimo)

Al fine di individuare lo stato di bisogno assistenziale gravissimo, quale requisito per l’accesso alla Prestazione Universale di cui all’articolo 34 del decreto legislativo 15 marzo 2024, n.29, sono adottati gli indicatori di cui al “Documento finale - Analisi tecnica per l’individuazione degli indicatori volti a definire la classificazione dello stato di bisogno assistenziale gravissimo” (Allegato 1), che forma parte integrante e sostanziale del presente decreto.

Al presente atto sarà data pubblicità nelle forme previste dall’articolo 32 della Legge 18 giugno 2009, n. 69, mediante pubblicazione sul sito istituzionale www.lavoro.gov.it.

Roma, 19 dicembre 2024

Marina Elvira Calderone

PREMESSA

Il decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 recante “Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33”, si iscrive nell’ambito del raggiungimento degli obiettivi PNRR e in particolare è strumentale al perseguimento dei target individuati dalla Missione 5, componente 2, investimento 1.1 i e Missione 6, Componente 1, investimenti 1.1,1.2 e 1.3.

Con l’emanazione del citato provvedimento si mira in particolare a realizzare una serie di interventi volti a prevenire l’istituzionalizzazione delle persone anziane non autosufficienti tali da consentire la prosecuzione della vita in un ambiente familiare.

Al fine di promuovere il progressivo potenziamento delle prestazioni assistenziali per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti, l’articolo 34 del D.lgs. 29/2024 ha introdotto, in via sperimentale, dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2026 una nuova prestazione denominata Prestazione Universale (PU), il cui riconoscimento è subordinato allo specifico bisogno assistenziale. L’introduzione di tale misura permetterà di sostenere maggiormente i nuclei familiari che non riescono a sostenere in modo adeguato i propri cari, in quanto non sempre è possibile fronteggiare la spesa legata alla cura della persona.

Ai fini dell’erogazione del suddetto beneficio economico l’INPS, come stabilito dai commi 2 e 3 del menzionato articolo 34, provvede all’individuazione dello stato di bisogno assistenziale, di livello gravissimo, dei soggetti anziani in possesso dei requisiti per accedere alla PU, sulla base delle informazioni sanitarie a disposizione nei propri archivi e delle indicazioni afferenti all’individuazione degli indicatori atti alla definizione dei criteri di classificazione dello stato di bisogno assistenziale gravissimo, individuati dalla commissione tecnico scientifica appositamente istituita con decreto del Ministro del Lavoro e delle politiche sociali del 16 ottobre 2024, n. 155. La Commissione, ai fini della definizione dei citati indicatori e in coerenza con quanto previsto dal comma 3 dell’articolo 34, ha tenuto conto di quanto stabilito dall’articolo 3 del decreto del Ministro del Lavoro e delle politiche sociali del 26 settembre 2016, avente ad oggetto gli stati di disabilità gravissima.

Tanto premesso, la Commissione, al termine di un ampio confronto e vista l’urgenza di provvedere ai fini dell’avvio della nuova Prestazione Universale dal 01/01/2025, ha individuato gli elementi di seguito indicati per il riconoscimento del livello di bisogno assistenziale gravissimo.

La Commissione tecnico – scientifica, in particolare, ha utilizzato un approccio Multidisciplinare che comprende sia la compromissione della salute della persona con disabilità (Approccio sanitario – Valutazione della disabilità gravissima in coerenza con l’art. 3 del DM 2016) sia le problematiche sociali (Approccio sociale - Valutazione del bisogno assistenziale gravissimo) e, pertanto, i criteri individuati per la costruzione degli indicatori si riferiscono sia alla compromissione della salute della persona con disabilità sia alle problematiche sociali.

- **Approccio sanitario - VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' GRAVISSIMA**

Ai fini della valutazione del grado di disabilità della persona di livello gravissimo si farà riferimento alle indicazioni previste dal DM 26 settembre 2016 art. 3, comma 2 (compresi i relativi allegati), come di seguito evidenziato:

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ;
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le laterali devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 ;
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

In ogni caso è da considerarsi “persona con disabilità gravissima” chi necessita di assistenza continua 24 ore su 24, a volte prestata anche da più persone contemporaneamente, l'interruzione della quale, anche per un periodo molto breve, può portare a complicanze gravi o anche alla morte.

Ai fini della valutazione del grado “livello gravissimo di disabilità” si farà riferimento alla seguente documentazione a disposizione dell'interessato in relazione alla tipologia di supporto in corso di erogazione da parte delle strutture pubbliche:

- **Persona con disabilità in assistenza specialistica ambulatoriale:** documentazione visita di controllo per cure palliative, Codice 89.01.R, incluso rivalutazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI).

- **Persona con disabilità inserita in un percorso assistenziale integrato:** documentazione relativa alla VMD e PAI.
- **Persona con disabilità in cure palliative domiciliari:** documentazione dell'Unità di Cure Palliative (UCP) per cure di tipo specialistico.
- **Persona con disabilità in centro residenziale di Cure palliative – Hospice:** documentazione di “persona nella fase terminale”.
- **Persona con disabilità che è ricorso all’assistenza ospedaliera** - codice diagnosi principale ICD 9: V667 – Cure palliative, 365.15-Stadio terminale del glaucoma ad angolo aperto, 365.24-Stadio terminale del glaucoma ad angolo chiuso, 403.01-Nefropatia ipertensiva maligna con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale, 403.11-Nefropatia ipertensiva benigna con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale, 403.91-Nefropatia ipertensiva non specificata con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale, 404.02-Cardionefropatia ipertensiva maligna senza insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale, 404.03-Cardionefropatia ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale, 404.13-Cardionefropatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale, 404.92-Cardionefropatia ipertensiva non specificata senza insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale, 404.93-Cardionefropatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale.
- **Persona con disabilità che riceve prestazioni sociali** - Tabella 1 del decreto 8 marzo 2013 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, concernente “*Definizione delle modalità di rafforzamento del sistema dei controlli ISEE*”:
- Contributi economici: Codice A1.11 Assegnazioni economiche per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale, ASSEGNO DI CURA = incentivazione economica finalizzata a garantire a soggetti anziani non autosufficienti e a disabili gravi o gravissimi, la permanenza nel nucleo familiare o nell'ambiente di appartenenza, evitando il ricovero in strutture residenziali, Codice A1.14 Contributi e integrazioni a rette per accesso a servizi residenziali, Interventi per garantire all'utente bisognoso la copertura della retta per l'accoglienza in strutture residenziali;
- Interventi e servizi: Codice A2.08 A.D.I.- Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari, prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) erogate “a domicilio” a persone non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera, per evitare ricoveri impropri e mantenere il paziente nel suo ambiente di vita;
- Servizi erogati attraverso strutture: Codice A3.01 Strutture semiresidenziali, Centri diurni per anziani non autosufficienti, Centri diurni per persone con disabilità, A3.2 Strutture residenziali, disabili gravissimi ospitati nelle strutture residenziali;
- Agevolazioni tributarie: A5.06 Deduzione delle spese mediche e di quelle di assistenza specifica necessarie nei casi di grave e permanente invalidità o menomazione, A5.07 Detrazione per spese relative a mezzi necessari all’accompagnamento e a facilitare l’autosufficienza dei soggetti disabili

- **Approccio sociale - VALUTAZIONE DEL BISOGNO ASSISTENZIALE GRAVISSIMO**

In riferimento alla situazione della persona con disabilità in ambito familiare e abitativo si prevede la somministrazione, in sede di domanda, di un breve questionario che ha funzioni di autodichiarazione al fine di avere un quadro della situazione contingente del richiedente della prestazione al momento della presentazione della richiesta. Il punteggio totale del questionario permette di rilevare le condizioni di maggiore criticità in cui vive.

La predisposizione del questionario è stata formulata tenendo conto delle seguenti informazioni:

- Composizione del nucleo familiare;
- Eventuali contributi riconosciuti dalle Amministrazioni Locali e non rientranti fra le prestazioni assorbibili ai sensi dell'art. 36, comma 4, D.Lgs 29/2024 (erogate nell'ambito delle attività di cui all'art. 1 commi 162/164 della Legge 234/2021).
- Eventuali tipologie di assistenza già attivate a favore dell'interessato da parte delle strutture pubbliche territoriali

Inoltre, per ciascun modulo è stata individuata la scala di valutazione del grado di bisogno assistenziale gravissimo.

- Ai fini dell'individuazione del livello minimo per il riconoscimento del bisogno assistenziale gravissimo è stato considerato, per ciascun elemento dell'indicatore, il livello minimo di punteggio attribuibile.
- Tenuto conto dell'ampia variabilità dei supporti economici garantiti a livello locale da parte delle Amministrazioni pubbliche nei confronti delle persone con disabilità gravissima si è ritenuto di escludere da tale valutazione il modulo 4 che pertanto avrà valenza ai fini del calcolo del livello di bisogno assistenziale gravissimo del soggetto richiedente la Prestazione Universale ma non ha contribuito a determinare la soglia minima di riferimento per l'attribuzione del beneficio come evidenziato nella matrice di specifica dell'indicatore allegata.

QUESTIONARIO BISOGNO ASSISTENZIALE GRAVISSIMO

modulo	DOMANDA	RISPOSTA	gradazione	punteggio	modalità calcolo soglia minima
1	Presenza di altre persone all'interno del Nucleo familiare?	SI	presenza di un soggetto ultraottantenne nel nucleo	3	1
			presenza di un soggetto con età compresa fra i 70 e 80 anni	1	
			presenza di soggetti con età inferiore ai 70 anni	0	
		NO		5	
2	L'assistito è l'unica persona con disabilità all'interno del nucleo familiare?	SI		0	
		NO	presenza di infra 65 enne 100% e acc/ ultra 65 enne con ind. acc.	5	2
			infra65enne con 100% /ultra 65enne "grave" 100%	4	
			infra65enne inv. 67-99%/ultra 65enne "medio-grave" 67-99%	2	
presenza di disabile con invalidità di grado inferiore ai precedenti	0				
3	Nel caso in cui il nucleo familiare è composto esclusivamente da soggetti ultra settantenne: è presente un supporto assistenziale prestato da soggetti che non fanno parte del nucleo dell'assistito?	SI	Assistenza esterna fornita da familiari	1	1
			assistenza esterna fornita da lavoratori domestici	0	
		NO		2	
4	Percepisce contributi, a carico del sistema pubblico, riconosciuti dalle Regioni e da altri Enti Pubblici in relazione alle necessità di assistenza non rientranti fra le prestazioni di cui all'art. 1 commi 162-164 della Legge n. 234/2021	SI	importo inferiore a 425 €	4	
			importo fra 425 e 850 €	3	
			importo 851 a 1300 €	1	
			importo sup a 1300 €	0	
		NO		5	
5	E' beneficiario di assistenze domiciliari garantite dalle strutture pubbliche locali	SI	1 gg a settimana	4	1
			2 gg a settimana	3	
			3 gg a settimana	2	
			4 gg a settimana	1	
			5 o più gg a settimana	0	
		NO		5	
6	É sottoposto a ricoveri e/o assistenza semiresidenziale diurna, fornita in day hospital e/o in strutture pubbliche o continuativa fuori dal proprio domicilio	SI	1 gg a settimana	6	3
			2 gg a settimana	5	
			3 gg a settimana	4	
			4 gg a settimana	3	
			5 gg o più a settimana	0	
		NO		7	
punteggio base per livello di bisogno assistenziale gravissimo					8

La Commissione individua il seguente punteggio minimo per il riconoscimento del livello gravissimo di bisogno assistenziale:

punteggio minimo = 8

I dati dichiarati in tabella saranno autodichiarati dall'interessato, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, e saranno oggetto di verifica sia direttamente a cura dell'Istituto, attraverso le banche dati già a disposizione, sia per il tramite di verifiche con le strutture pubbliche territoriali.

La Commissione, pertanto, ai fini dell'individuazione dello stato di bisogno assistenziale, di livello gravissimo, dei soggetti anziani di cui all'articolo 35, comma 1, del D.Lgs 29/2024, indica i seguenti elementi:

1. Sussistenza del livello di disabilità gravissima, come sopra individuato, nell'ambito dell'approccio sanitario;
2. Sussistenza di un bisogno assistenziale gravissimo nelle modalità sopra individuate, nell'ambito dell'approccio sociale, con un valore minimo di 8.

GLOSSARIO

Assistenza domiciliare l'insieme degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali che garantiscono l'erogazione di cure palliative e di terapia del dolore al domicilio della persona malata, per ciò che riguarda sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia quelli delle equipe specialistiche di cure palliative, di cui il medico di medicina generale è in ogni caso parte integrante, garantendo una continuità assistenziale ininterrotta.¹

Assistenza ospedaliera nell'ambito del ricovero ordinario, art. 38 (DPCM 12 gennaio 2017 Livelli di assistenza nell'ambito delle reti di cure palliative): codice V667 ICD 9.

Assistenza residenziale: l'insieme degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali nelle cure palliative erogati ininterrottamente da equipe multidisciplinari presso una struttura, denominata «hospice».²

Assistenza specialistica ambulatoriale, con il relativo nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, art. 5 allegato 4 DPCM 12 gennaio 2017 (Livelli di assistenza nell'ambito delle reti di cure palliative): prevede, le visite multidisciplinari per le cure palliative, inclusa la stesura del Piano di assistenza individuale (PAI) e le visite di controllo per la rivalutazione del PAI.

Bisogno assistenziale gravissimo: Si riferisce a condizioni mediche che sono persistenti, sostanzialmente disabilitanti o potenzialmente letali, e che richiedono trattamenti e interventi attraverso un ampio spettro di servizi medici, sociali e di salute mentale. Queste condizioni richiedono un approccio di gestione della cura multidisciplinare per garantire i migliori risultati possibili in termini di salute fisica, sociale e mentale¹. La definizione è stata sviluppata per aiutare i piani sanitari a identificare e gestire i pazienti con bisogni complessi e diversificati.³

Centri residenziali di Cure palliative – Hospice, art. 31 DPCM 12 gennaio 2017 (Livelli di assistenza nell'ambito delle reti di cure palliative): si garantisce l'assistenza residenziale ai malati nella fase terminale della vita, in ambito territoriale. persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, il complesso integrato delle prestazioni mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza farmaceutica e la fornitura di preparati per nutrizione artificiale, le prestazioni sociali, tutelari e alberghiere, nonché di sostegno spirituale. Le prestazioni sono erogate da equipe multidisciplinari e multiprofessionali nei Centri specialistici di cure palliative-Hospice che, anche quando operanti all'interno di una struttura ospedaliera, si collocano nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria territoriale. Gli Hospice assicurano l'assistenza medica e infermieristica e la presenza di operatori tecnici dell'assistenza sette giorni su sette, sulle 24 ore.

Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF): La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) è stata redatta nel 2001 dall' Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per misurare e classificare la salute e gli stati ad essa correlati. Essa sostituisce la precedente classificazione dell'OMS denominata

¹Art. 2 LEGGE 15 marzo 2010, n. 38 “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

² Art. 2 LEGGE 15 marzo 2010, n. 38 “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

³ Institute of Medicine (IOM).

"Classificazione Internazionale delle Menomazioni, Disabilità e Handicap - ICIDH" del 1980. Nell'ICF la disabilità viene definita come la "conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali, e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo". Al momento diversi gruppi internazionali stanno definendo quesiti, coerenti con tale classificazione, da utilizzare nelle indagini di popolazione.⁴

Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD IX -CIM): Classificazione redatta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Strumento fondamentale per la codifica degli eventi morbosi e delle cause di morte. È la traduzione italiana della "International Statistical Classification of Diseases and related health problems (ICD)", basata sulle raccomandazioni dell'organizzazione mondiale della sanità. Attualmente si è giunti alla decima revisione (ICD X) utilizzata per le statistiche sulle cause di morte, mentre per gli utilizzi relativi alle statistiche sulle dimissioni ospedaliere viene utilizzata la ICD-IX CM⁵.

Cure palliative domiciliari, art. 23 DPCM 12 gennaio 2017 (Livelli di assistenza nell'ambito delle reti di cure palliative): sono erogate dalle Unità di Cure Palliative (UCP) sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale, da aiuto infermieristico, assistenza tutelare professionale e sostegno spirituale. Le cure palliative domiciliari si articolano in 2 livelli: di base (costituito da interventi coordinati dal medico di medicina generale con CIA minore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale) e specialistico (costituito da interventi da parte di equipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati con CIA maggiore di 0,50 definiti dal progetto di assistenza individuale nonché pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore). Richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e dei familiari e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI). Le cure domiciliari palliative sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.

Cure palliative: l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici.⁶

Day hospice: l'articolazione organizzativa degli hospice che eroga prestazioni diagnostico-terapeutiche e assistenziali a ciclo diurno non eseguibili a domicilio.⁷

Disabilità gravissima: *“è persona con disabilità gravissima che necessita di assistenza continua 24 ore su 24, a volte prestata anche da più persone contemporaneamente, l'interruzione della quale, anche per un periodo molto breve, può portare a complicanze gravi o anche alla morte”*⁸

⁴ Disabilità in cifre, Istat – Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

⁵ Disabilità in cifre, Istat – Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

⁶ Art. 2 LEGGE 15 marzo 2010, n. 38 “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

⁷ Art. 2 LEGGE 15 marzo 2010, n. 38 “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

⁸ G. Genta, *Una sintesi (im)possibile*, <https://www.superando.it/2008/03/27/una-sintesi-impossibile/>

Percorsi assistenziali integrati, art. 21 DPCM 12 gennaio 2017 (Livelli di assistenza nell'ambito delle reti di cure palliative): è garantito l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona attraverso la valutazione multidimensionale dei bisogni (VMD), sotto il profilo clinico, funzionale e sociale e la predisposizione di un Piano di assistenza individuale (PAI). La VMD concorre a identificare il malato con bisogni complessi. Questi principi hanno una specifica rilevanza per le cure palliative. In particolare, le cure palliative confermate dai LEA in questa cornice escono dall'orizzonte temporale dell'end stage, estendendo il loro ambito di applicazione alle fasi precoci della malattia inguaribile a evoluzione sfavorevole.

Persona con disabilità: È persona con disabilità chi presenta durature compromissioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri, accertate all'esito della valutazione di base.⁹

Popolazione target: si intende la popolazione di riferimento beneficiaria della prestazione universale. Si tratta di persone anziane non autosufficienti che rispondono a determinati requisiti: devono avere almeno 80 anni, presentare un bisogno assistenziale gravissimo, possedere un ISEE socio-sanitario valido non superiore a 6.000 euro ed essere titolari dell'indennità di accompagnamento o, comunque, avere i requisiti per poterne beneficiare.

LIVELLI V E VI DI STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO SULLA BASE DEI BISOGNI SOCIOASSISTENZIALI – DM n.77/2022.

Il decreto del Ministro della salute n. 77/2022 distingue la stratificazione del rischio in riferimento alla classificazione del bisogno di salute, alla condizione clinica/sociale, al bisogno/intensità assistenziale e alla presa in carico. Nella seguente tabella sono riportati i livelli V e VI, ovvero quelli che hanno condizioni cliniche gravissime e che richiedono un sostanziale intervento sociale.

	Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
Stratificazione del rischio	V livello Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
	VI livello Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistano più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali

⁹ Art. 3 del D.lgs. n. 62/2024 va a modificare a commi 1,2 e 3 dell'articolo 3 della legge n. 104/1992.