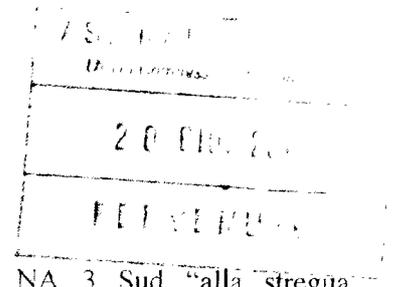


Oggetto: Documento di Valutazione "Cure Domiciliari" ASL NA 3 Sud.



Il Direttore Responsabile del Coordinamento SocioSanitario della ASL NA 3 Sud "alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Servizio e dalle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa dal Dirigente del Servizio a mezzo di sottoscrizione della presente", relaziona quanto segue:

PreMESSO che

- con Delibera n. 00332 del 25/02/2011 ad oggetto "Delibera G.R.C. n. 41 del 14/02/2011 "Approvazione del documento recante linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari" il sistema dei servizi domiciliari in Campania con allegato. Presa d'atto e provvedimenti", la ASL NA 3 Sud ha recepito il documento allegato alla DGRC suscitata: è stato costituito, ai sensi della predetta delibera, "un gruppo di lavoro" per la predisposizione di una relazione valutativa dalla quale emergono le azioni programmate e realizzate in materia di cure domiciliari e gli obiettivi quali - quantitativi raggiunti;
- che è stato individuato quale Coordinatore del "gruppo di lavoro" il Dr. Antonio Secondulfo per l'incarico di Coordinatore SocioSanitario;
- che, a seguito di diversi incontro con il "gruppo di lavoro" si è predisposto e definito il documento finale delle "Cure Domiciliari" della ASL NA 3 Sud.



Considerato che il Dr. Antonio Secondulfo ha presentato in data 31/05/2011 la relazione valutativa in conferenza dei servizi ex art. 14 L. 241/90 della ASL NA 3 Sud, per la necessaria condivisione con tutte le strutture aziendali preliminarmente all'adozione del documento.

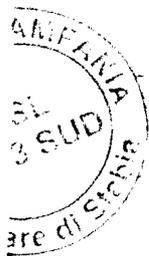
Ritenuto che bisogna presentare il predetto documento all'Assessorato alla Sanità della Regione Campania entro il 30/06/2011.

Il Direttore della U.O.C. Coordinamento Socio Sanitario

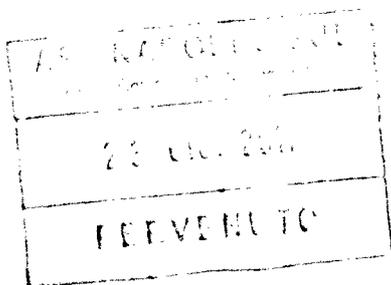
Propone al Commissario Straordinario

di recepire ed adottare il Documento di Valutazione "Cure Domiciliari" della ASL NA 3 Sud, che si allega e forma parte integrante e sostanziale:

di inviare il presente documento all'Assessorato alla Sanità della Regione Campania in ottemperanza alla DGRC n. 41/2011.



Il Direttore
Antonio Secondulfo



Il Commissario Straordinario

Preso atto della dichiarazione di regolarità della istruttoria compiuta dal Servizio nonché dalla dichiarazione di legittimità tecnica ed amministrativa resa dal Direttore proponente con sottoscrizione della proposta che precede

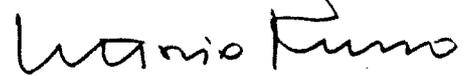
Delibera

di recepire ed adottare il Documento di Valutazione "Cure Domiciliari" della ASL NA 3 Sud , che si allega e forma parte integrante e sostanziale;

- di inviare il presente documento all'Assessorato alla Sanità della Regione Campania in ottemperanza della DGRC n. 41/2011.
- il servizio proponente sarà responsabile in via esclusiva della esecuzione della presente deliberazione curandone tutti i consequenziali adempimenti
- di rendere la presente immediatamente esecutiva.

Il Commissario Straordinario

Dr. Vittorio Russo



AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 SUD

COORDINAMENTO SOCIO SANITARIO

RELAZIONE VALUTATIVA

CURE DOMICILIARI

Premessa



Il D.lgs 229/1999 e i successivi atti di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie (DD.P.C.M. 14/02/01 e 29/11/01) definiscono le "prestazioni socio-sanitarie" come le attività atte a soddisfare mediante percorsi integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

La Legge n. 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" definisce i percorsi – l'assetto istituzionale e organizzativo del sistema integrato di interventi e servizi sociali – individua il Piano di Zona dei servizi sociosanitari come strumento fondamentale per la realizzazione delle politiche di intervento nel settore sociosanitario, con riferimento, alla capacità dei vari attori istituzionali e sociali di definire, nell'esercizio dei propri ruoli e compiti, scelte concertate in grado di delineare opzioni e modelli strategici adeguati per lo sviluppo del sistema a rete dei servizi sociosanitari sul territorio di riferimento.

La Deliberazione del Commissario Straordinario della ASL NA 3 Sud n. 000342/2010 approva la Costituzione delle U.V.I. – Unità di Valutazione Integrata - ed il percorso sociosanitario distrettuale.

Il Decreto del Commissario ad Acta n. 49/2010 definisce le aree prioritarie di intervento per la riorganizzazione della rete territoriale con particolare riguardo al sistema di cure domiciliari.

La Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 41 del 14/02/2011 approva il documento recante linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari – e stabilisce, tra l'altro, che "ciascuna Azienda ed Ambito Territoriale il 30 giugno di ogni anno dovranno relazionare in merito all'attuazione delle linee guida predisponendo una relazione valutativa dalla quale emergano le azioni programmate e realizzate in materia di implementazione del sistema di cure domiciliari e gli obiettivi quali - quantitativi raggiunti".

La Deliberazione del Commissario Straordinario della ASL NA 3 Sud n. 332 del 25/02/2011 prende atto della D.G.R.C. n. 41/2011 e, dispone, tra l'altro, la costituzione di una Commissione – Gruppo di Lavoro – per la stesura del "Documento delle Cure Domiciliari della ASL Na 3 Sud" e sua adozione.

Il Piano Sanitario Regionale della Campania 2011/2013 – BURC n. 32 del 27/05/2011 definisce, tra l'altro, il sistema delle cure domiciliari e la integrazione sociosanitaria.

Il "Gruppo di Lavoro" di questa Azienda insediatosi il giorno 22/03/2011 ha tenuto presente un modello di assistenza domiciliare applicato alle leggi di riferimento sopra citate, ed in particolare ci si riferisce non solo alla Legge 328/00, ma anche al regolamento di attuazione della Legge regionali n. 11/2007 ed al decreto sui LEA, nella parte conclusiva dedicata all'Area di integrazione sociosanitaria (All.1C).

Vi è stata l'esigenza di portare a termine un documento congiunto tra i vari servizi costituitisi nel "Gruppo di Lavoro" al fine di fornire indirizzi uniformi e trasparenti per la erogazione delle "Cure domiciliari".

Durante il processo di lavoro, si sono evidenziate criticità di natura economica, organizzativa ed operativa – dovute essenzialmente a due diverse realtà aziendali che si sono accorpate nella ASL NA 3 Sud.

Si è tenuto presente in particolare degli obiettivi citati dal Piano delle attività di cui alla DGR n. 210/09 per l'incremento del numero di anziani in Assistenza Domiciliare Integrata e principalmente:

- qualificare il sistema di offerta dei servizi di ADI
 - incrementare l'offerta di ADI;
 - riorganizzare il sistema di offerta dei servizi sociosanitari
 - accrescere le competenze degli addetti ai lavori
 - disporre di un sistema informativo socio - sanitario
- Porre in essere, quindi, un documento condiviso che prevede di:

- a) fotografare l'esistente
- b) attuare un nuovo sistema aziendale dei servizi domiciliari
- c) attuare nuove caratterizzazioni dell'assistenza domiciliare in ambito sanitario
- d) attuare nuove caratterizzazioni dell'assistenza domiciliare in ambito sociale
- e) portare avanti la realizzazione della deospedalizzazione in modo da sviluppare ulteriormente l'assistenza residenziale e nel nostro caso quella domiciliare

FOTOGRAFIA DELL'ESISTENTE

L'Azienda Sanitaria Locale della Napoli 3 Sud opera con i seguenti Servizi:

- Servizio Fasce Deboli

- Direttore dr.ssa Maria Galdi;
- Responsabile U.O. ADI dr. Vincenzo Tondi;

Questo servizio fornisce la rete di Cure Domiciliari per i Distretti Sanitari nn. 48,49,50,51,52 attraverso le UU.OO.AA. – attività Assistenziale ADO (Ex ASL NA 4).

Il personale coinvolto è dipendente è svolge l'attività solo al di fuori dell'orario di servizio.

Monitoraggio prestazionale 2010

a) I pazienti assistiti in ADI sono stati n. 441

I pazienti in ADP n. 5.308

Gli accessi infermieristici in ADI sono stati n. 13.891

Gli accessi dei MMG in ADI sono stati n. 992

Gli accessi di altri operatori sono stati n. 104

Personale coinvolto

MMG/Infermieri Professionali dei DD.SS.

b) I pazienti assistiti – Malati terminali – sono stati n. 158

Gli accessi infermieristici sono stati n. 866

Gli accessi dei Medici sono stati n. 392

Personale coinvolto

- n. 2 Dirigenti Medici Anestesisti
- n. 8 Infermieri Professionali
- n. 1 O.S.A.

c) Pazienti assistiti - Cure domiciliari - Piaghe da decubito – sono stati n. 108

n. preparazioni Gel piastrinici n. 278

Personale coinvolto

- n. 3 Dirigenti Medici Anestesisti
- n. 2 Infermieri Professionali
- n. 2 Biologi
- n. 3 Tecnici di Laboratorio
- n. 1 O.S.S.
- n. 1 amministrativo

d) Pazienti assistiti – Cure domiciliari III° livello ADO – sono stati n. 35

Gli accessi infermieristici sono stati n. 3.419

Gli accessi dei Medici sono stati n. 1.633

Gli accessi O.S.S. sono stati n. 487 – ore assistenza O.S.S. n. 1.461

Personale coinvolto

- n. 8 Dirigenti Medici Anestesisti
- n. 2 Dirigenti Medici Specialisti (neurologo/nutrizionista)
- n. 28 Infermieri Professionali
- n. 10 O.S.S.

e) Pazienti assistiti – Cure domiciliari – NAD e NED – sono stati n. 40

Gli accessi dei Medici sono stati n. 593 – preparati NAD n. 237

Personale coinvolto

- n. 1 Dirigente Medico Nutrizionista
- n. 1 Dirigente Farmacista

E' attiva la erogazione diretta di farmaci, ausili e presidi.

Mancano le seguenti figure professionali: psicologi, infermieri, fisioterapisti e O.O.S. indispensabile per tale assistenza

L'importo calcolato per tali figure professionali è pari ad euro 193.000,00 comprensiva di IVA al 4% - stima determinata sui pazienti attualmente in cura aventi diritto di questa tipologia di prestazioni – bisogna considerare anche l'abbattimento di euro 50.000,00 per il costo attuale per l'accesso del personale dipendente infermieristico impegnato nelle prestazioni per le Cure domiciliari di II° livello.

Settore Assistenza Anziani

- Responsabile dr. Gerardo De Martino

Questo servizio coordina le attività dell'assistenza agli anziani (domiciliare, residenziale e semiresidenziale) e ne monitorizza le attività per la ex ASL NA 5.

Inoltre il Resp. del predetto settore è Direttore della RSA/CD Anziani "Le Terrazze" Distretto Sanitario n. 57 Torre del Greco (NA).

Personale coinvolto



Personale dei DD.SS. e per le attività infermieristiche, fisioterapista, psicologiche, OO.SS. anche attraverso la esternalizzazione delle prestazioni.

Inoltre vengono attivate specifici percorsi specialistici:

- a) Centro di riferimento aziendale per la cura delle LCC,
- b) N.A.D.;
- c) Centro Trasfusionale;
- d) Terapia del dolore;
- e) spec. epatologo, neurologo, ed altri.

Queste attività specialistiche sono appositamente regolamentate con atti propri.
E' attiva la erogazione diretta di farmaci, ausili e presidi.

Monitoraggio prestazionale 2010

Pazienti assistiti sono stati n. 1.932

Le prestazioni infermieristiche erogate (accessi) sono state n. 114.303

Le prestazioni riabilitative (personale dipendente) erogate sono state n. 1.606

Le prestazioni OO.SS. sono state n. 911 (inizio metà giugno)

Le prestazioni specialistiche geriatriche erogate sono state n. 4.873

Le prestazioni erogate dai Centri – numero nuovi casi -

- LCC n. 342
- NAD n. 354
- Trasfusioni Domiciliari n. 27
- Terapia del dolore n. 34
- Spec. ospedalieri (paracentesi, dialisi peritoneale) n. 62
- Altro ospedaliero (nefrologia, epatologia, anestesia) e territoriale (NAD, Centro di riferimento LCC) n. 23

I tempi di attesa hanno una media di giorni 2,4 con un range da 1 a 5 giorni.

- Settore A.D.O.

- Responsabile dr. Giovanni Seccia - fornisce la rete ADO per la ex ASL NA 5 – l'assistenza domiciliare ai pazienti da 0 a 65 anni ed ai pazienti ultrasessantacinquenni per l'assistenza di III° livelli.

Area di Intervento

- assistenza domiciliare pediatrica
- assistenza domiciliare per terapia del dolore
- assistenza domiciliare cure palliative
- assistenza domiciliare nutrizionale
- assistenza domiciliare respiratoria
- assistenza domiciliare chirurgica
- assistenza domiciliare rianimazione
- assistenza domiciliare nefrologica
- assistenza domiciliare epatologica
- assistenza domiciliare trasfusionale

Monitoraggio prestazionale 2010

Pazienti assistiti n. 871

Pazienti oncologici terminali n. 284

Pazienti pediatrici n. 110

Gli accessi (valutazioni/visite domiciliari/ ospedaliere) del Responsabile del settore sono stati n. 100 – valutazione in sede distrettuale n. 70 U.V.I.

Gli accessi dello pneumologo sono stati n. 180

Gli accessi infermieristici sono stati 1.400 (n. 600 prese in carico e programmazione dell'assistito e n. 800 di verifica dell'assistenza erogata dalla ditta esterna)

Personale coinvolto

n. 2 specialisti ambulatoriali pneumologi (totale 12 h/settimanale)

n. 1 coordinatore professionale sanitario

n. 2 operatori professionali sanitari

n. 1 coadiutore amministrativo

Le prestazioni infermieristiche e socio-sanitarie vengono effettuate dal personale ATI esterna assegnataria di gara

Pazienti assistiti – dimissione protetta della rianimazione aziendale

- L'assistenza medica è programmata su base settimanale nel primo mese, e mensile a seguire mentre l'assistenza infermieristica è bi quotidiana per 20/30/ gg. dalla dimissione.

Il Settore ADO attiva l'assistenza infermieristica dell'ATI esterna affidataria di gara – l'assistenza medica di rianimazione resta garantita per tutta la durata della presa in carico.

Pazienti assistiti – assistenza specialistica domiciliare

a) Assistenza nefrologica (pazienti con insufficienza renale cronica in fase predialitica non deambulati/pazienti in dialisi peritoneale) - n. pazienti 110

- consulenze domiciliari n. 688

- dialisi peritoneale n. 6

- accessi medici n. 334

Tipologia delle prestazioni: visita medica, assistenza infermieristica

b) Assistenza epatologica (pazienti con insufficienza epatica cronica in fase avanzata

- consulenze domicilio n. 275

- consulenze specialistiche occasionali n. 30

Tipologia delle prestazioni: visita – visita/ecografia – visita/paracentesi

c) Assistenza rianimativa

- terapia del dolore e cure palliative a domicilio (pazienti oncologici in fase terminale di tutte le età, pazienti affetti da sindrome altiche resistenti ai comuni trattamenti)

- consulenze domiciliari n. 730

- assistenza a pazienti in ventilazione polmonare invasiva post-dimissioni protette (pazienti con insufficienza respiratoria, tracheostomizzati in ventilazione polmonare invasiva, pazienti con patologie neurologiche progressive in cure palliative (sclerosi laterale amiotrofica, etc)

- consulenze domiciliari n. 501

Tipologia delle prestazioni: impostazione, monitoraggio ed eventuali variazione del modello ventilatorio – cambio cannula tracheostomica.

Pazienti assistiti – assistenza rianimativa pediatrica diretta

Pazienti n. 1 (Bimba affetta da grave cerebropatia ipossica da asfissia perinatale in ventilazione polmonare invasiva e nutrizione entrale via peg)

Personale coinvolto (P.O. Santa Maria della Misericordia di Sorrento) – rianimatore, infermiere professionale, operatorie sociosanitaria, - l'assistenza infermieristica ed OSS è quotidiana mentre l'assistenza medica è programmata secondo le necessità.

Pazienti assistiti – assistenza rianimativa pediatrica indiretta

Pazienti n. 7 - con diverse tipologie

Attività di assistenza in convenzione con la Rianimazione Pediatrica dell'A.O. Santobono anche per le prestazioni di neurologia integrata con le prestazioni di specialisti ospedalieri e distrettuali aziendali (n. 7 convenzioni attive).

Accessi medici circa 395

Accessi infermieristici circa 405

Accesso medico euro 300

Accesso Infermieristico euro 120

Assistenza medica specialistica 118.500

- Assistenza infermieristica di rianimazione pediatrica euro 48.600

Pazienti assistiti – assistenza domiciliare respiratoria

Specialisti ambulatoriali assegnati 12h/week

Pazienti n. 65 – con diverse tipologie –

Pazienti assistiti – assistenza trasfusionale domiciliare

Pazienti n. 142

Trasfusioni n. 662

Tipologia di prestazione: trasfusione domiciliare di emoderivati con presenza del medico e dell'infermiere per tutta la durata della trasfusione.

Attività di assistenza infermieristica e sociosanitaria domiciliare affidata ad ATI esterna nel corso del 2010

Assistenza Ditte esterne anno 2010

Prestazioni infermieristiche da 60' n. 44.323 - costo euro 115.643

Prestazioni infermieristiche da 30' (dal 14/06/2010): n. 9.645 – costo euro 115.643

Ore di assistenza Operatori sociosanitari erogate: n. 20836 – costo per l'Azienda (50%) euro 160.780

Ore di assistenza psicologica erogate 8 da agosto 2010): n. 516 – costo euro 15.418.

N.B. Per le Cure Palliative e Terapia del dolore per la ex ASL NA 4 è in essere la Delibera n. 102 del 25/01/2007 ad oggetto "Cure Palliative presso Ospedale di Nola" – per la ex ASL NA 5 è in essere la Delibera n. 000235 del 03/05/2002 ad oggetto "Deliberazione n. 930/2001 – Piano oncologico aziendale attivazione di tre centri di terapia del dolore oncologico".

L'analisi del contesto evidenzia la presenza di due diverse realtà:

Una realtà territoriale ex ASL NA 4 nella quale esistono:

U.O.C. Servizio Fasce Deboli con i seguenti compiti:

- direzione e coordinamento delle attività;
- responsabile di budget di fondi istituzionali e finalizzati (C.I.P.E., U.N.R.A., ministeriali, regionali);
- elaborazione di progettualità specifiche;
- studio, ricerca e formazione;
- coordinamento attività di progettazione per il miglioramento continuo della qualità (organizzativa, tecnico-professionale).

U.O.S. che coordinano l'assistenza domiciliare delle UU.OO.AA.AA. Distrettuali.

Una realtà territoriale ex ASL NA 5 nella quale esistono due U.O.S. afferenti ai Servizi Assistenza Ospedaliera ed Assistenza Distrettuale della Direzione Sanitaria Aziendale:

- U.O.S. Assistenza Anziani con compiti di coordinamento, gestione delle problematiche geriatriche distrettuali (unità di valutazione Alzheimer, emergenza estiva, assistenza domiciliare integrata – Direzione RSA gestione diretta) - coordinamento attività di progettazione per il miglioramento continuo della qualità (organizzativa, tecnico-professionale).
- U.O.S. Cure Domiciliari di III° livello – Assistenza Domiciliare Ospedaliera - con compiti di coordinamento dell'assistenza domiciliare di III°, ai minori, adulti e pazienti gravi con la integrazione delle professionalità ospedaliere.

Esistono due UU.OO.SS. Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) delle due ex AA.SS.LL. con compiti di gestione della nutrizione enterale e parenterale per i pazienti domiciliari – un Centro di riferimento aziendale per le Cure delle lesioni croniche cutanee con personale dedicato dipendente ex ASL NA. 5.

#####

Percorso Socio Sanitario Cure Domiciliari della ASL NA 3 SUD

Certamente è necessario una rimodulazione organizzativa al fine di rendere le procedure uniformi e omogenee atteso il crescente bisogno/domanda di assistenza domiciliare attraverso la ottimizzazione delle risorse disponibili.

Occorre definire ruoli compiti e funzioni rispettive dei settori sociali e sanitari nell'ambito della organizzazione dei servizi integrati domiciliari, e quindi definire le prestazioni erogate dai vari servizi ed escriverne le competenze, le modalità organizzative, alla luce della necessità dell'integrazione e, non ultimo la qualificazione delle spese attivando risorse finanziarie definendo i criteri di riparto degli oneri.

Fermo restante la **centralità** del Distretto Sanitario, anzi è ragionevole iniziare a parlare di "**Distretto Socio Sanitario**" dove avviene il percorso sanitario e sociosanitario del paziente/utente avente diritto di cura, attraverso una Valutazione Multidimensionale, che si ponga quale obiettivo la scelta del "luogo di cura" appropriato, ovvero quello della destinazione del "caso" in uno dei nodi della rete dei servizi – si ritiene che le **Cure Domiciliari – inserite in un ottica dipartimentale aziendale socio sanitaria** - siano

coordinate da tre **strutture** che garantiscano ed assicurino la continuità assistenziale, il governo clinico e, quindi l'appropriatezza delle risposte, nello specifico:

a) una che coordina le Cure Domiciliari per pazienti anziani con compiti di governance del percorso complessivo e multiprofessionale a garanzia dei livelli prestazionali resi in maniera appropriata attraverso la efficienza e la efficacia della prestazione erogata - di monitoraggio delle attività e supporto specialistico;

b) una che coordina le Cure Domiciliari per gli altri pazienti sempre con compiti di governance del percorso complessivo e multiprofessionale a garanzia dei livelli prestazionali resi in maniera appropriata attraverso la efficienza e la efficacia della prestazione erogata - di monitoraggio delle attività e supporto specialistico;

c) una dedicata alla alta intensità: coordina tutte le attività domiciliari ad elevata specializzazione per pazienti di tutte le fasce di età e le attività di integrazione ospedale/territorio:

- oncologici e terminale;
- nutrizione artificiale domiciliare;
- emotrasfusioni;
- terapia del dolore;
- etc.

Le prestazioni che dobbiamo tenere presente, ai sensi della DGRC n. 41/11, e che scaturiscono dal bisogno di assistenza rappresentate attraverso un percorso che è regolamentato da un protocollo operativo per l'accesso alle prestazioni socio sanitarie, che è allegato a questo documento, sono:

a) Cure prestazionali

Sono prestazioni che prevedono un percorso esclusivamente distrettuale caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato (ADP).

Sono richieste dal medico di assistenza primaria o dal pediatra di libera scelta – responsabile del processo.

Sono prestazioni di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e sono concordate con il Responsabile della UU.OO. dedicato alla competenza del caso.

In sede distrettuale vengono concordati:

a) la durata con relativa decorrenza del periodo di erogazione dell'assistenza programmata domiciliare, che comunque non può essere superiore ad un anno con possibile proroga;

b) la periodicità settimanale, quindicinale o mensile degli accessi del medico di medicina generale al domicilio;

c) momenti di verifica al fine della migliore personalizzazione dell'intervento in relazione alle ulteriori prestazioni infermieristiche, sociali, specialistiche, di ricerca diagnostica che necessitino al soggetto.

Agli atti del Distretto Sanitario è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico che ha in carica pazienti – nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti con le relative prestazioni mensili.

Le prestazioni di questa tipologia sono quelle elencate nel documento del Ministero delle Salute e comprendono, tra l'altro:

- Prelievo ematico
- Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine esame culturale etc.)
- Terapia iniettiva intramuscolare e sottocutanea
- Cateterismo vescicale

- Prestazioni di ausili o protesi
- Consulenze del medico specialista ambulatoriale
- Visite programmatiche del MMG/PLS

b) Cure di I° e II° Livello

Sono rivolte ai malati che pur presentando delle criticità specifiche hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati. Queste cure prevedono un ruolo di centralità del MMG/PLS che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura.

Sono caratterizzate dalla formulazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) redatto in base alla valutazione globale multidimensionale (UVI) ed erogate attraverso la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale.

La gamma di prestazioni che riguardano questa tipologia di intervento professionale comprende le prestazioni medico/infermieristico, riabilitative e medico specialistiche, principalmente:

- Prestazioni relative all'attività clinica di tipo valutativo diagnostico
- Prestazioni relative all'attività educativa/relazionale/ambientale
- Prestazioni relative all'attività clinica di tipo terapeutico:
 - a) Prestazioni relative ai trattamenti farmacologici e al mantenimento della omeostasi
 - b) Prestazioni relative alle funzioni escretorie ed altre
 - c) Prestazioni relative al trattamento delle lesioni cutanee e alle alterazioni dei tessuti molli
- Prestazioni relative ai trattamenti di tipo riabilitativo
- Prestazioni relative alla attività di programmazione/valutazione

c) Cure di III° Livello

Sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità, assorbono la Ospedalizzazione domiciliare – la terapia antalgica – le cure palliative ai malati terminali.

Queste tipologie di cure domiciliari – in funzione della differente complessità/intensità - sono caratterizzate anche esse dalla formulazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) redatto in base alla valutazione globale multidimensionale ed erogate attraverso la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale.

Presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e la individuazione di un piano di cura da elaborare con l'intervento di tipo multidisciplinare integrato.

La gamma di prestazioni che riguardano questa tipologia di intervento professionale comprende le prestazioni medico/infermieristico, riabilitative fisioterapiche, logopediche, psicologiche, dietologiche e medico specialistiche, principalmente:

- Prestazioni relative all'attività clinica di tipo valutativo diagnostico
- Prestazioni relative all'attività educativa/relazionale/ambientale
- Prestazioni relative all'attività clinica di tipo terapeutico:
 - a) Prestazioni relative ai trattamenti farmacologici e al mantenimento della omeostasi
 - b) Prestazioni relative alle funzioni escretorie ed altre
 - c) Prestazioni relative al trattamento delle lesioni cutanee e alle alterazioni dei tessuti molli
- Prestazioni relative ai trattamenti di tipo riabilitativo
- Prestazioni relative alla funzione respiratoria
- Prestazioni relative alla funzione alimentare

- Medicazioni complesse
- Prestazioni relative alla attività di programmazione/valutazione

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

- 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

L'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza presso il proprio domicilio

A seguito delle linee di indirizzo per l'assistenza delle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza – approvate in conferenza unificata nella seduta del 05/05/2011 - è utile dare un cenno a quanto viene rappresentato nelle predette linee guida – in quanto vi è la necessità di definire un percorso lineare e precoce anche per le cure domiciliari per tale assistenza.

“E’ necessario, comunque e sempre, nella gestione di tali pazienti garantire un sistema di monitoraggio dello stato di coscienza e documentare la loro responsabilità e/o la loro evoluzione da parte di specialisti neurologi esperti in riabilitazione e fisiatristi esperti in riabilitazione neurologica. Importante e innovativo iniziare a sviluppare il concetto, per cui una persona in SV (stato vegetativo) o in SMC (stato di minima coscienza), non debba essere più considerata “malato o paziente”, bensì persona con “gravissima” disabilità che, al pari di altre con gravissime patologie croniche, può seguire terapie di prevenzione, mantenimento e cura presso strutture non sanitarie.

Tale considerazione è da ritenersi importante sia per legittimare la richiesta di passaggio di una persona in SV o SMC a strutture di carattere “non prettamente sanitario”, sia per “agevolare” e predisporre gli aspetti psichici e psicologici della famiglia coinvolta ad una migliore comprensione dello stato del suo congiunto e della sua nuova realtà e quindi ad una sua predisposizione per un ritorno a casa del congiunto o per un suo passaggio ad altra struttura.

“E’ chiaro ed evidente che la fase di passaggio ad altra struttura non sanitaria di persone con disabilità gravissime costituisce una fase molto delicata che necessita di indispensabili strumenti sociali e sanitari di supporto alle persone e alla famiglia”.

La complessità della problematica di inserire questi pazienti a domicilio consiste di “mettere a punto un sistema integrato che parta dai Medici di Medicina Generale (MMG) e dai Pediatri di Libera scelta (PLS) che possa costituire lo snodo tra il paziente, la famiglia e gli operatori del sistema”.

“Risulta necessario che al paziente in assistenza domiciliare venga garantita:

- un'ampia condivisione dei dati del paziente tra i vari operatori del sistema;
- una regia unitaria capace di congiungere efficacia, qualità e tempestività degli interventi;
- la “rete” assistenziale, sia in termini di struttura che in termini di collegamento operativo tra tutte le figure professionali coinvolte;

- la promozione di iniziative atte a facilitare l'accesso periodico alle strutture specialistiche ed ospedaliere per la effettuazione di prestazioni sanitarie richieste da medico curante;

"Il rientro nel proprio domicilio, laddove è possibile, deve essere incentivato in particolare per i soggetti giovani. "Preso atto della situazione clinica, per organizzare il rientro domiciliare in condizioni di protezione deve, quindi, essere precocemente attivata la Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) (medica, infermieristica, fisioterapica, sociale) del territorio/ASL della persona in SV, SMC o con grave disabilità, esiti tutti di gravi cerebrolesioni acquisite."

All'interno della UVM deve esserci un medico specialista in riabilitazione con specifiche competenze neurologiche o neurologo con specifiche competenze riabilitative che fa parte del sistema a rete dedicato alle gravi cerebrolesioni acquisite e che veicola e garantisce la continuità delle cure nonché rappresenta le necessità assistenziali".

"I compiti della UVM, tra l'altro:

- valutazione sociale e psicologica del nucleo familiare
- valutazione del domicilio e degli adattamenti necessari
- definizione del programma personalizzato socio-sanitario
- valutazione di bisogni per nutrizione artificiale e gestione della cannula tracheostomica
- valutazione dei bisogni di ausili e sussidi indispensabili
- identificazione del case-manager della persona in SV o SMC
- previsione di periodi programmati di accoglienza temporanea presso strutture dedicate"

Servizi forniti alla famiglia

- "i servizi territoriali della ASL e del Comune di residenza forniscono assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, nell'ambito di uno specifico progetto individuale concordato con la famiglia, elaborato sulla base dei bisogni del paziente, delle esigenze delle famiglie e delle risorse attivabili nei territori di riferimento
- il servizio di riabilitazione domiciliare (1° Livello) della ASL può fornire interventi di riabilitazione di mantenimento a giudizio del fisiatra del servizio medesimo
- è compito del medico di medicina generale verificare periodicamente o su chiamata eventuali necessità sanitarie intercorrenti
- il Servizio Territoriale verifica periodicamente la situazione psicologica e sociale della famiglia e individua eventuali necessità e provvedimento
- il Servizio Territoriale programma anche eventuali modifiche di percorso della persona con SV e SMC quando necessari e consigliabili"

E' inoltre opportuno che si tenga presente, tra l'altro:

- "i familiari abbiano punti di riferimento per eventuali bisogni valutativi in ordine al cambio di programma (ausili, comunicazione, interventi chirurgia funzionale etc.)
- su indicazione del medico di medicina generale, il Servizio Territoriale della ASL di residenza fornisca direttamente al domicilio del paziente le visite specialistiche, i servizi per prelievi ematici e controlli e, laddove possibile, i servizi di indagine clinica da effettuarsi con apparecchiature trasportabili/mobili quali: ecografia, radiografie, ECG
- i Servizi Territoriali delle ASL e i relativi Distretti seguano tutte un unico "protocollo" nella fornitura dei servizi per cui sono preposti evitando "difformità" di comportamento

Al momento, dai dati trasmessi dai servizi competenti, nella ASL NA 3 Sud – come precedentemente rappresentato - vengono assistiti:

- n. 1 paziente – assistenza rianimativa pediatrica diretta (personale coinvolto dell'Ospedale Santa Maria della Misericordia di Sorrento)
- n. 7 pazienti – assistenza rianimativa pediatrica indiretta in convenzione (personale coinvolto dell'Ospedale Santobono di Napoli)



Accesso alle Cure Domiciliari

Distretto Socio Sanitario

I Distretti Socio Sanitari della ASL NA 3 Sud sono

- Il Distretto Sanitario n. 48 - Marigliano
- Il Distretto Sanitario n. 49 - Nola
- Il Distretto Sanitario n. 50 - Volla
- Il Distretto Sanitario n. 51 - Pomigliano D'Arco
- Il Distretto Sanitario n. 52 - Palma Campania
- Il Distretto Sanitario n. 53 - Castellammare di Stabia
- Il Distretto Sanitario n. 54 - S. Giorgio a Cremano
- Il Distretto Sanitario n. 55 - Ercolano
- Il Distretto Sanitario n. 56 - Torre Annunziata
- Il Distretto Sanitario n. 57 - Torre del Greco
- Il Distretto Sanitario n. 58 - Pompei
- Il Distretto Sanitario n. 59 - Sorrento

Rappresentano il "centro della programmazione sociale e sanitaria, la sede della lettura dei bisogni della popolazione dove è possibile stabilire le vere priorità territoriali e quindi programmare gli interventi a misura del singolo cittadino e delle singole famiglie.

L'accesso ai servizi distrettuali avviene attraverso la porta unica di accesso (PUA).

Nell'ottica di superare la frammentarietà delle risposte ai bisogni sanitari sociosanitari è stato posto in essere, come già precedentemente riferito, un "Protocollo Operativo per la regolamentazione del Sistema Integrato d'Accesso (S.I.A.) alle prestazioni socio sanitarie e l'attivazione delle Unità di Valutazione Integrate (U.V.I). coinvolgendo anche gli Ambiti Territoriali.

Questo protocollo operativo ha lo scopo di garantire l'accoglienza, l'informazione ed l'orientamento al cittadini fin dal primo momento della formulazione delle richieste e di agevolare l'accesso ai servizi - non solo per le Cure Domiciliari ma per tutte le aree di bisogno.

La Proposta di Ammissione all'ADI/CDI è formulata dall'UO distrettuale competente (PUA) in raccordo con il MMG, stante il consenso informato e il rispetto della privacy del diretto interessato.

La proposta di ammissione deve essere predisposta su supporto informatico/cartaceo e deve contenere, oltre alle informazioni già presenti nella richiesta di accesso, le seguenti informazioni:

- Bisogno/problema rilevato

- Prima valutazione sulla presenza dei requisiti per l'attivazione dell'ADI/CDI
- Tempi di attivazione dell'UVI

Tale proposta è inviata al Direttore del Distretto Socio Sanitario (o suo delegato) al quale è affidata la responsabilità di attivare l'UVI

A tale proposito si precisa e si ripete che i requisiti indispensabili per l'attivazione dell'ADI/CDI sono:

- Condizione di non autosufficienza (disabilità) e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;
- Potenzialità e disponibilità della famiglia o della rete parentale o informale tale da fornire un concreto supporto al Progetto personalizzato;
- Adeguate condizioni abitative in grado di consentire la concreta erogazione delle prestazioni previste nel Progetto personalizzato;
- Consenso informato da parte della persona o suo tutore;

Preso in carico da parte del medico di medicina generale o pediatra di libera scelta (garanzia degli accessi concordati, disponibilità telefonica negli orari e nei giorni previsti dai CC.CC.NN).

Sulla base della proposta per l'ammissione all'ADI/CDI viene convocata l'UVI.

La UVI, come già riferito, svolge i seguenti compiti:

- Effettua la valutazione multidimensionale del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del suo nucleo familiare;
- Elabora il Progetto Personalizzato che deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela;
- Verifica e aggiorna l'andamento del Progetto Personalizzato.

Nella valutazione multidimensionale dell'UVI deve essere utilizzato uno strumento specifico al fine di rendere omogenei e confrontabili i criteri di valutazione - la scheda SVAMA.

La definizione del piano di intervento deve avvenire entro 30 giorni al massimo.

In sede UVI viene individuato il Case Manager o Responsabile del caso, un professionista che opera come "riferimento" e "facilitatore" per la persona in carico al servizio.

Il Case Manager o Responsabile del caso ha il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale, per coordinare le risorse e migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza.

E' fondamentale che sappia costruire un dialogo costante con la persona assistita e/o la sua famiglia.

In pratica il Case Manager o Responsabile del caso è colui che ha in mano il controllo della fase operativa delle ADI/CDI, verificando chi ha fatto che cosa, con quale frequenza, in che modo, in che tempi, ecc.

Il Responsabile del caso viene individuato in sede UVI ed è all'UVI che deve direttamente rispondere del suo operato.

Alla valutazione multidimensionale segue la elaborazione del Progetto Personalizzato.

L'UVI 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 Personalizzato, come già riferito, deve definire esplicitamente e in maniera analitica:

- In rapporto al bisogno accertato, la tipologia di servizi e prestazioni sociali e sanitarie da erogare, modalità di erogazione, livello di intensità (alto, medio-basso) dell'intervento e le figure professionali impegnate;

- Titolarità, competenze e responsabilità di spesa;
- Le competenze e funzioni del referente familiare;
- Data di avvio e durata del progetto, con la previsione di una verifica intermedia e finale;
- Le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi;
- Consenso del cittadino interessato, o dei familiari, o di un tutore o di altri terzi disponibili a partecipare al progetto personalizzato, anche per l'eventuale quota di compartecipazione alla spesa.

Con il consenso informato si conclude la fase preliminare della presa in carico del cittadino, che deve essere conclusa entro 30 giorni dalla data della richiesta di accesso.

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, ecc.), esso deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente e agli operatori.

Tutte le proposte di modifica vanno ratificate dall'UVI.

All'interno del Progetto Personalizzato deve essere previsto il Piano Esecutivo condiviso con l'Equipe Operativa che svolgerà nel concreto il percorso assistenziale domiciliare.

Questa parte esecutiva del Progetto Personalizzato, che descrive in maniera puntuale il trattamento del caso, riporta:

- Azioni specifiche, tipologia delle prestazioni e figure professionali impegnate
- Quantità, modalità, frequenza e durata di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati (numero di accessi MMG/PLS, consulenze specialistiche programmate, numero ore giornaliere e settimanali di assistenza domiciliare, piani di intervento per profili professionali impegnati, ecc.)
- Fornitura di presidi/farmaci e materiali vari
- Strumenti e tempi per il monitoraggio e per la valutazione del piano (risultati osservati in relazione ai risultati attesi)

L'Equipe Operativa dispone di un diario unico/cartella, che deve rimanere a domicilio dell'assistito, fino a chiusura del caso. In tale diario devono essere riportati tutti gli accessi (con indicazione dei tempi) e gli interventi effettuati periodicamente per la registrazione nel sistema informativo delle prestazioni effettivamente erogate

Inoltre, all'atto della dimissione va compilata una apposita scheda che, in analogia con la scheda di dimissione ospedaliera, raccoglie tutti i dati relativi alle ADI/CDI.

I dati delle suddette schede saranno raccolte su supporto informatico, nel rispetto della vigente normativa sulla privacy, ai fini della realizzazione del flusso informativo regionale.

Inoltre, si individuano le seguenti modalità di dimissione:

- Dimissione per raggiungimento degli obiettivi previsti dal Progetto Personalizzato, a seguito di verifica da parte della UVI;
- Dimissione per trasferimento ad altro regime assistenziale di tipo diverso dal domiciliare, disposta dalla U.V.I. in seguito a riscontro, in sede di valutazioni intermedie o finali, di impossibilità di raggiungimento degli obiettivi del Progetto Personalizzato, con l'assistenza domiciliare, o a seguito di mutate condizioni sociosanitarie;
- Dimissione per ricovero in ospedale a seguito del verificarsi di condizioni cliniche non gestibili a domicilio;
- Dimissione per decesso della persona assistita;
- Dimissioni per volontà dell'assistito (con precisazione della motivazione, se espressa).

Dimissioni Protette da Ospedali, Case di Cura accreditate, strutture di Riabilitazione accreditate, RSA, lungodegente.

Il domicilio è considerato il luogo privilegiato dove la persona può curarsi e recuperare in modo totale o parziale l'autosufficienza. Anche nei casi in cui la malattia provoca una cronicizzazione e la perdita permanente dell'autosufficienza, le cure domiciliari rappresentano sempre un forte stimolo e sostegno per il superamento della crisi e il massimo recupero delle proprie potenzialità.

- Destinatari

Tutti i soggetti, ricoverati nei Reparti Ospedalieri, Strutture di Riabilitazione, RR.S.AA., Lungodegenze, Case di Cura momentaneamente accreditate che al momento delle dimissioni, non sono in grado di organizzare in modo autonomo il rientro.

Procedure durante il ricovero

L'individuazione del paziente destinatario della dimissione protetta avviene durante il ricovero nella struttura sanitaria.

Il reparto, attraverso il coordinatore infermieristico o un infermiere specificamente incaricato o altra figura professionale, su indicazione del responsabile del reparto, provvede con un utile anticipo a segnalare il paziente, che si prevede possa avere difficoltà al momento delle dimissioni, alla Direzione Sanitaria della Struttura, la quale, a sua volta, comunica (scheda di segnalazione) alla Direzione del Distretto Sanitario territorialmente competente e/o ai Servizi Sociali del Comune di residenza.

La scheda di segnalazione consente di individuare con anticipo, rispetto ai tempi di dimissione, lo stato di autonomia, le condizioni socio-economiche e la presenza di una rete di aiuto della persona ricoverata.

Al momento della dimissione viene consegnato al paziente e/o suo familiare/tutor o al Direttore o suo delegato del Distretto Sanitario il Piano di Dimissione, compilato da un medico del reparto, che deve necessariamente riportare le informazioni sulle indagini e sui trattamenti ricevuti dal paziente, la diagnosi definitiva, le prescrizioni terapeutiche ed essenziali, la tipologia e la calendarizzazione di eventuali successivi controlli (visite, controlli di laboratorio e strumentali).

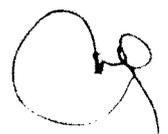
- Rientro a domicilio

Il giorno stesso delle dimissioni vengono attivati i servizi domiciliari programmati, in quanto la Unità di Valutazione (U.V.I.) distrettuale, ricevuta la Scheda di Segnalazione da parte del Direttore o suo delegato del Distretto Sanitario, avrà già provveduto ad effettuare la verifica del paziente nel reparto della struttura sanitaria in cui è ricoverato.

Come già più volte rappresentato la U.V.I. distrettuale è composta dal Resp. della U.O. interessata, dal MMG/PLS, dall'assistente sociale del Comune di residenza del paziente, dal medico specialista territoriale se richiesto e/o dal medico del reparto della struttura sanitaria.

La U.V.I. elabora il P.A.I.:

- se le prestazioni sono di natura esclusivamente sanitarie, vengono direttamente organizzate dalla U.O. interessata in collaborazione con il MMG/PLS del paziente in dimissione (es. accessi programmati del MMG/PLS, terapia iniettiva, medicazioni, etc.);
- se le prestazioni sono di natura esclusivamente sociale, vengono organizzate dal Servizio Sociale del Comune che provvederà ad avviare al momento delle dimissioni l'intervento a domicilio;



Dipartimento Farmaceutico

In generale le farmacie ospedaliere e distrettuali collaborano attivamente con i servizi aziendali al fine di garantire continuità nella fornitura di farmaci, presidi, medicazioni, alimenti ecc.

Ex ASL NA 5

Il diffuso ricorso all'Assistenza Domiciliare evidenzia limiti operativi delle strutture farmaceutiche aziendali anche perché l'attuale modello prevede l'erogazione diretta agli assistiti e/o loro familiari invece che gli operatori dei servizi ASL.

L'attività di erogazione diretta dei farmaci PHT – per il sovraccarico di cui sopra – sta impedendo alle farmacie distrettuali la erogazione di detti farmaci che pure deve essere svolta per ridurre la spesa sostenuta dall'Azienda a favore delle farmacie convenzionate.

Ex ASL NA 4

Il meno ricorso all'Assistenza Domiciliare dà la possibilità alle farmacie ospedaliere e territoriali di erogare, anche qui, direttamente agli assistiti e/o loro familiari farmaci, presidi, medicazioni, ecc.

Tutti gli assistiti per la NAD si approvvigionano presso la Farmacia Ospedaliera.

Alla luce di quanto sopra è indispensabile un nuovo modello organizzativo per la ASL NA 3 Sud – un percorso unico con procedure ben definite – tenendo presente le risorse umane disponibili e la necessità di quantificare la spesa necessaria per garantire l'attività.

E' indispensabile la erogazione e la distribuzione diretta (manca personale dedicato) agli assistiti e/o loro familiari del materiale che viene richiesto – previsto nel progetto personalizzato (UVI):

- fabbisogno di medicinali/farmaci (PHT);
- Disinfettanti;
- presidi medico-chirurgici;
- materiale di medicazione;
- diagnostici ed altri dispositivi utili per il bisogno di assistenza.

Il fabbisogno di farmaci e presidi per le Cure Domiciliari è garantito da quanto già previsto dall'assistenza primaria e, successivamente, da quanto incluso nel Prontuario Terapeutico Cure Domiciliari (PTCD). Tale prontuario sarà predisposto in collaborazione con il Dipartimento Farmaceutico e le UU.OO. coinvolte nelle Cure Domiciliari.

Viene garantita nelle cure Domiciliari anche la somministrazione di Farmaci di fascia H con il supporto dello specialista di riferimento – La erogazione avverrà esclusivamente su prescrizione ospedaliera di cui alla DGRC n. 737 del 06/06/2006.

Dipartimento di Riabilitazione

Il Dipartimento di Riabilitazione nel 2010 ha fornito, ai sensi delle normative vigenti, ausili di riabilitazione (cateteri, pannoloni, traverse, ecc.) - presidi di ortopedia (materassi antidecubito, deambulatori, sollevatori, tripodi, ecc.) e strumenti elettromedicali a favore dei cittadini in ADI e/o in ADO - cercando di assicurare la continuità assistenziale tra ricovero ospedaliero e l'assistenza territoriale.

- caratteristiche anagrafiche dell'assistito
- valutazione ovvero rivalutazione socio-sanitaria dell'assistito e dei relativi bisogni assistenziali
- erogazione dell'assistenza
- sospensione della presa in carico
- dimissione dell'assistito

Le forme di Assistenza Domiciliare oggetto di rilevazione sono quelle caratterizzate da interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria che soddisfano i seguenti criteri di guida:

- la presa in carico dell'assistito
- la valutazione multidimensionale dell'assistito
- la definizione di un piano/programma/progetto di assistenza individuale
- la responsabilità clinica in capo a medico di Medicina Generale (MMG), Pediatra di libera Scelta (PLS) o al medico competente per la terapia del dolore, purchè afferenti al Distretto/ASL.

Se soddisfatti i criteri di cui sopra, devono essere inviate al Sistema anche le informazioni relative:

- alle "cure palliative domiciliari", che sono costituite dalle prestazioni professionali di tipo medico infermieristico, riabilitativo, e psicologico, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive;
- ai casi di "dimissione protetta", tesi ad assicurare continuità assistenziale al paziente precedentemente ricoverato presso una struttura ospedaliera.

Non devono invece essere inviati al sistema informativo nazionale per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare le informazioni relative:

- Le "cure domiciliari prestazionali" che, non prevedono né la presa in carico dell'assistito né la sua valutazione multidimensionale
- L'ospedalizzazione domiciliare, caratterizzata dalla erogazione di prestazioni del paziente da parte di una equipe ospedaliera.

Il flusso SIAD, inoltre, esclude dalla rilevazione gli interventi caratterizzati esclusivamente da "sostegno sociale" alla persona e le "cure domiciliari prestazionali".

La Regione provvede alla redazione di un rapporto biennale sulle cure domiciliari utilizzando i dati dei nuovi flussi informativi (di cui al D.M. 17/12/23008) a cui si devono aggiungere i dati sulla integrazione sociosanitaria delle prestazioni al fine di verificare il livello di raggiungimento degli obiettivi, le criticità e le possibili proposte per sviluppare e migliorare l'assistenza domiciliare.

Allo stato in Campania sono configurati due sistemi informativi distinti, iscritti ciascuno in flussi di dati separati: il sistema utilizzato dal settore sanitario "Leosociosan" è confermato alle specifiche di NSIS, mentre Campania Sociale Digitale, istituendo sistema informativo dei servizi sociali, dal gennaio 2010 ha iniziato la sperimentazione del flusso del SINA (Sistema informativo per la non autosufficienza) promosso dalla Direzione Generale del fondo Nazionale delle Politiche Sociali sia per avviare il sistema nazionale dei servizi sociali, che per integrare i flussi sanitari con quelle informazioni di cui in esso non vi è traccia.

Con atto deliberativo 2105/2008 la Giunta Regionale, nel rispetto degli obblighi determinatisi con l'emanando decreto ministeriale istitutivo del SIAD ha elaborato i criteri per un piano operativo finalizzato alla definizione di un sistema di rilevazione che non si limitasse a rispondere agli adempimenti previsti ma concorresse a delineare a livello distrettuale ed aziendale un sistema di rilevazione dedicato a tutte le prestazioni sociosanitarie.

E' stata definita una scheda di rilevazione LEASOCIOSAN che comprende ed esplicita i tracciati e le informazioni richieste dal decreto SIAD, che preveda di rendere



documentazione via e-mail e P.e.c. utilizzando per gli allegati formati PDF e ZIP (file compressi).

Sarà recepito e praticato il licenziando regolamento di Pubblica Tutela della ASL NA 3 Sud.

La necessità informativa è soggetta a una distinzione essenziale, dovuta a G.A. Maccacarro, ed è quella tra informazione di esercizio e informazione di governo:

è **informazione di esercizio** tutto ciò che consente di operare in modo consapevole nella attività quotidiana, cioè nella erogazione degli interventi.

è **informazione di governo** tutto ciò che consente di compiere in modo consapevole le attività di governo: programmazione, controllo e valutazione.

Quindi chiameremo informazione di esercizio i dati che riguardano l'attività operativa – Monitoraggio Leasociosan. In tale senso va recepito l'obiettivo di Servizio 2.6.1 del Piano Sociale Regionale 2009/2001 della Campania che istituisce una Area Socio Sanitaria del S.I.S. "SISTEMA INFORMATIVO SOCIALE", attraverso la integrazione e la implementazione dei software e delle piattaforme in uso nei servizi sociali e nei servizi sanitari, mettendo a regime e raccordando i sistemi informativi esistenti.

Il flusso informativo socio sanitario dovrà rappresentare l'avvenuta interazione tra Enti e la ASL NA 3 Sud, così come auspicato nelle Linee Guida regionali per i servizi domiciliari.

Per quanto attiene "le informazione di governo", esse ci permetteranno di programmare gli interventi e di valutare i risultati.

In tale ottica si inserirà la realizzazione nel prossimo triennio, di un audit di customer satisfaction del tutto coerente con la Norma 11098 – ultima versione 2003 – "Sistema di gestione per la qualità: Linee Guida per la rilevazione della soddisfazione."

La rilevazione della qualità dei Servizi Integrati erogati e la soddisfazione del cittadino ci fa recuperare anche l'appropriatezza dell'ambito di cura, la corrispondenza della domanda e della offerta e rappresenta un ottimo coadiuvante nel raggiungimento degli obiettivi aziendali triennali contenuti nel nuovo Piano Sanitario regionale 2011/2013 per le Cure Domiciliari.

Infine, si avvieranno con gli Enti Locali, per quanto riguarda la qualità, esperienze condivise di accreditamento volontario e di certificazione di tutte le Cure Domiciliari, basate su uno dei modelli attualmente esistenti a livello internazionale "ISO 9000, EFQM, ecc."

Privacy

Per quanto attiene al rispetto della privacy – come da norme vigenti – si intende recepito adottato e praticato il Regolamento Aziendale della ASL NA 3 Sud.

Il titolare è il Direttore del UOC del Servizio Relazioni Pubbliche.

Gli atti del Titolare sono:

Deliberazione n. 2 del 30/03/2009 ad oggetto "Adozione Documento Programmatico sulla Sicurezza D.lgs. n. 196/2009 – provvedimenti";

- Deliberazione n. 309 del 29/06/2009 ad oggetto "Garante per la protezione dei dati personali – provvedimento 27 novembre 2008 "misure e accorgimenti prescritti ai Titolari dei Trattamenti effettuati con strumenti elettronici relativamente alle attribuzioni delle funzioni di Amministratore del Sistema (G.U. n. 300 del 24/12/2008)" Adempimenti ;

Le risorse umane:

- Personale dipendente Infermieristico - O.S.S. - e profili professionali psicologi e fisioterapisti in organico presso i Distretti Socio Sanitari e/o anche personale di ditte esterne.

Dai risultati nell'anno 2010 si è riscontrato che i casi trattati cure domiciliari sono stati n. 3.435 – di cui anziani n. 2.703 e malati terminali n. 512 – con un personale coinvolto di n. 204 unità dei profili professionali sopra citati, così come in allegato S.3.1 dove sono inseriti i dati che rappresentano l'offerta delle cure domiciliari di questa Azienda in termini di intensità e complessità assistenziale.

Atteso che le direttive regionali pongono l'obiettivo di potenziamento delle Cure Domiciliari - raggiungimento del 3,5% della popolazione anziana assistita in ADI al 2012 - si considera la necessità di adeguare le risorse umane per garantire il raggiungimento di tale obiettivo (3,5%).

- Personale medico

- a) Dirigenti sanitari delle UU.OO. interessate;
- b) Medici specialisti ambulatoriali territoriali, Dirigenti Sanitari ospedalieri con ore dedicati esclusivamente alle Cure domiciliari,
- c) MMG/PLS

Le risorse strumentali/materiale di consumo:

- presidi sanitari, strumentali elettromedicali ed altri;
- ausili di riabilitazione (cateteri, pannoloni, traverse, ecc.);
- ausili di assistenza sanitaria di base (garze, cerotti, bende, alcool, ecc);
- presidi di ortopedia (materassi antidecubito, deambulatori, sollevatori, tripodi, ecc.);
- farmaci.

#####

Indicatori e Standard qualificanti il sistema di Cure Domiciliari – Previsti nel Piano Sanitario Regionale 2011/2013

Gli indicatori di verifica della erogazione delle cure domiciliari di tipo:

1) prestazionali sono:

- a) numero malati assistiti
- b) numero malati assistiti/popolazione residente

2) integrate di I°, II° e III° livello sono:

- a) numero dei malati assistiti > 65 anni/totale popolazione assistita > 65 anni : valore standard 3,5%
- b) numero di malati assistiti > 75 anni/totale popolazione >75 anni: valore standard 7%)

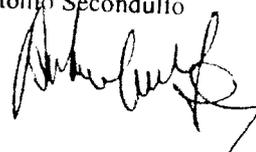
3) cure palliative malati terminali sono:

- a) numero annuo di malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208)

S.3.1 Cure domiciliari Compilare la seguente tabella utile a descrivere l'articolazione dell'offerta di cure domiciliari, residenziali e semiresidenziali in termini di intensità e complessità assistenziale.

<u>Cure domiciliari</u>	N. ASL	N. totale infermieri	N. totale terapisti riab.	N. totale operatori socio-sanitari	N. pazienti assistiti nel 2010
<p>4 3 S</p> <p>Cure domiciliari di <u>complessità bassa</u> (con accessi domiciliari articolati fino a 5 giorni alla settimana) da parte di équipes multidisciplinari strutturate (medico + infermiere + personale riabilitativo) previa valutazione multidimensionale, PAI e presa in carico. (E'esclusa l'assistenza programmata a domicilio del MMG)</p>	Ex ASL NA 4	17	1	0	441
	Ex ASL NA 5				591
<p>Cure domiciliari di <u>complessità medio-alta</u> (con accessi domiciliari articolati su 6 giorni alla settimana) da parte di équipes multidisciplinari strutturate (medico + infermiere + personale riabilitativo) previa valutazione multidimensionale, PAI e presa in carico.</p>	Ex ASL NA 4	2	0	1	75
	Ex ASL NA 5				1084
<p>Cure domiciliari di <u>elevata complessità/intensità</u> e cure domiciliari <u>palliative a malati terminali</u> (con accessi quotidiani e pronta disponibilità medica notturna) da parte di équipes multidisciplinari strutturate (medico + infermiere + personale riabilitativo + OSS + psicologo) previa valutazione multidimensionale, PAI e presa in carico.</p>	Ex ASL NA 4	38	0	12	158 Terminali - Cure Palliative
	Ex ASL NA 5				35 III° Livell (ADO) 284 Terminali - Cure Palliative 35 III° Livello (ADO)
<p>SUD</p> <p>Totale</p>	ASLNA4	57	1	13	
	ASL NA5	96	8	29	
	ASL NA 3				
	SUD	153	9	42	
					2.703

Il Direttore Coordinamento Socio Sanitario - Antonio Secondulfo




PROTOCOLLO DI INTESA

tra

Ambito Territoriale n.

e

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud

Distretto Sanitario n.....

Procedure operative integrazione sanitaria e socio-assistenziale attraverso prestazioni sanitarie e sociali domiciliari (Cure Domiciliari)



I Comuni componenti dell'Ambito Territoriale n.

Il Sindaco del Comune Capofila

ed

Il Direttore del Distretto Sanitario n..... della ASL NA 3 Sud

Premesso

- che le "Linee Guida per la programmazione dei servizi socio-sanitari integrati da parte delle Aziende Sanitarie Locali e da parte degli Enti Locali della Regione Campania" sono state approvate (DGRC n. 6467/02) e che i diversi provvedimenti dell'Assessorato alla Sanità regionale finalizzati al contenimento della spesa sanitaria, hanno posto come obiettivi prioritari tanto della programmazione strategica aziendale (PAL e PAT) che di quella sociale dei Comuni (Piano di Zona) la riorganizzazione e riqualificazione del sistema di offerta complessivo relativo a queste prestazioni;
 - che con Decreto Dirigenziale n. 1 del 11/01/00, AGC 18 Assistenza Sociale - Giunta Regionale della Campania, sono state approvate le indicazioni operative per l'aggiornamento dei PSZ;
 - che con il citato D.D. n. 1/2011 è stato stabilito che il fondo nazionale per le non autosufficienze sarà liquidato agli ambiti territoriali, tra l'altro, previa sottoscrizione di apposito protocollo di intesa per l'assistenza domiciliare integrata;
 - che con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 41 del 14/02/2011 è stato approvato il documento recante linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari;
 - che con il Decreto del Commissario ad Acta n. 49/2010 sono state definite le aree prioritarie di intervento per la riorganizzazione della rete territoriale con particolare riguardo al sistema di cure domiciliari;
 - che con Delibera della ASL NA 3 Sud n. 332 del 25/02/2011 è stato preso atto della DGRC n. 41/2011 e, tra l'altro, è stato approvato la costituzione di una Commissione – Gruppo di Lavoro – per la stesura del documento delle Cure Domiciliari della ASL NA 3 Sud e sua adozione;
- che il DPCM del 29/11/2001 definisce i Livelli di Assistenza Socio-Sanitaria e le percentuali di ripartizione della spesa tra ASL e i Comuni – nello specifico per le prestazioni domiciliari di assistenza tutelare e aiuto infermieristico il 50%.

Considerato

- che è essenziale che la ASL NA 3 Sud e i Comuni dell'Ambito Territoriale n. si attivino affinché i rispettivi atti programmatici (Piano Sociale di Zona e Programma delle Attività Territoriali) siano rispondenti e coincidenti ai fini di una programmazione concertata e condivisa;



- che già è in essere un protocollo operativo per la regolamentazione del Sistema Integrato d'Accesso (S.I.A.) alle prestazioni Socio – Sanitarie – allegato 1) che è parte integrante e sostanziale;
- che la nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio, articola le cure domiciliari in tre tipi:
 - a) Cure Domiciliari di tipo prestazionali;
 - b) Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo Livello;
 - c) Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e Cure Domiciliari palliative per malati terminali.
- Che il FNA è destinato alla realizzazione di prestazioni domiciliari sociali, per anziani e disabili, nell'ambito dei servizi sociosanitari congiuntamente programmati con la ASL e prioritariamente al raggiungimento dell'obiettivo di servizi sull'incremento del numero di anziani assistiti in assistenza domiciliare integrata.

Preso atto

- che si intende implementare le cure domiciliari ad alta intensità assistenziale in modo da favorire la permanenza dell'anziano, del disabile nel contesto familiare, riducendo i ricoveri impropri, abbassando il tasso di ospedalizzazione, favorendo le dimissioni protette.

Concordano

di stipulare il presente protocollo di intesa allo scopo di attuare le cure domiciliari qualificandole attraverso la definizione delle procedure sanitarie e socio – assistenziali con l'impegno operativo di compartecipazione attraverso risorse economiche ed umane proprie.

Art. 1 - Premessa

La premessa è parte integrante e sostanziale del presente protocollo di intesa e operativo.

Art. 2 – Finalità

Il presente protocollo intende garantire l'integrazione delle procedure sanitarie e socio – assistenziali relative al sistema delle cure domiciliari attraverso le prestazioni sanitarie e sociali.

Art. 3 - Utenti abbisognevoli

Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello

Le Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello comprendono quelle già definite in precedenza Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Si rivolgono a persone che, pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi, necessitano di continuità assistenziale e interventi programmati. prevedono un ruolo centrale del Medico di Medicina Generale (MMG) che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura sanitaria.

La gamma di prestazioni che riguardano questa tipologia di intervento professionale comprende prestazioni medico infermieristiche, riabilitative mediche, medico specialistiche e socio-assistenziali: tali prestazioni sono integrate tra loro 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 per malati terminali

Le Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e le Cure Domiciliari palliative per malati terminali che assorbono l'assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale e l'Ospedalizzazione Domiciliare – Cure Palliative, sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità erogata da una 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);
- Pazienti con necessità di nutrizione artificiale enterale e parenterale;
- Pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- Fasi avanzate e complicate di malattie croniche ed altre.

La gamma di prestazioni che riguardano questi profili comprende prestazioni mediche, infermieristiche, dietologiche, riabilitative fisioterapiche e logopediche, psicologiche e medico – specialistiche – Allegato n. 1 "Prestazioni Sanitarie – Tabelle Riepilogative" di cui alla DGRC n. 41/2011.

L'integrazione tra sociale e sanitario e la definizione degli standard assistenziali

La definizione di Assistenza Domiciliare Integrata consiste in interventi da fornire ai cittadini al fine di favorire la permanenza nel loro ambiente di vita, evitando l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione e consentendo loro una soddisfacente vita di relazione attraverso un complesso di prestazioni socio – assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche e riabilitative) in forma integrata e secondo progetti personalizzati di intervento, trova corrispondenza, nell'ambito della nuova caratterizzazione sanitaria delle cure domiciliari, nelle Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello.

E', inoltre, possibile prevedere percorsi integrati socio-sanitari, con attivazione dell'UVI, anche per le cure domiciliari di terzo livello o per le cure palliative, nei casi in cui ciò risulti necessario e nelle modalità previste nei regolamenti che l'Ambito territoriale e i Distretti Sanitari della ASL Napoli 3 Sud sono tenuti ad approvare.

In linea generale le prestazioni di tipo socio-assistenziale integrabili con i percorsi di cure domiciliari, per una concreta realizzazione dell'ADI/CDI sono:

- Prestazioni professionali di carattere sociale, psicologico, educativo;
- Affidamenti familiari di minori, anziani, portatori di handicap, malati, per periodi da definire in base alle esigenze del nucleo familiare. Gli affidamenti sono supportati da una serie di interventi in ambito domiciliare o extra domiciliare;
- Assistenza tutelare per lo svolgimento delle funzioni essenziali della vita quotidiana e aiuto infermieristico;
- Attività di cura della casa, preparazione pasti, piccole commissioni;
- Attività di supporto educativo e sostegno scolastico per minori;
- Attività di segretariato sociale per disbrigo di pratiche amministrative;
- Fornitura di strumenti o tecnologie per favorire l'autonomia e di sussidi didattici specialistici;
- Accompagnamento dal domicilio ai servizi sociali, sanitari, formativi;
- Organizzazione dei servizi di trasporto verso servizi, scuola, luoghi di lavoro;
- Fornitura pasti a domicilio;



- Attività di supporto al referente familiare anche attraverso servizi di sollievo quali accoglienza per periodi determinati presso strutture residenziali e semiresidenziali;
- Contributi economici in forma diretta o indiretta;
- Telesoccorso e Teleassistenza.

Allegato n. 2 "Prestazioni sociali – tabella riepilogativa" di cui alla DGRC n. 41/2011.

Queste prestazioni, di esclusiva titolarità sociale, arricchiscono e sostengono il percorso delle "cure domiciliari" permettendo alle UVI di costruire un progetto personalizzato integrato e finalizzato alla inclusione sociale e al miglioramento della qualità della vita.

Art. 4 – impegni operativi

Per le prestazioni tutelari e di aiuto infermieristico, ai sensi del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", la titolarità del procedimento amministrativo di gestione può essere dei Comuni dell'Ambito territoriale, della ASL Napoli 3 Sud, oppure mista Comuni Ambito territoriale /ASL Napoli 3 Sud, secondo gli accordi sottoscritti in sede di definizione congiunta del Piano Sociale di Zona e dei P.A.T. ex L.R. n. 11/2007.

Il titolare della prestazione può gestirla attraverso le forme previste dalla normativa vigente (gestione diretta, in economia o in affidamento a terzi; accreditamento; concessione, ecc.). In caso di titolarità mista, la gestione può essere esternalizzata mediante appalto unico oppure diretta mediante l'integrazione delle figure professionali.

Per gli EE.LL. – Ufficio di Piano di Zona

- utilizzare solo quegli Operatori e quelle Figure Professionali occorrenti per la erogazione delle prestazioni relative alle Cure Domiciliari Integrate così come programmata nella Unità di Valutazione Integrata (Progetto Personalizzato);
- La quota di compartecipazione finanziaria (50%) per l'utente in ADI/CDI sarà corrisposta - attraverso il Fondo – vincolato - per le non Autosufficienze, solo ed esclusivamente per i soggetti che sono stati valutati (U.V.I.).

Per la ASL (DD.SS.)

- utilizzare solo quegli Operatori e quelle Figure Professionali occorrenti per la erogazione delle prestazioni relative all'ADI/CDA così come programmata nella Unità di Valutazione Integrata (Progetto Personalizzato);

Art. 5 – Durata

Il presente protocollo ha durata annuale e si intende tacitamente rinnovato salvo formale disdetta comunicata con raccomandata A/R da una delle parti almeno 60 giorni prima della scadenza.

I Rappresentanti dei Comuni:

I Rappresentanti della ASL NA 3 Sud

Comune Capofila

Il Direttore del Distretto Sanitario



ALLEGATO N. 1

PRESTAZIONI SANITARIE – TABELLE RIEPILOGATIVE



ASSISTENZA MEDICO SPECIALISTICA

Tab. 1 - Prestazioni MMG/PLS

1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica + anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmata di controllo
3. Visita in urgenza
4. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
5. Compilazione diario clinico (monitoraggio segni e sintomi)
6. Stesura di un piano assistenziale
7. Valutazione dell'ambiente domestico
8. Prescrizione terapeutica
9. Istruzione del caregiver alla gestione di una terapia
10. Prelievo ematico
11. Terapia iniettiva intramuscolare
12. Terapia iniettiva sottocutanea
13. Terapia sottocutanea in infusione
14. Terapia iniettiva endovenosa
15. Terapia infusoria con necessità di sorveglianza medica
16. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
17. Terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed infusione continua
18. Posizionamento catetere venoso periferico
19. Gestione cateterismo sottocutaneo/venoso periferico
20. Gestione cateterismo venoso centrale / sist. Port-a-cath
21. Assistenza/Gestione pompa infusoria
22. Irrigazione dell'orecchio
23. Verifica parametri nutrizionali
24. Anamnesi dietologica
25. Formulazione dieta personalizzata
26. Valutazione della disfagia
27. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
28. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
29. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
30. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
31. Toilette lesioni/ferita superficiale
32. Toilette lesioni/ferita profonda
33. Courettage e o rimozione unghia/matrice ungueale
34. Svuotamento di ematomi
35. Incisione con drenaggio sottocutaneo
36. Drenaggio raccolta asessuale
37. Bendaggio elastocomprendivo
38. Anestesia locale
39. Sutura ferite
40. Rimozione dei punti/graffi di sutura
45. Emotrasfusione
46. Broncoaspirazione
47. Controllo parametri ventilatore
48. Prelievo di sangue capillare
49. Esecuzione altre indagini biomorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.)
50. Sostituzione PEG con sistema di ancoraggio a bottone
51. Posizionamento/sostituzione SNG
52. ECG
53. Posizionamento/Sostituzione/Gestione Cateterismo Vescicale
54. Valutazione del ristagno vescicale
55. Esplorazione rettale
56. Gestione di cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
57. Colloquio con familiare/care giver
58. Colloquio con il medico curante
59. Colloquio con medico specialista
60. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche - passaggio di informazioni - consegne)
62. Consulenze specialistiche
63. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile
64. Rendicontazione dell'attività svolta

Tab. 2 Prestazioni dei Medici Specialistici

Tab. 2.1 Prestazione di Geriatria – Medicina Interna

1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica + anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmatica di controllo
3. Visita in urgenza
4. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
5. Compilazione diario clinico (monitoraggio segni e sintomi)
6. Stesura di un piano assistenziale
7. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
8. Prescrizione ausili e protesi
9. Prescrizione terapeutica
10. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
11. Prelievo ematico
12. Terapia iniettiva intramuscolare
13. Terapia iniettiva sottocutanea
14. Terapia sottocutanea in infusione
15. Terapia iniettiva endovenosa
16. Terapia infusione con necessità di sorveglianza medica
17. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
18. Terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed infusione continua
19. Posizionamento catetere venoso periferico
20. Posizionamento cateterino sottocutaneo
21. Gestione cateterismo sottocutaneo/venoso periferico
22. Gestione cateterismo venoso centrale / sist. Port-a-cath
23. Assistenza/Gestione pompa infusione
24. Irrigazione dell'orecchio
25. Verifica parametri nutrizionali
26. Anamnesi dietologica
27. Formulazione dieta personalizzata
28. Valutazione della disfagia
29. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale entrale
30. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale
31. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
32. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
33. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
34. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
35. Toilette lesioni/ferita superficiale
36. Toilette lesioni/ferita profonda
37. Courettage e o rimozione unghia/matrice ungueale
38. Svuotamento di ematomi
39. Incisione con drenaggio sottocutaneo
40. Drenaggio raccolta asessuale
41. Bendaggio elastocomprensivo
42. Anestesia locale
43. Anestesia periferica tronculare
44. Infiltrazione punti trigger
45. Sutura ferite
46. Rimozione dei punti/graff di sutura
47. Emotrasfusione
48. Toracentesi
49. Paracentesi
50. Artrocentesi
51. Sostituzione cannula tracheale
52. Broncoaspirazione
53. Impostazione ventilazione meccanica domiciliare
54. Controllo parametri ventilatore
55. Prelievo di sangue capillare
56. Esecuzione altre indagini biomorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.)
57. Sostituzione PEG con sistema di ancoraggio a bottone
58. Posizionamento/sostituzione SNG
59. ECG
60. Posizionamento/Sostituzione/Gestione Cateterismo Vescicale
61. Valutazione del ristagno vescicale
62. Esplorazione rettale
63. Gestione di cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
64. Impostazione dialisi peritoneale
65. Colloquio con familiare/care giver

66. Colloquio con il medico curante
67. Colloquio con medico specialista
68. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche- passaggio di informazioni – consegne)
69. Consulenze specialistiche
70. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile
71. Rendicontazione dell'attività svolta

Tab. 2.2 - Prestazione di Medicina fisica e riabilitativa

1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica + anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmatica di controllo
3. Esecuzione di test / scale di valutazione (FIM)
4. Definizione del trattamento riabilitativo in sede di Unità di valutazione
5. Stesura di un piano assistenziale
6. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
7. Prescrizione ausili e protesi
8. Monitoraggio periodico dell'andamento del trattamento
9. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
10. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
11. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
12. Colloquio con familiare/care giver
13. Colloquio con il medico curante
14. Colloquio con medico specialista
15. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche – passaggio di informazioni – consegne)
16. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile
17. Consulenze specialistiche
18. Rendicontazione dell'attività svolta

Tab. 2.3 – Prestazione di Medico specialista esperto in cure palliative-anestesista rianimatore

1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica + anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmatica di controllo
3. Visita in urgenza
4. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
5. Compilazione diario clinico (monitoraggio segni e sintomi)
6. Stesura di un piano assistenziale
7. Prescrizione terapeutica
8. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
9. Educazione del care giver alla gestione di dispositivi per la somministrazione di farmaci (pompe, elastomeri, altro)
10. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
11. Prescrizione ausili e protesi
12. Monitoraggio dei sintomi
13. Terapia iniettiva intramuscolare
14. Terapia iniettiva sottocutanea
15. Terapia sottocutanea in infusione
16. Terapia iniettiva endovenosa
17. Terapia infusione con necessità di sorveglianza medica
18. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
19. Terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed infusione continua
20. Posizionamento catetere venoso periferico
21. Posizionamento cateterino sottocutaneo
22. Gestione cateterismo sottocutaneo/venoso periferico
23. Gestione cateterismo venoso centrale / sist. Port-a-cath
24. Assistenza/Gestione pompa infusione
25. Gestione cateteri spinali
26. Istillazione genitourinaria
27. Irrigazione dell'orecchio
28. Valutazione della disfagia
29. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale enterale
30. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale
31. Prelievo ematico
32. Prelievo di sangue capillare
33. Esecuzione altre indagini biomorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.)
34. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
35. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
36. Toilette lesioni/ferita superficiale
37. Toilette lesioni/ferita profonda

- 38. Courettage e o rimozione unghia/matrice ungueale
- 39. Svuotamento di ematomi
- 40. Incisione con drenaggio sottocutaneo
- 41. Anestesia locale
- 42. Anestesia periferica tronculare
- 43. Infiltrazione punti trigger
- 44. Sutura ferite
- 45. Rimozione dei punti/graffi di sutura
- 46. ECG
- 47. Sostituzione cannula tracheale
- 48. Broncoaspirazione
- 49. Impostazione ventilazione meccanica domiciliare
- 50. Posizionamento/sostituzione SNG
- 51. Sostituzione di PEG con sistema di ancoraggio a bottone
- 52. Posizionamento/sostituzione/gestione Cateterismo Vescicole
- 53. Valutazione del ristagno vescicole
- 54. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
- 55. Impostazione dialisi peritoneale
- 56. Controllo parametri ventilatori
- 57. Esplorazione rettale
- 58. Paracentesi
- 59. Toracentesi
- 60. Artrocentesi
- 61. Emotrasfusione
- 62. Colloquio con familiare/care giver
- 63. Colloquio con il medico curante
- 64. Colloquio con medico specialista
- 65. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche – passaggio di informazioni – consegne)
- 66. Consulenze specialistiche
- 67. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile
- 68. Visita di cordoglio – Supporto al lutto
- 69. Rendicontazione dell'attività svolta

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Tab. 3 – Prestazioni Infermieristiche

- 1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica + anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
- 2. Visita programmatica di controllo
- 3. Visita in urgenza
- 4. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
- 5. Compilazione diario clinico infermieristico
- 6. Stesura di un piano assistenziale
- 7. Educazione del care giver alle attività di nursing (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari ecc.)
- 8. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
- 9. Educazione del care giver alla gestione di dispositivi per la somministrazione di farmaci (pompe, elastomeri, altro)
- 10. Valutazione dell'ambiente domestico
- 11. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilitazione del paziente
- 12. Applicazioni di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance
- 13. Educazione del care giver alla corretta mobilizzazione / corretta postura del paziente
- 14. Educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee
- 15. Educazione del care giver alla gestione di derivazioni urinarie
- 16. Educazione del care giver alla gestione di enterostomie
- 17. Prelievo ematico da sangue capillare (dtx)
- 18. Prelievo ematico
- 19. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.)
- 20. Gestione tracheotomia
- 21. Educazione del care giver alla broncoaspirazione
- 22. Broncoaspirazione
- 23. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
- 24. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
- 25. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
- 26. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
- 27. Toilette lesioni/ferita superficiale
- 28. Terapia iniettiva intramuscolare
- 29. Terapia iniettiva sottocutanea

30. Terapia sottocutanea in infusione
 31. Terapia iniettiva endovenosa
 32. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
 33. Terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed infusione continua
 34. Posizionamento catetere venoso periferico
 35. Posizionamento cateterino sottocutaneo
 36. Gestione cateterismo sottocutaneo/venoso periferico
 37. Gestione cateterismo venoso centrale / sist. Port-a-cath
 38. Assistenza/Gestione pompa infusionale
 39. Gestione cateteri spinali
 40. Istillazione genitoruinaria
 41. Irrigazione dell'occhio
 42. Irrigazione dell'orecchio
 43. Valutazione della disfagia
 44. Posizionamento / sostituzione SNG
 45. Gestione SNG
 46. Valutazione del ristagno gastrico
 47. Somministrazione di terapia tramite SNG – PEG
 48. Controllo periodico del sistema di ancoraggio della PEG
 49. Posizionamento/sostituzione/gestione Cateterismo Vescicole
 50. Valutazione del ristagno vescicole
 51. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
 52. Impostazione dialisi peritoneale
 53. Gestione alvo (intervento educativo igienico – alimentare)
 54. Gestione alvo (Clistere evacuativo Evacuazione manuale)
 55. Esplorazione rettale
 56. Gestione enterostomie
 57. Gestione drenaggi
 58. Irrigazione intestinale
 59. Gestione derivazioni urinarie
 60. ECG
 61. Colloquio con familiare/care giver
 62. Colloquio con il medico curante
 63. Colloquio con medico specialista
 64. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche – passaggio di informazioni – consegne)
 65. Visita di cordoglio – Supporto al lutto
 66. Rendicontazione dell'attività svolta

ASSISTENZA RIABILITATIVA

Tab. 4 Prestazioni Riabilitative

Tab. 4.1 – Prestazioni Fisioterapiche

1. Esecuzione di test / scale di valutazione (FIM)
 2. Valutazione dell'ambiente domestico
 3. Istruzione utilizzo ausili e protesi
 4. Istruzione del paziente o del care giver all'utilizzo di ausili per la deambulazione e valutazione ambientale
 5. Educazione del care giver ad interventi adattivi che rendano più sicuri e fruibili gli ambienti domestici
 6. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente
 7. Educazione del care giver alla corretta mobilizzazione / corretta postura del paziente
 8. Applicazione di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance
 9. Compilazione diario clinico
 10. Trattamento di rieducazione motoria del paziente emiplegico
 11. Trattamento di rieducazione motoria del paziente ortopedico
 12. Trattamento di rieducazione motoria del paziente amputato
 13. Trattamento di rieducazione globale del paziente portatore di patologia neurodegenerativa
 14. Rieducazione respiratoria
 15. Rieducazione alla tosse assistita
 16. Trattamento di rieducazione respiratoria
 17. Trattamento di rieducazione alla tosse assistita
 18. Terapia fisica
 19. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
 20. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
 21. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche – passaggio di informazioni – consegne)
 22. Colloquio con familiare/care giver
 23. Contatto con lo specialista

24. Rendicontazione attività svolta

Tab. 4.2 - Logopedia

1. Valutazione delle alterazione del linguaggio di tipo afasico
2. Valutazione delle alterazione del linguaggio di tipo disartico
3. Esecuzione di test / scale di valutazione
4. Stesura di un piano assistenziale
5. Rieducazione al linguaggio
6. Rieducazione disturbi neuropsicologici (memoria ed attenzione)
7. Monitoraggio del disturbo
8. Valutazione della disfagia
9. Colloquio con familiare/care giver
10. Colloquio con lo specialista
11. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche – passaggio di informazioni – consegne)
12. Rendicontazione dell'attività svolta

Tab. 4.3 - Terapista Occupazionale

1. Stesura di un piano assistenziale
2. Rieducazione disturbi neuropsicologici (memoria ed attenzione)
3. Recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane
4. Colloquio con familiare/care giver
5. Colloquio con lo specialista
6. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche – passaggio di informazioni – consegne)
7. Rendicontazione dell'attività svolta

EDUCAZIONE ALL'ALIMENTAZIONE

Tab. 5 Prestazioni del dietista

1. Anamnesi dietologica
2. Verifica parametri nutrizionali
3. Formulazione dieta personalizzata
4. Valutazione disfagia
5. Stesura di un piano assistenziale
6. Istruzione alla preparazione di dieta a consistenza modificata
7. Istruzione alla somministrazione dei pasti con posture facilitanti
8. Monitoraggio del disturbo disfagico
9. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale entrale
10. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale
11. Istruzione alla gestione domiciliare di un programma di nutrizione entrale
12. Istruzione alla gestione di una sonda nutrizionale
13. Somministrazione di terapia tramite SNG –PEG
14. Monitoraggio del programma nutrizionale
15. Valutazione del ristagno gastrico
16. Contatti con gli specialisti
17. Colloquio con il familiare / caregiver
18. Contatti con i medici di medicina generale
19. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche – passaggio di informazioni – consegne)
20. Rendicontazione dell'attività svolta
21. Consulenze

ASSISTENZA PSICOLOGICA

Tab. 6 Prestazioni dello psicologo

1. Terapia di supporto ai pazienti e ai familiari
2. Consulenza individuale agli operatori delle equipe
3. Attività di supervisioni di equipe
4. Colloqui per sostegno ed elaborazione del lutto

ASSISTENZA ALLA PERSONA

Tab. 7 OSS

1. Igiene personale a persone allettate o con lesioni cutanee
2. Bagno assistito
3. Posizionamento e mobilizzazione
4. Supporto alle prestazioni infermieristiche
5. Bagno a letto (allettato./con disabilità fisiche gravi)
6. Bagno complesso in vasca/doccia (non autosufficiente)
7. Rimessa a letto complessa (carrozzina/non deambulante)
8. Mobil passiva semplice e al letto
9. Deambulazione. Assistita
10. Vigilanza su corretta assunzione farmaci e registrazione in cartella di eventuali problemi per MMG
11. Vigilanza su corretta assunzione farmaci e registrazione in cartella di eventuali problemi per MMG
12. Controllo stato soggettivo (salute, vigilanza, umore, lagnanze etc) e registrazione in cartella x MMG
13. Somministrazione farmaci per os e registrazione in cartella
14. Piccole medicazioni, prevenzione piaghe
15. Controllo parametri vitali e indici corporei con apparecchi sanitari di semplice uso e registrazione in cartella.
16. Prevenzione incidenti domestici
17. Lavaggio dei capelli a letto (allettato non collaborante)
18. Vigilanza su corretta assunzione farmaci e registrazione in cartella di eventuali problemi per MMG
19. Controllo stato soggettivo (salute, vigilanza, umore, lagnanze etc) e registrazione in cartella x MMG



A handwritten signature in black ink, appearing to be 'L. ...'.

ALLEGATO N. 2

PRESTAZIONI SOCIALI – TABELLE RIEPILOGATIVE



Tab.1 AREA CURA DELLA CASA/PRESTAZIONI DOMESTICHE

- Spesa e preparazione pasti (O.S.A.)
- Igiene della casa ordinaria e straordinaria (O.S.A.)
- Lavaggio, stiratura e riordino della biancheria (O.S.A.)

Tab.2 AREA DISBRIGO PRATICHE/ACCOMPAGNAMENTI/AIUTI ECONOMICI/VIGILANZA

- Telefonia sociale (operatore amministrativo)
- Accompagnamento per pratiche socio-assistenziali (Assistente Sociale – O.S.A.)
- Svolgimento commissioni (O.S.A. – Volontari)
- Sostegno per la fornitura o l'acquisto, su richiesta, di alimentari, di indumenti, biancheria e di generi diversi, nonché di strumenti o ausili per favorire l'autonomia (O.S.A. – Volontari)
- Accompagnamento semplice, breve o lungo, per la vita di relazione e nell'accesso ai servizi (Volontari)
- Accompagnamento con trasporto, breve o lungo, per esigenze sanitarie, visite mediche, accertamenti diagnostici (O.S.A.)
- Prestazioni di aiuti economici (Assistente Sociale)
- Vigilanza e compagnia, anche per sollievo familiare (O.S.A. – Volontari)
- Telesoccorso e telecontrollo (assistente sociale – psicologo – medico)

Tab.3 AREA TUTORAGGIO EDUCATIVO

- Supporto ai problemi di apprendimento e integrazione scolastica dei minori diversamente abili (Educatore Prof.)
- Sostegno educativo alla coppia genitoriale o al singolo genitore nei riguardi del figlio minore diversamente abile (Educatore Professionale)
- Sostegno ed indirizzo rispetto alla gestione familiare in presenza di figli diversamente abili che necessitano di ausilio sul piano dei processi di socializzazione (Assistente Sociale)
- Attività di sostegno psico-sociale (Psicologo)
- Aiuto nella fruizione di opportunità e servizi diretti ai minori (Tutor – Volontari)
- Sostegno ed accompagnamento all'interno di un progetto di recupero relazionale ed educativo (Psicologo – Educatore Professionale)

Tab.4 AREA ASSISTENZA TUTELARE E AIUTO INFERMIERISTICO

- Alzata a elevata complessità assistenziale (allettato/non collaborante) (OSA)
- Alzata a media complessità assistenziale (carrozzina/limiti nella deambulazione) (OSA)
- Alzata semplice (parzialmente autonomo, deambulazione assistita) (OSA)
- Igiene orale (incluso nell'alzata) (OSA)
- Rifacimento letto e cambio biancheria (incluso nell' alzata) (OSA)
- Igiene intima a letto di media /alta complessità assistenziale (OSS)
- Igiene intima in bagno di semplice complessità assistenziale (OSA)
- Lavaggio dei capelli a letto (allettato/non collaborante) (OSS)
- Lavaggio dei capelli in bagno in caso di semplice complessità assistenziale (OSA)
- Igiene dei piedi (OSA)
- Bagno a letto (allettato/con disabilità fisiche gravi) (OSS)
- Bagno complesso in vasca /doccia (non autosufficiente ma che può essere accompagnato in bagno) (OSS)
- Bagno semplice (parzialmente autosufficiente deambulazione assistita) (OSA)
- Rimessa a letto complessa (carrozzina/non deambulante) (OSS)
- Rimessa a letto semplice (parzialmente autonomo/deambulazione assistita) (OSS)
- Mobilizzazione passiva semplice e a letto (OSS)
- Deambulazione assistita (OSS)
- Preparazione e aiuto assunzione del pasto /cena (OSA)
- Preparazione e aiuto assunzione della colazione (OSA)
- Vigilanza su corretta assunzione farmaci e registrazione in cartella di eventuali problemi per MMG (OSA-OSS)
- Controllo stato soggettivo (salute, vigilanza, umore, lagnanze etc) e registrazione in cartella per MMG (OSA-OSS)
- Somministrazione farmaci per orale e registrazione in cartella (OSS)
- Piccole medicazioni , prevenzione piaghe (OSS)
- Controllo parametri vitali e indici corporei con apparecchi sanitari di semplice uso e registrazione in cartelle (OSS)
- Prevenzione incidenti domestici (OSS)

SERVIZI E PRESTAZIONI DOMICILIARI

COME DEFINITI NEL NOMENCLATORE E NEL REGOLAMENTO DI ATTUAZIONE DELLA LR 11/07

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA CON SERVIZI SANITARI

<p>ASL 3 SUD ESTAB</p> <p>TIPOLOGIA</p>	<p>Il servizio di assistenza domiciliare integrata consiste in interventi da fornire ai cittadini al fine di favorire la permanenza nel loro ambiente di vita, evitando l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione e consentendo loro una soddisfacente vita di relazione attraverso un complesso di prestazioni socio-assistenziali e sanitarie. Caratteristica del servizio è l'unitarietà dell'intervento, che assicura prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche e riabilitative) in forma integrata e secondo progetti personalizzati di intervento. L'accesso alle prestazioni di assistenza domiciliare avviene attraverso la Unità di Valutazione Integrata. Il soggetto erogatore, per essere abilitato, dovrà avere un'esperienza di almeno tre anni nel settore per il quale si richiede l'autorizzazione, maturata nell'ultimo quinquennio precedente alla data di presentazione della dichiarazione di cui all'art. 11.</p>
<p>PRESTAZIONI</p>	<p>Il servizio comprende prestazioni di tipo socio-assistenziale e sanitario che si articolano per aree di bisogno. Esso è rivolto prevalentemente a persone affette da malattie croniche invalidanti e/o progressivo-terminali. Il servizio può comprendere prestazioni, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aiuto alla persona nello svolgimento delle normali attività quotidiane; - infermieristiche; - riabilitative e riattivanti, da effettuarsi sotto il controllo del personale medico; - sostegno alla mobilità personale.
<p>ORGANIZZAZIONE</p>	<p>Il servizio di assistenza domiciliare integrata deve articolarsi in maniera da garantire la massima fruibilità da parte di tutti i cittadini, prevedendo la presenza del servizio per ognuno degli ambiti territoriali.</p>
<p>PERSONALE</p>	<p>Operatori socio - sanitari e altre figure eventualmente necessarie in funzione dei Progetti personalizzati di intervento definiti dalla UVI.</p>

ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO - ASSISTENZIALE

<p>TIPOLOGIA</p>	<p>Il servizio di assistenza domiciliare consiste in interventi da fornire ai cittadini al fine di favorire la permanenza nel loro ambiente di vita, evitando l'istituzionalizzazione e consentendo loro una soddisfacente vita di relazione. Il servizio comprende prestazioni di tipo socio-assistenziale articolate per aree di bisogno: assistenza domiciliare socio-educativa per minori e famiglie, assistenza domiciliare per diversamente abili, assistenza domiciliare per anziani.</p>
<p>PRESTAZIONI</p>	<p>Sono prestazioni di assistenza domiciliare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aiuto alla persona nello svolgimento delle normali attività quotidiane; - sostegno alla funzione educativa genitoriale; - sostegno alla mobilità personale; - prestazioni di aiuto per famiglie che assumono compiti di accoglienza e di cura di Diversamente abili fisici, psichici e sensoriali e di altre persone in difficoltà, di minori in affidamento, di anziani. <p>Le attività di assistenza consistono in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aiuto per l'igiene e la cura della persona; - aiuto per la pulizia della casa; - lavaggio e cambio della biancheria; - preparazione dei pasti; - aiuto nello svolgimento di pratiche amministrative e di accompagnamento.

	<p>presso uffici;</p> <ul style="list-style-type: none"> - sostegno per la fornitura o l'acquisto, su richiesta, di alimentari, indumenti, biancheria e di generi diversi nonché di strumenti o tecnologie per favorire l'autonomia; - attività di accompagnamento presso familiari e vicini e presso luoghi di interesse culturale o sportivo, finalizzata a mantenere o ristabilire relazioni affettive e sociali; - tutoraggio educativo; - attività di sostegno psicologico.
ORGANIZZAZIONE	Il servizio di assistenza domiciliare deve articolarsi in maniera da garantire la massima fruibilità da parte di tutti i cittadini, prevedendo la presenza del servizio per ognuno degli Ambiti territoriali.
PERSONALE	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinatore del servizio in possesso di uno dei seguenti titoli di laurea: psicologia, sociologia, scienze dell'educazione, scienze del servizio sociale; - Operatori in possesso di idonea qualifica professionale compresa in atti che definiscono il sistema delle professioni sociali della regione Campania; - Altre figure eventualmente necessarie in funzione del piano individualizzato assistenziale/educativo.

TELEFONIA SOCIALE

TIPOLOGIA	Il servizio di Telefonia Sociale è un servizio finalizzato a limitare la condizione d'isolamento nella quale le persone ultrasessantenni possono trovarsi per situazioni tanto di disagio ambientale e socio-economico quanto di precarietà delle condizioni di psico-fisiche. Il servizio tende a limitare il rischio di emarginazione sociale, condizione che spesso caratterizza gli anziani anche autosufficienti, orientandoli e fornendo informazioni che favoriscano la continuità delle relazioni sociali e la comunicazione con il sistema dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari territoriali.
PRESTAZIONI	<p>Sono prestazioni di assistenza domiciliare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - attività di attivazione di un numero verde; - attività di messa in rete del servizio con i servizi socio-assistenziali e socio-sanitari territoriali; - attività di orientamento ed informazione; - attività di sostegno ed ascolto.
PERSONALE	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinatore del servizio Operatori adeguatamente formati (es. Tecnico dell'Accoglienza Sociale) Assistente Sociale

TELESOCORSO

TIPOLOGIA	Il servizio di Telesoccorso ha per finalità quella di garantire risposte immediate agli anziani che vivono in contesti ambientali isolati, che sono soli e che, per precarie condizioni di salute, potrebbero trovarsi uno stato di emergenza e di bisogno. Al servizio accedono, prioritariamente, gli anziani che, dotati dell'idonea apparecchiatura, si trovano in situazione sia socio-economica che sanitaria particolarmente disagiata. Attraverso un'apposito apparecchio, in caso di necessità, l'anziano invia un segnale di allarme alla centrale che, ricevuta la segnalazione, attiva tempestivamente l'intervento di pronto soccorso. Il servizio di Telesoccorso svolge, sostanzialmente, azioni di sorveglianza telematica e di teleassistenza.
PRESTAZIONI	<p>Sono prestazioni di assistenza domiciliare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - attività di attivazione della Centrale Operativa; - attività di distribuzione, attivazione e controllo dell'apparecchio brevettato - attività di sorveglianza telematica e pronto intervento 24 ore su 24; - attività di sostegno e ascolto.
PERSONALE	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinatore del servizio - Operatori adeguatamente formati (es. Tecnico dell'Accoglienza Sociale) - Assistente Sociale



DISTRETTI SANITARI 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59
AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 SUD

E

AMBITI TERRITORIALI (A.T.) 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17

PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA REGOLAMENTAZIONE DEL
SISTEMA INTEGRATO D'ACCESSO (S.I.A.)
ALLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE
ATTIVAZIONE DELLE UNITA' DI VALUTAZIONE INTEGRATE (U.V.I.)



1

Premessa

Il D.lgs 229/99 e i successivi atti di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie (DD.P.C.M. 14/02/01 e 29/11/01) definiscono le "prestazioni socio-sanitarie" come le attività atte a soddisfare mediante percorsi integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

La Legge n. 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" definisce i percorsi – l'assetto istituzionale e organizzativo del sistema integrato di interventi e servizi sociali – individua il Piano di Zona dei servizi sociosanitari come strumento fondamentale per la realizzazione delle politiche di intervento nel settore sociosanitario, con riferimento alla capacità dei vari attori istituzionali e sociali di definire, nell'esercizio dei propri ruoli e compiti, scelte concertate in grado di delineare opzioni e modelli strategici adeguati per lo sviluppo del sistema a rete dei servizi sociosanitari sul territorio di riferimento.

La delibera del Commissario Straordinario della ASL NA 3 Sud n. 000342/2010 approva la Costituzione delle U.V.I. – Unità di Valutazione Integrata - ed il percorso sociosanitario distrettuale.

Il Decreto del Commissario ad Acta della Regione Campania n. 49/2010 definisce le aree prioritarie di intervento per la riorganizzazione della rete territoriale con particolare riguardo al sistema di cure domiciliari.

La Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 41 del 14/02/2011 approva il documento recante linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari.

La Deliberazione del Commissario Straordinario della ASL NA 3 Sud n. 332 del 25/02/2011 prende atto della D.G.R.C. n. 41/2011 e, dispone, tra l'altro, la costituzione di una Commissione – Gruppo di Lavoro – per la stesura del "Documento delle Cure Domiciliari della ASL Na 3 Sud" e sua adozione.

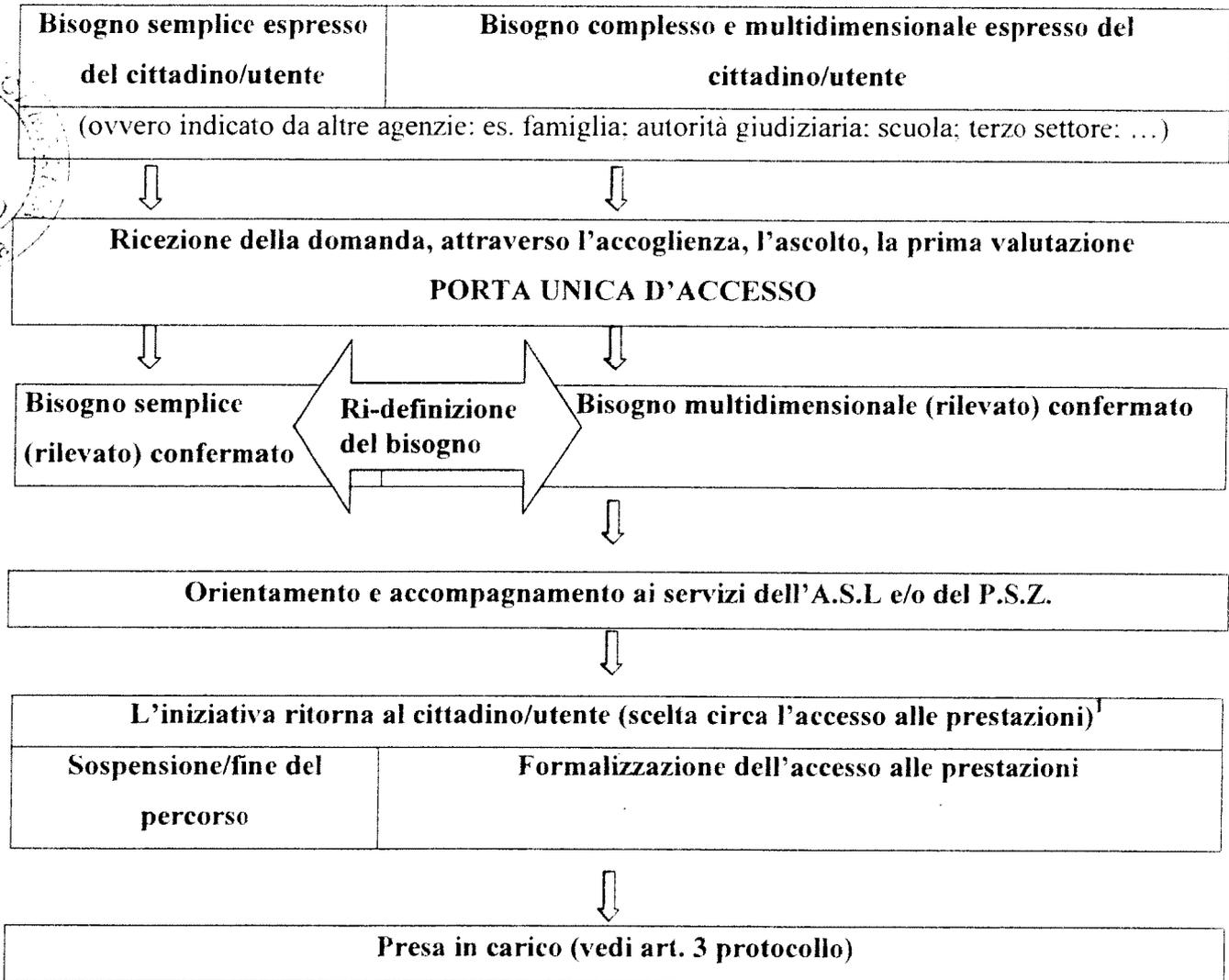
L'integrazione socio-sanitaria si realizza a tre principali livelli:

- **livello istituzionale**, attraverso la collaborazione operativa fra istituzioni diverse, quali A.S.L. e Enti Locali dell'Ambito Territoriale attraverso il P.S.Z. e il P.A.T.;
- **livello gestionale**, attraverso l'integrazione delle risorse umane e materiali delle diverse istituzioni;
- **livello professionale**, attraverso la condivisione di percorsi sanitari e socio assistenziali in un lavoro in cui le diverse professionalità impegnate siano compartecipi di uno stesso progetto.

In sintesi, l'integrazione socio sanitaria consiste nel mettere in rete le risorse umane, professionali e strutturali di un territorio per rispondere al bisogno globale di salute dei cittadini/utenti.

Lo schema che segue descrive i processi di integrazione socio-sanitaria disciplinati dall'articolato del presente protocollo.

**SCHEMA DEL SISTEMA INTEGRATO D'ACCESSO (S.I.A.)
ALLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE**



¹ Salvo le situazioni per cui la legge prevede trattamenti obbligatori in capo ai servizi.

Presa in carico (vedi art. 3 protocollo)

dell'U.S.S.

↓
attivazione dei percorsi del P.S.Z.

delle UU.OO.

↓
attivazione dei percorsi delle UU.OO.

Integrazione socio-sanitaria (non U.V.I.) (vedi art. 4 protocollo)

Se l'utente è "preso in carico" soltanto da una delle due strutture, la quale ritiene che esistano le condizioni di multidimensionalità, complessità, compartecipazione - professionale e/o finanziaria e/o operativa -, questa segnala la situazione all'altra struttura attraverso una specifica comunicazione (vedi art. 3)

Se l'utente è "preso in carico" soltanto da una delle due strutture, la quale ritiene che esistano le condizioni di multidimensionalità, complessità, compartecipazione - professionale e/o finanziaria e/o operativa -, questa segnala la situazione all'altra struttura attraverso una specifica comunicazione (vedi art. 3)

Gli attori della Porta Unica di Accesso dovranno discriminare 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 ai servizi - sanitari o sociali - o l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata

dell'U.V.I.

•Se il bisogno e le risposte allo stesso valutati dall'U.V.I. sono multidimensionali e complessi, si procede alla definizione del PAI e all'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie integrate, di cui ai L.E.A., attraverso l'U.V.I..

**PROTOCOLLO DEL SISTEMA INTEGRATO D'ACCESSO (S.I.A.)
ALLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE
ATTIVAZIONE DELLE UNITA' DI VALUTAZIONE INTEGRATE (U.V.I.)**

ART. 1 – Premessa

La premessa è parte integrante e sostanziale del presente protocollo.

ART. 2 – Porte Uniche d'Accesso (P.U.A.)

Il S.I.A. si configura quale sistema di Porte Uniche d'Accesso al sistema locale dei servizi socio-sanitari, in quanto gli operatori socio-sanitari coinvolti, nell'accoglienza e nella presa in carico della domanda d'accesso alle prestazioni socio-sanitarie, sono in grado di orientare e accompagnare il cittadino/utente verso i percorsi istituiti.

Nei Distretti Sanitari dell'A.S.L. le Porte Uniche d'Accesso sono così definite ed individuate per aree di bisogno:

Area di bisogno	P.U.A.
Minori – Materno Infantile	U.O.M.I.
Minori – Disabili	U.O.M.I.
Minori – Patologia Neuropsichiatriche dell'età evolutiva	U.O.M.I.
Minori – Patologie Cronico – Degenerative	U.O.M.I.
Minori – Malati Terminali	U.O.M.I.
Minori – Detenuti	U.O.M.I. Ser.T U.O.S.M.
Minori – Dipendenze e Patologie Correlate	Ser.T
Minori – Sieropositivi e affetti da AIDS	Ser.T
Adulti – Donna, Coppia e Famiglia	U.O.M.I.
Adulti – Fascia età 18-20 (Servizi Spazio Adolescenti)	U.O.M.I.
Adulti – Disabili	U.O.R.
Adulti – Salute Mentale	U.O.S.M.
Adulti – Patologie Cronico-Degenerative	U.O.R.
Adulti – Malati Terminali	U.O.R.
Adulti – Detenuti	Ser.T U.O.S.M.
Adulti – Dipendenze e Patologie Correlate	Ser.T
Adulti – Sieropositivi e affetti da AIDS	Ser.T
Anziani – non Autosufficienti affetti da patologie Cronico-Degenerative	U.O.A.A.

Nei Comuni dell'Ambito Territoriale le Porte Uniche d'Accesso sono individuate, per tutti i Servizi/Interventi del P.S.Z., negli UU.SS.SS..

La porta unitaria d'accesso si concretizza anche con la graduale condivisione dei sistemi informativi e di accesso alle prestazioni (carta dei servizi, C.U.P., accesso on-line ai servizi del P.S.Z. e di cui all'all. 1C del D.P.C.M. 29/11/01) condivisi dagli operatori del sistema integrato d'accesso.

ART. 3 – Presa in carico

La presa in carico del cittadino/utente da parte degli UU.SS.SS. o delle UU.OO. è effettuata secondo le modalità previste dalla specifica organizzazione, anche di tipo tecnico-professionale.

Se l'utente è "preso in carico" soltanto da una delle due strutture, e questa ritiene che esistano le condizioni di multidimensionalità, complessità, compartecipazione – professionale e/o finanziaria e/o operativa -, la stessa segnala la situazione all'altra struttura attraverso una specifica comunicazione.

La comunicazione, a seconda delle specifiche situazioni concrete, e secondo criteri di adeguatezza e proporzionalità dell'onere informativo, può essere:

- **inoltrata per le vie brevi** (verbalmente o telefonicamente), in tal caso deve fornire informazioni sulle richieste del cittadino/utente (domanda), sulle modalità con le quali è avvenuta la presa in carico (accoglienza, ascolto, prima valutazione), sui percorsi attivati (orientamento, accompagnamenti, servizi, ...), e sulle richieste di integrazione tra le strutture, ovvero sulle informazioni da fornire al cittadino/utente per farlo accedere all'altra struttura (ipotesi operative);
- **trasmessa in forma scritta ed ufficiale** (con protocollo della struttura), in tal caso deve fornire informazioni sulle richieste del cittadino/utente (domanda), sulle modalità con le quali è avvenuta la presa in carico (accoglienza, ascolto, prima valutazione, anche multi-professionale), sui percorsi attivati (orientamento, accompagnamento, servizi, ...), e sulle richieste di integrazione tra le strutture, ovvero sulle informazioni da fornire al cittadino/utente per farlo accedere all'altra struttura (ipotesi operative). alla comunicazione scritta deve essere allegata la documentazione relativa ai provvedimenti dell'autorità giudiziaria (dimensione giuridica) e alle relazioni socio-ambientali del servizio sociale professionale (dimensione del contesto, trasversale a tutte le dimensioni).

ART. 4 – Integrazione socio-sanitaria

In seguito alla presa in carico del cittadino/utente, da parte degli UU.SS.SS. e delle UU.OO. (secondo le procedure di cui all'art. 3 del presente protocollo), gli UU.SS.SS. e i Referenti Socio Sanitari dei Distretti avviano l'integrazione delle proprie modalità operative.

La succitata integrazione socio-sanitaria è realizzata secondo le modalità operative che, di volta in volta, le figure professionali coinvolte riterranno maggiormente adeguate alle situazioni concrete, con riferimento a:

- metodologie consolidate;
- protocolli operativi specifici, relativi a procedure e/o prestazioni.

ART. 5 – Referente/U.O. Socio Sanitaria (Distretto Sanitario) e Area Integrazione Socio-Sanitaria (P.S.Z.)

In ogni Distretto Sanitario dell'A.S.L., afferente all'Ambito Territoriale, è presente un referente sociosanitario/U.O. sociosanitaria, che affianca e supporta il Direttore del Distretto per il coordinamento del territorio di competenza.

Nel P.S.Z. dell'Ambito Territoriale è attiva l'Area "Integrazione Socio-Sanitaria" che, insieme agli UU.SS.SS., affiancano e supportano il Coordinatore dell'Ufficio di Piano di Zona e da cui dipendono funzionalmente le U.V.I., per la parte di competenza del P.S.Z..

ART. 6 – Le U.V.I.

Le U.V.I. sono équipe socio-sanitarie multidisciplinari integrate.

Nell'Ambito Territoriale le U.V.I. sono attivate dai Distretti Sanitari.

ART. 7 – Componenti delle U.V.I.

Le U.V.I. sono composte, su indicazione dei Direttori dei Distretti e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano di Zona:

- **per il Distretto Sanitario**, dal Direttore del Distretto o suo delegato, dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta dell'utente, dal Responsabile delle UU.OO. coinvolte nella valutazione sanitaria a seconda del bisogno rilevato nella fase della presa in carico, da eventuali operatori medici specialisti;
- **per il P.S.Z.**, dal Coordinatore dell'Ufficio di Piano di Zona o suo delegato (Responsabile dell'Area "Integrazione Socio-Sanitaria"), dai responsabili delle aree di intervento dell'Ufficio di Piano di Zona coinvolte a seconda del bisogno rilevato, dal Responsabile dell'U.S.S. competente per residenza del cittadino/utente, dal Responsabile del procedimento dell'Ente Locale competente per residenza del cittadino/utente nel caso sia necessario assumere oneri di spesa non previsti dai servizi del P.S.Z., da eventuali operatori dei servizi esternalizzati;
- **dal cittadino/utente**, che è coinvolto nelle fasi di formalizzazione del Progetto d'Intervento Individualizzato.

Gli operatori coinvolti, di volta in volta, nelle UU.VV.II. sono investiti da potere decisionale, così come previsto dall'art. 8 del presente protocollo.

ART. 8 – Valenza giuridica e professionale delle UU.VV.II.

L'A.S.L. e gli Enti Locali dell'Ambito Territoriale con l'approvazione del presente Protocollo attribuiscono alle U.V.I. la valenza delle Conferenza dei Servizi, di cui all'art. 14 della L. 241/90 e s.m.i., relativamente a:

- composizione;
- modalità operative;
- valutazioni;
- effetti amministrativi delle valutazioni tecnico-scientifiche assunte.

Tutti i componenti delle U.V.I. contribuiscono all'elaborazione del Progetto Assistenziale Individualizzato (P.A.I.) attraverso l'apporto della propria competenza professionale e delle funzioni istituzionali che rappresentano, anche relativamente alla tipologia di incarico ricoperto.

ART. 9 – Sede delle U.V.I.

Le U.V.I. si tengono, di norma, presso la sede del Distretto Sanitario, salvo diverse esigenze per cui risulti opportuno utilizzare la sede dell'U.S.S. competente, ovvero la sede di altre agenzie sociali territoriali coinvolte, oppure presso il domicilio del cittadino/utente previa comunicazione e autorizzazione dello stesso.

ART. 10 – Funzioni delle U.V.I.

L'U.V.I. è competente per la valutazione e la predisposizione di progetti d'intervento individualizzati, relativi a situazioni complesse e multidimensionali, di cui ai Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A. – D.P.C.M. 29.11.01, all. 1C).

I processi di formalizzazione dell'U.V.I. hanno origine e producono effetti nel momento della convocazione della stessa.

Le funzioni delle U.V.I. sono:

- a) condivisione della documentazione socio-sanitaria disponibile presso il P.S.Z. e il Distretto Sanitario;

- b) analisi e diagnosi del bisogno, finalizzate all'individuazione degli elementi di complessità e multidimensionalità;
- c) valutazione della presenza dell'inscindibilità degli elementi di complessità e multidimensionalità del bisogno e della risposta allo stesso - l'erogazione attraverso l'U.V.I. non avviene quando tale inscindibilità non è riscontrata in sede di prima valutazione, ritornando la competenza alle singole strutture;
- d) definizione della presa in carico da parte dell'U.V.I.;
- e) elaborazione del progetto d'intervento individualizzato;
- f) monitoraggio, verifica, valutazione, eventuale ri-modulazione e conclusione concordata del Progetto Assistenziale Individuale;
- g) coinvolgimento del cittadino/utente nella fase di formalizzazione del P.A.I.;
- h) trasmissione di copia del P.A.I.:
- all'Ufficio Socio Sanitario Distrettuale dell'A.S.L., che la trasmetterà alle UU.OO. competenti;
 - alla Area di Integrazione Socio Sanitaria che trasmette all'U.S.S. del P.S.Z., e di seguito al Responsabile del procedimento dell'Ente Locale competente per residenza del cittadino/utente nel caso sia necessario assumere oneri di spesa non previsti dai servizi del P.S.Z..

Nella valutazione multidimensionale della UVI deve essere utilizzato uno strumento specifico al fine di rendere omogenei e confrontabili i criteri di valutazione attraverso la scheda SVAMA.

ART. 11 - Modalità di convocazione delle U.V.I.

Le UU.VV.II. sono convocate dal Direttore del Distretto Sanitario di competenza, su richiesta:

- a) del Responsabile dell'U.O di riferimento;
- b) del Coordinatore del Piano di Zona per il tramite del Referente Sociosanitario di Ambito del P.S.Z., che ne informa il Responsabile dell'Area Integrazione Socio-Sanitaria dell'Ufficio di Piano di Zona.

Il Direttore del Distretto Sanitario convoca la U.V.I. se si ritiene che, in relazione al bisogno, esistano le condizioni di multidimensionalità, complessità, compartecipazione (professionale e/o finanziaria e/o operativa), tali da trovare riscontro nella tipologia di prestazioni di cui alla normativa vigente in materia (D.P.C.M. 29.11.01, all. 1 C).

ART. 12 – Il Progetto Assistenziale Individualizzato (P.A.I.)

Il P.A.I. elaborato dalle UU.VV.II. è conservato sia presso l'U.O. Socio-Sanitaria Distrettuale, sia presso l'U.O. dedicata., ai sensi dell'art. 2 del presente Protocollo, sia presso l'U.S.S. competente del P.S.Z..

Il P.A.I. ha valore di contratto tra gli enti rappresentati dai componenti delle U.V.I., e tra questi e il cittadino/utente, stabilendo i livelli di responsabilità degli Enti coinvolti:

- la responsabilità tecnico-scientifica è attestata con la sottoscrizione da parte di tutti i componenti dell'U.V.I. che svolgono, per il proprio ente, funzioni tecnico-scientifiche;
- la responsabilità tecnico-amministrativa è attestata con la sottoscrizione da parte dei componenti dell'U.V.I. responsabili, per il proprio ente, di specifici centri di costo e di responsabilità per la gestione della spesa.

Il Referente dell'U.O. Socio Sanitaria Distrettuale e il Responsabile dell'U.S.S. competente per il P.S.Z. sono responsabili dei flussi informativi con, rispettivamente, il Servizio di Coordinamento Centrale Socio Sanitario dell'A.S.L. e l'Ufficio di Piano di Zona del P.S.Z..

Il P.A.I. deve contenere, in apposita cartella personale, tra l'altro:

- analisi della motivazione dell'invio;

- 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;
- classificazione socio-sanitaria
- diagnosi sociale;
- individuazione risorse personali;
- individuazioni risorse familiari (famiglia nucleare e allargata);
- 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;
- strumenti di monitoraggio, verifica e valutazione;
- eventuali moduli, schede, protocolli, relazioni, certificazioni, frutto della professionalità, dell'esperienza, della competenza, dei componenti e/o delle unità operative e dei servizi che questi rappresentano (es. Unità Valutazione Geriatrica, scheda di rischio sociale elaborata dal forum degli assistenti sociali, schede operative della pediatra di comunità, modulistica I.S.E. e I.S.E.E., relazioni socio-ambientali, I.C.F., ...).

Il P.A.I. è sottoscritto dai componenti dell'U.V.I. e proposto al cittadino/utente per l'accettazione dello stesso.

Il cittadino/utente ha la possibilità di:

- accettare il P.A.I.;
- non accettare;
- proporre eventuali modifiche, motivate.;
- chiedere la revisione, motivata..

Il cittadino/utente può avvalersi della consulenza e del sostegno delle organizzazioni di tutela e rappresentanza dei consumatori e degli utenti.

Alla luce della DGRC n. 41/2011 si ribadisce e si integra:

In sede UVI viene individuato, inoltre, il Case Manager o Responsabile del caso, un professionista che opera come "riferimento" e "facilitatore" per la persona in carico al servizio.

Il Case Manager o Responsabile del caso ha il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale, per coordinare le risorse e migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza.

Il ruolo di Case Manager è assunto da figure assistenziali diverse a seconda della tipologia e complessità del bisogno del paziente: può essere, quindi, una figura sanitaria o sociale, in base ai bisogni prevalenti del soggetto e alle scelte organizzative.

Il Responsabile del caso viene individuato in sede UVI ed è all'UVI che deve direttamente rispondere del suo operato.

Alla valutazione multidimensionale segue la elaborazione del Progetto Personalizzato.

L'UVI 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 Personalizzato, come già riferito, deve definire esplicitamente e in maniera analitica:

- In rapporto al bisogno accertato, la tipologia di servizi e prestazioni sociali e sanitarie da erogare, modalità di erogazione, livello di intensità (alto, medio-basso) dell'intervento e le figure professionali impegnate;
- Titolarità, competenze e responsabilità di spesa;
- Le competenze e funzioni del referente familiare;
- Data di avvio e durata del progetto, con la previsione di una verifica intermedia e finale;

- Le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi;
- 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.

Con il consenso informato si conclude la fase preliminare della presa in carico del cittadino, che deve essere conclusa entro 30 giorni dalla data della richiesta di accesso.

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, ecc.), esso deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente e agli operatori.

Tutte le proposte di modifica strutturale dello stesso vanno ratificate dall'U.V.I.

All'interno del Progetto Personalizzato deve essere previsto il Piano Esecutivo condiviso con l'Equipe Operativa che svolgerà nel concreto il percorso assistenziale domiciliare.

Questa parte esecutiva del Progetto Personalizzato, che descrive in maniera puntuale il trattamento del caso, riporta:

- Azioni specifiche, tipologia delle prestazioni e figure professionali impegnate;
- Quantità, modalità, frequenza e durata di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati (numero di accessi MMG/PLS, consulenze specialistiche programmate, numero ore giornaliere e settimanali di assistenza domiciliare, ecc.);
- Fornitura di presidi e materiali vari;
- Strumenti e tempi per il monitoraggio e per la valutazione del piano (risultati osservati in relazione ai risultati attesi).

L'Equipe Operativa è specifica e variabile per ogni singolo caso ed è costituita da tutti gli operatori del pubblico e del privato che provvedono all'attuazione del progetto personalizzato. Essa è pertanto costituita dagli operatori che si prendono cura a livello domiciliare del paziente e della sua famiglia.

Inoltre, all'atto della dimissione va compilata una apposita scheda che, in analogia con la scheda di dimissione ospedaliera, raccoglie tutti i dati relativi alla assistenza domiciliare erogata.

I dati delle suddette schede saranno raccolte su supporto informatico, nel rispetto della vigente normativa sulla privacy, ai fini della realizzazione del flusso informativo regionale.

Inoltre, si individuano le seguenti modalità di dimissione:

- Dimissione per raggiungimento degli obiettivi previsti dal Progetto Personalizzato, a seguito di verifica da parte della UVI;
- Dimissione per trasferimento ad altro regime assistenziale di tipo diverso dal domiciliare, disposta dalla U.V.I. in seguito a riscontro, in sede di valutazioni intermedie o finali, di impossibilità di raggiungimento degli obiettivi del Progetto Personalizzato, con l'assistenza domiciliare, o a seguito di mutate condizioni sociosanitarie;
- Dimissione per ricovero in ospedale a seguito del verificarsi di condizioni cliniche non gestibili a domicilio;
- Dimissione per decesso della persona assistita;
- Dimissioni per volontà dell'assistito (con precisazione della motivazione, se espressa).

N.B. In ogni caso il Progetto di Intervento Individualizzato (P.A.I.) deve contenere tutti i riferimenti previsti dalle normative vigenti in materia di integrazione socio sanitaria

Inoltre, il predetto protocollo è attuativo ai sensi della DGRC n. 41 del 14/02/2011 concernenti le "Linee Guida Regionali" relative al "Sistema dei Servizi Domiciliari in Campania" – Delibera della ASL NA 3 Sud n. 332 del 25/02/2011 "Approvazione del documento recante linee di indirizzo profili e standard in materia di servizi domiciliari in Campania – presa d'atto e provvedimento" – ai sensi del "Documento di Valutazione Cure Domiciliari della ASL NA 3 Sud".

Si allega "Prototipo scheda di accesso al sistema dei servizi" di cui alla DGRC n. 41/2011.



ALLEGATO 1

PROTOTIPO SCHEDA DI ACCESSO AL SISTEMA DEI SERVIZI





Giunta Regionale Campania
Assessorato alla Sanità e
Assessorato alle Politiche Sociali

logo asl

logo ambito

set minimo per
scheda di accesso P.U.A.
al sistema dei servizi

A.S.L. :		Distretto:	Ambito:
Punto di accesso:	U.O. distrettuale specificare: <input type="checkbox"/> M.M.G/P.L.S. <input type="checkbox"/> SEGR.SOCIALE <input type="checkbox"/>	Data scheda	___/___/___
N°iferimento 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 informale <input type="checkbox"/> tutore giuridico <input type="checkbox"/> U.O. ospedaliere: _____ <input type="checkbox"/> u.o. distrettuali : _____ <input type="checkbox"/> strutture residenziali : _____ <input type="checkbox"/> altri servizi sociali dell'ambito territoriale: _____ <input type="checkbox"/> altro: _____			
dati dell'assistito			
Cognome		Nome	
Data nascita	___/___/___	Genere	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Luogo Nascita		Codice Fiscale/STP	
Indirizzo dell'Assistito:			
Recapiti Telefonici			
Comune di residenza		Stato estero assistito	
Regione di residenza dell'assistito		A.s.l. di residenza dell'assistito	
Medico dell'assistito: mmg <input type="checkbox"/> pls <input type="checkbox"/>	nome:	cognome:	asl distretto
	Indirizzo:		
Utente già in carico	Servizi sociali <input type="checkbox"/> Servizi sanitari <input type="checkbox"/> Altro (specificare) <input type="checkbox"/>	Attualmente fruisce di servizi:	Servizi sociali Servizi sanitari Altro (specificare)

EVENTUALE PERSONA INCARICATA DI TUTELA GIURIDICA	
COGNOME e NOME _____	
VIA _____	COMUNE _____
TELEFONO _____	RUOLO _____

PROFILO PERSONALE

Stato civile				
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
7 <input type="checkbox"/> convivente	8 <input type="checkbox"/> non dichiarato			

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
<input type="checkbox"/> disoccupato/a <input type="checkbox"/> pensionato/a <input type="checkbox"/> cassintegrato/a		
Altro (Specificare).....		

RICHIESTA ESPRESSA DALL'UTENTE:

Assistenza domiciliare Semiresidenziale
 Ricovero in strutt. residenziale
 Ricovero in strutt.
 Contributo economico
 Altro (specificare)
.....

BISOGNO RILEVATO DALL'OPERATORE :

PRIMA VALUTAZIONE

bisogno semplice: sociale sanitario Bisogno complesso Caso urgente

ATTIVAZIONE DEI SERVIZI:

SERVIZI ATTIVATI: sociale
 sanitario
 invio al percorso integrato /attivazione U.V.I.

Eventuale documentazione allegata:

RUOLO / FIRMA OPERATORE

Consenso informato

Il Sottoscritto _____ in qualità di
(specificare) _____

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

Luogo e Data _____

Firma _____

Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE SUPPLENTE
(Dott. Marco Tullo)

TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. 25080 in data 30 GIU. 2011

TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione della G.R. n. _____ del _____

Decisione: _____

IL FUNZIONARIO

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 27 GIU. 2011 / _____ **A:**

<input checked="" type="checkbox"/>	SUB COMMISSARIO AMMINISTRATIVO	COORD.TO PROGETTI FONDI	
<input checked="" type="checkbox"/>	SUB COMMISSARIO SANITARIO	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	
<input checked="" type="checkbox"/>	COLLEGIO SINDACALE	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERV. GABINETTO	DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERV. AFFARI GENERALI	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERV. AFFARI LEGALI	DISTRETTO N. 48	EX A.S.L. NA 4
<input checked="" type="checkbox"/>	SERV. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	DISTRETTO N. 49	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERV. ASSISTENZA SANITARIA	DISTRETTO N. 50	SERV. FASCE DEBOLI
<input checked="" type="checkbox"/>	SERV. CONTROLLO DI GESTIONE	DISTRETTO N. 51	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERV. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.	DISTRETTO N. 52	EX A.S.L. NA 5
<input checked="" type="checkbox"/>	SERV. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DISTRETTO N. 53	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERV. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 54	SERV. ASSISTENZA DISTRETTUALE
<input checked="" type="checkbox"/>	SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.OSP.	DISTRETTO N. 55	SERV. ASSISTENZA OSPEDALIERA
<input checked="" type="checkbox"/>	SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.TERR.	DISTRETTO N. 56	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERV. GEST.TECN.SISTEMI INFORMAT	DISTRETTO N. 57	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERV. ISPETTIVO	DISTRETTO N. 58	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERV. MATERNO INFANT. OSPEDAL.	DISTRETTO N. 59	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERV. MATERNO INFANT. DISTRET.	P.O.SANTA MARIA DELLA PIETA'	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERV. PREVENZIONE E PROTEZIONE	P.O. CAV. RAFFAELE APICELLA	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERV. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	OO.RR. AREA STABIESE	
<input checked="" type="checkbox"/>	COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	OO.RR. GOLFO VESUVIANO	
<input checked="" type="checkbox"/>	COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA	