

Progetto di Sviluppo delle cure domiciliari di terzo livello, delle cure palliative e dell'assistenza ai malati terminali: potenziamento del servizio di dimissioni protette e continuità delle cure ospedale-territorio

Premessa

Il "Progetto di dimissione protetta e continuità delle cure a domicilio" costituisce una delle azioni applicative del progetto "Cure domiciliari di terzo livello, ai pazienti terminali e in cure palliative, approvato con delibera n. 1863 del 01.07.2013, e finanziato dalla Regione Sardegna ai sensi della DGR n. 51/12 del 28.12.2012 "Finanziamento a favore delle Aziende Sanitarie Locali per gli interventi finalizzati allo sviluppo del sistema dell'Assistenza Domiciliare Integrata"

Il progetto di cui trattasi intende perseguire gli obiettivi individuati con il progetto generale di cui alla delibera n. 1863 del 01.07.2013, attraverso la definizione di programmi di intervento condivisi fra distretti e strutture ospedaliere, di cui alla DCR 33/32 del 08/08/2013.

In particolare si intende realizzare procedure di dimissione protetta che consentano un passaggio organizzato del paziente dal setting assistenziale ospedaliero a quello domiciliare; assicurare, all'interno del servizio di Cure Domiciliari Integrate, la disponibilità degli interventi specialistici oncologici e non, che non richiedono il ricovero ospedaliero; evitare prolungamenti non necessari della degenza ospedaliera facilitando il turn-over dei pazienti; ridurre le riammissioni ospedaliere improprie.

Azioni

Applicazione di procedure operative per le dimissioni protette dei pazienti candidabili alle Cure domiciliari di terzo livello e cure palliative.

Potenziamento dell'attività specialistica a domicilio, con il coinvolgimento di tutte le professionalità aziendali necessarie nel servizio di cure domiciliari integrate di terzo livello. Estensione dell'attività del nucleo di cure palliative territoriali oncologiche e/non, neuro degenerative croniche, SLA, e con esiti di patologie cerebro vascolari ai comuni non ancora coperti.

Unità operative e gruppi coinvolti

L'attuazione del progetto richiede il coinvolgimento di:

Direzione dei Distretti

Direzione dei Servizi Socio Sanitari

Direzione Professioni Sanitarie

Luise Ferru

Direzione Sanitaria Ospedaliera

Reparti Ospedalieri

Unità operative di supporto amministrativo e sanitario necessarie per la realizzazione del progetto.

Equipe di cure palliative domiciliari.

L'equipe di cure palliative domiciliari è una organizzazione funzionale del distretto sociosanitario con competenze multidisciplinari che eroga assistenza specialistica multiprofessionale. La responsabilità dell'equipe è in capo al Responsabile della unità integrativa cure domiciliari integrate del Distretto e risponde agli indirizzi del Direttore del Distretto (vedi del.n 33/32 del 08.08.2013). La composizione dell'equipe di cure palliative deve prevedere figure professionali con specifica competenza ed esperienza ai sensi dell'art.5 comma 2 della legge 38/2010 .

Deve essere composta da un nucleo base rappresentato da

- MMg dell'assistito

-Medico di assistenza distrettuale

-Medico con specifiche competenze ed esperienze nel campo delle cure palliative

-Infermiere con specifiche competenze ed esperienze nel campo delle cure palliative

-Psicologo

-Assistente sociale

Il personale del nucleo base deve essere personale dedicato e formalmente individuato dalla ASL, fatta eccezione per il M.M.G. L'equipe viene integrata da figure professionali ritenute necessarie (medico specialista, terapeuta riabilitazione, operatore socio sanitario).

Ruoli, competenze e integrazioni

Deve essere creato un gruppo di lavoro misto ospedale-territorio preposto alla definizione dell'attività del progetto e all'accompagnamento della sua realizzazione che provveda:

- alla verifica della disponibilità delle risorse umane,
- alla definizione del monitoraggio delle attività,
- alla rivalutazione del progetto dopo i primi sei mesi dall'attivazione e al primo anno, in modo da adottare tutti i correttivi necessari.

Componenti del gruppo di lavoro sono quelli indicati nella delibera aziendale n°245 dell' 11.03.2014.



Luise Fernu

Il gruppo di lavoro elabora le azioni migliorative di carattere organizzativo necessarie ad assicurare il più efficiente ed efficace coinvolgimento nel progetto degli operatori aziendali e delle professionalità specialistiche richieste. In particolare, provvede alla verifica della disponibilità numerica e temporale del personale, alla definizione della tipologia e volumi di incremento dell'attività a domicilio prevista, alla individuazione delle azioni organizzative e riorganizzative necessarie. Il gruppo di lavoro provvede anche all'accompagnamento e verifica della realizzazione delle azioni progettuali attraverso incontri periodici ed alla predisposizione delle azioni formative ritenute necessarie.

Quadro organizzativo aziendale di riferimento

Le azioni e attività progettuali in capo al gruppo di lavoro devono avvenire all'interno del contesto organizzativo esistente prevedendo:

-che le responsabilità tecnico organizzative sono così distribuite:

- Distretto Sanitario – Assistenza Integrata - PUA-UVT: per le funzioni che gli sono proprie in tema di valutazione multidimensionale e di progettazione degli interventi in ambito sociosanitario;
- Distretti Sociosanitari, attraverso le Unità Operative Cure Domiciliari, per quanto riguarda il coordinamento delle attività a domicilio e per la garanzia dell'assistenza alla persona nel proprio domicilio;
- Ospedale: UO di Oncologia Medica –UO Anestesia e Rianimazione dei tre presidi -U.O. Neurologia, gruppo SLA e tutte le altre U.O.coinvolte, in relazione alla corrispondente competenza specialistica,sulla base delle indicazioni stabilite in sede di valutazione U.V.T.

- che la responsabilità specialistica (tecnico-professionale) è in capo al singolo professionista che opera all'interno del progetto;

-che le attività del progetto si configurano all'interno dei "LEA Distrettuali";

- che la responsabilità clinica sull'assistito a domicilio è in capo al Medico di Medicina Generale per gli interventi erogati dagli operatori delle unità operative cure domiciliari integrate del distretto socio sanitario con interventi programmati 7gg/7;

- che la responsabilità clinico-organizzativa per gli interventi di competenza dell'equipe di cure palliative-assistenza ai malati oncologici, che comprendono prestazioni domiciliari ad elevata intensità assistenziale da parte dell' equipe cure palliative -oncologiche domiciliari, è in capo all'Equipe Oncologica .

- che il nucleo specialistico di cure palliative oncologiche domiciliari è stato collocato nel livello di assistenza distrettuale C.D.I. terzo livello, come da delibera n. 176 / del 01.02.2011.

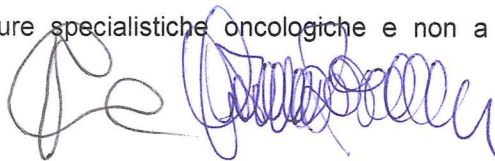
- che analoga configurazione si applica alla U.O. di neurologia per l'assegnazione di unità mediche inserite nell' assistenza distrettuale di terzo livello.

Azioni progettuali da intraprendere

Attivazione del gruppo di lavoro ed elaborazione procedure operative

Sulla base dei compiti e responsabilità sopra definiti sono elaborate ed approvate le procedure operative per le dimissioni protette,(allegate alla presente),la continuità delle cure specialistiche oncologiche e non a domicilio.

Luise Ferru



Azioni progettuali da svolgere

Cronoprogramma delle attività

Realizzazione del cronoprogramma

Definizione delle risorse umane.

Avviso di manifestazione di interesse da pubblicare su intranet per il personale specialista ospedaliero, disponibile alla mobilità territoriale distrettuale.

Bando di selezione per il personale esterno da acquisire.

Progetti di formazione per tutto il personale dedicato.

L'attività formativa è rivolta ad accompagnare i processi riorganizzativi richiesti dal progetto, nonché a colmare le lacune conoscitive esistenti nei professionisti coinvolti, a facilitare il trasferimento di conoscenze fra gli operatori ospedalieri e territoriali, ad informare e condividere con tutti gli attori del progetto le procedure operative elaborate.

Fasi pilota e a regime

Con la fase pilota comincerà l'applicazione delle "Procedure operative per le dimissioni protette e la continuità delle cure specialistiche (oncologiche e non) a domicilio per pazienti inseriti in cure domiciliari di terzo livello, e cure palliative ai malati terminali", con la individuazione dei pazienti destinatari degli interventi a domicilio, la loro dimissione in modalità protetta e l'avvio delle cure a domicilio.

Volumi di attività

I volumi di attività previsti per la fase pilota e a regime si basano sulla valutazione della disponibilità di personale specialistico coinvolgibile negli interventi, nonché dell'impatto che l'adozione delle procedure operative esercita sulle consuetudini e l'organizzazione dell'ospedale. In particolare nella fase pilota, le cure palliative oncologiche già attive nel distretto di Olbia dovranno essere estese al distretto di Tempio.

L'individuazione dei criteri di inserimento, è in capo ai Responsabili dell' U.V.T..

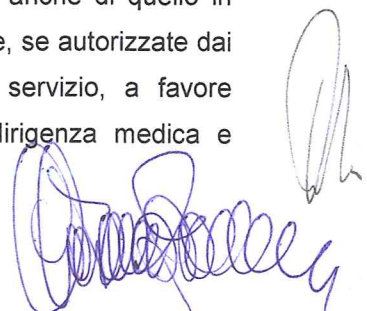
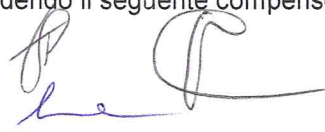
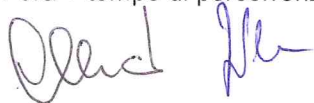
Al termine della fase pilota è prevista una rivalutazione sull'andamento del progetto, sulla opportunità di adottare eventuali correttivi e sulla possibilità di ampliare la partecipazione dei pazienti. Nella fase a regime, l'applicazione delle procedure prosegue secondo le modalità concordate e gli eventuali correttivi apportati. Al termine della fase a regime, della durata di sei mesi, è prevista la valutazione del progetto e dei risultati ottenuti, sulla base degli indicatori di processo e di esito adottati. La prosecuzione del progetto oltre il termine di un anno, è subordinata alla valutazione dei risultati in termini di efficacia, efficienza, qualità e sostenibilità economica.

Inquadramento amministrativo e compenso dell'attività del personale

Le attività in capo al personale ospedaliero coinvolto nel progetto, su base volontaria, anche di quello in mobilità nei distretti, (partecipazioni UVT e accessi a domicilio), si ritiene possano rientrare, se autorizzate dai rispettivi responsabili, anche nell'ambito delle prestazioni aggiuntive fuori orario di servizio, a favore dell'Azienda o nell'ambito del regolamento ALPI oppure ai sensi del CCNL della dirigenza medica e veterinaria, del comparto e della normativa applicabile, prevedendo il seguente compenso:

Dirigenti medici: euro 60 lordi / ora + tempo di percorrenza

Luise Ferru



Operatori comparto: euro 31 lordi ora + tempo di percorrenza

Si precisa che gli spostamenti del personale debbono essere effettuati con macchine aziendali. Nel caso di mancata disponibilità di automezzo dovrà essere previsto un criterio di rimborso chilometrico.

Il nucleo di cure palliative oncologiche e l'U.O. di Neurologia opera in orario di servizio.


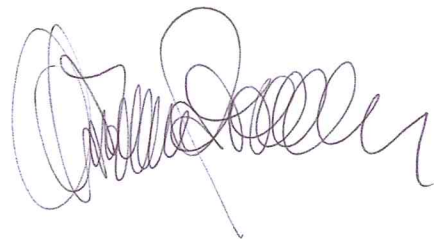
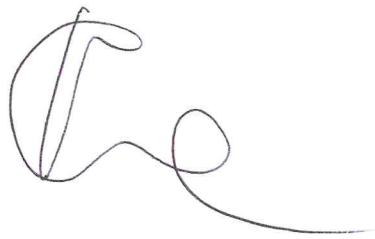


Costi.

Per quanto riguarda gli accessi si considera una durata media di 90 minuti con rapporto orientativo di 1 a 2 nella ripartizione delle presenze a domicilio tra medici ed infermieri, ed una percorrenza media di 50 km. per ciascun accesso domiciliare.

Rilevazione accessi e rendicontazione

Ciascun operatore delle U.O. , nonché gli eventuali specialisti esterni che effettuano accessi a domicilio, oltre ad aggiornare la cartella clinica presente a domicilio del paziente, registrerà gli accessi in un apposito modulo da inviare, a cadenza mensile, alla direzione del Distretto competente per territorio e conformemente alla procedura SISAR.

Il Responsabile/Direttore fatte le opportune verifiche, utili anche al monitoraggio dell'andamento della spesa, trasmette i dati agli uffici competenti.



Luise Ferru

Tabella di ripartizione delle risorse C.D.I. di terzo livello

<i>ASL N°2 OLBIA RIPARTIZIONE DI MASSIMA DELLE RISORSE CDI 3° LIVELLO</i>							
<i>AMBITO ATTIVITA'</i>	%	<i>SPECIALITA'</i>	%	<i>SPECIALITA'</i>	%	<i>SPECIALITA'</i>	%
<i>MEDICI INTERNI (ALPI)</i>	10%	ANESTESISTA	5%	ORTOPEDIA CHIRURGO CARDIOLOGO ALTRE SPECIALITA'	5%		
<i>NUOVI CONTRATTI AD ESTERNI</i>	70%	FISIOTERAPISTA INFERMIERE PSICOLOGO	55,00%	NEUROLOGO GERIATRA CARDIOLOGO FISIATRA	10,00%	ENDOCRINOLO CARDIOLOGO UROLOGO	5,00%
<i>RISORSE STRUMENTALI</i>	20%	AUTOVEICOLI	10,00%	TABLET	8,00%	ALTRE ATTREZZATURE	2,00%
<i>FORMAZIONE: GIÀ' PREVISTA NEL PIANO DI FORMAZIONE INTERNA</i>							

Risorse strumentali:

nella ripartizione di massima delle risorse è stato valutato un utilizzo pari al 10% per gli autoveicoli, indispensabili per garantire la mobilità delle risorse umane coinvolte.

E' stato previsto inoltre un 8,00% di utilizzo riguardo ai tablet. necessari per l'inserimento dei dati nel programma Sisar ed evitare la moltiplicazione della attività di gestione dei dati dal cartaceo al digitale ed ottenere nel contempo l'aggiornamento in tempo reale di tutti i dati sanitari dei pazienti.

Tale attività permette un elevato risparmio di risorse connesse ai costi del personale.

Tra le altre attrezzature rilevano le strumentazioni per prestazioni specialistiche a domicilio (es. Ecografo portatile)

Formazione del personale

La formazione del personale verrà prevista nel piano formativo aziendale che sarà integrato in relazione alle esigenze rilevate durante la gestione del progetto dal gruppo di lavoro istituito con delibera aziendale n°245 dell' 11.03.2014.

A

[Signature]

[Signature]

Luise Ferru

[Signature]

[Signature]

Procedure operative per le dimissioni protette e la continuità delle cure specialistiche nelle CDI 3° Livello a domicilio.

Premessa

Le presenti procedure operative sono parte integrante e sostanziale del progetto di dimissione protetta e continuità delle cure di 3° Livello a domicilio del paziente.

Il progetto di cui sopra costituisce una delle azioni applicative, del progetto generale "Cure domiciliari di terzo livello, ai pazienti terminali e in cure palliative: progetto e continuità delle cure ospedale-territorio"

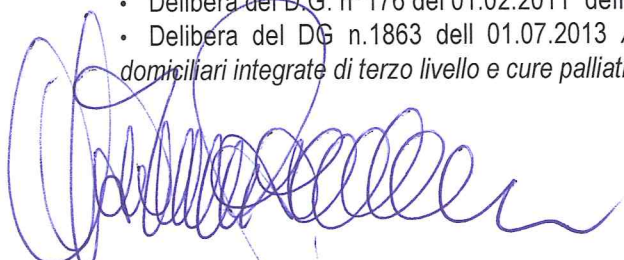
1. Riferimenti normativi e delibere aziendali

1.1 Normativa nazionale e regionale


- D.lgs n. 502 del 30.12.1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della L n. 421 del 23.10.1992 e successive modificazioni ed integrazioni"
- LR n. 23 del 23.12.2005, "Sistema integrato dei servizi alla persona. Abrogazione della legge regionale n. 4 del 1988 - riordino delle funzioni socio- assistenziali"
- LR n. 10 del 28.07.2006, "Tutela della salute e riordino del Servizio Sanitario della Sardegna. Abrogazione della Legge regionale 26-01-1995, n. 5"
- DGR n. 8/16 del 21.02.2006: "Istituzione del Punto Unico d'accesso ai servizi alla persona e delle Unità di Valutazione Territoriale"
- DGR n. 51/49 del 20.12.2007: "Direttive per la riorganizzazione delle Cure Domiciliari Integrate"
- DGR n. 52/18 del 3.10.2008 "QSN 2007/2013 Documento Unitario di Programmazione della Regione", allegato C "Piano d'Azione tematico: Assistenza Domiciliare Integrata per (a popolazione anziana"
- DGR n. 15/24 del 13.4.2010 "Linee guida sul funzionamento del Punto Unico di Accesso nel processo delle Cure Domiciliari Integrate e nei percorsi socio sanitari"
- DGR n. 47/25 del 30.12.2010 "Potenziamento del sistema dell'Assistenza Domiciliare Integrata"
- DGR n. 51/12 del 28.12.2012 "Finanziamento a favore delle Aziende Sanitarie Locali per gli interventi finalizzati allo sviluppo del sistema dell' Assistenza Domiciliare Integrata"
- D.G.R n.33/32 dell' 8/08/2013 Istituzione della rete di cure palliative della Regione Sardegna
- DGR n. 53/ 60 del 20 dicembre 2013"Finanziamento a favore delle Aziende Sanitarie locali per gli interventi finalizzati allo sviluppo del sistema dell'Assistenza Domiciliare integrata.

1.2 Provvedimenti aziendali

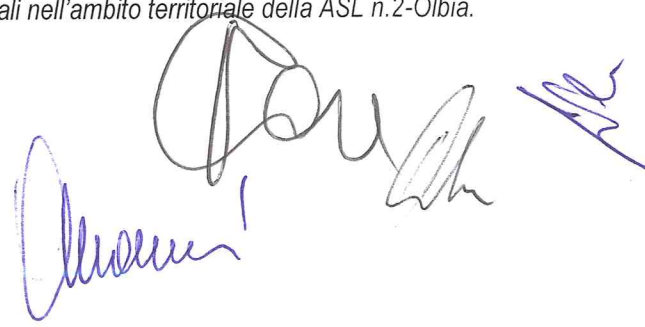
- Deliberazione del DG n 839 del 17.07.2006 "Costituzione del Punto Unico di Accesso e delle Unità di Valutazione Territoriali"
- Deliberazione del DG n.15/54 del 13.12.2007"Approvazione dell'atto aziendale modificato con istituzione delle unità di assistenza integrata P.U.A.-A.D.I.-U.V.T.
- Delibera del D.G. n°176 del 01.02.2011 "definizione del servizio di cure oncologiche"
- Delibera del DG n.1863 dell 01.07.2013 Approvazione del progetto per lo sviluppo ed estensione delle cure domiciliari integrate di terzo livello e cure palliative e a malati terminali nell'ambito territoriale della ASL n.2-Olbia.



Luca Ferru



se



2. Obiettivi

L'obiettivo del presente documento è la descrizione delle procedure da seguire, ad opera delle strutture e professionalità ASL coinvolte, per l'effettuazione delle dimissioni protette dalle UO Ospedaliere e la continuazione delle cure a domicilio dei pazienti inquadrati nel terzo livello di cure domiciliari.

In tal modo si intende:

- Promuovere e garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio;
- Contenere i disagi all'utenza derivanti da lungaggini burocratiche e problemi organizzativi;
- Favorire l'integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali e altri soggetti coinvolti;
- Evitare prolungamenti non necessari della degenza ospedaliera facilitando il turn-over dei pazienti;
- Ridurre le riammissioni ospedaliere improprie;
- Estendere le Cure Palliative ed ai malati terminali oncologiche e /non al distretto di Tempio .

3. Soggetti coinvolti, ruoli e competenze

Nelle presenti procedure è previsto il coinvolgimento di:

UO dei reparti ospedalieri

Unità Operativa delle cure domiciliari Integrate distrettuale;

Unità Operative di Oncologia Medica/Anestesia-Rianimazione/ Neurologia

Altre eventuali strutture aziendali coinvolte nel singolo caso.

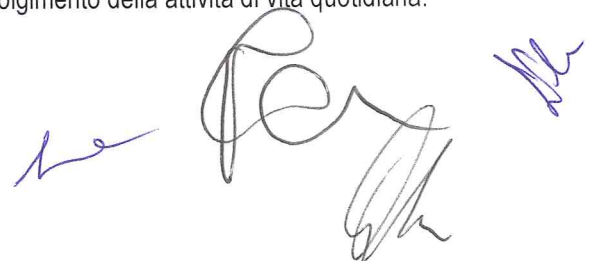
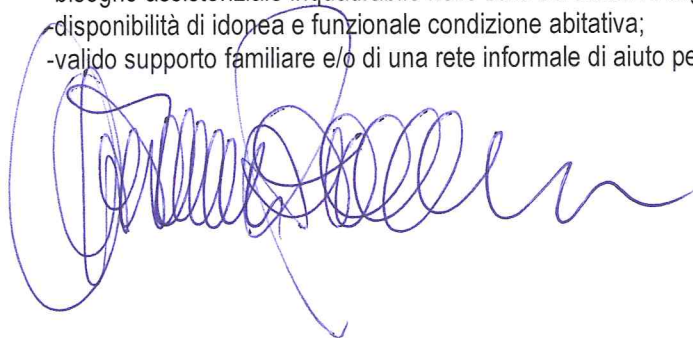
La Direzione dei Servizi Socio Sanitari, la Direzione dei Distretti, le Direzioni Sanitarie dei PO ,la Direzione dell'Area professioni sanitarie, la Direzione dell' Oncologia Medica, monitoreranno l'applicazione delle procedure, ciascuno per le proprie competenze e con riferimento agli indicatori individuati. Provvederanno, inoltre, ad una rivalutazione generale dell'andamento del progetto sei e dodici mesi dopo la sua attivazione, in modo da verificarne l'impatto in termini di organizzazione e di risultati e di adottare gli eventuali correttivi necessari.

4 Destinatari

I destinatari sono i pazienti che concluso l'iter diagnostico terapeutico ospedaliero, sono dimissibili attraverso l'attivazione di un percorso di dimissioni protette e la prosecuzione di interventi di carattere sanitario e/o sociale a domicilio.

I criteri di accesso sono i seguenti:

- presenza di condizioni cliniche e necessità di interventi assistenziali compatibili con la permanenza della persona al proprio domicilio;
- bisogno assistenziale inquadrabile nelle cure domiciliari integrate di 3° livello, come da DGR n. 51/49 del 20.12.2007;
- disponibilità di idonea e funzionale condizione abitativa;
- valido supporto familiare e/o di una rete informale di aiuto per lo svolgimento della attività di vita quotidiana.



Luisa Ferru



5 Cronoprogramma

L'applicazione delle procedure si articola in tre fasi di cui:

la prima, della durata di un mese, è dedicata alla formazione congiunta, degli operatori coinvolti;
la seconda, della durata di cinque mesi corrisponde alla fase pilota, necessaria per verificare la praticabilità nel concreto delle procedure operative ed apportare gli eventuali correttivi.
la terza è la fase a regime, della durata di sei mesi, che si concluderà con la valutazione complessiva del progetto sulla base degli indicatori di processo e di risultato adottati.

6. Monitoraggio

L'applicazione della procedura operativa sarà accompagnata da incontri regolari del gruppo di lavoro, eventualmente allargati ad altri operatori coinvolti, con l'obiettivo di monitorare le criticità ed adottare eventuali correttivi o soluzioni migliorative. La valutazione dell'efficacia dell'applicazione della presente procedura si avvale dei seguenti indicatori di esito e di processo:

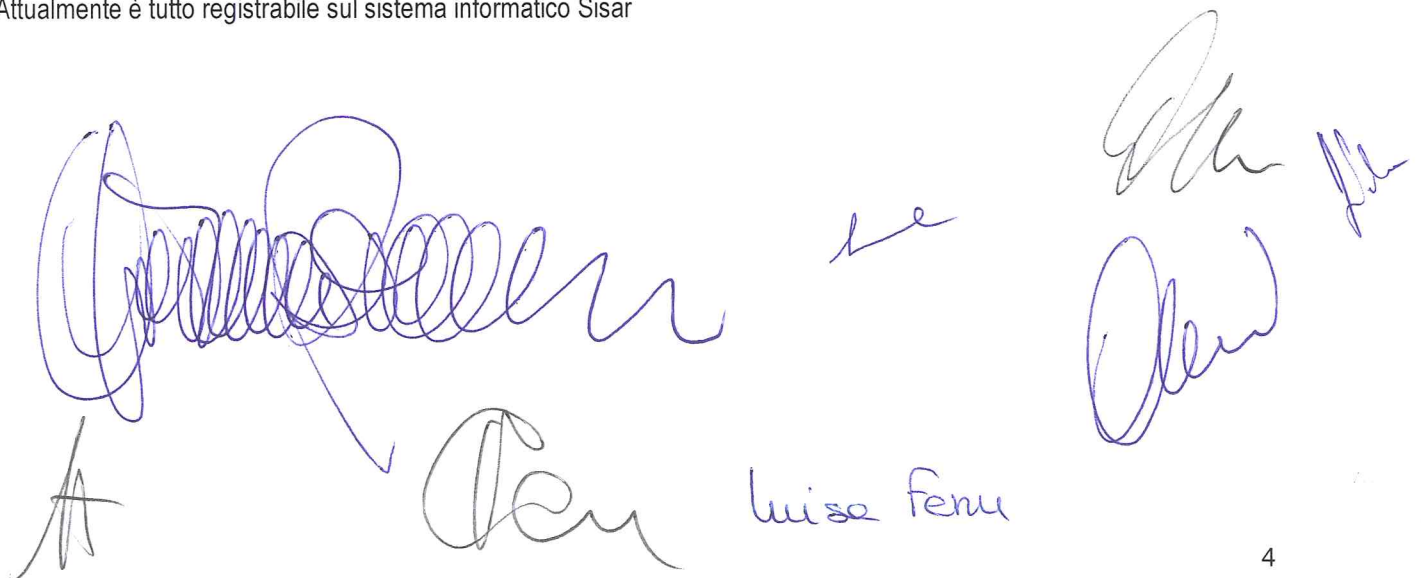


Handwritten signatures in blue ink, including a large signature on the left, a signature in the center, a signature on the right, and a signature at the bottom left.

luise Ferry

Critero	Indicatore	Misurazione	Strutture coinvolte nel monitoraggio
Indicatori di risultato			
Continuità assistenziale	Percentuale di pazienti avviati alle cure domiciliari.	Numero pazienti avviati a cure domiciliari di terzo livello entro 24 ore dalla dimissione/ totale pazienti dimessi.	Direzione Medica: numero pazienti dimessi UO Assistenza integrata: data dimissione e data inizio cure domiciliari
Durata degenza	Variazione nel numero medio di giornate di degenza dei pazienti	Numero di giorni di ricovero per paziente da destinare a C.D. I. 3° liv..	Direzione ospedaliera: durata degenza
Mantenimento in cure domiciliari	Variazione nel numero medio di giornate di permanenza in cure domiciliari di terzo livello.	Numero di giorni di permanenza in cure domiciliari per pazienti terminali	UO assistenza integrata: durata permanenza in cure domiciliari dei pazienti terminali
Ricoveri ripetuti	Percentuale di riammissioni ospedaliere di pazienti di terzo livello dimessi dai reparti ospedalieri	Numero di pazienti di terzo livello dimessi dall'Ospedale e riammessi in ospedale entro un mese dalla dimissione	Direzione medica: numero pazienti per cdi 3°livello, dimessi UO assistenza integrata: Numero di ricoveri ripetuti entro un mese dalla dimissione e motivo del ricovero
Appropriatezza	Numero di giornate di ricovero in Ospedale	Numero di pazienti in cure palliative che necessitano di ricovero in Hospice e sono ricoverati in Ospedale	Direzione Medica U.O. cure domiciliari 3°livello
Continuità assistenziale	Numero di pazienti dimessi dall'Ospedale e inseriti in cure palliative domiciliari	Numero di pazienti dimessi dall'ospedale e inseriti nel percorso CPDO che ricevono la prima visita domiciliare entro 24H	Direzione Medica U.O .oncologia
Luogo di decesso	Numero di pazienti inseriti nel percorso CPDO, deceduti	Numero di pazienti inseriti nel percorso CPDO, deceduti in Ospedale	Direzione Medica U.O. CPDO
Intensità di assistenza pazienti in CPDO	Numero di giorni di presa in cura	Numero di giornate effettive di assistenza (GEA)	U.O di Oncologia Medica

*Attualmente è tutto registrabile sul sistema informatico Sisar



 luise fernu

Indicatori di processo			
Appropriatezza della segnalazione	Variatione nel rapporto fra UVT effettuate e schede di continuità assistenziale inviate alle UO C.D.I. 3° LIV.	Numero di UVT effettuate /numero schede di continuità assistenziale inviate per CDI 3°Liv.	U.O. Osp : Numero schede di continuità assistenziale inviate alle UO C.D.I 3° liv. . U.O.C.D.I. 3°Liv.: numero UVT effettuate
Efficienza UVT	Variatione nel tempo intercorrente tra invio scheda di segnalazione ed effettuazione UVT	Numero UVT effettuate entro 48 ore feriali dalla segnalazione/numero UVT totali effettuate.	U.O. Osp: data di invio scheda di continuità assistenziale e data effettuazione UVT
Coinvolgimento MMG	Partecipazione del MMG alle UVT	Numero di UVT effettuate alle quali partecipa il MMG/numero totale di UVT effettuate in ospedale.	UO CDI: per ogni UVT effettuata annotare la eventuale partecipazione del MMG.
Accessi a domicilio	Accessi a domicilio	Numero accessi per mese di ciascuna figura professionale a domicilio	Distretto: annotare gli accessi a domicilio distinguendo per figura professionale.
Collaborazione interprofessionale	Variatione nel livello di collaborazione interprofessionale fra gli operatori delle UO ospedaliere ed U.O. C.D.I.	Questionario	Direzione servizi socio-sanitari individuazione e somministrazione questionari agli operatori.








 A

 Luisa Ferru

7 - Articolazione delle procedure

Le procedure operative si articolano in due parti, la prima relativa al processo delle dimissioni protette, la seconda relativa agli interventi specialistici al domicilio.

7.1 Procedura per le dimissioni protette

7.1.1. Fase di individuazione delle problematiche e segnalazione

All'ingresso del paziente in reparto, o comunque almeno quattro giorni feriali prima della data di dimissione prevista, il medico del reparto che ha in carico il paziente

- a) effettua una valutazione sui bisogni di continuità assistenziale a domicilio
- b) laddove tale valutazione faccia ritenere il paziente eleggibile per le cure domiciliari di terzo livello, provvede alla trasmissione via telematica o per via fax della "scheda di segnalazione per la continuità assistenziale a domicilio" (allegato 1) al Punto Unico di Accesso Distrettuale competente"

Se il paziente è residente in altro Distretto la segnalazione va inviata al PUA del Distretto di domicilio

7.1.2 Fase di programmazione della dimissione

Ricevuta la segnalazione dai reparti ospedalieri il PUA informa il responsabile dell'assistenza integrata

- c) trasmette la segnalazione al MMG e si raccorda con lo stesso, anche allo scopo di acquisirne la disponibilità per la Unità di Valutazione Territoriale (UVT);
- d) interagisce con il medico proponente del reparto e/o l'infermiere referente per l'eventuale integrazione di informazioni e per concordare data e modalità della UVT, tenendo conto della disponibilità espressa dal MMG;
- e) l'assistente sociale del PUA- UVT, interagisce con l'assistente sociale del Comune per l'acquisizione di informazioni utili;
- f) se il paziente è domiciliato in un altro Distretto, contatta il PUA competente per la definizione di tutti i passi necessari alla erogazione del servizio di cure domiciliari integrate;
- g) procede all'attivazione della UVT, da tenersi presso il reparto del PO entro 48 ore lavorative dall'invio della segnalazione.

NB. Nel caso di pazienti seguiti in regime di Day Hospital è prevista la possibilità di effettuare l'UVT a domicilio.

L' Unità di Valutazione Territoriale (UVT):

h) è costituita da:

Medico proponente del Reparto
Medico del Distretto
Medico di MMG
Infermiere della CD di 3° livello
Assistente sociale distrettuale
Specialisti
Eventuali altri operatori laddove necessario

La presenza in UVT del MMG è altamente auspicabile; tuttavia, laddove impossibilitato a presenziare, L' UVT potrà essere effettuata anche in sua assenza, fermo restando il suo coinvolgimento in tutto il resto del percorso

j) effettua la valutazione multidimensionale;

k) stabilisce l'eleggibilità del paziente alle cure domiciliari di 3° livello. In caso di non eleggibilità, il paziente potrà essere inserito in percorsi alternativi, attraverso il coinvolgimento del sistema.

l) **se il paziente è eleggibile**, procede all'elaborazione del progetto personalizzato, (P.A.I.) contenente le seguenti informazioni di minima:

- La valutazione multidimensionale
- L'entità e la natura del bisogno di assistenza domiciliare integrata (profilo di cura)
- Le modalità erogative degli interventi
- Eventuali prescrizioni di protesi e ausili, in particolare di quelli indispensabili per il rientro a casa del paziente, su apposita modulistica
- Eventuali prescrizioni di farmaci

In considerazione delle criticità evidenziate relativamente alla impossibilità di reperire letti ortopedici ed altri presidi indispensabili a domicilio all'atto della dimissione (con notevole allungamento dei tempi di dimissione) *si ritiene di dover proporre la disponibilità in magazzino di un numero adeguato di letti*.

Relativamente alla prescrizione di farmaci ospedalieri l' UVT fornisce l'occasione, data la presenza di medici ospedalieri e territoriali, oltre che del MMG, di discutere le soluzioni prescrittive ottimali che tengano conto sia delle necessità del paziente che delle reali opportunità di acquisizione del farmaco in ambito territoriale.

- Il piano riabilitativo se richiesto
 - la prescrizione terapeutica è predisposta dal medico del PO responsabile della dimissione ■
- Indicazioni su tempistica e modalità delle revisioni/sostituzioni di presidi medici (es, PEG,CVC)
- Indicazioni su eventuali procedure successive alla dimissione da effettuarsi presso il PO.
- *N.B.nell'eventualità di trasporto del paziente per trattamenti non effettuabili a domicilio (es.radiogrammi) devono essere stabilite le modalità di trasporto. Nel caso sia necessario il trasporto in ambulanza con infermiere ,devono essere stabilite le modalità e concordato con i Responsabili dei Presidi ospedalieri l'utilizzo dell'ambulanza con autista ed infermiere.)
- Indicazioni relative ai bisogni e alle modalità di attuazione dei controlli specialistici successivi alla dimissione. Nel caso tali controlli siano effettuabili a domicilio:

- Finalità e frequenza dell'intervento specialistico ospedaliero (oncologico o altro) a domicilio
 - Operatori ospedalieri coinvolti ed eventuali sostituti
 - Durata progetto specialistico a domicilio e modalità prosecuzione prevista (es. subentro dello specialista territoriale nella gestione dei caso)
 - Indicazioni su tipologia e tempistica degli esami ematochimici da effettuare a domicilio

m) se in possesso di tutti gli elementi necessari, concorda la data della dimissione n) compila il verbale(svama)

7.2 Fase di dimissione e presa in carico territoriale

L' Unità Operativa Distrettuale Integrata delle Cure Domiciliari.

o) se la data della dimissione non è stata stabilita in sede di UVT, interagisce con il Medico proponente e/o l'infermiere referente del reparto ospedaliero per definirla una volta in possesso di tutti gli elementi necessari;

p) pone in atto tutte le procedure necessarie all'attuazione del PAI, una volta che il paziente è rientrato a casa;

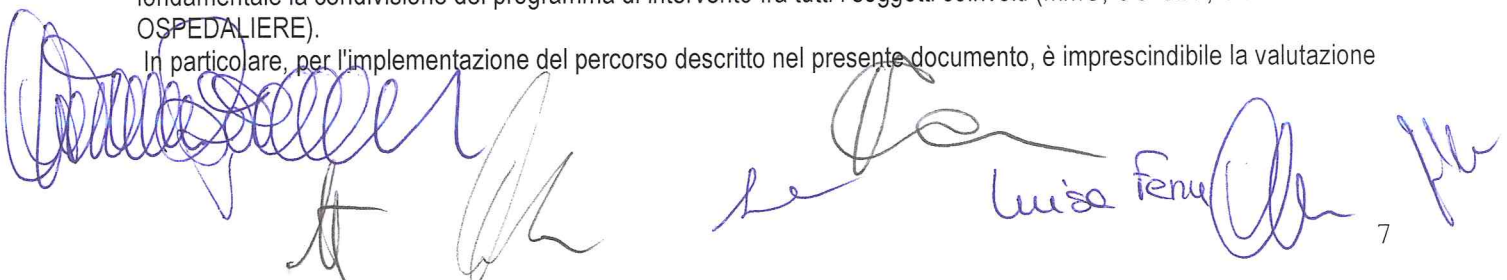
q) interagisce con i Servizi competenti per la pianificazione ed attuazione di procedure successive alla dimissione

7.2 Procedure per gli interventi specialistici a domicilio

7.2.1 Programmazione degli interventi specialistici

La programmazione dell'intervento specialistico a domicilio verrà effettuata in sede di UVT. Poiché la logica dell'intervento dello specialista a domicilio è quella del supporto alle attività ordinarie di cure domiciliari, è fondamentale la condivisione del programma di intervento fra tutti i soggetti coinvolti (MMG, UO CDI , UO OSPEDALIERE).

In particolare, per l'implementazione del percorso descritto nel presente documento, è imprescindibile la valutazione



Handwritten signatures in blue ink at the bottom of the page. One signature is clearly legible as "Luise Ferru". There are several other illegible signatures.

operata dal MMG (responsabile della richiesta di attivazione delle cure domiciliari) ed espressa in sede di UVT (sia che vi partecipi fisicamente, sia che la esprima attraverso l'interazione con la UO cure domiciliari), sulla necessità dell'intervento specialistico a domicilio.

7.2.2 Finalità d'intervento specialistico a domicilio:

Gli interventi a domicilio devono svolgersi in continuità con quelli effettuati in ospedale. Essi sono basati sul risultato della valutazione sanitaria e sociale complessiva effettuata dall'UVT e consistono fondamentalmente nella condivisione con gli operatori del servizio Cure Domiciliari delle procedure assistenziali e sanitarie effettuate in ospedale, nel passaggio di consegne e di competenze sull'approccio al singolo caso, nel supporto specialistico all'esecuzione di interventi e procedure che non richiedono l'ospedalizzazione.

In via orientativa si prevede che l'intervento specialistico a domicilio si esaurisca entro tre mesi dalla dimissione per pazienti terminali.

7.2.3 Accessi non programmati in UVT

Laddove vengano rilevati segnali di instabilità clinica non gestibili dal MMG, è prevista da parte di quest'ultimo la possibilità di richiedere una consulenza dello specialista ospedaliero (vedi procedure interne del caso).

L'esito della richiesta, sia che si traduca in un intervento specialistico a domicilio, sia che porti ad altre modalità di gestione del caso (es. trattamento ambulatoriale, in regime di day hospital o ricovero ordinario in ospedale, etc.), andrà comunicato con motivazione al Responsabile dell'assistenza integrata competente. In caso di urgenza indifferibile si farà ricorso al 118.

L'attivazione dell'infermiere dell'oncologia medica al di fuori degli interventi programmati in UVT è in capo al coordinatore infermieristico competente.

7.2.4 Prescrizione farmacologica

Laddove nel corso di un intervento specialistico ospedaliero a domicilio si renda necessario modificare una terapia farmacologica, lo Specialista ospedaliero potrà utilizzare la modulistica prevista per l'erogazione diretta del farmaco presso la Farmacia Territoriale.

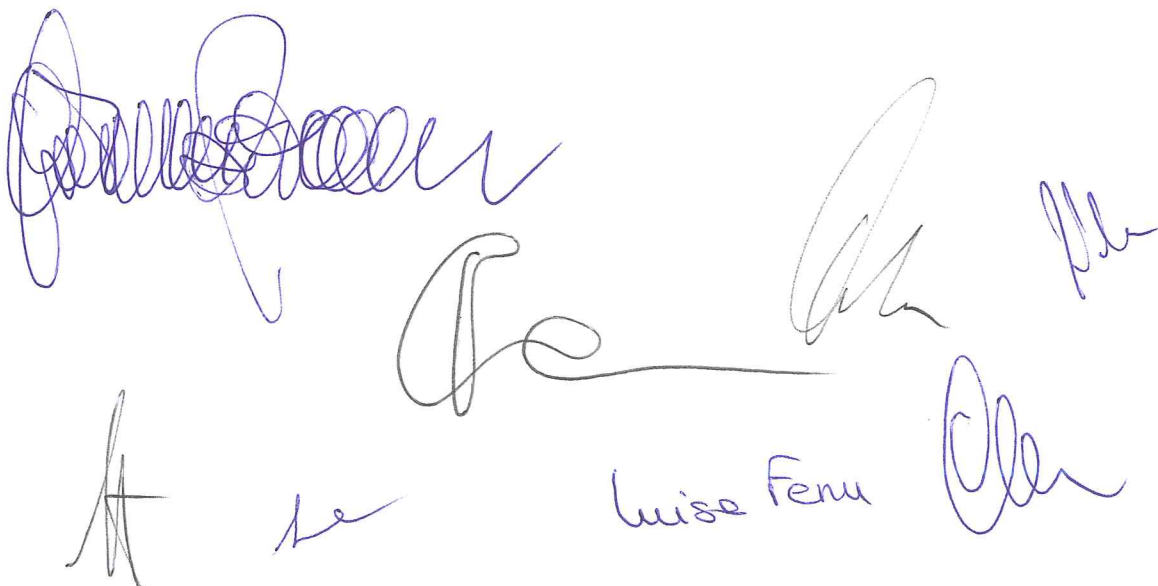
Sarà comunque possibile prescrivere la terapia su ricetta SSN, laddove l'urgenza della modifica del trattamento lo richieda.

Ogni modifica andrà comunicata al MMG che a sua volta ne informerà l'UO cure domiciliari competente.

7.2.5 Rilevazione accessi specialistici a domicilio

Ciascun operatore della UO Ospedaliera che effettua interventi a domicilio, oltre ad aggiornare la cartella clinica del paziente, registrerà gli accessi in un apposito modulo da inviare a cadenza mensile al Distretto competente.

IL Responsabile distrettuale, fatte le opportune verifiche provvederà a trasferire le schede ai Servizi competenti per il pagamento dei compensi, alla committenza per l'elaborazione dei dati utili all'alimentazione dei flussi informativi di interesse.



Luise Fenu

SCHEDA DI DIMISSIONE CONCORDATA

All'Unità di Valutazione Territoriale di:

Unità Operativa proponente: Medico proponente:.....

Cognome e nome Data di nascita:

Residenza : Domicilio:

Stato civile: Nubile/Celibe Coniugata/o Vedova/o

Con chi vive: Solo Coniuge Figlia/o Badante Altro

Familiare di riferimento: Cognome e nome.....Età.....Telefono.....

Legame con il paziente..... Convivente Si No

MMG: Telefono :

Tutore o amministratore di sostegno:..... Telefono.....

Paziente affetto da:

Terapia in atto:

Interventi proposti:

Stato di coscienza : Vigile Obnubilato Comatoso

Respirazione: Autonoma Ossigenoterapia Ventilazione meccanica assistita

Portatore di tracheostomia : No Si

Mobilizzazione: Autonoma Con ausili Allettata/o

Lesioni da decubito: No 1 >2 Stadio.....

Alimentazione: Autonoma con: PEG SNG N.PT Altro

Introito liquidi: Regolare Scarso Nullo

Continenza urinaria: Sporadica Costante Catetere vescicale Altro.....

Continenza fecale: Sporadica Costante Stomia (tipo)

Ferite chirurgiche: No Si.....

Valutazione del dolore: NRS VAS VRS.....

Possesso di presidi: No Si – quali.....

Medico proponente (firma leggibile)..... Telefono.....

Infermiere referente(firma leggibile)..... Telefono.....

Acconsento al trattamento dei dati personali per le finalità connesse all'inserimento in RSA , Cure domiciliari integrate,Trattamento Riabilitativo, attivazione progetto "Ritornare a Casa" con le modalità di cui al D.lgs 196/2003 e alla comunicazione degli stessi agli enti socio sanitari interessati.

Familiare di Riferimento (firma leggibile) Telefono.....

Data :

Handwritten signatures in blue ink, including one that reads 'Luise Fenu'.