

**Servizio Sanitario  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2 OLBIA**

**DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

**N. 539 DEL 16 / 06 / 2016**

**OGGETTO** Approvazione “Progetto di Sviluppo delle cure domiciliari di terzo livello, delle cure palliative e dell’assistenza ai malati terminali nella Asl 2 di Olbia e continuità delle cure ospedale-territorio” - Istituzione nucleo operativo di base –

**IL COMMISSARIO**

<b>ACQUISITI I PARERI DI</b>			
<b>DIRETTORE SANITARIO</b> DOTT. SALVATORICO ORTU		<b>DIRETTORE AMMINISTRATIVO</b> AVV ROBERTO DI GENNARO	
FAVOREVOLE	x	FAVOREVOLE	x
CONTRARIO		CONTRARIO	
<i>(firma digitale apposta)</i>		<i>(firma digitale apposta)</i>	

La presente Deliberazione	
a) è soggetta al controllo preventivo di cui al comma 1 dell'art. 29 della L. R. 10 / 2006	
b) deve essere comunicata al competente Assessorato regionale ai sensi del comma 2 dell'art. 29 della L. R. 10 / 2006, in quanto comportante impegno di spesa inferiore a euro 5.000.000	
<b>STRUTTURA PROPONENTE DISTRETTO DI OLBIA</b>	

Si attesta che la presente deliberazione viene pubblicata nell'Albo Pretorio on-line della ASL n. 2 di Olbia	
Dal 16/06/2016	Al 01/07/2016
Area Affari Generali, Affari Legali, Comunicazione	

<b>Su</b>	conforme proposta della Direzione Aziendale;
<b>Premesso</b>	<p>che l'assistenza domiciliare integrata costituisce uno dei principali obiettivi della programmazione socio – sanitaria e che le C.D.I. di 3° livello ai malati terminali e/o oncologici, nel passato, hanno avuto uno sviluppo limitato ad alcune zone della ASL n°2.</p> <p>Questo progetto della A.S.L. n°2, in continuità con i progetti sviluppati durante gli anni 2013 e 2014 finanziati dalla Regione Sardegna, nasce dalla necessità di garantire un'assistenza territoriale di elevata qualità con servizi domiciliari innovativi, multi professionali, integrati, che possano costituire una valida alternativa al ricovero ospedaliero.</p> <p>E a tal fine necessario realizzare procedure di dimissione protetta e applicare prassi operative che coinvolgano le figure ospedaliere e territoriali (specialisti, infermieri, fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali) nella presa in carico domiciliare personalizzata;</p> <p>La Regione Sardegna, al fine di promuovere e finanziare gli interventi per lo sviluppo del sistema di assistenza domiciliare integrata, ha approvato la DGR n. 53/60 del 20/12/2013 nella quale sono individuati i fondi dedicati in favore delle aziende sanitarie locali;</p>
<b>Dato atto</b>	che l' Azienda Sanitaria Locale n. 2 ha sviluppato un progetto che, oltre all'assistenza sanitaria, dà rilevanza ad un approccio sociale alla salute, che valorizza gli interventi delle Cure Domiciliari Territoriali, al pari di quelle ospedaliere, a garanzia di un buon utilizzo delle risorse sanitarie, di una riduzione dei ricoveri impropri e di una adeguata personalizzazione dell'assistenza;
<b>Vista</b>	la LR n. 23 del 23/12/2005, "Sistema Integrato dei Servizi alla Persona. Abrogazione della LR n. 4 del 1988 -Riordino delle funzioni socio – assistenziali";
<b>Vista</b>	la LR n. 10/2006, "Tutela della salute e riordino del Servizio Sanitario della Sardegna. Abrogazione della LR n. 5/1995;
<b>Vista</b>	la DGR della RAS n. 8/16 del 21/02/2006 avente ad oggetto: "Istituzione del Punto Unico di Accesso ai Servizi alla Persona e delle Unità di Valutazione Territoriale";
<b>Vista</b>	la DGR della RAS n. 51/49 del 20/12/2007 avente ad oggetto: "Direttive per la riorganizzazione delle Cure Domiciliari Integrate";
<b>Vista</b>	la DGR della RAS n. 52/18 del 03/10/2008 avente ad oggetto: "QS/V 2007/2013 Documento Unitario di Programmazione della Regione". Allegato C " Piano di azione tematico: Assistenza Domiciliare Integrata per la popolazione anziana";
<b>Vista</b>	la DGR della RAS n. 15/24 del 13/04/2010 avente ad oggetto: "Linee Guida sul Funzionamento del Punto Unico di Accesso nel processo delle Cure Domiciliari Integrate e nei Percorsi Socio-Sanitari";
<b>Vista</b>	la DGR della RAS n. 47/25 del 30/12/2010: "Potenziamento del Sistema di Assistenza Domiciliare integrata";
<b>Vista</b>	la DGR della RAS 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";
<b>Vista</b>	la DGR della RAS n. 53/60 del 20/12/2013 avente ad oggetto: "Finanziamento a favore delle Aziende Sanitarie Locali per gli interventi finalizzati allo sviluppo del Sistema dell'Assistenza Integrata" e i successivi atti di programmazione regionali;
<b>Esaminati</b>	<p>i seguenti provvedimenti aziendali:</p> <p>deliberazione del DG n. 839 del 17/07/2006 di questa Azienda Sanitaria Locale riguardante la costituzione del Punto Unico di Accesso e delle Unità di Valutazione Territoriali;</p> <p>deliberazione del DG n.15/54 del 13/12/2007 riguardante l'approvazione dell'Atto Aziendale, modificato con istituzione delle Unità di Assistenza Integrata P.U.A – A.D.I - U.V.T;</p> <p>deliberazione del DG n. 126 del 01/02/2011 riguardante la definizione del servizio Cure Palliative Oncologiche;</p> <p>deliberazione del DG n. 1863 del 01/07/2013 di questa Azienda Sanitaria Locale : "Approvazione del progetto per lo sviluppo ed estensione delle Cure Domiciliari Integrate di terzo livello Palliative e a malati terminali nell'ambito territoriale della Asl n. 2 Olbia";</p> <p>deliberazione del DG N. 466 DEL 22/04/2015 di questa Azienda Sanitaria Locale : "Approvazione "Progetto di Sviluppo delle cure domiciliari di terzo livello, delle cure palliative e dell'assistenza ai malati terminali nella Asl 2 di Olbia e continuità delle cure ospedale-territorio - Istituzione nucleo operativo di base -"</p>
<b>Vista</b>	la deliberazione del Direttore Generale n. 1560 del 24/12/2014, con la quale vengono riconfermati i componenti del gruppo di lavoro misto (Ospedale-Territorio);

<b>Accertato</b>	che il gruppo di lavoro ha attuato e monitorato le attività previste, attivato le formalità necessarie, comprese le procedure per l'acquisizione delle risorse strumentali, umane e finanziarie necessarie alla realizzazione del progetto, attraverso gli uffici di staff alla Direzione Generale competenti;
<b>Considerato</b>	che lo sviluppo del sistema dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) costituisce uno dei principali obiettivi della programmazione socio sanitaria della Regione e, all'interno dei servizi territoriali, ha la finalità di garantire la continuità assistenziale in favore delle persone non autosufficienti o a grave rischio di perdita dell'autosufficienza;
<b>Vista</b>	la bozza del Progetto di Sviluppo delle Cure Domiciliari di terzo livello, delle Cure Palliative e dell'Assistenza ai Malati Terminali nella Asl 2 di Olbia e continuità delle Cure Ospedale – - Istituzione nucleo operativo di base - per l'annualità in corso, contenente le proposte della direzione Sanitaria, redatto dagli uffici dell'Area PCC, dell'Azienda;
<b>Valutata</b>	la fattibilità del Progetto sopra citato e ritenuto di dover procedere all'approvazione dello stesso;
<b>Visti</b>	il D.Lgs. 30 Dicembre 1992 n. 502 s.m.i la L.R. 28 Luglio 2006, n. 10 l'Atto Aziendale;
	per i motivi sopra espressi

## **IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

### **DELIBERA**

- di approvare il Progetto relativo all'anno 2016 di "Sviluppo delle Cure Domiciliari di terzo livello, delle Cure Palliative e dell'Assistenza ai Malati Terminali nella Asl 2 di Olbia e continuità delle Cure Ospedale – Territorio";
- che tale progetto, già finanziato dalla Regione Sardegna per le annualità 2013, 2014, e 2015, garantirà per l'anno in corso un'assistenza territoriale che erogherà servizi domiciliari integrati, multi professionali, tali da assicurare una alternativa al ricovero ospedaliero e una presa in carico domiciliare personalizzata;
- di dare mandato al Servizio Programmazione Controllo, al Servizio Bilancio e Contabilità e al Servizio Amministrazione del Personale per gli adempimenti di competenza.

**Il Commissario Straordinario  
Dr. Paolo Tecleme**

**Progetto di Sviluppo delle cure domiciliari di terzo livello, delle cure palliative e dell'assistenza ai malati terminali nella Asl 2 di Olbia e continuità delle cure ospedale-territorio  
- Istituzione nucleo operativo di base -**

**A cura di**

**Direzione aziendale**

**Gruppo di Lavoro per le CDI III Livello**

delibera aziendale n. 1560 del 24.12.2014

## **Premessa**

L'assistenza Domiciliare Integrata costituisce uno dei principali obiettivi della programmazione socio-sanitaria della Regione Sardegna e al fine di promuovere interventi per lo sviluppo del Sistema di Assistenza Domiciliare Integrata approvato e finanziato con DGR n. 53/60 del 20/12/2013 dei fondi dedicati in favore delle Aziende Sanitarie Locali.

La Asl di Olbia nel 2014 ha istituito formalmente un gruppo di lavoro multiprofessionale preposto alla definizione e realizzazione di un progetto finalizzato al potenziamento delle Cure domiciliari Integrate di terzo livello e cure palliative. Al gruppo di lavoro sono state attribuite le seguenti funzioni:

- Pianificazione delle attività;
- Verifica disponibilità e valutazione acquisizione delle risorse (umane, tecnologiche, strumentali);
- Monitoraggio delle attività;
- Revisione del progetto (a sei mesi dall'attivazione e al primo anno);
- Proposta attività formative;

## **Scopo**

L'attuale progetto si inserisce nell'ambito di una proposta progettuale più ampia di cui alla delibera aziendale n. 325 del 26.03.2014 e mira al raggiungimento di obiettivi attraverso la realizzazione di interventi integrati tra ospedale e territorio, ai sensi della DGR 33/32 del 08/08/2013 istitutiva della rete di cure palliative.

## **Obiettivo generale**

L'obiettivo del progetto è quello di garantire il miglioramento complessivo dell'assistenza domiciliare integrata.

## **Obiettivi Specifici**

- potenziare l'offerta assistenziale e garantire tutti gli interventi specialistici eseguibili a domicilio;
- ridurre la degenza ospedaliera;
- ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri inappropriati;
- favorire il fine vita al proprio domicilio.

In particolare si intende realizzare procedure condivise di dimissione protetta e percorsi preferenziali per l'esecuzione di interventi diagnostici e/o specialistici non eseguibili a domicilio.

## Attività

1. Istituzione nucleo operativo di base composto da: MMG/PLS, equipe cure palliative oncologiche e non, anestesisti-rianimatori, neurologo, chirurgo, internista, geriatra e ortopedico;
2. Implementazione delle procedure operative per le dimissioni protette dei pazienti candidabili alle Cure domiciliari di terzo livello e cure palliative;
3. Potenziamento dell'attività specialistica a domicilio, con il coinvolgimento di tutte le professionalità aziendali in relazione al bisogno;
4. Garantire il supporto psicologico al paziente e alla famiglia al proprio domicilio nella fase terminale della malattia.

## Unità Operative di progetto

L'attuazione del progetto prevede il coinvolgimento di:

- Direzione dei Distretti;
- MMG/PLS;
- Servizio Assistenza Integrata;
- U. O. Cure Primarie;
- U.O. Cure domiciliari;
- Direzione Sanitaria Ospedaliera;
- Unità Operative Ospedaliere;
- Direzione Professioni Sanitarie;
- Direzione del Servizio Integrazione Socio Sanitaria.

Le responsabilità tecnico organizzative coinvolte sono:

- **Distretti Socio Sanitari:** funzione di Valutazione multidimensionale e progettazione degli interventi tramite il Servizio di Assistenza Integrata,
- **MMG/PLS;**
- **Presidi Ospedalieri:** U.O. di Oncologia Medica – UO Anestesia e Rianimazione - U.O. Neurologia, gruppo SLA e tutte le altre U.O.coinvolte in relazione alla corrispondente competenza specialistica;
- **Servizio Professioni Sanitarie:** per l'organizzazione e coordinamento degli interventi assistenziali infermieristici tecnico riabilitativi;
- **Servizio Integrazione Socio-sanitaria.**

## **Equipe di cure palliative domiciliari**

L'equipe di cure palliative domiciliari è una organizzazione funzionale del distretto sociosanitario che individua i bisogni assistenziali, stabilendo l'eleggibilità della persona alle cure domiciliari, in capo al Responsabile del servizio cure domiciliari integrate del Distretto che risponde agli indirizzi del Direttore del Distretto. 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. All'Unità Operativa Distrettuale delle Cure Domiciliari Integrate compete la gestione tecnica e organizzativa delle attività assistenziali, coadiuvata dall'Equipe di Cure Palliative domiciliari.

La presa in carico è effettuata da un nucleo operativo di base costituito da:

MMG/PLS; 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 individuato formalmente dalla ASL, fatta eccezione per il M.M.G. è integrato, in relazione alla complessità assistenziale, da due medici internisti, operanti presso le UU.OO di Medicina dei PP.OO. di Olbia e Tempio, a garanzia di una appropriata multidisciplinarietà nella valutazione del paziente in previsione della dimissione protetta; ; Tale nuovo approccio consentirà di superare la frammentazione della continuità delle cure che frequentemente caratterizza il processo di integrazione ospedale territorio, nella delicata fase di rientro al domicilio di pazienti eleggibili in CDI di terzo livello o cure palliative, o per i quali si prevedono altre forme di assistenza territoriale ( ad. esempio residenzialità); In particolare i compiti delle nuove figure professionali si esplicitano nelle seguenti attività:

- Raccordo Ospedale/Territorio
- Coordinamento delle procedure interne per inserimenti in CDI, Cure Palliative ed RSA;
- Partecipazione alle sedute UVT per la valutazione di pazienti ricoverati da accogliere sul territorio ( Dimissione Protetta)
- Consulto clinico per i MMG a beneficio di pazienti per i quali siano già state attivate le CDI di 3° livello;
- Consulto clinico per pazienti accolti presso l' RSA di Padru con il Progetto "modulo sperimentale di Cure intermedie/Alta intensità "

E' previsto il coinvolgimento del medico di continuità assistenziale per la copertura nell'arco delle 24 del servizio

## Costi

I costi del progetto sono quelli relativi all'acquisizione delle risorse umane, strumentali e per la formazione del personale.

La Asl provvede all'acquisizione delle risorse umane necessarie attraverso la stipulazione di contratti a tempo determinato (neurologo, internisti, infermieri, psicologo, fisioterapisti ecc.).

Per gli interventi specialistici effettuati fuori dall'orario di servizio si fa riferimento alle tariffe relative all'Attività Libero Professionale.

I dettagli della ripartizione sono rappresentati schematicamente nella tabella sottostante.

<i>AMBITO ATTIVITA'</i>	<i>%</i>	<i>SPECIALITA'</i>	<i>%</i>	<i>SPECIALITA'</i>	<i>%</i>	<i>SPECIALITA'</i>	<i>%</i>
<i>MEDICI INTERNI</i>	10%	ANESTESISTA	5%	ORTOPEDIA CHIRURGO CARDIOLOGO ALTRE SPECIALITA'	5%		
<i>NUOVI CONTRATTI AD ESTERNI</i>	70%	FISIOTERAPISTA INFERMIERE PSICOLOGO INTERNISTA	55,00%	NEUROLOGO GERIATRA CARDIOLOGO FISIATRA	10,00%	ENDOCRINOLO CARDIOLOGO UROLOGO	5,00%
<i>RISORSE STRUMENTALI</i>	20%	AUTOVEICOLI	10,00%	ALTRE ATTREZZATURE	10,00%		
<i>FORMAZIONE: GIA' PREVISTA NEL PIANO DI FORMAZIONE INTERNA</i>							

## Risorse strumentali

Nella ripartizione di massima delle risorse finanziarie 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 10% di utilizzo riguardo agli altyri beni strumentali necessari per l'attuazione del programma. Tra le altre attrezzature sono rilevanti le strumentazioni per effettuare le prestazioni specialistiche a domicilio.

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 Lavori di cui alla delibera aziendale n. 1560 del 24.12.2014.

## 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"*

## *.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 "QS/V 2007/2013 Documento Unitario di Programmazione della Regione", allegato C "Piano d'Azione tematico: Assistenza Domiciliare Integrata per la 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.*

## 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.

## **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:

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

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.

## 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 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.

## 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 : .....

**PROCEDURA**  
**PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI DIMISSIONI PROTETTE**  
**AI MALATI IN CURE DOMICILIARI DI TERZO LIVELLO**  
*OSPEDALE - TERRITORIO*

REVISIONE	DATA VALIDAZIONE	REDAZIONE : GRUPPO DI LAVORO CDI III Delibera D.G. 245/2014	APPROVAZIONE	VALIDAZIONE
0.0	.././....	Dott.ssa Anna Manconi; Dott.ssa Anna Maria Sanna; Dott.ssa Luisella Fenu; Dott.ssa Tea Cau; Dott. Salvatore Ortu; Dott. Franco Pala; Dott. Giovanni Barroccu; Dott. Paolo Tecleme; Dott. Marco Efisio Mulas;	Dott.ssa Anna Manconi; Dott.ssa Anna Maria Sanna; Dott.ssa Giovanna Gregu; Dott.ssa Elvira Solinas;	<b><i>DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE Dott.ssa Salvatore Ortu</i></b>

La presente procedura sarà soggetta a revisione con periodicità semestrale.

## INDICE

## Pagina

1	SCOPO .....	
2	OBIETTIVO.....	
3	APPLICABILITA'.....	
4	RIFERIMENTI NORMATIVI/DOCUMENTALI/BIBLIOGRAFICI .....	
5	DISTRIBUZIONE DELLA PROCEDURA .....	
6	RESPONSABILITA' .....	
7	ABBREVIAZIONI/ACRONIMI/TERMINOLOGIA .....	
8	FASI DEL PROCESSO .....	
9	DIAGRAMMA .....	
10	INDICATORI .....	

## **1. SCOPO**

Descrivere i compiti e le funzioni delle diverse figure professionali coinvolte nella gestione del processo di dimissione protetta, per favorire l'integrazione tra il personale sanitario ospedaliero e quello socio – sanitario del Territorio, mantenendo il paziente e la sua famiglia al centro del sistema.

## **2. OBIETTIVO**

Dare ai pazienti e alle loro famiglie la sicurezza di una continuità assistenziale tra ospedale e territorio, garantendo una presa in carico domiciliare multidisciplinare e multi professionale. Contenere i disagi legati alle lungaggini burocratiche ovvero alla transazione tra le due forme di assistenza che possono creare una sensazione di abbandono e favorire il ricorso a nuova ospedalizzazione.

Si rivolgono a persone che presentano bisogni con un elevato livello di complessità e con criticità specifiche legate alla instabilità clinica e alla presenza di sintomi di difficile controllo, in particolare:

- persone nella fase terminale della vita ( oncologici e non);
- persone con malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);
- persone in fasi avanzate e complicate di malattie croniche;
- persone con necessità di nutrizione artificiale;
- persone con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza.

## **3. APPLICABILITA'**

La procedura viene applicata da tutte le unità operative ospedaliere e dalle unità di valutazione multi professionali e multidisciplinari dei servizi territoriali dei Distretti di Olbia e di Tempio, dai medici di MMG o PLS e dai Servizi Sociali dei Comuni all'atto della dimissione dei pazienti non autosufficienti, affetti da patologie gravi e/o croniche, a prescindere dall'età, che richiedano un'assistenza socio-sanitaria continuativa e di elevata intensità, attuabile a domicilio, oppure che richiedano l'inserimento temporaneo o definitivo in una residenzialità protetta.

L'unità di valutazione redige il PAI (piano assistenziale individuale), per ogni paziente individuando le figure professionali necessarie per la presa in carico globale del paziente .

La procedura si applica nei seguenti casi:

- Patologie cronico – degenerative che determinano perdita dell'autonomia e/o gravi limitazioni che necessitano di interventi di tipo medico, infermieristico e socio – assistenziali continuativi.
- Patologie acute temporaneamente invalidanti, come esiti di interventi chirurgici o ortopedici (traumi cranici, pazienti ricoverati in terapia intensiva ecc..), che necessitano di interventi di tipo medico, infermieristico e socio – assistenziali periodici o continuativi.
- Patologie croniche con riacutizzazioni che prevedono interventi sanitari complessi atti a favorire la ripresa dell'autonomia e il ristabilimento delle condizioni generali.
- Patologie che necessitano della nutrizione artificiale per la sopravvivenza del malato.
- Patologie inguaribili, giunte alla fase terminale, che richiedono terapie palliative.

## **4. RIFERIMENTI NORMATIVI/DOCUMENTALI/BIBLIOGRAFICI**

#### 4.1 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 "QS/V 2007/2013 Documento Unitario di Programmazione della Regione", allegato C "Piano d'Azione tematico: Assistenza Domiciliare Integrata per (a popolazione anziana)"*
- *Legge n. 38. 15 marzo 2010 Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*
- *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"*
- *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..*
- *Delibera Dgr n49/11 del 9.12.2014*

#### 4.2 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 DG n 176 del 01/02/2011. Definizione del Servizio di Cure Palliative Oncologiche.*
- *Delibera del DG n.1863 del 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.*
- *Delibera del DG N° 325 del 26.03.2014.Approvazione del Progetto di sviluppo delle Cure Domiciliari Integrate di terzo livello,delle cure palliative e dell'assistenza ai malati terminali.*
- *Delibera del D.G.N°1560 del 24.12.2014 Conferma del gruppo di lavoro annualità 2015.*

## 5. DISTRIBUZIONE DELLA PROCEDURA

La procedura è presente nelle seguenti strutture :Direzione Generale/Direzione Sanitaria/Direzione dei Distretti/Direzione dei Presidi /U.O. coinvolte.

Copia è consultabile nell' INTRANET nella sezione news della home page e nella sezione progetti del Distretto di Tempio.

## 6. RESPONSABILITA'

### CDI III livello

<b>Funzione</b> <b>Attività</b>	Medico di reparto	Coordinatore Infermiere di reparto	PUA	UVT	MMG e NUCLEO BASE
Individuazione e segnalazione	R	R/C	I	I	
Programmazione	I	I	R	I	I
Valutazione	C	I	I	R	C
Dimissione	R	C	I	I	C
Presa in cura	I	I	I	I	R

### CDPO(Cure domiciliari palliative-oncologiche)

<b>Funzione</b> <b>Attività</b>	Medico di reparto	Coordinatore infermiere di reparto	PUA	UVT	Medico CPDO e MMG
Individuazione e segnalazione	R	C/R	I	I	
Programmazione	I	I	R	I	I
Valutazione	C	I	I	R	C
Dimissione	R	C	I	I	C
Presa in cura	I	I	I	I	R

**R** = responsabile; **C** = coinvolto; **I** = informato, **PUA** = punto unico accesso, **UVT** = unità valutazione territoriale, **CPDO** = cure palliative domiciliari oncologiche.

## 7. FASI DEL PROCESSO

### 7.3 Procedura per le dimissioni protette

#### 7.1.2. Fase di individuazione delle problematiche e segnalazione

All'ingresso del paziente in reparto, quattro giorni feriali prima della data di dimissione prevista, il medico del reparto che ha in carico il paziente con l'infermiere di riferimento

- i) effettua una valutazione sui bisogni di continuità assistenziale a domicilio
- j) 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 sanitario. Il PUA distrettuale farà da tramite.

### 7.1.3. Fase di programmazione della dimissione

Ricevuta la segnalazione il PUA informa il responsabile dell'assistenza integrata

- k) trasmette la segnalazione al MMG e si raccorda con lo stesso, allo scopo di acquisirne la disponibilità per la Unità di Valutazione Territoriale (UVT);
- l) 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;
- m) l'assistente sociale del PUA- UVT, interagisce con l'assistente sociale del Comune per l'acquisizione di informazioni utili;
- n) 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;
- o) procede all'attivazione della UVT, da tenersi presso il reparto del PO entro 48 ore (due giornate lavorative) dalla ricezione della segnalazione.

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

**Nel caso di un paziente in osservazione in P.S. per il quale tuttavia non sussistono le condizioni di ricovero Ospedaliero, il Medico dirigente del P.S.e l'Infermiere del P.S. nel caso ritengano che lo stesso possa essere preso in carico dai servizi territoriali a domicilio o inserito in strutture residenziali, deve far pervenire richiesta al P.U.A. che attiverà l'U.V.T.**

L' Unità di Valutazione Territoriale (UVT): \_\_\_\_\_

p) è costituita da:

- Medico proponente del Reparto
- Medico del Distretto
- Medico di MMG
- Infermiere della CDI di 3°livello
- Assistente sociale distrettuale
- Specialista di riferimento per patologia
- Eventuali altri operatori/specialisti 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.

- q) 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,(R.S.A.-strutture socio-assistenziali etc.) attraverso il coinvolgimento del sistema.

**Se il paziente è eleggibile**, i componenti dell'U.V.T. ognuno per quanto di propria competenza, procedono all'elaborazione del progetto assistenziale personalizzato (PAI), 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, sulla apposita modulistica
- Eventuali prescrizioni di farmaci

*In considerazione delle criticità evidenziate si ricorda che la fornitura di presidi ed ausili deve avvenire, in procedura d'urgenza, entro 5 gg .dalla richiesta.*

*Relativamente alla prescrizione di farmaci ospedalieri i medici presenti in UVT, ognuno per quanto di competenza, prescrivono tenendo conto sia delle necessità del paziente che possibilità di acquisizione del farmaco in ambito territoriale.*

- Il piano riabilitativo se richiesto
- Il piano terapeutico predisposto dal medico del PO responsabile della dimissione . con indicazioni sulla tempistica e modalità delle revisioni/sostituzioni di presidi medici (es, PEG,CVC,cannule tracheostomiche,circuiti respiratori etc.)
- Indicazioni su eventuali procedure successive alla dimissione da effettuarsi presso il PO(es.1° cambio cannula)
- Indicazioni relative ai bisogni e alle modalità di attuazione dei controlli specialistici successivi alla dimissione.

**Nel caso tali controlli siano effettuabili a domicilio** ,saranno indicate

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

Se in possesso di tutti gli elementi necessari,l' U.V.T. concorda la data della dimissione e compila il PAI

#### **7.1.4. Fase di dimissione e presa in carico territoriale**

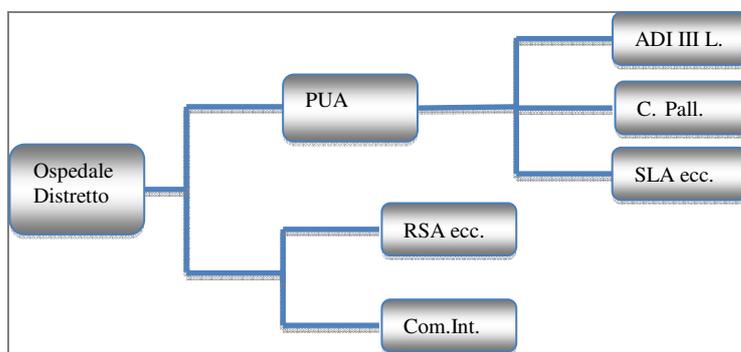
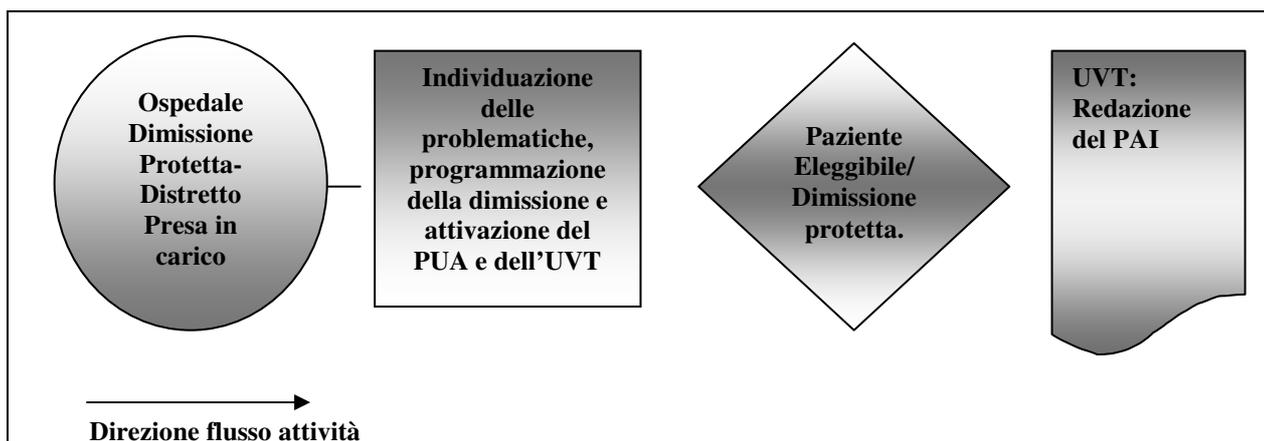
L' Unità Operativa Distrettuale Integrata delle Cure Domiciliari

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,sempre tenendo in considerazione che la dimissione deve essere programmata

entro il venerdì e comunque sempre entro le h.1300 del giorno previsto per garantire la fornitura dei farmaci da parte della farmacia ospedaliera.

- Pone in atto tutte le procedure necessarie all'attuazione del PAI, una volta che il paziente è rientrato a casa;
- Interagisce con i Servizi competenti per la pianificazione ed attuazione delle procedure successive alla dimissione.

**D  
I  
A  
G  
R  
A  
M  
M  
A**



**INDICATORI** (con relativi standard di riferimento)

Criterio	Indicatore	Misurazione	Strutture coinvolte nel monitoraggio
Indicatori di risultato			
Continuità assistenziale	Percentuale di pazienti avviati alle cure domiciliari sul totale dei pazienti eleggibili	Numero pazienti avviati a cure domiciliari di terzo livello entro 24 ore dalla dimissione/ totale pazienti dimessi eleggibili: > = 90%	Direzione Medica: numero pazienti dimessi UO Assistenza integrata: data dimissione e data inizio cure domiciliari Dati da trasmettere trimestralmente dai reparti e dall'ADI alla D.M.P.

Appropriatezza	Percentuale di riammissioni ospedaliere di pazienti di terzo livello / pazienti in CDI III Livello	Numero di pazienti di terzo livello dimessi dall'Ospedale e riammessi in ospedale entro un mese dalla dimissione: < = 40%	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  Dati da trasmettere trimestralmente dai reparti e dall'ADI alla D.M.P.
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: > 50%  Numero di pazienti inseriti in CPDO che ricevono la prima visita domiciliare dopo 72 H: < 10%	Direzione Medica U.O .oncologia  Dati da trasmettere trimestralmente dai reparti e dall'ADI alla D.M.P.
Luogo di decesso	Numero di pazienti inseriti nel percorso CPDO, deceduti	Numero di pazienti inseriti nel percorso CPDO, deceduti in Ospedale: < 20%	Direzione Medica U.O. CPDO  Dati da trasmettere trimestralmente dai reparti e dall'ADI alla D.M.P.
Intensità di assistenza pazienti in CPDO	Numero di giorni di presa in cura	Numero di giornate effettive di assistenza (GEA) > = 0,60	U.O di Oncologia Medica

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.= 1	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: > = 90%	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 > = 0.40	Distretto: annotare gli accessi a domicilio distinguendo per figura professionale.

