



REGIONE BASILICATA

GIUNTA REGIONALE

Seduta del 30 LUG. 2001

Delib.n. 1655

OGGETTO:

APPROVAZIONE DELLE LINEE-GUIDA PER L'EROGAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

Relatore il Sig. Assessore alla Sicurezza e Solidarietà Sociale

Cod Struttura

LA GIUNTA REGIONALE

Riunitasi il giorno 30 LUG. 2001 alle ore 16.30 nella sede dell'Ente con
La presenza dei Sigg.:

- | | |
|-------------------------|-------------------|
| 1 - Filippo Bubbico | - Presidente |
| 2 - Vito De Filippo | - Vice Presidente |
| 3 - <u>Roeco Uto</u> | - Componente |
| 4 - Salvatore Blasi | - " |
| 5 - Carlo Chiurazzi | - " |
| 6 - Aldo Michele Radice | - " |
| 7 - Carmine Nigro | - " |

Pres.	Ass.
X	
X	
X	
X	
X	
	X
X	

Il Segretario Dott. Ferdinando Giordano

HA DECISO

Quanto di seguito riportato in merito all'argomento segnato in oggetto (facciate interne).

DIPARTIMENTO PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE SERVIZIO RAGIONERIA

- Assunto impegno contabile n. _____ sul cap. _____ - Eserc. 19 _____ - per L. _____
- Assunto impegno sul bilancio pluriennale 19 _____ -19 _____ per L. _____
- La liquidazione di L. _____ sul cap. _____ - Eserc. 19 _____ - rientra nell'ambito dell'impegno
- Assunto con delibera _____ del _____

**LA PRESENTE DELIBERA NON
COMPORTE IMPEGNO DI SPESA**

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO RAGIONERIA

CONSIDERATO che il P.S.R. 1997/99, nell'ambito del Progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani" pone tra gli obiettivi specifici l'assistenza domiciliare, nelle sue forme di Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) e Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);

RILEVATO che il P.S.N. 1998-2000 attribuisce alle cure domiciliari e, in particolare, all'Assistenza Domiciliare Integrata, un ruolo significativo nella prospettiva del cambiamento, indirizzando le strutture e le professioni verso la persona ed i suoi bisogni;

RISCONTRATO che il Piano Socio-Assistenziale Regionale 2000-2002, individua nell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), un servizio idoneo a garantire le migliori condizioni di vita per il soggetto non autosufficiente, riducendone il rischio di emarginazione;

VERIFICATO che, lo stesso Piano Socio-Assistenziale Regionale 2000-2002, consente ai Comuni di promuovere, con il concorso delle Aziende UU.SS.LL., i P.S.Z. (Piano Sociale di Zona) da attuare mediante Accordi di Programma per specifiche aree di attività e individuate in via prioritaria;

ATTESO che l'atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie, di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 14/02/2001, (G.U.n.129 del 6/06/2001), **in**erisce l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), tra le prestazioni da erogare ad anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative;

TENUTO CONTO che la Regione Basilicata, ai sensi dell'art.1, comma 34 della L.662/96, comma 34bis del medesimo articolo, introdotto dall'art.33 della L.449/97, ha predisposto il programma, collegato agli obiettivi di carattere prioritario e di rilevanza nazionale, di cui alla D.G.R. n.1019 del 4/05/99, includendovi il Progetto relativo al "Potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)";

TENUTO CONTO, altresì, che la Regione Basilicata, in conformità al D.L. n.450/98, coordinato con la legge di conversione n.39/99, ha adottato la direttiva vincolante, di cui alla D.G.R. n.196 del 7/02/200 per la realizzazione, su tutto il territorio regionale, di un modello assistenziale ADI per pazienti in fase critica;

ACQUISITO che il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), inclusa l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)-fase critica, concorre all'organizzazione della rete di assistenza ai malati terminali, integrandosi con i Centri residenziali di cure palliative (hospice), di cui al programma regionale, approvato con D.G.R. n. 2077 del 25/09/2000;

EVIDENZIATO che il Progetto di "Potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)" è calibrato sull'intero territorio regionale e si delinea secondo un modello omogeneo ed uniforme, a superamento di qualunque diseguaglianza, anche di tipo geografico;

STABILITO che per l'attività di monitoraggio sull'andamento del progetto è stato costituito, con Determinazione Dirigenziale n.02/A/99/D/392 del 12/10/99, apposito gruppo tecnico, a carattere misto Regione/Aziende UU.SS.LL., con compiti di sorveglianza e di elaborazione dei relativi dati a cadenza semestrale;

RILEVATO che, nell'ambito del suddetto gruppo, è emersa l'esigenza di seguire, all'interno di ciascun contesto aziendale, dei percorsi comuni finalizzati a realizzare un modello territoriale ADI con eguali caratteristiche;

CONDIVISO che comportamenti univoci e procedure simili possano garantire il conseguimento dell'obiettivo generale del progetto, inteso come modello ADI territorialmente omogeneo;

RAVVISATA la necessità di elaborare delle apposite linee-guida, allegate alla presente deliberazione, di cui sono parte integrante e sostanziale, per definire l'organizzazione del servizio e i criteri di accesso allo stesso, nonché l'adozione di una medesima scheda di segnalazione del caso e di una medesima cartella clinica domiciliare;

DATO ATTO che le Direzioni Generali delle Aziende UU.SS.LL. , dell'Azienda Ospedaliera San Carlo, del C.R.O.B. hanno accolto la proposta delle linee-guida ADI, senza osservazione alcuna;

RITENUTO di procedere all'approvazione di dette linee-guida, che sono parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, da applicare nell'erogazione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);

Su proposta dell'Assessore al ramo

D E L I B E R A

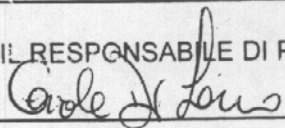
- di approvare le linee-guida, allegate alla presente deliberazione di cui sono parte integrante e sostanziale, nell'erogazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), finalizzate all'organizzazione del servizio e ai criteri di accesso allo stesso, nonché all'adozione di una medesima scheda di segnalazione del caso e di una medesima cartella clinica domiciliare;
- di dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende UU.SS.LL., dell'Azienda Ospedaliera San Carlo, del C.R.O.B. perché recepiscano le suddette linee-guida con appositi atti, riconducendo le procedure attualmente in corso con i Comuni, in termini di protocolli d'intesa, accordi, collaborazioni, all'interno degli accordi di programma di cui al P.S.Z. (Piano Sociale di Zona).

3

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel testo della presente delibera sono depositati presso il Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale che ne curerà la conservazione nei modi di legge.

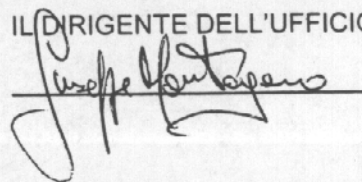
IL MINUTANTE

IL RESPONSABILE DI P.O.



IL DIRIGENTE DI SERVIZIO

IL DIRIGENTE DELL'UFFICIO



PREMESSA

A seguito dell'approvazione da parte del Parlamento Italiano del primo Progetto Obiettivo Anziani (30.01.92) e dello stanziamento dei primi fondi destinati alla sperimentazione dell'assistenza domiciliare, cominciarono in tutta la Regione a svilupparsi embrionali tentativi di implementazione di modelli assistenziali che rendessero più estesa la possibilità di curare il paziente anziano a domicilio. I contratti dei MMG e il Piano Sanitario Regionale 97/99, hanno poi contribuito ad accelerare questi processi e ad estendere l'assistenza domiciliare a tutti i cittadini aventi bisogno al di là del limite anagrafico.

Successivamente, il progetto di ADI regionale veniva approvato con deliberazione di Giunta Regionale n.1019 del 4/5/99 ed incluso nel programma regionale 1999/2001, collegato agli obiettivi prioritari e di rilevanza nazionale, a norma dell'art.1, comma 34 della legge 662/96 e comma 34 bis del medesimo articolo, introdotto dall'art.33 della legge 449/97. Così tutte le Aziende Sanitarie della Regione hanno recepito il progetto di ADI facendo propri gli indirizzi del modello regionale e attingendo ai fondi ministeriali per il consolidamento ed il potenziamento dell'attività di assistenza domiciliare.

A seguito dell'approvazione ministeriale, è stato costituito, con Determinazione Dirigenziale n.02-A/99/D/392 del 12/10/99 un Gruppo Tecnico di Sorveglianza misto Regione/Aziende al fine di monitorare l'andamento delle attività progettuali previste.

In questo Gruppo Tecnico di Sorveglianza è nata la necessità di elaborare linee guida comuni, in parte già tracciate in precedenti atti deliberativi regionali (D.G.R. 196/2000: "Modello ADI per pazienti in fase critica") tendenti ad individuare percorsi e procedure certi all'interno di un comune modello organizzativo a superamento di ogni disuguaglianza anche di tipo geografico.

Il modello organizzativo ed operativo che ne è scaturito può essere utilizzato per fini gestionali ma si configura appropriato anche ai fini dell'accreditamento e della certificazione di qualità.

L'assistenza domiciliare garantisce, in relazione ai bisogni dell'utente, un insieme di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socioassistenziali rese a domicilio dell'utente nel rispetto di standards minimi di assistenza, eventualmente in forma integrata e secondo piani individuali programmati definiti con la partecipazione delle figure interessate nel singolo caso e con la collaborazione del medico curante.

Gli obiettivi dell'assistenza domiciliare possono essere così riassunti:

- garantire un intervento qualificato e coerente ai bisogni di salute del cliente;
- migliorare la qualità della vita del cliente fornendo risposte globali e continuative basate sull'integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali;
- mantenere per quanto possibile il cliente nel proprio ambiente familiare e sociale, evitando e/o ritardando l'istituzionalizzazione;
- evitare o ridurre i rischi di isolamento o di emarginazione sociale;
- favorire la deospedalizzazione evitando i ricoveri non necessari o troppo prolungati con riduzione dei disagi di ordine psicologico, economico e sociale sia per il cliente che per i propri familiari;
- assicurare continuità terapeutica nel momento critico della dimissione ospedaliera.

Le funzioni assistenziali domiciliari sono:

ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA (ADP) che prevede l'erogazione di assistenza medica a cura del medico di MG rivolta a cittadini affetti da patologie per le quali si rende necessario un monitoraggio intensivo (DPR n.270 del 28/7/00 art. 39 allegato G).

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) così definita per la compresenza di prestazioni mediche anche specialistiche, infermieristiche e riabilitative e di assistenza sociale, rese al domicilio degli utenti, in forma integrata, vale a dire con la partecipazione del Comune; viene svolta secondo le modalità previste dal già richiamato DPR n.270 art.39 allegato H e secondo quanto previsto dal vigente piano socio - assistenziale regionale;

ASSISTENZA DOMICILIARE DI TIPO ESCLUSIVAMENTE SANITARIO: consiste nell'erogazione domiciliare delle sole prestazioni sanitarie così come previsto nell'ADI (DPR 270 del 28/7/00) e in cui le prestazioni integrative sono assicurate dalla famiglia;

ASSISTENZA DOMICILIARE DI TIPO ESCLUSIVAMENTE SOCIALE (Comuni): consiste nell'erogazione, a domicilio dell'utente, di prestazioni di tipo socio - assistenziale;

ASSISTENZA DOMICILIARE RIVOLTA AI MALATI IN FASE CRITICA: è resa a domicilio del paziente in fase critica, secondo quanto già previsto dalla delibera della GR n.196 del 7/2/2000.

ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA (ADP)

L'ADP è particolarmente utile nel prevenire il ricorso a forme di assistenza più complessa (ricovero ospedaliero, ADI, ecc.) in soggetti anziani non ambulabili affetti da patologie croniche e soggetti a scompenso.

Questa attività è svolta assicurando la presenza periodica (settimanale, quindicinale, mensile) del medico di medicina generale al domicilio dell'assistito non ambulabile per:

- monitoraggio dello stato di salute
- controllo sulle condizioni igieniche e sul conforto ambientale e suggerimenti al paziente e ai familiari
- indicazioni ai familiari o a chi per essi circa le caratteristiche fisiche e psichiche del singolo paziente
- indicazioni circa il trattamento dietetico da annotare sulla scheda degli accessi fornita dall'Azienda
- collaborazione con il personale dei servizi sociali per le necessità del soggetto nei rapporti con la famiglia e con l'ambiente esterno
- predisposizione ed attivazione di "programmi individuali" con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica
- tenuta a domicilio di una apposita scheda degli accessi fornita dalla Azienda sulla quale sono annotate le eventuali considerazioni cliniche, la terapia, gli accertamenti diagnostici e quant'altro ritenuto utile ed opportuno.

Le caratteristiche dei casi soggetti ad intervento riguardano soprattutto pazienti con impossibilità a deambulare, quali ad esempio:

- a) impossibilità permanente a deambulare (es.: grandi anziani con deficit della deambulazione, portatori di protesi agli arti inferiori con grave difficoltà a deambulare);
- b) impossibilità di essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paziente non autosufficiente o paziente abitante in un piano alto e senza ascensore);
- c) impossibilità per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socioambientale che al quadro clinico, quali:
 - insufficienza cardiaca in stadio avanzato;
 - insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;
 - arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato;

- gravi arteriopatie degli arti inferiori con grave limitazione funzionale;
- cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi;
- paraplegici e tetraplegici.

La segnalazione del caso bisognoso di assistenza domiciliare deve essere effettuata dal medico curante su apposita scheda.

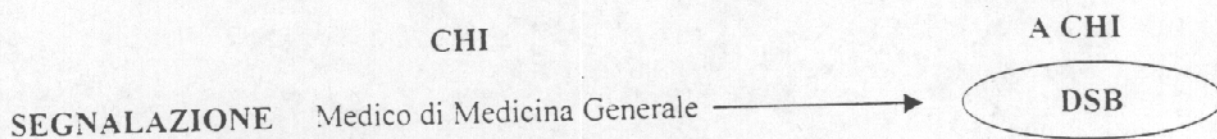
Fermo restando che non sono modificati gli obblighi in materia di visite domiciliari, il medico curante formula proposta motivata con precisazione del numero di accessi.

Al fine di fornire al medico responsabile del DSB la possibilità di concordare sollecitamente il programma assistenziale proposto, è necessario che dalla richiesta del medico di famiglia emerga con chiarezza, oltre alla diagnosi motivata, ogni altra eventuale indicazione utile a confermare la oggettiva impossibilità di accesso del paziente allo studio del medico.

Il medico del DSB deve autorizzare o meno il programma proposto entro 15 gg dalla segnalazione. In caso di mancato riscontro entro il termine innanzi indicato, il programma, salvo eventuali successivi controlli, si intende a tutti gli effetti approvato.

Per quanto non previsto nel presente programma si rimanda al DPR 270 del 28/7/00 e agli eventuali accordi regionali e/o aziendali.

SCHEMA ORGANIZZATIVO-FUNZIONALE DELL'ADP



COME

Proposta motivata del medico di scelta da cui emerga chiaramente:

- 1) la diagnosi ed ogni altra utile indicazione a conferma della oggettiva impossibilità di accesso del paziente allo studio;
- 2) le esigenze assistenziali di tipo socio-sanitario e la necessità di eventuali supporti di personale;
- 3) il numero e la periodicità degli accessi.

Entro 15 giorni dalla domanda il Medico del DSB ed il Medico di scelta. **CONCORDANO:**

- a) durata e decorrenza del periodo di erogazione dell'ADP (max 1 anno eventualmente rinnovabile);
- b) periodicità degli accessi del medico di medicina generale;
- c) sistemi di verifica (scheda degli accessi al domicilio del paziente, fascicolo a livello di distretto per ciascun medico di MG che eroga ADP).

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

I destinatari dell'ADI sono principalmente quelle persone che presentano bisogni complessi sia di natura socio-assistenziale che sanitari e che pertanto richiedono interventi multidisciplinari altrettanto complessi ed integrati al proprio domicilio. Quali patologie a domicilio? Bisogna prendere in considerazione almeno tre grandi raggruppamenti:

- le malattie cronic-degenerative in cui sia la diagnosi che l'impostazione del trattamento sono definite, scarsa è l'emergenza di episodi o complicanze acute, il decorso è in genere stabile e prevedibile;
- le convalescenze ed i trattamenti riabilitativi che non richiedono particolari e sofisticate attrezzature;
- la terminalità.

Le Aziende Sanitarie, essendo ormai l'Assistenza Domiciliare un'attività strutturata su tutto il territorio regionale, devono proseguire ed ampliare l'esperienza in atto in questo campo al fine di ottenere i seguenti risultati:

- riduzione delle istituzionalizzazioni improprie;
- riduzione del tasso di ospedalizzazione;
- riduzione della emigrazione sanitaria;
- attivazione delle dimissioni protette e della ospedalizzazione domiciliare;
- orientamento delle richieste di intervento su livelli più appropriati di assistenza.

L'ADI è svolta assicurando al domicilio del paziente le prestazioni di:

- medicina generale;
- medicina specialistica;
- infermieristiche domiciliari e di riabilitazione;
- aiuto domestico da parte dei familiari e/o dei competenti servizi;
- assistenza psicologica;
- assistenza sociale.

- Le patologie che consentono l'avvio dell'assistenza sono quelle per le quali l'intervento domiciliare si presenta alternativo al ricovero ospedaliero determinabile

da ragioni sociali o da motivi di organizzazione sanitaria. Pertanto le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a:

- malati terminali;
 - malattie progressivamente invalidanti;
 - incidenti vascolari acuti nella fase di post-ospedalizzazione;
 - gravi fratture negli anziani nella fase di post-ospedalizzazione;
 - riabilitazione di vasculopatici;
 - riabilitazione in neurolesi;
 - malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (esempio: forme respiratorie ecc.);
 - dimissioni protette da strutture ospedaliere.
- Le procedure per l'attivazione della valutazione multidimensionale per l'ammissione in ADI possono essere promosse da:
 - medico curante dell'assistito;
 - medico del reparto ospedaliero all'atto della dimissione;
 - servizi sociali;
 - associazioni di volontariato e cooperative sociali;
 - familiari dell'assistito.
 - La segnalazione, redatta su apposita scheda, deve essere compilata in maniera dettagliata e soprattutto circostanziando il più possibile il tipo di intervento richiesto; la scheda è comunque compilata dal medico curante anche quando la segnalazione dovesse provenire da altri servizi.
 - La segnalazione deve pervenire al Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari da attivarsi in ogni ASL. Il medico di medicina generale o il medico ospedaliero al momento della dimissione, possono comunicare telefonicamente con il competente servizio aziendale per segnalare situazioni particolarmente urgenti.
 - Entro 24/48 ore dalla segnalazione il medico dell'UV dispone la valutazione multidimensionale che sarà effettuata dal "case manager", eletto fra i componenti

dell'UV, che si recherà al domicilio del paziente, comunicando preventivamente al medico curante e al paziente il giorno della visita.

- L'UV e il medico curante concorderanno, in giorni prestabiliti della settimana, la sede opportuna per decidere il piano di trattamento individualizzato (PIT) che dovrà prevedere:
 - 1) la durata presumibile del periodo di erogazione dell'assistenza integrata;
 - 2) gli interventi degli altri operatori sanitari comprese le possibili consulenze specialistiche;
 - 3) le richieste di intervento degli operatori del servizio sociale;
 - 4) la cadenza degli accessi del medico di medicina generale al domicilio del paziente in relazione alla specificità del processo morboso in corso e alla variabilità del caso clinico;
 - 5) i momenti di verifica comune all'interno del periodo di effettuazione del servizio.

Le segnalazioni saranno esaminate seguendo l'ordine cronologico di arrivo con diritto di precedenza per i pazienti terminali e/o in fase critica.

Per paziente in fase critica si intende un paziente affetto da una patologia non più suscettibile di terapia specifica e con un "performance status" secondo la scala di Karnofsky uguale o inferiore a 40.

L'assistenza può essere sospesa in qualsiasi momento sia dal MMG che dall'Azienda con preavviso di almeno 7 giorni, salvaguardando in ogni caso le esigenze sociosanitarie del paziente.

Per quanto attiene ai malati critici si rimanda a quanto specificamente stabilito nelle delibere di GR n.196/2000 e n.2077/2000.

Accesso in ADI - Criteri di eleggibilità

- **Consenso alle cure domiciliari;**
- **Indice di Karnofsky uguale o inferiore a 40 (pazienti in fase critica);**
- **Diagnosi di malattia cronica invalidante;**
- **Non autosufficienza parziale o totale o rischio di perdita dell'autonomia;**
- **Ambiente abitatativo e familiare idoneo;**
- **Necessità di trattamenti orientati al miglioramento della qualità della vita e al controllo dei sintomi.**

I criteri di esclusione sono:

- soggetti con autonomia e autosufficienza giudicate soddisfacenti;
- gravi condizioni cliniche che richiedono elevato impegno sanitario con stretto monitoraggio clinico;
- soggetti il cui team familiare è scarsamente o per nulla collaborante.

La durata del programma di assistenza è legata soprattutto agli obiettivi stabiliti dalla U.V. e comunque non dovrà essere superiore a tre mesi, rinnovabili dopo valutazione e verifica da parte della stessa Unità di Valutazione.

Modello organizzativo dell'assistenza domiciliare

Il governo della rete dei servizi sanitari domiciliari è assicurato dal **Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e delle Cure Palliative**, diretto da un dirigente medico dedicato e composto dalle seguenti figure professionali:

- I medici responsabili delle UV distrettuali;
- Medico rappresentante dei MMG individuato su segnalazione delle OO.SS. maggiormente rappresentative;
- Assistente sociale dipendente dell'Azienda con compiti di coordinamento dei servizi sociosanitari;
- Dirigente dell'Assistenza Infermieristica (DAI), e/o:
 - Infermiere professionale strutturato;
 - Terapista della riabilitazione strutturato;
- Responsabile amministrativo,

Con funzioni di coordinamento delle pari figure professionali

ed è integrato da altri operatori (medico specialista, psicologo ...) sulla base di specifici compiti di programmazione assegnati.

Il Centro di Coordinamento rappresenta il punto di riferimento degli operatori per la rilevazione e la valutazione dei bisogni, la informazione, la comunicazione ed il coordinamento delle attività domiciliari.

Il Centro di Coordinamento è punto di riferimento e di collaborazione con i servizi esistenti, sia sanitari sia sociali ed opera a tre livelli: ospedaliero, territoriale e nelle strutture comunitarie, protette e non, in collaborazione con il medico curante; esso rappresenta la sala di regia di tutte le attività correlate alle cure domiciliari, momento di raccordo tra i Distretti Sanitari di Base e i Comuni associati dell'Azienda con compiti di gestione dei patti territoriali che gli stessi DD.SS.BB. andranno a definire per i propri ambiti di competenza. Pertanto le competenze del Centro di coordinamento sono:

- attivazione dell'UV distrettuale per la valutazione e la eventuale presa in carico;
- valutazione tecnico-professionale per la qualità del servizio ed organizzativa (elaborazione di protocolli, del prontuario terapeutico, della relazione annuale);
- valutazione gestionale (coordinamento interdistrettuale per un'omogenea realizzazione del programma ADI, elaborazione di modulistica unica ...), in collaborazione con i direttori di distretto e con il coordinatore tecnico dei servizi sociali dei Comuni

associati;

- formazione periodica multidisciplinare (elaborazione di programmi di aggiornamento per équipe ADI); la formazione può essere attivata in forma congiunta con i Comuni, anche per le figure sociali, previo accordo tra le parti;
- attivazione di specifici protocolli d'intesa con le associazioni di volontariato;
- verifica e controllo delle attività domiciliari comprese quelle eventualmente delegate al terzo settore.

Gli obiettivi generali fissati dal PSR 97/99 nell'ambito del progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani" e che di seguito vengono riportati diventano parte integrante delle attività del Centro di Coordinamento:

- 1) Migliorare la qualità della vita nel corso dell'invecchiamento fornendo risposte globali e continuative basate sull'integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali; facilitare l'accesso ai servizi sanitari; mantenere per quanto possibile l'anziano nel proprio ambiente familiare e sociale;
- 2) Prevenire la disabilità e la non autosufficienza coordinando tutti i servizi operanti sul territorio e potenziando l'assistenza sanitaria integrata (ADI);
- 3) Gestire i Piani Territoriali di distretto per garantire, attraverso gli accordi di programma o protocolli con gli ambiti sociali di zona dei Comuni associati, unitarietà degli interventi programmati nel rispetto delle diverse competenze;
- 4) Attivare misure di controllo sulla qualità della vita degli anziani istituzionalizzati ed elaborare precisi standard di idoneità per le diverse strutture residenziali esistenti in Regione (Case di Riposo) e per quelle in via di attuazione (R.S.A.);
- 5) adottare, in collaborazione con gli operatori del Comune, strumenti uniformi per la valutazione del grado di autosufficienza degli anziani nonché modelli di analisi dei bisogni e delle risposte più opportune di tipo sanitario e socio-sanitario;
- 6) favorire il coinvolgimento del volontariato negli interventi a favore degli anziani;
- 7) attivare o potenziare interventi preventivi e riabilitativi mediante servizi di Assistenza domiciliare integrata e di qualsiasi altra forma organizzativa, soprattutto rivolta alla cura e all'assistenza dell'invecchiamento, che dovranno operare in stretta collaborazione con i medici di medicina generale;
- 8) attivare corsi di formazione di qualificazione professionale rivolte a tutto il personale sanitario e sociale operante nei servizi per gli anziani, coinvolgendo anche le risorse del privato sociale;

9) rafforzare il ruolo dell'UVG (Unità di Valutazione Geriatrica).

In relazione alle funzioni assegnate, interdipartimentali-interdistrettuali, transmurarie e di peculiare complessità organizzativa, il Centro di Coordinamento viene quindi a configurarsi come una struttura dell'Azienda alla quale va riconosciuta autonomia tecnico-gestionale e budgetaria; infatti, la programmazione dell'ADI deve prevedere la complementarietà tra i diversi moduli assistenziali, la valorizzazione del nursing, la collaborazione delle famiglie, la pianificazione organica delle unità di offerta, la valutazione multidimensionale, la globalità ed intensività dei piani di cura, la continuità terapeutica degli interventi, la collaborazione tra operatori sociali e sanitari, la valutazione dei costi nelle decisioni, la valutazione evolutiva degli esiti e, sulla scorta di questi principi, dovrà presentare ogni anno il **PIANO ANNUALE DELLE ATTIVITA'** che definisce le modalità con cui saranno raggiunti gli obiettivi assegnati nel rispetto dei principi di qualità più avanti precisati e su cui andranno prodotti specifici indicatori per ogni singolo obiettivo. Tale Piano rientrerà nel Piano delle attività territoriali di competenza del direttore del DSB.

Al Centro di Coordinamento sono indirizzate le segnalazioni di assistenza domiciliare che poi provvederà ad indirizzarle alla UV distrettuale perché venga promossa la valutazione del caso.

Ogni **UV**, composta dal medico curante, infermiere professionale, terapeuta della riabilitazione ed assistente sociale aziendale e/o comunale integrata da eventuali altre figure professionali (specialista, psicologo, ecc) sulla base dei bisogni segnalati, individua, al proprio interno, un membro che funge da "Case Manager" o coordinatore del caso che, una volta ricevuta la richiesta o la segnalazione di intervento, effettua la valutazione multidimensionale (**VMD**) presso il domicilio del paziente o in ospedale prima della dimissione. Il "case manager" è figura professionale addestrata alla somministrazione dei test utili alla **VMD**, ha il compito specifico di seguire l'assistito in tutte le fasi del **Piano Individualizzato di Trattamento (PIT)** e di facilitare i rapporti e i collegamenti tra i vari servizi che devono interagire con l'assistito.

Tale Unità di Valutazione potrà essere ulteriormente integrata secondo quanto previsto dagli accordi di programma stipulati in attuazione del Piano di Zona riguardante **l'area anziani** così come previsto nel Piano Socio Assistenziale per il triennio 2000/2002 (Deliberazione del CR n.1289/99).

Effettuata la **VMD**, il medico curante, l'UV e, ove necessario, operatori dei servizi socio-sanitari comunali, concordano il **Piano Individualizzato di Trattamento (PIT)**, nel

quale si precisano le prestazioni sanitarie (di medicina generale, specialistica, prestazioni infermieristiche e/o riabilitative necessarie, la fornitura di ausili, presidi sanitari e farmaci) e gli interventi assistenziali (aiuto per il governo della casa, servizio lavanderia, preparazione e fornitura pasti a domicilio, eventuale abbattimento barriere architettoniche, l'intervento del volontariato, ecc.), le verifiche, i controlli e la presumibile durata del trattamento.

Le riunioni del team si svolgono presso la sede del servizio e/o presso i distretti.

I dati della valutazione sono quindi trasmessi:

- al Comune capoparea (dati relativi ai problemi socio-assistenziali);
- al Medico di Medicina Generale (il set completo dei dati relativi ai propri pazienti);
- al Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari.

II MMG, nell'ambito del PIT:

- ha la responsabilità unica e complessiva del paziente;
- ha la responsabilità della cartella clinica domiciliare su cui i vari operatori riportano i propri interventi;
- chiede l'attivazione delle eventuali consulenze specialistiche e degli altri interventi già programmati nel PIT;
- coordina gli operatori, in accordo con l'UV, per rispondere ai bisogni del paziente.

Per tutto quanto non previsto nel presente regolamento si rimanda agli articoli 32, 39, 45 e agli allegati G ed H del vigente Accordo Collettivo Nazionale dei MMG.

SCHEDA DI SEGNALAZIONE

REGIONE BASILICATA
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
AZIENDA SANITARIA USL N° -

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
(A.D.I.)

SCHEDA DI SEGNALAZIONE

Richiesta N° _____

Cognome e Nome _____ Nat. il _____ Cod. Sanit. _____
 Residente a _____ Via _____ Tel. _____
 Domiciliat. a _____ Via _____ c/o _____ Tel. _____
 In caso di urgenza contattare _____ Tel. _____
 Medico di famiglia _____ Tel. _____ Studio medico, via _____
 Disponibilità incontro con operatori ADI: giorni _____ ore _____

STATO CIVILE CONIUGATO/A VEDOVO/A CELIBE/NUBILE SEPARATO/A

CONVIVENZA SOLO CON IL CONIUGE CON I FIGLI CON I FRATELLI CON ALTRI

ASSISTENZA DA MARITO/MOGLIE FIGLI NIPOTI FRATELLI ALTRI

CONDIZ. ECONOMICHE BUONE SODDISFACENTI INDIGENTE

ABITAZIONE BARRIERE ARCHIT. ASCENSORE BAGNO CON DOCCIA/VASCA RISCALDAMENTO TELEFONO

ISTRUZIONE ANALF./NESSUN TITOLO DI STUDIO LIC. ELEMENTARE LIC. MEDIA DIPLOMA SUP./LAUREA

PENSIONE TIPO _____ ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO SI NO

AUTOSUFFICIENZA NEL MANGIARE SI NO VESTIRSI SI NO IGIENE PERSONALE SI NO CONTINENZA SI NO

CAPACITA' DI MOVIMENTO CAMMINA AUTONOMAMENTE CAMMINA CON BASTONE O ALTRO SUPPORTO
 CAMMINA CON L'AIUTO DI ALTRA PERSONA SEDUTO SU CARROZZINA ALLETTATO

NUMERO DI RICOVERI NEGLI ULTIMI 12 MESI

DIAGNOSI

ANAMNESI PER:	TERAPIA IN ATTO (FARMACOLOGICA)	TRATTAM. NON FARMACOLOGICO IN ATTO
<input type="checkbox"/> MALATTIE TERMINALI	_____	<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESCICALE
<input type="checkbox"/> ACCIDENTI VASCOLARI ACUTI	_____	<input type="checkbox"/> LAVAGGIO VASCICALE
<input type="checkbox"/> GRAVI FRATTURE NEGLI ANZIANI	_____	<input type="checkbox"/> TRACHEOSTOMIA
<input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE A SEGUITO DI VASCULOPATIE	_____	<input type="checkbox"/> SOND. NASOGASTRICO
<input type="checkbox"/> MALATTIE ACUTE TEMPOR. INVALIDANTI	_____	<input type="checkbox"/> OSSIGENOTERAPIA
<input type="checkbox"/> ALTRO _____	_____	<input type="checkbox"/> ALTRO _____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

TIPO DI PRESTAZIONE RICHIESTA	MEDICO PROPONENTE	MEDICO
<input type="checkbox"/> MEDICA	<input type="checkbox"/> DI MEDICINA GENERALE	Cognome _____
<input type="checkbox"/> RIABILITATIVA	<input type="checkbox"/> OSPEDALIERO	Nome _____
<input type="checkbox"/> INFERMIERISTICA	<input type="checkbox"/> DEL TERRITORIO	Tel. _____
<input type="checkbox"/> DOMESTICA		Firma _____
<input type="checkbox"/> ALTRO _____		Timbro _____

SCHEDA DI CONSENSO

Il sottoscritto _____

DICHIARA

di essere stato informato esaurientemente dal dott. _____

sul tipo di trattamento domiciliare con interventi multidisciplinari e di acconsentire a tale trattamento.

Data ____/____/____

In fede

REGIONE BASILICATA
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
AZIENDA SANITARIA USL N°

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
A.D.I.

CARTELLA SANITARIA N° _____

ANNO _____

DATA INIZIO ASSISTENZA
____/____/____

DATA SOSPENSIONE
____/____/____

MOTIVO DELLA SOSPENSIONE

DATA INIZIO ASSISTENZA
____/____/____

DATA SOSPENSIONE
____/____/____

MOTIVO DELLA SOSPENSIONE

DATA INIZIO ASSISTENZA
____/____/____

DATA SOSPENSIONE
____/____/____

MOTIVO DELLA SOSPENSIONE

Cognome _____

Nome _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____ Sesso _____

Via _____

Città _____ Tel. _____

Codice Sanitario _____

Cod. Pat. _____

In caso di urgenza contattare _____

Tel. _____

MEDICO CURANTE

Nome _____

Cognome _____

Tel. _____

OPERATORI

Infermiere _____ Tel _____

Terapista d R _____ Tel _____

Ass. Domiciliare _____ Tel _____

COGNOME _____ NOME _____

ANAMNESI

ESAME OBIETTIVO

ESITI DI ESAMI GIA' ESEGUITI

MALATTIE CONCOMITANTI

GIUDIZIO DIAGNOSTICO

TERAPIA IN ATTO E PROVVEDIMENTI PROPOSTI

Graduazione dello stato di validità (*performance status*) secondo *Karnofsky*

Capace di esplicare attività normale e di lavorare. Non è necessaria alcuna particolare assistenza	100	Normale. Non ha sintomi o segni di malattia
	90	Capace di attività normale. Lievi sintomi o segni di malattia
	80	Attività normale con sforzo. Alcuni sintomi o segni di malattia
Incapace di lavorare. In grado di vivere a casa e di occuparsi delle proprie necessità personali. E' richiesto un certo grado di assistenza	70	Può accudire a se stesso. Incapace di condurre attività normale o lavoro attivo
	60	Richiede assistenza occasionalmente, ma è in grado di accudire alla maggior parte delle proprie necessità
	50	Richiede notevole assistenza e frequenti prestazioni mediche
Incapace di accudire a sé. E' richiesto il ricovero ospedaliero. Progressione rapida della malattia	40	Costretto a letto. Richiede assistenza e cure speciali
	30	In condizioni serie. E' indicata l'ospedalizzazione
	20	In condizioni gravi. Sono necessari l'ospedalizzazione e un intenso trattamento generale di supporto
	10	In condizioni gravissime. Progressione rapida della malattia
	0	Morto

Piano assistenziale

Cognome _____ Nome _____

Medico
.....
.....
.....

Infermieristico
.....
.....
.....
.....

Riabilitativo
.....
.....
.....
.....

Sociale
.....
.....
.....
.....

Cognome _____ Nome _____

Consulenza specialistica

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Timbro e firma

Consulenza specialistica

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Timbro e firma

Decubito

DATA	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
STADIO						
N° ULCERE						
DIAMETRO	Ulcer. Verbic.	Ulcer. Verbic.	Ulcer. Verbic.	Ulcer. Verbic.	Ulcer. Verbic.	Ulcer. Verbic.
TRATTAM.						
PRESIDI						

Decubito

DATA	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
STADIO						
N° ULCERE						
DIAMETRO	Ulcer. Verbic.	Ulcer. Verbic.	Ulcer. Verbic.	Ulcer. Verbic.	Ulcer. Verbic.	Ulcer. Verbic.
TRATTAM.						
PRESIDI						

Decubito

DATA	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
STADIO						
N° ULCERE						
DIAMETRO	Ulcer. Verbic.	Ulcer. Verbic.	Ulcer. Verbic.	Ulcer. Verbic.	Ulcer. Verbic.	Ulcer. Verbic.
TRATTAM.						
PRESIDI						

Stadio:

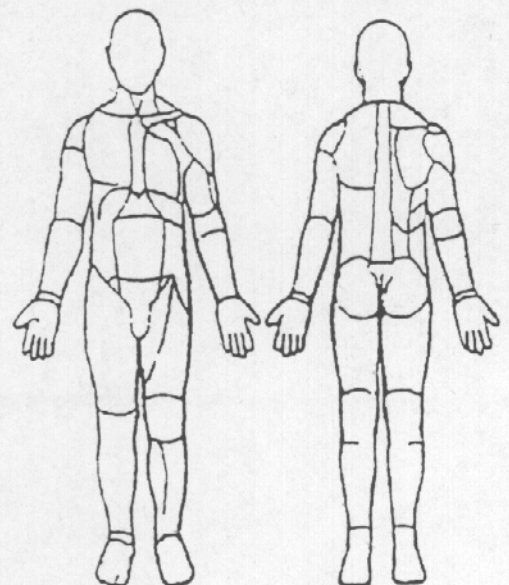
- 1° Rossore circoscritto Fittene Escoriazione
 2° Lesione cutanea non profonda Muscoli, tendini e legamenti non colpiti
 3° Lesione cutanea e tissutale con interessamento muscolare e tendineo
 4° Lesione cutanea a tutto spessore con necrosi dei tessuti

Presidi:

1. Materasso ad aria
2. Materasso ad acqua
3. Cuscini antidecubito
4. Letto articolato
5. Sedia a rotelle
6. Tripode o stampelle
7. Girello
8. Altro presidio _____

Trattamento:

1. Secondo indicazione specialistica
2. Secondo indicazione M.M.G.
3. Secondo indicazione ospedaliera per dimissioni
4. Altro _____



SCHEDA RIASSUNTIVA DI INTERVENTO

DATA INIZIO ASSISTENZA

____/____/____

DATA FINE ASSISTENZA

____/____/____

SEGNALAZIONE M.M.G.

DIMISSIONE PROTETTA

MOTIVO DELLA SOSPENSIONE

DURANTE IL TRATTAMENTO E' STATO NECESSARIO:

N° _____ RICOVERO OSPEDALIERO _____

N° _____ CONSULENZA SPECIALIS. _____

N° _____ ALTRO _____

SCHEDA ECONOMICA RIASSUNTIVA

N° ORE	TIPO DI PRESTAZIONE	COSTO (Lire)
_____	ASSISTENZA INFERMIERISTICA	L. _____
_____	ASSISTENZA RIABILITATIVA	L. _____
_____	ASSISTENZA DOMICILIARE	L. _____
_____	ACCESSI M.M.G.	L. _____
_____	ACCESSI MEDICO SPECIALISTA	L. _____
_____	ALTRO _____	L. _____
_____	ALTRO _____	L. _____
_____	ALTRO _____	L. _____
COSTO COMPLESSIVO		L. _____

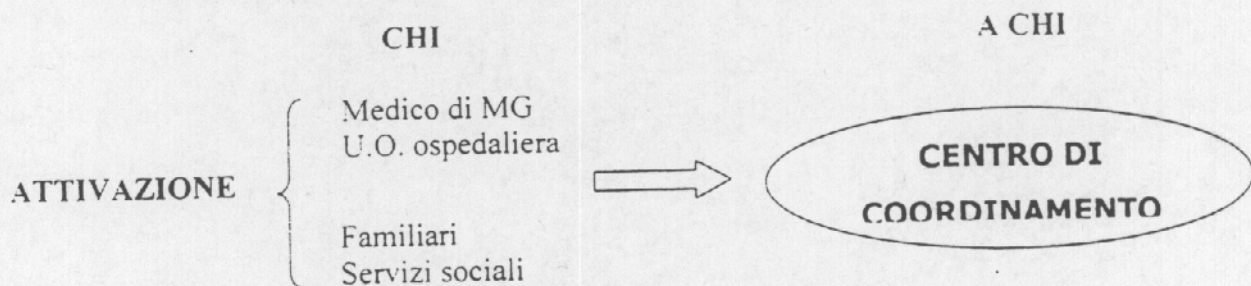
SCHEMA ORGANIZZATIVO-FUNZIONALE DELL'ADI

PRESTAZIONI

- medicina generale
- medicina specialistica
- infermieri domiciliari
- terapisti della riabilitazione
- aiuto domestico
- assistenza sociale

PAZIENTI AMMESSI ALLE PRESTAZIONI

- malati terminali
- accidenti vascolari acuti
- gravi fratture negli anziani
- riabilitazione a seguito di vasculopatie
- malattie acute temporaneamente invalidanti
- dimissioni protette



Entro 24/48 ore il medico di MG e l'UV, con il consenso del paziente e/o dei familiari
CONCORDANO:

- durata dell'ADI
- interventi di altri operatori sanitari
- interventi di operatori del servizio sociale
- cadenza degli accessi del medico di MG
- sistemi di verifica

Criteria per la valutazione della qualità del servizio:

Lo sviluppo della qualità dell'Assistenza Domiciliare Integrata richiede la definizione degli obiettivi di qualità e delle modalità per il loro raggiungimento.

Per la definizione delle modalità di raggiungimento degli obiettivi è opportuno operare secondo i principi di qualità identificabili con i principi di assistenza primaria:

- **appropriatezza di livello**, cioè rispondenza del regime assistenziale ai bisogni specifici dei pazienti;
- **equità**: possibilità di erogare assistenza a tutti coloro e soltanto a coloro che ne hanno bisogno;
- **accessibilità / fruibilità** : facilità per tutti i pazienti che ne hanno bisogno di utilizzare il servizio;
- **tempestività**: rapidità con cui il servizio risponde ai bisogni dei pazienti;
- **adeguatezza e competenza delle risorse umane**: rispondenza degli operatori ai bisogni dei pazienti sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo (professionalità e formazione);
- **adeguatezza delle risorse materiali**:rispondenza dei supporti e delle forniture ai bisogni dei pazienti;
- **appropriatezza dei programmi**: rispondenza dei piani assistenziali ai bisogni specifici dei singoli pazienti in termini di: tipologia di procedure,forniture erogate,operatori attivati e numero degli accessi;
- **sicurezza e rispetto di tutte le possibili misure**: al fine di prevenire eventuali danni ai pazienti ed agli operatori;
- **integrazione**: unificazione di risorse umane e materiali appartenenti a soggetti giuridici autonomi attraverso specifici protocolli istituzionali;
- **coordinamento**: collegamento tra procedure assistenziali erogate da servizi diversi (esempio Distretto – Ospedale - Comune) attraverso un sistema organizzativo predefinito di continuità assistenziale;
- **comunicazione**: diffusione delle informazioni relative al paziente, nell'ambito dell'equipe assistenziale sia verso i servizi sia verso la famiglia, sempre nel rispetto della normativa che tutela la diffusione dei dati personali;
- **partecipazione**: collaborazione del paziente e della famiglia al programma assistenziale;

- **accettabilità**: rispondenza della assistenza ai valori etici ed umani;
- **efficacia**: ottenimento di effetti positivi sulla salute e sulla qualità della vita;
- **efficienza**: capacità di raggiungere gli obiettivi proposti con ottimizzazione delle risorse umane e materiali.

Correlazione tra obiettivi di qualità dell'ADI e principi di qualità

Obiettivi di qualità dell'ADI: (cosa fare)	Principi di qualità: (cui ispirarsi)
<p>Obiettivo 1. Rispondere ai bisogni di pazienti non autosufficienti, per i quali sia dimostrabile un supporto familiare adeguato, mediante prestazioni sanitarie e socio-assistenziali in regime domiciliare, ricercando la partecipazione attiva della famiglia e del volontariato.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Equità 2. Accessibilità 3. Appropriatezza di livello 4. Appropriatezza di programma 5. Integrazione 6. Coordinamento 7. Partecipazione
<p>Obiettivo 2. Assicurare il livello organizzativo necessario per rispondere in regime domiciliare ai bisogni di pazienti non autosufficienti.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Integrazione 2. Coordinamento 3. Comunicazione
<p>Obiettivo 3. Assicurare il livello tecnico-operativo necessario per rispondere ai bisogni legati alla non autosufficienza attraverso interventi in regime domiciliare.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adeguatezza e competenza delle risorse umane; 2. Adeguatezza delle risorse materiali 3. Tempestività 4. Appropriatezza di programma 5. Affidabilità 6. Sicurezza 7. Integrazione 8. Coordinamento 9. Comunicazione
<p>Obiettivo 4. Tutelare i diritti degli utenti e ricercarne la partecipazione.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicazione 2. Adesione e partecipazione
<p>Obiettivo 5. Erogare assistenza efficace in termini di salute, qualità della vita, soddisfazione dei pazienti.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicazione 2. Accettabilità

Obiettivo 6.

Erogare **assistenza efficiente** attraverso l'ottimizzazione delle risorse umane, materiali e temporali.

1. Integrazione
2. Coordinamento
3. Comunicazione
4. Partecipazione
5. Adeguatezza e competenza delle risorse umane
6. Adeguatezza delle risorse materiali

INDICATORI SPECIFICI DI ATTIVITA'

Semestralmente ogni Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari dovrà trasmettere al competente ufficio regionale un report dell'attività svolta sulla base dei seguenti indicatori:

- Numero annuo di richieste di assistenza in ADI (rilevazione semestrale)
- Numero annuo di soggetti trattati in ADI divisi per patologia (allegato H, DPR 270 del 28/07/00) e classi d'età (rilevazione semestrale):
0-14; 15-24; 25-34; 35-44; 45-54; 55-64; 65-74; >75
- Numero di nuovi trattamenti in ADI per trimestre
- Tempo di attesa tra segnalazione e presa in carico (rilevazione mensile)
- Tempo di attesa tra la predisposizione del PIT ed inizio effettivo delle prestazioni (rilevazione mensile)
- N° di personale paramedico addetto al settore (rilevazione semestrale)
- N° protocolli d'intesa sottoscritti con gli ospedali (rilevazione semestrale)
- N° di protocolli d'intesa sottoscritti con le case di riposo (rilevazione semestrale)
- N° di protocolli d'intesa sottoscritti con i Comuni (rilevazione semestrale)
- N° di operatori comunali coinvolti nelle attività (rilevazione semestrale)
- N° di associazioni di volontariato coinvolte (rilevazione semestrale)
- N° di convenzioni stipulate con il terzo settore (rilevazione semestrale)
- N° di prestazioni infermieristiche erogate (rilevazione mensile)
- N° di prestazioni riabilitative erogate (rilevazione mensile)
- N° di accessi dei medici di medicina generale (rilevazione mensile)
- N° di accessi specialistici suddivisi per branca (rilevazione mensile)
- N° di presidi e protesi erogati (rilevazione mensile)
- Costo medio annuo per paziente trattato in ADI
- Report annuo del centro di costo (contabilità analitica)

- N° ore effettuate in reperibilità dal personale infermieristico (rilevazione mensile)
- Numero medio annuo di giornate di assistenza erogate in ADI per paziente (rilevazione semestrale)
- Numero di gg/settimana e fascia oraria di attività ADI (rilevazione mensile)
- Numero di ricoveri per paziente assistito in ADI
- Numero complessivo annuo di giorni di ricovero per paziente assistito in ADI (rilevazione semestrale)
- Livello di gradimento da parte dei familiari dei servizi erogati (rilevazione semestrale su modello allegato)
- Numero di decessi a domicilio di pazienti in fase critica e/o terminali (rilevazione semestrale)

FLUSSO INFORMATIVO DI MONITORAGGIO

1. Schede per la stesura della relazione annuale sullo stato di attuazione dell'ADI.

a. Organizzazione generale

1a) L'organizzazione dell' ADI è:

- Centralizzata
- Distrettuale
- Altra (specificare)

2a) Sono state costituite le UVD?

- No
- Sì, una per tutta la ASL
- Sì, in ogni distretto
- Altro (specificare) _____

3a) Da quali figure professionali sono composte le UVD?

- Medico di medicina generale
- Medico di distretto
- Geriatra
- Infermiere professionale
- Assistente sociale
- Fisiatra
- Terapisti della riabilitazione
- Medici specialisti
- Psicologo
- Sociologo
- Altro

4a) L' U.V.D. utilizza una scheda di valutazione multidimensionale

- Modello regionale
- Modello regionale integrato o modificato
- Altra scheda
- Nessuna scheda

5a) La scheda è utilizzata:

- Per l'ammissione
- Per la valutazione periodica
- Solo per l'ADI
- Anche per l'inserimento in strutture residenziali
- Anche per l'ADP
- Altro _____

6a) Viene redatto e formalizzato un piano di trattamento

- Sì No

Se si specificare:

- Viene individuato un familiare referente
- Il piano viene sottoscritto anche dal familiare referente
- Viene individuato il case manager responsabile dell'applicazione del piano

7a) Esistono accordi tra Azienda USL e Comuni per l'ADI?

- Sì No

Se si specificare:

- con tutti i comuni dell'Azienda
- con il comune capofila
- da n. _____ comuni

8a) Esistono accordi tra Azienda USL e Case di riposo per l'ADI?

- Sì No

b. L'erogazione del servizio

1b) Le figure professionali che erogano prestazioni ADI nell'Azienda sono:

	N.medio ore/settimanali
<input type="checkbox"/> Medico di medicina generale / pediatra di libera scelta	
<input type="checkbox"/> Medico di distretto	_____
<input type="checkbox"/> Geriatra	_____
<input type="checkbox"/> Fisiatra	_____
<input type="checkbox"/> Specialisti ambulatoriali (indicare le discipline)	

<input type="checkbox"/> Specialisti ospedalieri (indicare le discipline)	

<input type="checkbox"/> Psicologi	
<input type="checkbox"/> Infermieri professionali	_____
<input type="checkbox"/> Infermieri generici	_____
<input type="checkbox"/> Operatori tecnici assistenza	_____
<input type="checkbox"/> Terapisti della riabilitazione	_____
<input type="checkbox"/> Assistenti sociali	
dell'Azienda <input type="checkbox"/>	
dei Comuni <input type="checkbox"/>	
di entrambi gli Enti <input type="checkbox"/>	_____

2b) E' utilizzato personale non dipendente (convenzioni, cooperative, contratti ecc.) per l'ADI? Si No

Di quali qualifiche?

3b) Esistono associazioni di volontariato per l'assistenza domiciliare? Si No

Per quali tipologie di assistenza?

4b) Il servizio è erogato con le seguenti modalità:

Organizzazione settimanale

Dal LUNEDI' al VENERDI'
Dal LUNEDI' al SABATO

Assistenza nei giorni festivi e prefestivi

interventi programmati
reperibilità
non prevista

Orario giornaliero

8 / 14
8 / 20
8 / 14 + interventi programmati
in fascia oraria pomeridiana
Altro (specificare) _____

5b) Le prestazioni dell'ADI vengono erogate

al domicilio del paziente
 presso strutture protette

6b) Esistono protocolli di integrazione o profili di assistenza concordati con gli specialisti ambulatoriali?

Si No

Per quali problemi?

7b) Esistono protocolli di integrazione o profili di assistenza concordati con gli specialisti ospedalieri?

Si No

Per quali problemi?

8b) Quali tra le seguenti prestazioni specialistiche sono attualmente eseguibili a domicilio

- Visita cardiologia + ECG
- Visita neurologica
- Visita fisiatrica
- Prestazione chirurgica
- Valutazione pneumologica per ossigenoterapia
- Terapia del dolore
- Nutrizione entrale e parenterale
- Controllo respirazione assistita
- Altro _____

9b) Esiste un prontuario che individua i farmaci o le classi di farmaci erogabili

- Sì No

10b) I farmaci vengono forniti ai pazienti ADI direttamente dall'Azienda

- Sì No

11b) Esistono percorsi di accesso preferenziali

- Per visite specialistiche domiciliari
- Per prestazioni erogabili solo in ambito ospedaliero
- Per attivazione di trasporto in ambulanza
- Per l'erogazione di protesi e ausili
- Per gli accertamenti di invalidità civile

12b) Entro quanto tempo dalla richiesta può essere attivata l'ADI in casi urgenti?

13b) Esistono tempi di attesa tra richiesta ed attivazione dell'ADI?

- Sì No

Il tempo medio di attesa è di _____ giorni

c. Sistema informativo e valutazione

1c) Sono stati predisposti per l'assistenza domiciliare

- Modulo di richiesta di inserimento per il MMG con indicazione delle prestazioni necessarie
- Scheda multidimensionale per l'UVD
- Piano di trattamento
- Diario o cartella clinica intergrati
- Modello per la registrazione di farmaci, materiale sanitario presidi e ausili
- Altro (specificare) _____

2c) La registrazione e l'elaborazione dei dati sono informatizzate

- Del tutto
- In parte
- No

Specificare le caratteristiche del sistema informatico _____

3c) Sono stati attivati sportelli di accesso per i cittadini

- unico per tutta l'Azienda
- in ciascun Distretto
- altro
- non è stato attivato alcun sportello

4c) E' stato predisposto materiale informativo per i cittadini sul servizio ADI?

- Si No

Specificare quale

5c) Nella carta dei servizi dell'Azienda sono previsti impegni e programmi specifici per l'ADI?

Si No

Specificare quali

6c) E' stato predisposto un sistema di rilevazione del livello di soddisfazione?

Degli utenti e dei familiari

Si No

Degli operatori

Si No

Specificare quali

7c) E' stato predisposto un sistema di valutazione Aziendale?

Dei costi dell'ADI

Si No

Della qualità dell'assistenza

Si No

Dell'appropriatezza

Si No

Specificare quali

2. Questionario sulla qualità percepita dell'assistenza infermieristica e riabilitativa in ADI

n.questionario|_|_|

01. In carico da _ _ _ giorni			01 _ _ _
02. Maschio 1 Femmina 2			02 _
03. Età _ _			03 _ _
04. A chi viene somministrato il questionario:	Assistito 1 Familiare 2		04 _
05. Dal momento della richiesta quanto tempo è trascorso prima che iniziasse l'assistenza domiciliare?	_ _ giorni		05 _ _
06. Gli interventi degli operatori Le hanno procurato benefici?	Si, del tutto 1 Parzialmente 2 No 3		06 _
07. Vengono rispettati gli orari previsti per gli interventi?	Si, sempre 1 Parzialmente 2 No 3		07 _
08. Come giudica la professionalità degli operatori?	Ottimo 1 Buono 2 Appena sufficiente 3 Del tutto insufficiente 4		08 _
09. Da quando è iniziata l'assistenza domiciliare quante visite ha ricevuto da parte del suo medico curante?	Si 1 No 2		09 _ _
10. Da quando è iniziata l'assistenza si è mai resa necessaria la consulenza di un medico specialista?	Dopo _ _ _ giorni		10 _
11. (Se SI) Dopo quanto tempo lo specialista ha risposto alla richiesta di intervento?	_ _ minuti*		11 _ _
12. In genere quanto tempo dura un intervento infermieristico? *Utilizzare "00" se non è previsto	_ _ minuti*		12 _ _
13. E quello riabilitativo? *Utilizzare "00" se non è previsto	_ _ minuti*		13 _ _
14. Gli operatori osservano le norme igieniche nell'espletamento della terapia? (Guanti monouso, lavarsi le mani prima e dopo)	Si, sempre 1 Quasi sempre 2 Mai 3		14 _
15. Ha mai sborsato mance per ottenere un servizio migliore?	Si 1 No 2		15 _
16. Interviene sempre lo stesso operatore per la terapia infermieristica?	Si 1 No 2		16 _
17. (Se NO) Con quale frequenza si alterna con altri?	Molto spesso 1 Qualche volta 2 Raramente 3		17 _
18. Interviene sempre lo stesso operatore per la terapia riabilitativa?	Si 1 No 2		18 _
19. (Se NO) Con quale frequenza si alterna con altri?	Molto spesso 1 Qualche volta 2 Raramente 3		19 _
20. Quale è il Suo grado di soddisfazione relativamente alla cortesia degli operatori?	Molto 1 Abbastanza 2 Poco 3 Del tutto insoddisfatto 4		20 _
21. In che misura si ritiene soddisfatto del servizio nel suo complesso?	Molto 1 Abbastanza 2 Poco 3 Del tutto insoddisfatto 4		21 _
22. Per gli adempimenti amministrativi (Avvio pratiche invalidità, avvio ass. domestica)	Molto 1 Abbastanza 2 Poco 3 Del tutto insoddisfatto 4		22 _
Per la fornitura di ausili protesici (Pannoloni, sedie a rotelle, letti articolati)	Molto 1 Abbastanza 2 Poco 3 Del tutto insoddisfatto 4		
23. *Utilizzare "0" se non è previsto o richiesto alcun aiuto			
Vuole fornire dei suggerimenti per il miglioramento del servizio?			
24. _____			24 _ _

FORMAZIONE

Il nuovo ordinamento nazionale ha introdotto per la formazione del personale sanitario specifici percorsi formativi.

In questo quadro di riferimento sono da considerare alcuni aspetti che caratterizzano la nostra realtà e che condizionano lo sviluppo dei servizi socio-sanitari:

- le dinamiche demografiche con rilevante incremento dell'età media di vita della popolazione;
- la crescente domanda di salute con settorializzazione dei bisogni e delle esigenze di cura e riabilitazione;
- i processi di riorganizzazione del sistema sanitario (Aziende, dipartimenti, distretti, accreditamenti di strutture e professionisti, DRG, sistema di budget, contabilità economica, nuovi rapporti lavorativo/professionali). Lo sviluppo e l'integrazione dei servizi territoriali e domiciliari (day-hospital - day-surgery - ospedali di comunità - RSA/residenze sanitarie assistenziali - ADI/assistenza domiciliare integrata);
- la richiesta di specializzazioni infermieristiche, riabilitative e mediche e lo sviluppo delle libere professioni nelle attività di assistenza, cura e riabilitazione;

Sulla base di tali elementi ed in coerenza con le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998/2000, approvato con D.P.R. di data 23 luglio 1998, il sistema della formazione dovrà ispirarsi ai seguenti **punti qualificanti**:

- a. **assicurare livelli di formazione corrispondenti ai fabbisogni di personale qualificato**, garantendo così le necessarie risorse professionali per la funzionalità dei servizi, l'efficacia degli interventi e la soddisfazione dei cittadini;
- b. **valorizzare le competenze e le disponibilità professionali** ed umane attraverso adeguati interventi formativi, nonché tramite l'aggiornamento e la sperimentazione di ordinamenti didattici ed organizzativi innovativi;

- c. **prevedere attività di informazione** sulle professioni sanitarie in area scolastico – giovanile sia indiretta, tramite la sensibilizzazione a problematiche sanitarie (educazione sanitaria), sia diretta, attraverso la illustrazione delle opportunità formative in campo sanitario e la promozione di scelte formative in relazione alle attitudini possedute con riguardo al fabbisogno evidenziato per le diverse figure professionali (orientamento professionale).

Le strategie formative

Formazione continua

Le strategie formative devono saper interpretare gli obiettivi dell'assistenza domiciliare e i suoi risultati attesi, facendone motivo di investimento culturale e metodologico, così da qualificare con riferimenti teorici, criteri per operare e strumenti tecnico-professionali quanti operano in quest'area. Tali strategie muovono dalla conoscenza degli obiettivi di salute e delle condizioni per conseguirli, promuovendo valutazioni di appropriatezza e di efficacia. Esse richiedono l'approfondimento dei percorsi organizzativi e professionali necessari per garantire unitarietà di accesso, valutazione multidisciplinare, globalità di intervento, verifica sistematica degli esiti. Tutto questo può essere conseguito promuovendo l'integrazione delle responsabilità, l'utilizzo della metodologia di lavoro per progetti personalizzati e tenendo conto di quanto suggerisce il Piano sanitario nazionale 1998-2000: "Quando i cambiamenti e i risultati attesi della formazione riguardano problemi complessi, aree organiche di servizio, essa deve rivolgersi congiuntamente a tutti i destinatari interessati. Le soluzioni operative possono essere di diversa natura: gruppi interprofessionali, gruppi di servizio, gruppi interaziendali, operatori provenienti da diverse istituzioni". Si tratta cioè di spostare l'asse di gravità degli interventi formativi dagli interessi settoriali degli operatori ai bisogni delle persone assistite a domicilio e alle condizioni per affrontarli in modo efficace. Chiavi di lettura unitarie per analizzare i bisogni di formazione e progettare gli interventi sono i requisiti fondamentali dell'assistenza domiciliare quali la valutazione globale dei bisogni, l'approccio multidisciplinare, l'integrazione sociosanitaria, la continuità assistenziale, la valutazione di efficacia. Questi aspetti sono parte qualificante dei contenuti disciplinari e metodologici della formazione, intesa come approccio trasversale che non si interessa di un singolo organo o apparato, come è proprio delle discipline specialistiche, ma che prende in considerazione l'anziano nella sua unitarietà fisica, affettiva e relazionale. Anche la medicina generale è chiamata a

dare un proprio contributo specifico, qualificando l'assistenza primaria nell'ambito della comunità, con la finalità di erogare un servizio orientato al paziente nella sua interezza, a carattere continuativo, con un approccio globale e personalizzato, promuovendo l'efficace coordinamento delle responsabilità e delle risorse professionali nel distretto.

Programmi formativi

In particolare i programmi di formazione devono tener conto degli obiettivi del PSN 1998-2000, del D.Lgs n. 229/99 tenendo presenti i seguenti criteri generali:· le funzioni dell'assistenza domiciliare nella rete dei servizi distrettuali;· le funzioni dei medici di medicina generale e degli altri operatori sanitari sociali nella modalità di erogazione di servizi integrati;· il coinvolgimento e la formazione delle famiglie con pazienti affetti da patologia cronica invalidante;· il sostegno nella difficile relazione con il paziente non autosufficiente o a rischio di perdita dell'autonomia;· le modalità di comunicazione e di documentazione necessarie a un sistema informativo capace di integrare linguaggi, metodi e culture dei professionisti e dei volontari. Più in specifico la scelta del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 e del D.lgs n. 229/99 di qualificare l'assistenza domiciliare, intermedia e residenziale nel distretto, quale luogo privilegiato per governare la rete dei servizi sociosanitari, comporta una revisione complessiva delle competenze professionali sia sul piano generale che specifico.

Competenze generali

Le competenze generali sono rappresentate dalle conoscenze inerenti il contesto di vita degli utenti assistibili a domicilio e l'organizzazione dei servizi quali:

- la conoscenza del territorio;
- la conoscenza dei servizi disponibili e delle risorse assistenziali per gli anziani.
- L'analisi dei bisogni per età: ultrasessantacinquenni e ultraottantenni;
- La gestione delle risorse assegnate in termini progettuali ;
- Lo sviluppo del lavoro multiprofessionale e dell'assistenza domiciliare;
- Le funzioni di coordinamento e di integrazione tra risorse interne ed esterne

Competenze specifiche

Le competenze specifiche sono rappresentate dalle conoscenze metodologiche e professionali proprie delle professionalità coinvolte nell'assistenza all'anziano quali:

- L'identificazione dei problemi e delle priorità e costruzione del piano individuale di

assistenza ;

- La capacità di comprensione e di approccio relazionale nei riguardi della persona anziana e della sua famiglia, delle possibili implicazioni psicologiche e sociali legate allo stato di malattia, al dolore, all'invalidità, al ricovero, alla morte;
- La capacità di gestione delle più frequenti sindromi psicogeriatriche quali ansia, depressione, disadattamento, demenza ;
- La consapevolezza dei problemi legati all'uso e abuso dei farmaci, alle interazioni farmacologiche, agli effetti collaterali, alla aderenza alla terapia;
- La motivazione al lavoro di gruppo interdisciplinare e interprofessionale e la conoscenza delle linee guida per realizzarlo in modo efficace.

Occorre quindi:

- Promuovere attività di ricerca conoscitiva
- Implementare Banche Dati sull'ospedalizzazione dell'anziano e sui processi di assistenza distrettuale, sui principali servizi esistenti nel territorio, anche mediante l'adozione di uno strumento di valutazione multidimensionale condiviso a livello regionale
- Promuovere e monitorare sperimentazioni finalizzate alla produzione di linee guida a contenuto misto, clinico e organizzativo, utilizzabili sia da chi eroga l'assistenza, sia per accreditare i servizi, sia per procedere a forme di valutazione partecipata della qualità.

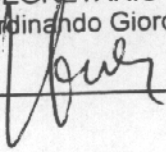
A tal fine la Regione Basilicata propone alle Aziende Sanitarie l'utilizzazione del VAOR-ADI quale strumento di valutazione multidimensionale; dovranno essere organizzati specifici corsi formativi che tengano conto delle indicazioni qui riportate rivolti tanto al personale dipendente delle ASL quanto agli altri operatori coinvolti nel sistema di cure domiciliari (operatori comunali, volontariato, terzo settore, medici di MG ...).

INDICE:

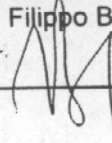
Premessa	pag. 1
ADP	pag. 3
Schema organizzativo-funzionale dell'ADP	pag. 5
ADI	pag. 6
Criteri di eleggibilità	pag. 9
<u>Modello organizzativo dell'assistenza domiciliare:</u>	
- Coordinamento Cure domiciliari	pag. 10
- Piano delle attività	pag. 12
- Case manager	pag. 12
- P.I.T.	pag. 12
- M.M.G.	pag. 13
- Scheda di segnalazione	pag. 14
- Cartella clinica domiciliare	pag. 17
- Schema organizzativo-funzionale dell'ADI	pag. 25
<u>Criteri di valutazione della qualità dell'ADI:</u>	
- Principi di qualità	pag. 26
- Correlazione obiettivi di qualità – principi di qualità	pag. 28
- Indicatori specifici di attività	pag. 30
<u>Flusso informativo di monitoraggio:</u>	
- Schede per la realizzazione della relazione annuale	pag. 32
- Questionario sulla qualità percepita	pag. 39
Formazione	pag. 40

Del che si è redatto il presente verbale che letto e confermato, viene sottoscritto come segue:

IL SEGRETARIO
(Dott. Ferdinando Giordano)



IL PRESIDENTE
(Arch. Filippo Bubbico)



Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa al Dipartimento in data 6-8-01

L'impiegato addetto

F. Luongo
