ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Carbonia

Direzione Area Socio Sanitaria Locale

Prot. NP/2017/ 28804

Carbonia, 29/03/2017

DIREZIONE GENERALE
30 MAR. 2017
RICEVUTO

Al Direttore Generale
ATS Sardegna
Dott. Fulvio Moirano

SASSARI

e-mail: direzione.generale@aslsassari.it
nlicheri@aslsassari.it

Oggetto: Rif. nota RAS prot. 6583 del 07/03/2017 "Trasmissione DGR n° 10/22 del 21/02/2017 - Ripartizione delle risorse del Fondo per lo sviluppo e la coesione (FSC) 2007/2013 per l'attuazione dell'intervento "Realizzazione di progetti che prevedano interventi a domicilio da parte di figure mediche specialistiche con esperienza nella gestione di casi complessi"

Facendo riferimento alla nota RAS descritta in oggetto, si trasmette, in allegato alla presente, il progetto di continuità assistenziale di implementazione delle cure domiciliari negli interventi ad alta intensità assistenziale, per l'anno 2017.

Si rimane a disposizione per ogni ulteriore informazione o chiarimento in merito e si porgono distinti saluti.

Il Direttore ASSL Carbonia
Dr.ssa Maria Maddalena Giua

Direzione Generale
Via Dalmazia n° 83 – 09013 Carbonia
Tel. 0781 6683278 – 6683236
Fax 0781 6683200
e-mail : dir.generale@aslcarbonia.it
pec: direzione.generale@pec.aslcarbonia.it

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Sistema Sanitario Regionale

Assl Carbonia

Progetto di continuità assistenziale: implementazione delle cure domiciliari negli interventi ad alta intensità assistenziale

2017

(riferimento Delibera GR 10/22 del 21/02/2016 interventi a domicilio di figure mediche specialistiche con esperienza nella gestione dei casi complessi)

Premessa

Nell'Azienda ASL 7 Carbonia il Servizio di Cure Domiciliari Integrate (ADI) , eroga gli interventi destinati a pazienti che necessitano di assistenza complessa e di una certa rilevanza clinica, nell'ambito del 3° livello assistenziale in un area denominata "area critica dell' ADI".

L'assistenza in "area critica", ha permesso e permette la deospedalizzazione con il conseguente mantenimento a domicilio, in condizioni di sicurezza clinica, di pazienti che hanno bisogni assistenziali elevati e necessitano di interventi terapeutici attivi, o di mantenimento, in situazioni in cui non è più necessario il ricovero Ospedaliero e/o la malattia non risponde più a trattamenti specifici.

L'organizzazione dell'area critica ha, di fatto, permesso, la sostituzione completa del sistema dell'Ospedalizzazione Domiciliare, consentendo di portare a domicilio pazienti in condizioni "critiche" e con bisogni clinico - assistenziali complessi, in modo particolare in Ventilazione meccanica assistita (VAM) e in fase terminale soprattutto per malattie oncologiche che necessitano di cure palliative.

Tale attività, è resa possibile, grazie alla attivazione di diverse modalità assistenziali cosi configurate :

- Collaborazione tra le Unità Operative Distrettuali dell' ADI e un team medico infermieristico, prevalentemente, afferente alle unità operative di Anestesia e Rianimazione degli Ospedali di Carbonia e Iglesias, operante secondo un Progetto sperimentale , al di fuori del normale orario di servizio, che hanno consentito la continuità assistenziale e delle cure, nel passaggio tra l'ospedale e il domicilio del paziente, ed il mantenimento delle condizioni cliniche per la permanenza dei pazienti nella propria abitazione in condizioni di sicurezza , **Delibera 747/c del 23/05/2016** "progetto sperimentale di assistenza domiciliare III livello per pazienti di Area Critica ";
- Istituzione dell'UO semplice a valenza dipartimentale di terapia del dolore , cure palliative ed hospice , **Delibera 1524/c del 16/10/2015;**
- Progetto attività specialistica domiciliare di cui alla Delibera **10218/c del 16/12/2016**;

Sono state inoltre deliberate alcuni PDTI per la definizione sia delle "procedure di presa in carico del paziente ad alta intensità assistenziale da inserire nelle cure domiciliari integrate di area critica (delibera 740/c del 16/05/2016)" sia per " la presa in carico palliativa e l'assistenza del paziente oncologico ad integrazione con le UO ADI "delibera 10327/c del 29/12/2016.

.

Con questo " progetto " si vogliono consolidare ed integrare gli interventi da destinare alla gestione dei casi complessi inseriti in area critica dell'ADI , garantendo la prosecuzione delle progettazioni attualmente in corso .

Il Progetto ha inoltre come obiettivo il raggiungimento delle disposizioni emanate dalla Regione Sardegna con la Del. 10/22 del 21/02/2017 denominata "Linee di indirizzo e ripartizione del fondo per lo sviluppo e la coesione (FSC) 2007-2013 ... per l'attuazione dell'intervento denominato " realizzazione di progetti che prevedano interventi a domicilio da parte di figure mediche specialistiche con esperienza nella gestione di casi complessi " e del rispetto degli obiettivi del Programma Regionale nel quadro Strategico Nazionale (QSN) 2007/2013 che mirano all'implementazione delle Cure Domiciliari Integrate misurate con il raggiungimento degli obiettivi di target della popolazione assistita (almeno il 3,5 % degli over 65) e della spesa aziendale mirata alle Cure Domiciliari (ADI) di almeno lo 0,6 % rispetto al Bilancio Aziendale complessivo.

OBIETTIVI GENERALI

L'Obiettivo generale del progetto è quello di rafforzare gli interventi nell'assistenza di pazienti inseriti nel 3° livello dell'area dell'ADI, al fine di garantire la continuità assistenziale e favorire il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i MALATI e per loro FAMIGLIE.

Storicamente la nostra ASSL ha dedicato numerosi sforzi organizzativi e risorse professionali ed economiche allo sviluppo delle Cure Domiciliari per i pazienti ad altà intensità assistenziale. Assistere i malati affetti da patologie trattabili a domicilio, mantenendoli il più possibile a casa, favorendo il recupero delle capacità residue, supportando i loro familiari anche attraverso i presidi e gli ausili utili a rendere meno gravoso il carico dell'assistenza, ha rappresentato uno degli obiettivi prioritari per garantire risposte appropriate alla complessità dei bisogni di salute emergenti.

E' interesse dell'Azienda rafforzare tale percorso, mantenendo gli attuali assetti organizzativi nel campo dell'assistenza domiciliare, in modo particolare l'ADI e destinando risorse al settore più fragile che è quello dei "pazienti critici" e con elevati bisogni assistenziali.

Obiettivi Specifici del progetto sono:

- Mantenere in sicurezza l'assistenza ai pazienti ad alto livello assistenziale garantendo a domicilio gli interventi medici specialistici;
- Garantire ai pazienti la continuità assistenziale nella propria casa e/o nelle strutture di residenza e assicurare la miglior qualità di vita possibile;
- Garantire la continuità terapeutica e assistenziale fra ospedale e territorio, operando in rapporto tra l'ospedale, i Servizi di Cure Domiciliari dei due Distretti e l'UO cure palliative;
- Rispondere ai bisogni degli assistiti e dei loro familiari , in relazione alle risorse socio- sanitarie disponibili;
- Facilitare l'accesso alle erogazioni dei presidi e degli ausili, necessari agli interventi complessi;.
- Monitorare i processi assistenziali e valutarne i risultati .

Profilo degli Interventi

Destinatari degli interventi

- Assistiti con Patologie e pluripatologie gravi, prevalentemente neurologiche - muscolari, che necessitano di interventi continui e di apparecchiature ad alto contenuto tecnologico e soprattutto di Ventilazione meccanica assistita (Pazienti con SLA, Sclerosi multiple in fase avanzata; Duchenne grave, altre) ;
- Pazienti provenienti da Dimissione Protetta e/o precedenti Ospedalizzazioni Domiciliari;
- Assistiti con patologie che richiedono per la sopravvivenza la nutrizione artificiale;
- Assistiti con patologie oncologiche in fase avanzata che necessitano di cure palliative di supporto.

Tipologia di intervento:

Il Piano Assistenziale Individuale (PAI) dei pazienti inseriti nell'Area Critica dell'ADI, integra gli interventi di "base " (medicazioni, infusioni endovenose ecc.), con le seguenti attività:

- Gestione delle apparecchiature complesse e dei sistemi necessari a mantenere la sicurezza del paziente nel proprio domicilio (Gestione VMA, tracheotomia, NPT, CVC, pompe elastomeriche, altre);
- Coordinamento degli operatori e degli interventi mediante personale Medico/Infermieristico con esperienza e/o formazione specifica in aree di intervento critico;
- Presa in carico globale con l'erogazione di tutti i materiali e i presidi necessari all'assistenza;

Tabella 1: Descrive il quadro degli interventi ;

Attività	Modalità di erogazione
Diagnosi	- Patologie Neuro Respiratorie in situazione critica e/o di VMA (ventilazione meccanica assistita) - Stati Vegetativi e di coma irreversibile - Patologie Neoplastiche gravi
Tipologia di assistenza	- Dal Lunedì alla Domenica : prevalentemente diurna - Interventi specifici di area critica - Consulenze medico specialistiche / emotrasfusione
Accessi medici (Valore Medio-variabili su base mensile)	N° Accessi medi previsti (su base annuale): 4 /mese Si intende che Il numero di accessi, a giudizio dello specialista, in collaborazione con l'U.O. ADI di riferimento, saranno in relazione alle condizioni cliniche mutevoli, tali da garantire le condizioni di stabilità e di permanenza al domicilio dei rispettivi pazienti.
Consulenze Medico Specialistiche	- Oncologo - Anestesista - Fisiatra - Neurologo - Internista - Chirurgo - Nefrologo - Pneumologo - Trasfusionale - Ematologo
Accessi infermieristici (valore medio)	**Fase di Stabilizzazione:** n. due accessi o più al dì per paziente **Fase di mantenimento :** n. uno/due accessi al dì per paziente
Altri accessi previsti nel PAI	Tutti gli interventi previsti nell'ADI (al di fuori da prestazioni progettuali, esami di laboratorio, interventi di altri operatori compreso psicologo, fisioterapista, ecc.)

Presa in carico :

Nell'ottica di interventi di presa in "carico globale", ed in accordo con le recenti Direttive Regionali in materia, la tipologia degli interventi effettuati sarà rivolta complessivamente alla persona e ai suoi bisogni, in conformità alla necessità di consentire il mantenimento a domicilio e il supporto adeguato alla famiglia.

Poiché tali cure si rivolgono a persone che presentano bisogni con un elevato livello di complessità e con criticità specifiche legate alla instabilità clinica e/o alla presenza di sintomi di difficile controllo, in questo tipo di assistenza sono fondamentali gli apporti di professionalità degli operatori medico infermieristici, abbiano maturato nell'ambito delle unità operative ad alta intensità di cura(Anest-Rianimazione- Cardiologia /utic- Stroke unit- Oncologia- Emergenza-urgenza), o previa e adeguata formazione specifica, una notevole competenza nell'assistenza intensiva. La collaborazione Ospedale/Territorio è essenziale in questo tipo di assistenza e permette, anche nel rispetto della recente Direttiva Regionale in materia, di ridefinire la tipologia della Ospedalizzazione Domiciliare, che è stata completamente assorbita nel 3° livello assistenziale dell'ADI.

Tabella 2 : Prestazioni Erogate

Tipologia di intervento	*Prestazioni*
Dimissione protetta : Soggetti ospedalizzati, senza vincoli di età,affetti da patologie che superata la fase clinica critica necessitano ancora di particolari prestazioni sanitarie, socio - assistenziali e riabilitative effettuabili al domicilio del paziente stesso.	• Prestazioni complesse Medico / Infermieristiche (Vedi Tabella 1 e Direttive Regionali allegate) ; • Consulenza Medico Specialistica • Prestazioni semplici : Infermieristiche , riabilitative , assistenziali (vedi tabella 1)

Persona in fase terminale di vita : Soggetti affetti da patologie neoplastiche o di altra natura con prognosi a termine che necessitano di interventi di particolare complessità per il mantenimento a domicilio.	• Prestazioni complesse Medico / Infermieristiche (Vedi Tabella 1 e Direttive Regionali allegate) ; • Consulenza Medico Specialistica • Prestazioni semplici : Infermieristiche , riabilitative , assistenziali (vedi tabella 1)
Persone con altre patologie che necessitino di interventi complessi : Soggetti affetti da patologie neuro - muscolari, respiratorie. Altre che necessitano di interventi di particolare complessità per il mantenimento a domicilio (ventilazione meccanica assistita, nutrizione artificiale, altro), **e/o** *i strutture tipo residenziali (RSA o altre) convenzionate, situate nel territorio aziendale ;*	• Prestazioni complesse Medico / Infermieristiche (Vedi Tabella 1 e Direttive Regionali allegate) ; • Consulenza Medico Specialistica • Prestazioni semplici : Infermieristiche , riabilitative , assistenziali (vedi tabella 1)

Percorso Assistenziale e Organizzazione

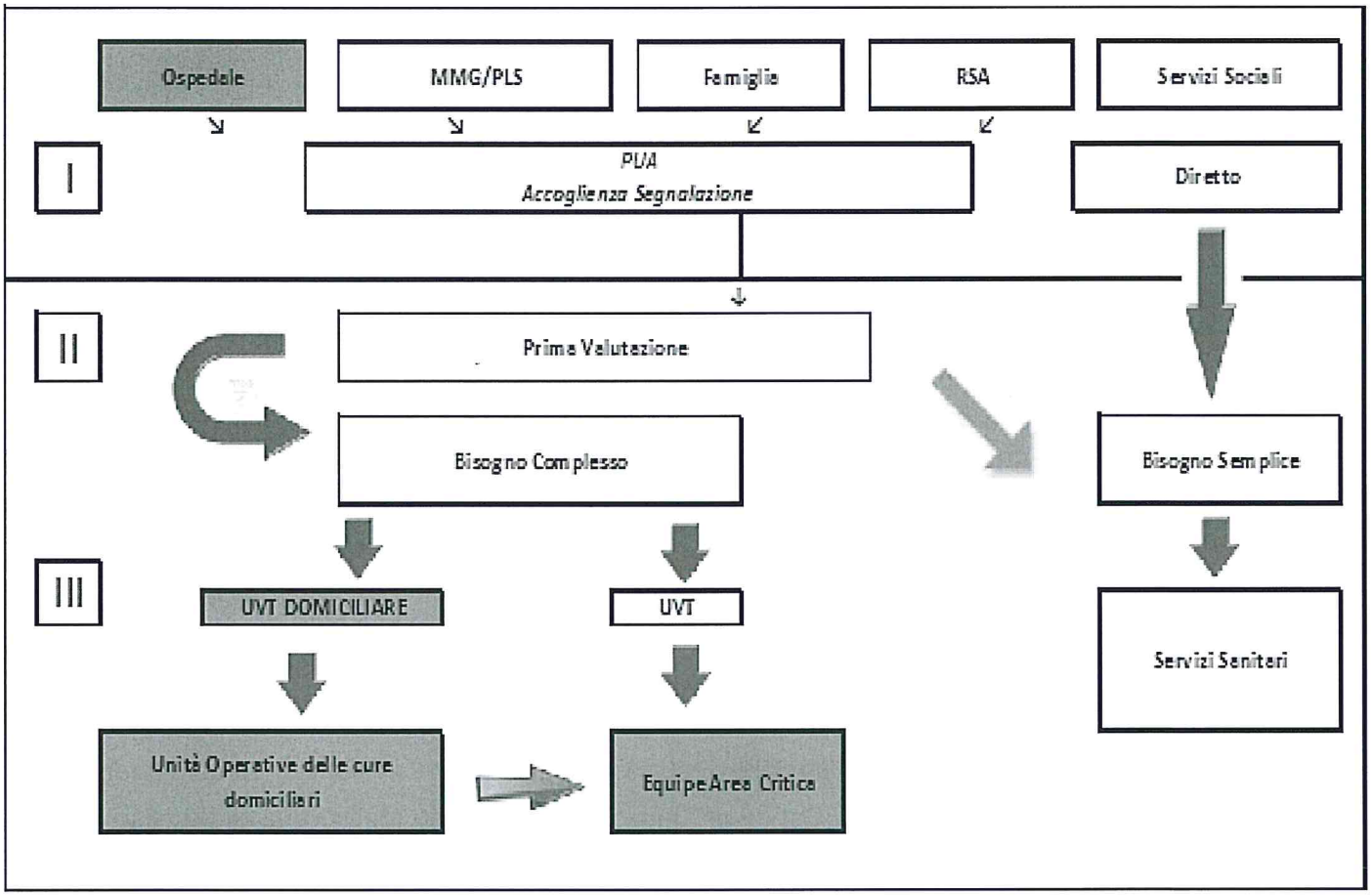
Le fasi del percorso assistenziale e la corrispondente struttura organizzativa, sono sovrapponibili a quelle degli interventi in ADI, nell'esposizione vengono messe in evidenza soltanto le peculiarità e i tempi previsti in questa tipologia di intervento:

Segnalazione: La segnalazione puo essere fatta al PUA di riferimento e/o direttamente all'Unità Operativa ADI Distrettuale, che attivano la rispettiva UVT di riferimento che è responsabile del procedimento di presa in carico.

Al momento dell'attivazione del PUA e dell' UVT domiciliare, il procedimento seguirà quello

previsto nello schema sottostante :

Figura 1 *: Descrive il percorso delle cure domiciliari di area critica ;*



6. ***Referente*** *infermieristico UU.OO Rianimazione PP.OO. ASSL (1 per Distretto) ;*
7. *Medico e coordinatore UO Cure Palliative*

Tale Equipe definisce il **PAI (piano assistenziale individuale)**, necessario per garantire alla persona la domiciliazione.

Nel caso si attivi un **Piano Integrato Sociosanitario** verrà inserita anche l'assistente sociale del Distretto e del Comune di appartenenza del paziente al fine di attivare contemporaneamente tutti gli strumenti di tipo economico e assistenziale disponibili per ogni singolo caso specifico.

Verranno inoltre attivate le segnalazione all'Ufficio di Programmazione e Gestione del PLUS.

La presa in carico è uno dei momenti più delicati del sistema, giacché vi è la stretta collaborazione tra il personale afferente a varie strutture ed UU OO , che operano all'interno di Servizi o in riferimento ad attività Progettuali in fuori orario di Servizio autorizzato .
In ogni caso lo specialista referente d'area critica, sia in riferimento all'area della ventilazione che delle cure palliative , prende in carico la prescrizione, la verifica ed il controllo di tutti i dispositivi medici, ad alta tecnologia necessari al mantenimento delle funzioni vitali (ventilatore meccanico-aspiratore-assistente alla tosse-puntatore oculare etc.) o alla somministrazione di terapie (pompe elastomeriche, nutrizionale , etc) scegliendo l'interfaccia più adatta(maschera facciale- cannula tracheostomica etc.); nei casi di nutrizione artificiale, esegue la stima dei fabbisogni calorici e individua la tipologia dei nutrienti e la via di somministrazione, indicando il sistema da impiantare (SNG-PEG-PEJ- CVC-PICC etc.); in caso di terapia antalgica, formula il profilo farmacologico adottato e propone la via di somministrazione adottando l'opportuno device a seconda delle condizioni cliniche del pz. Partecipa con il responsabile della farmacia territoriale alla stesura dei capitolati, per la scelta dei presidi, dei prodotti e di alcuni elementi inerenti il materiale di consumo. Previo consenso informato, esegue sul paziente gli interventi necessari per impiantare i device necessari.

Attivazione del PAI :

I tempi di attivazione sono quelli previsti dalle direttive attuali in ordine all'assistenza domiciliare.
Tenendo conto che nel trasferimento Ospedale/Domicilio i tempi sono molto variabili da caso a caso e sono condizionati dalla complessità dell'intervento e delle attrezzature necessarie, nonché dalle condizioni abitative. Pertanto non si possono definire a priori i tempi di effettiva attivazione del PAI (vedi anche Delibere di riferimento, art .7.3 della delibera 740/c del 16/05/2016 e della fase 1 e 2 della Delibera 10327/c del 29/12/2016.) .

Definizione delle fasi di intervento:

Fase 1 : Il PAI di attivazione e/o stabilizzazione è quella fase in cui l'assistito viene portato a domicilio o in cui insorgono delle complicanze cliniche nel caso si fosse già ottenuta la stabilizzazione. In questa fase il PAI deve essere molto flessibile e il numero degli accessi degli operatori più frequenti al fine di consentire la stabilizzazione delle condizioni di rientro a domicilio (vedi schema tabella 2 e figura 1).

Fase 2 : PAI di mantenimento. E' quella fase in cui le condizioni clinico - assistenziali dell'assistito sono stabili. Gli accessi e le modalità di intervento sono definite nel loro valore medio nella tab. 1/2, ma il criterio principale è quello di rispettare la situazione ed i bisogni di ogni singola persona assistita, cercando di individualizzare i singoli piani assistenziali , rispetto ai bisogni del singolo assistito.

Contratto con la famiglia:

E' importante il coinvolgimento della famiglia dell'assistito, che va informata e coinvolta nelle varie fasi dell'intervento, attraverso percorsi mirati di formazione , per garantire, in collaborazione con gli specialisti ospedalieri e gli infermieri, che non solo i familiari ma anche eventuali persone coinvolte (badanti e simili) possano prendere parte, in sicurezza, ai processi assistenziali che si svolgono a domicilio.

A questo riguardo è fondamentale che si studino dei percorsi facilitati per i pazienti al fine di rendere più semplice l'effettuazione degli esami o di altri interventi diagnostici (prelievi , esami radiologici, visite ambulatoriali), che dovessero rendersi necessari. A tal proposito è opportuno che si stabiliscano dei collegamenti, anche informatici, con le rispettive rianimazioni dei presidi ospedalieri di Iglesias e Carbonia, che venga costruita una cartella di una unità operativa virtuale ADI, ove i rispettivi specialisti, possano accedere per imputare al sistema qualsiasi esame ematoclinico o di altra natura erogabile dai nostri Servizi (laboratorio, radiologia etc).

Verifica del Piano Assistenziale:

La verifica ed il controllo degli interventi , saranno a carico dei Medici di ciascuna Unità Operativa del Distretto (UO ADI Distrettuale e UO CP) .

- Responsabile del coordinamento delle attività = Responsabile del Progetto;
- Responsabile organizzativo del PAI: Dirigente Medico dell'Unità Operativa dell'ADI (Cure Domiciliari) ;
- Responsabile del PAI nei pazienti inseriti in III livello Cure palliative (UO Cure Palliative);
- Responsabile clinico: MMG/PLS del paziente;

Specialista di riferimento ;

- Responsabile degli interventi specifici: a) Medico Specialista/Coordinatore Infermieristico di UU. OO. Di Rianimazione del Distretto di riferimento ;b) Medico Specialista / coordinatore infermieristico dell'UO CP.

Verifica e controllo delle attività nelle attività Progettuali ai fini della liquidazione delle competenze

Nel caso le attività vengano svolte in Progetto la remunerazione degli operatori viene effettuata previa verifica dei prospetti riassuntivi delle attività svolte da ciascun dipendente; tale verifica, svolta da personale amministrativo assegnato al servizio cure domiciliari, deve accertare che le attività si siano svolte nel rispetto di quanto stabilito nei PAI rispetto alle condizioni contrattuali (controllo malattia, controllo tetto orario svolto, controllo attività fuori servizio, verifica attività svolta a casa del paziente ecc.).

Procedure di controllo e modulistica

Sono state definite le procedure di verifica e controllo (sanitaria e amministrativa) e la nuova modulistica che si allegano al presente documento per farne parte integrante.

Operatori dell'assistenza in area critica

tipologia degli interventi da garantire agli assistiti

***Tabella 3** : Descrive la tipologia di intervento in area critica*

Denominazione	Tipologia
MEDICO	Specialisti in anestesia e rianimazione con curriculum di attività in aree di intervento critico. Specialista in trattamento del dolore con curriculum specifico in anestesia e rianimazione e /o oncologia clinica. Consulenze Medico Specialistiche (Oncologo, Neurologo, Fisiatra, Chirurgo, etc.) **N° Accessi medi previsti (su base annuale) :** 4 accessi al mese Il numero degli accessi si intende in media mensile ,ma saranno variabili in funzione del giudizio dello specialista, che in collaborazione con il Mmg e il Medico ADI , valuteranno in relazione alle condizioni cliniche dell'assistito. Gli accessi dovranno sempre garantire la stabilità e il mantenimento a domicilio dei rispettivi pazienti.

(personale interno Aziendale) **Infermieristico** (personale interno aziendale) **Esclusivamente per le attività previste nell'area critica.**	Infermieri-con curriculum di attività domiciliare specifica e / o in Unità Operative di intervento critico (anestesia e rianimazione, pronto soccorso, terapia intensiva, altre Unità ma con formazione specifica). Coordinatore : responsabile Unità Operativa ADI per ciascun Distretto. **N° Accessi Medi Previsti** Fino a 3 ore die (esclusi gli spostamenti) tutti i giorni della settimana nella fase di attivazione Fino a 1 - 2 ore / die (esclusi gli spostamenti) tutti i giorni della settimana nella fase di mantenimento . La situazione dei singoli casi presuppone un elevata flessibilità dei piani di assistenza, le attività dovranno essere svolte a garanzia della sicurezza per i pazienti e gli operatori coinvolti nel rispetto dei PAI

Gli interventi effettuati dagli operatori inseriti in questo progetto, riguardano esclusivamente quelle attività/prestazioni che nel PAI vengono definite di "area critica" ad alto livello assistenziale.

Tutte le altre prestazioni che riguardano: attività infermieristiche di tipo ordinario, interventi riabilitative rieducativi, interventi di operatori Socio Assistenziali (OSS), interventi di supporto alle attività assistenziali (programmazione e gestione, trasporto farmaci e presidi, trattamento rifiuti speciali, ecc.) devono essere svolte attraverso le normali procedure previste dall'Azienda nell'organizzazione degli interventi domiciliari.

Caratteristiche del Progetto di Implementazione

- Negli interventi sui pazienti inseriti nell'area critica del 3° livello assistenziale dell'ADI che necessitano di assistenza su apparecchiature complesse **(Ventilazione meccanica invasiva e**

non invasiva) ci si avvarrà, degli operatori Medico / Infermieristici dei Reparti di Anestesia e Rianimazione degli ospedali di Carbonia e Iglesias, luogo naturale ove questi operatori quotidianamente s'incontrano e dove possono scambiarsi informazioni sullo stato di salute dei pz seguiti, e di concerto con i medici di riferimento, elaborare eventuali strategie terapeutiche; talora sussistendo condizioni di particolare rilevanza clinica, potrànno avvalersi di una "Second Opinion" del Direttore della struttura complessa medesima).

- Negli interventi su pazienti inseriti in Cure palliative , gli operatori che effettuano gli interventi assistenziali sono quelli dell'UO Cure Palliative , eventualmente coaudiuvati dal personale medico specialistico per l'intervento in aree specifiche (chirurgia, fisiatria, emotrasfusione, neurologia);

- Altri interventi specialistici sono garantiti a domicilio con l'attivazione delle modalità previste nel progetto di riferimento , vedi Delibera **10218/c del 16/12/2016.**

Pazienti ADI 3° livello 2016	***DISTRETTO Iglesias***	***Distretto Carbonia***	***totale***
N paz. Neurologici	*17*	*18*	*35*
N paz. Respiratori	*2*	*8*	*10*
N paz. con neoplasie terminali	*55*	*117*	*172*
N. paz. altre patologie	*2*	*6*	*8*
N. paz. Trasfusi	*18*	*34*	*52*
N. pazienti	***94***	***183***	***277***
Di cui N. pazienti in VMA	***15***	***28***	*43*

Attività Totali ASSL CARBONIA - 2016	***Indicatore Regionale di risultato Progettazione 2017***

Pazienti totali = n° 277 (Si intende la somma degli assistiti in Area Critica con gli Assistiti in 3° livello con patologie terminali) ***Accessi specialistici = 2500*** (Si intende gli accessi dedicati al 3° livello assistenziale totali)	(N° pazienti over 65 potenzialmente beneficiari di cure dedicate.) ***2.392*** (N° accessi specialistici sugli over 65 potenzialmente beneficiari di cure dedicate.)

Il 25% dei pazienti presi in carico nel 2016 è assistito in ADI per patologie neoplastiche , ed il 13 per malattie neurologiche gravi (circa 277 pazienti assistiti) , la copertura degli interventi medici Specialistici, assicura l'intervento sia nell'area critica propriamente detta (Presa in carico), che negli interventi di tipo specialistico consulenziale.

Costi del Progetto

Responsabile Progetto
Coordinatore ASSL ADI : Dott. Aldo Atzori

Il costo del progetto per **1 anno di attività**

Tab a

Dirigenza Medica	
Dati	**Valori per un anno**
Accessi Medico Specialistici	**60 euro /h** di attività (omnicomprensivo)
Consulenze Medico Specialistiche	
Costo Totale	**€ 167.688,00**

Ad ogni operatore Medico specialista verrà corrisposto il corrispettivo di 60 euro /h come da rilevazione attività orario di servizio prestato (in Progetto) , nel caso di attività fuori orario di Servizio , richiesta dal PAI specifico di ogni singolo caso.

L'assistenza dei pazienti domiciliati nell'isola di Carloforte comporterà, il rimborso del biglietto di imbarco per l'isola .

Condizioni previste nella Progettazione

1. Avvio del progetto:

Il presente Progetto si intende in continuità con la progettazione in essere, e pertanto saranno autorizzati al proseguimento delle attività i Dirigenti Medici che già effettuavano l'assistenza come previsto nelle precedenti Deliberazioni e atti aziendali (vedi Delibera **10218/c del 16/12/2016)** , secondo le modalità dell'organizzazione esistente per le cure domiciliari e secondo le esigenze dei singoli casi cosi come definito dal coordinatore ADI, dal responsabile dell'UO Cure Palliative e dalle singole U.O. Distrettuali.

2.Inserimento di nuovo personale medico :

L'azienda si riserva di inserire nuovo personale medico , come previsto dal punto 4.1 dell'allegato n° 2 alla delibera GR . N° 10/22 del 21.02.2017. Il personale di nuovo inserimento potrà essere reclutato tra il personale Aziendale appartenente alle UO che svolgono attività in coerenza con le esigenze espresse dai Servizi di cure Domiciliari.

5. Risultati previsti ed indicatori

- L'organizzazione del progetto prevede che il coordinamento e l'organizzazione delle Cure Domiciliari

Integrate di terzo livello e le Cure Palliative e ai malati terminali sia in capo alle Unità operative

Cure Domiciliari Integrate presenti in ogni Area socio-sanitaria locale, sia per garantire una

referenza unica per il malato e i familiari, sia per assicurare una maggiore omogeneità nella gestione del paziente, in coerenza con quanto indicato nella Delib.G.R. n. 51/49 del 20.12.2007 e in attuazione delle indicazioni previste dal documento "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" approvato dalla commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA il 18.10.2006.

~~6.~~Modalità di verifica e controllo

- Le attività svolte sia nel caso in cui l'attività domiciliare venga svolta in attività progettuale fuori orario di servizio, che di attività svolte nell'erogazione di prestazioni in orario di Servizio devono essere previste nel PAI erogato per quel paziente e documentate dalla registrazione dell'intervento nel diario clinico presente nella cartella domiciliare dei pazienti, la modulistica domiciliare e quella riepilogativa devono corrispondere per i dati riportati (a garanzia dell'effettivo svolgimento delle attività riepilogate);

- Nel caso sia necessario ricorrere ad attività al di fuori del normale orario di servizio, deve essere rispettato il monte ore settimanale come previsto nelle norme vigenti in materia di lavoro (non si possono superare le 10 ore di attività oltre il normale orario di servizio settimanale e non si può superare il monte ore complessivo giornaliero), fatte salve le condizioni di emergenza che costituiscono pratiche salvavita dei pazienti medesimi ;

- L'attività non può essere svolta da operatori con limitazioni funzionali che impediscano le attività specifiche dell'ADI (eventualmente come prescritto dal medico competente aziendale) o che usufruiscano dei benefici della legge 104 (quando sia riconosciuta per deficit personali) o che abbiano superato i limiti al ricorso alla malattia come previsto nel CCNL vigente.;

I dipendenti che aderiscono alla progettazione devono eventualmente informare preventivamente (con anticipo di almeno 1 mese) , i propri coordinatori nel caso di sospensione volontaria dalle attività.

~~7.~~ *Durata del Progetto e controllo degli indicatori*

- La durata del progetto è prevista per un anno.
- La certificazione del raggiungimento degli indicatori di risultato indicati nell'allegato b della Delibera GR 10/22 del 21/02/2017 verrà monitorato direttamente dai funzionari della RAS attraverso il sistema informativo SISAR , sul quale la ASSL Carbonia si impegna all'inserimento dei dati degli accessi medici specialistici previsti dai singoli PAI al fine del raggiungimento degli obiettivi previsti.

Riferimenti Normativi e bibliografici consigliati:

- PLUS Distretto Carbonia
- PLUS Distretto di Iglesias
- Direttive Regionali per la riqualificazione delle cure domiciliari Dicembre 2006;
- Progetto Mattoni Assistenza Primaria e prestazioni Domiciliari. Flusso informativo Nazionale (24 Ottobre 2005);
- Quadro Strategico Nazionale (QSN) per le politiche Regionali nel settore delle Cure
- Domiciliari Integrate 2007/2013 e successive interpretazioni del Piano Strategico ;
- Comitato Ospedalizzazione Domiciliare. Caratterizzazione dei servizi di Cure Domiciliari;
- Commissione per lo studio delle problematiche concernenti la diagnosi, la cura e l'assistenza dei pazienti affetti da SLA. Rapporto di lavoro;
- Delibera Ras n. 10/43 del 11.2.2009 - Linee di indirizzo in materia di cure e assistenza alle persone con Sclerosi laterale Amiotrofica e/o in ventilazione assistita;
- Plus Distretto Carbonia triennio 2012 – 2014 ;
- Plus Distretto di Iglesias triennio 2012 – 2014 ;
- **Delibera Ras n. 49/11 del 09.12.2014** - Linee di indirizzo in materia di cure e assistenza alle persone con Sclerosi laterale Amiotrofica e/o in ventilazione assistita;
- **Delibera ASL 7 Carbonia n° 747/c del 23/05/2016** "progetto sperimentale di assistenza domiciliare III livello per pazienti di Area Critica ";
- **Delibera ASL 7 Carbonia 1524/c del 16/10/2015** Istituzione dell'UO semplice a valenza dipartimentale di terapia del dolore , cure palliative ed hospice ,;
- **Delibera ASL 7 Carbonia 10218/c del 16/12/2016** Progetto attività specialistica domiciliare;
- **Delibera ASL 7 Carbonia 740/c del 16/05/2016** procedure di presa in carico del paziente ad alta intensità assistenziale da inserire nelle cure domiciliari integrate di area critica "
- **Delibera ASL 7 Carbonia 10327/c del 29/12/2016** la "presa in carico palliativa e l'assistenza del paziente oncologico ad integrazione con le UO ADI ".
- **Delibera RAS 10/22 del 21/02/2017**

Layout a cura del Dr. Matteo Mura

Oggetto: Trasmissione nota prot. NP/2017/28804 del 29/03/2017
Mittente: "Direzione Generale ASL7" <dir.generale@aslcarbonia.it>
Data: 29/03/2017 15:33
A: <direzione.generale@aslsassari.it>, <nlicheri@aslsassari.it>

URGENTE

Si trasmette la nota allegata avente ad oggetto "Rif. nota RAS prot. 6583 del 07/03/2017 "Trasmissione DGR n° 10/22 del 21/02/2017 - Ripartizione delle risorse del Fondo per lo sviluppo e la coesione (FSC) 2007/2013 per l'attuazione dell'intervento "Realizzazione di progetti che prevedano interventi a domicilio da parte di figure mediche specialistiche con esperienza nella gestione di casi complessi".
Distinti saluti.
La Segreteria del Direttore ASSL Carbonia

Allegati:

Nota prot. NP-2017-28804 del 29-03-17.pdf	38,4 KB
Progetto Area Critica 2017.doc	268 KB