

Premessa

**L'Assistenza Domiciliare**  
**Priorità nelle scelte programmatiche della ASL TA1**  
**per il 2006 /2008**

Come riportato nel Documento Programmatico 2006/2008 dalla Direzione Generale della ASL TA1, in coerenza con quanto sancito dalla Legge Regionale n°25/06, “Principi e organizzazione del servizio sanitario regionale” si stabilisce la scelta prioritaria aziendale di potenziamento della domiciliarità attraverso l’incremento dell’assistenza medica, infermieristica, riabilitativa e farmaceutica domiciliare in ogni ambito distrettuale, avviando la costruzione di un percorso condiviso e finalizzato alla pianificazione di interventi coordinati per le cure domiciliari distrettuali.

Va sottolineata la scelta di questo management di rafforzare le politiche per il territorio, assegnando un ruolo centrale al medico di medicina generale quale operatore sanitario scelto da ciascun cittadino per garantirsi l’assistenza nell’intervento sanitario di primo livello.

Questa Direzione è certa che una politica finalizzata alla realizzazione di un “Distretto forte” che gestisca in autonomia un budget programmato e condiviso con la Direzione Aziendale, porti ad un miglioramento oggettivo della erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari, con conseguente riduzione dei disagi per i cittadini. riduzione delle liste d’attesa, riduzione dei ricoveri impropri, minore affaticamento per gli ospedali.

La scelta di privilegiare la domiciliarità porta anche ad una profonda rivisitazione dei vari sistemi sanitari compresi il sistema CUP e l’Ufficio Relazioni con il Pubblico; in generale, ad un diverso rapporto con l’utenza che vede il cittadino non solo utente e/o critico censore delle attività, ma parte attiva nella programmazione attraverso una condivisione di scelte trasparenti.

Data l'analisi effettuata, le scelte di questo programma sono centrate su due linee nell'ordine:

**le scelte relative all'emergenza sanitaria e socio-sanitaria;**

**le scelte relative alla programmazione territoriale condivisa.**

Per ciò che attiene all'emergenza **l'aumento qualificato dei servizi** rappresenta una scelta obbligata.

Per ciò che attiene alla specialistica ambulatoriale, si è provveduto al coinvolgimento dei Direttori di Distretto che hanno evidenziato i bisogni in funzione dell'impegno attuale. In ragione di questo lavoro si è potuto programmare a breve l'aumento delle ore di specialistica ambulatoriale su tutta l'area distrettuale della ASL TA/1.

**Per le Politiche del territorio** preme segnalare l'obbligo della scelta di una metodologia nuova che, facendo seguito agli ordinamenti di legge, richiede il coinvolgimento degli enti locali e degli organismi sociali portatori dei vari interessi che, attraverso l'analisi del bisogno, propongono e contrattano le scelte condivise per il cambiamento del sistema sanitario. Questa metodologia risulta essere l'unica da perseguire nel tempo per giungere a concreti risultati, come l'individuazione di strumenti e luoghi dove poter elaborare programmi di miglioramento della salute e dell'assistenza sanitaria. Data la complessità del lavoro da esprimere si è ritenuto necessario programmare uno specifico ufficio delle politiche del territorio che svolga il ruolo di interfaccia tra la Direzione Sanitaria e la Direzione dei Distretti.

La salute dipende da molteplici fattori influenzati da viventi protagonisti sociali. Farsi carico della malattia e della salute dei cittadini non può, dunque, essere delegato alla sola responsabilità della ASL, ma richiede una solida alleanza con altre agenzie e un'ampia programmazione interistituzionale di reale **"Politica della salute"**.

Appare evidente la necessità di costruire un percorso condiviso tra tutte le istituzioni impegnate direttamente ed indirettamente nella promozione della salute

ricercando ed utilizzando risorse umane e materiali, attraverso modelli, strategie e competenze, tutte finalizzate a garantire la migliore condizione della salute della popolazione.

In tale contesto appare opportuno costruire un vero **“patto locale di solidarietà per la salute”** ridefinendo un ruolo di attivo protagonismo dei vari organismi istituzionali (Comuni, Provincia, Scuola, Università, Prefettura, INAIL, ecc.), delle agenzie sanitarie pubbliche e private, del mondo del volontariato (Comitato Consultivo Misto, Consulte , Associazioni, ecc.), delle Organizzazioni Sindacali, del Mondo Produttivo e dei cittadini. Ne deriva un vero e proprio **“ Patto di solidarietà per la salute”** che deve attivare una rete di azioni territoriali integrate e coordinate.

**Le aree prioritarie di intervento individuate dall’Azienda sulla base dei dati epidemiologici e dall’ascolto degli utenti sono:**

**Anziani non autosufficienti;**

**Malattie oncologiche;**

**Malattie cardio-cerebro-vascolari**

**Salute materno-infantile**

**Malattie respiratorie**

**Infortuni e sicurezza sul lavoro**

**Alla luce delle considerazioni evidenziate in precedenza, intendiamo promuovere una azione programmatica che deve prevedere per il paziente interessato, la garanzia di un percorso assistenziale ed operativo secondo la metodologia dipartimentale Territorio-Ospedale, tracciare le linee per il potenziamento della rete infrastrutturale sociosanitaria con particolare riferimento alle indicazioni dei PAT e dei P.d.Z. ed investire sulla crescita dell’offerta dei servizi di cura alle persone in direzione della domiciliarità.**

**Il Direttore Sanitario**

**Dr. Vincenzo Lenti**

**Il Direttore Amministrativo**

**Dr. Deodato Maccari**

**Il Direttore Generale**

**Dr. Marco Urago**

## Introduzione

### Verso l'Assistenza Domiciliare

L'Italia, a detta di numerose fonti, è uno dei paesi più longevi del mondo, addirittura il **secondo**. Al primo posto c'è il Giappone, e questo trend, in futuro, sembra destinato a continuare. Nei prossimi anni, infatti, consolideremo questo secondo posto, che ci costringerà ad affrontare con urgenza il problema dell'assistenza alle generazioni che invecchieranno. L'atteggiamento da assumere pare presentare due alternative: continuare a puntare sulle strutture assistenziali residenziali o, dall'altra parte, far nascere una nuova cultura socio - assistenziale, quella dell'**assistenza domiciliare**. Le ragioni a favore di quest'ultima non mancano:

il mondo anglosassone ha già sperimentato questa alternativa positivamente, sia dal punto di vista dei **costi** che del **livello** del servizio offerto: di fronte ad ospedali gravati da troppe degenze, la scelta di assistere domiciliariamente ha ridotto i prezzi, senza abbassare la qualità delle prestazioni assistenziali;

l'ospedalizzazione, per chiunque, è sempre traumatica: farsi curare all'interno delle mura **domestiche**, specie in età avanzata, rappresenta indubbiamente un'alternativa preferibile; le strutture tradizionali, di fronte all'aumento delle patologie legate all'età, non riusciranno a sopportare l'incremento della richiesta assistenziale: mancheranno, molto semplicemente, i **posti** letto necessari.

L'auspicio, dunque, è che ben presto le scelte di fondo si orientino nella direzione indicata. Nel frattempo, per capire meglio, è opportuno familiarizzare con alcuni concetti, per mettere a fuoco con maggior precisione i termini che più spesso vengono usati.

## DATI STATISTICI

INDICATORI STATISTICI SULLA STRUTTURA DEMOGRAFICA DELLA POPOLAZIONE  
PROVINCIA JONICA (ISTAT, Cens.2001)

Comune	ASL	D.S.S.	Pop.res.	Res. 0-17	% Minori	Res. 65>	% Anziani
<b>Ginosa</b>	TA/1	1	22.152	4.921	22,2	<b>3.274</b>	<b>14,8.</b>
Castellaneta	TA/1	1	17.400	3.367	19,4	<b>2.698</b>	<b>15,5.</b>
Laterza	TA/1	1	15.003	3.401	22,7	<b>2.220</b>	<b>14,8.</b>
Palagianello	TA/1	1	7.496	1.765	23,5	<b>941</b>	<b>12,6.</b>
<b>Massafra</b>	TA/1	2	30.958	6.888	22,2	<b>4.012</b>	<b>13,0.</b>
Mottola	TA/1	2	16.566	3.388	20,4	<b>2.590</b>	<b>15,6.</b>
Palagiano	TA/1	2	15.818	3.676	23,2	<b>1.921</b>	<b>12,1.</b>
Statte	TA/1	2	14.599	3.129	21,4	<b>1.509</b>	<b>10,3.</b>
<b>Taranto</b>	TA/1	3 , 4	201.754	40.505	20,1	<b>31.416</b>	<b>15,6.</b>
<b>Martina Franca</b>	TA/1	5	48.759	10.026	20,6	<b>7.832</b>	<b>16,1.</b>
Crispiano	TA/1	5	12.989	2.590	19,9	<b>1.897</b>	<b>14,6.</b>
<b>Grottaglie</b>	TA/1	6	31.840	7.143	22,4	<b>4.391</b>	<b>13,8.</b>
Carosino	TA/1	6	6.066	1.299	21,4	<b>872</b>	<b>14,4.</b>
Faggiano	TA/1	6	3.517	724	20,6	<b>484</b>	<b>13,8.</b>
Leporano	TA/1	6	5.804	1.116	19,2	<b>622</b>	<b>10,7.</b>
Monteiasi	TA/1	6	5.196	999	19,2	<b>697</b>	<b>13,4.</b>
Montemesola	TA/1	6	4.277	863	20,2	<b>729</b>	<b>17,0.</b>
Monteparano	TA/1	6	2.387	467	19,6	<b>420</b>	<b>17,6.</b>
Pulsano	TA/1	6	10.237	2.010	19,6	<b>1.369</b>	<b>13,4.</b>
Roccaforzata	TA/1	6	1.769	422	23,9	<b>256</b>	<b>14,5.</b>
San Giorgio J.	TA/1	6	15.627	3.457	22,1	<b>1.736</b>	<b>11,1.</b>
San Marzano di S.G.	TA/1	6	8.835	2.090	23,7	<b>1.174</b>	<b>13,3.</b>
<b>Manduria</b>	TA/1	7	31.733	6.222	19,6	<b>5.418</b>	<b>17,1.</b>
Avetrana	TA/1	7	7.294	1.618	22,2	<b>1.048</b>	<b>14,4.</b>
Fragagnano	TA/1	7	5.648	1.130	20	<b>900</b>	<b>15,9.</b>
Lizzano	TA/1	7	10.183	2.381	23,4	<b>1.301</b>	<b>12,8.</b>
Maruggio	TA/1	7	5.388	1.013	18,8	<b>1.014</b>	<b>18,8.</b>
Sava	TA/1	7	16.130	3.411	21,1	<b>2.753</b>	<b>17,1.</b>
Torricella	TA/1	7	4.086	820	20,1	<b>699</b>	<b>17,1.</b>

## ECCO COME SAREMO: SEMPRE MENO GIOVANI...

	<b>0-14 ANNI</b>	<b>15-64 ANNI</b>	<b>65 + ANNI</b>	<b>HA PIU' DI 85 ANNI</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>1990</b>	16,8	68,5	14,7	1,2
<b>2005</b>	14,2	66,4	19,5	2
<b>2010</b>	14	65,5	20,5	2,8
<b>2020</b>	13,2	63,7	23,2	3,9
<b>2030</b>	12,2	60,8	27	4,7
<b>2040</b>	12,4	55,6	32	5,8
<b>2050</b>	12,7	53,7	33,6	7,8

## E LE DONNE ARRIVERANNO AI 90

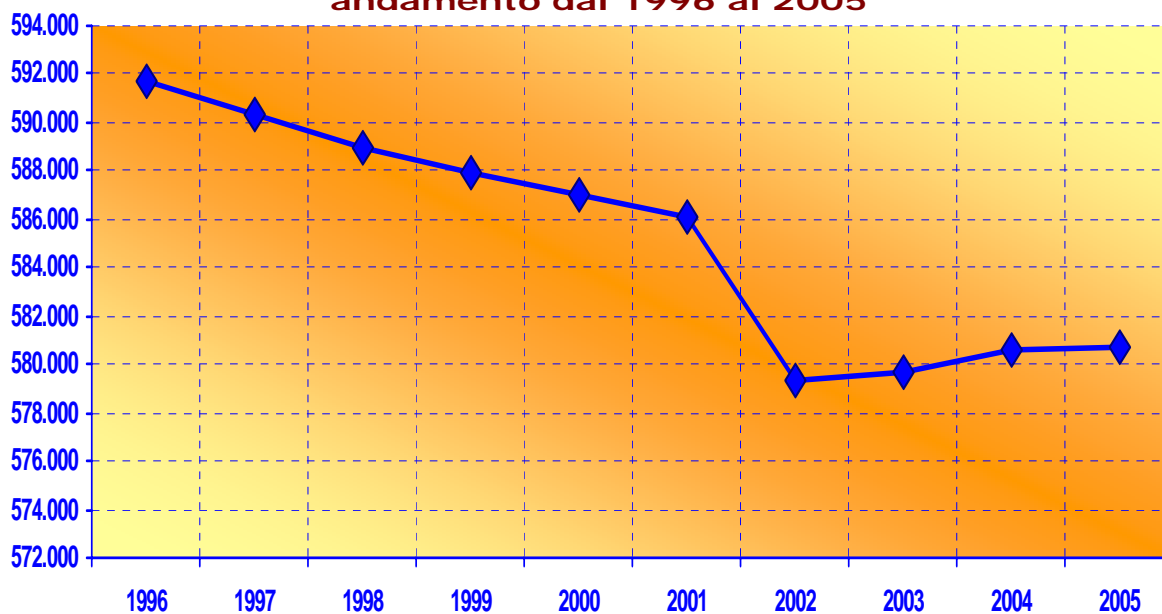
		<b>2005</b>	<b>2030</b>	<b>2050</b>
<b>VITA MEDIA</b>				
	UOMINI	77,4	81	83,6
	DONNE	83,3	86,6	88,8

<b>FECONDITA'</b>				
	NUMERO MEDIO DI FIGLI PER DONNA	1,34	1,48	1,6

### Ricoveri ricorrenti per pazienti ultra65enni

TIPOLOGIA RICOVERO	0-1 anni	2- 4 ANNI	5 – 14 ANNI	15-44	45-64	65-74	maggiore o uguale a 75	RE	TOTALE
INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA			1	72	665	1.345	1.598	2943	3681
INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	5	1	2	30	323	569	1.431	2000	2361
MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	4	6	8	48	337	623	970	1593	1996
CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA		5	19	222	1.071	744	276	1020	2337
IPERTENSIONE			6	254	1.097	501	445	946	2303
INSUFFICIENZA RENALE	1		7	103	286	330	533	863	1260
INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI ARTI INFERIORI				20	171	323	355	678	869
EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	68	65	33	27	155	254	391	645	993
ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO E OCCLUSIONI PRECEREBRALI				13	163	232	403	635	811
DIABETE ETA' > 35				63	714	379	201	580	1357
MALATTIE CEREBROVASCOL. SPECIFICHE ECCETTO ATTACCO ISCHEMICO TRANSIT.		2		18	110	181	398	579	709
ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPAR. DIGERENTE, ETA' > 17 SENZA CC				908	647	306	265	571	2126
MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	1	2	6	32	154	209	314	523	718

**POPOLAZIONE RESIDENTE nella PROVINCIA di TARANTO  
andamento dal 1996 al 2005**



**POPOLAZIONE RESIDENTE nella PROVINCIA di TARANTO**

	1971	1981	1991	2001	2002	2003	2004
<b>TOTALE RESIDENTI</b>	511.677	572.314	589.576	574.763	579.387	579.696	580.588
<b>popolazione 0 - 14 anni</b>	151.843	156.527	121.274	97.043	91.876	89.885	88.728
<b>%</b>	<b>29,7</b>	27,3	20,6	16,9	15,9	15,5	<b>15,3</b>
<b>popolazione &gt; =65 anni</b>	41.563	52.048	67.331	85.490	92.607	94.819	97.470
<b>%</b>	<b>8,1</b>	9,1	11,4	14,9	16,0	16,4	<b>16,8</b>

dati 2005



<b>POPOLAZIONE RESIDENTE</b>		<b><i>580.588</i></b>
<b>PROVINCIA di TARANTO</b>		
<b>classi d'età</b>		<b>%</b>
<b>popolazione 0 - 5 anni</b>	<b>32.171</b>	<b><i>5,5</i></b>
<b>popolazione 0 - 14 anni</b>	<b>88.728</b>	<b><i>15,3</i></b>
<b>popolazione 15 - 64 anni</b>	<b>394.390</b>	<b><i>67,9</i></b>
<b>popolazione &gt; =65 anni</b>	<b>97.470</b>	<b><i>16,8</i></b>

## **Cos'è l'Assistenza Domiciliare?**

L'assistenza domiciliare prevista nei Livelli Essenziali di Assistenza - L.E.A., di cui al DPCM del 29 novembre 2001, di competenza dell'Azienda ASL è un tipo di servizio erogato direttamente a casa del paziente, nelle diverse forme di assistenza domiciliare programmata, sanitaria e integrata. La L.R. 3 agosto 2006 n. 25 "Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale" promuove il potenziamento delle cure domiciliari e istituisce in ogni ambito distrettuale, per la realizzazione di tali obiettivi, il Centro di coordinamento distrettuale per le cure domiciliari, a supporto della porta unitaria di accesso.

### **Le forme di Assistenza Domiciliare**

#### **1 – A.D.P. (Assistenza Domiciliare Programmata)**

L' A. D. P. è una forma assistenziale che viene garantita al cittadino che non è in grado di muoversi dal proprio domicilio, da parte del medico di famiglia. Questa viene svolta assicurando al domicilio della persona la presenza effettiva periodica settimanale o quindicinale o mensile del medico.

Possono usufruire dell' A. D. P. le persone con gravi difficoltà a muoversi per motivi sanitari, o con gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati (es. insufficienza cardiaca o respiratoria, arteriopatie agli arti inferiori, paralisi, ecc.).

Il medico di famiglia effettua il monitoraggio sullo stato di salute della persona e fornisce indicazioni sui trattamenti (farmacologici, dietetici, igienici, ecc) più appropriati, collabora con il personale dei Servizi Sociali, dà indicazioni al personale infermieristico sull'effettuazione di trattamenti e terapie.

Gli infermieri domiciliari possono, su richiesta del medico di famiglia, effettuare interventi di loro competenza alle persone assistite in A.D.P.

L'attivazione del servizio avviene a cura del medico di famiglia.

## **ASL TA/1**

Assistenza Domiciliare Programmata : Medici autorizzati	n. 393
Pazienti in assistenza	n. 5.945

Anno di attività : 2004

## **2 – A.D.S. (Assistenza Domiciliare Sanitaria)**

E' l'insieme di interventi a carattere sanitario, infermieristico e riabilitativo offerti a domicilio a persone anziane e disabili a rischio di non autosufficienza, parzialmente autosufficienti o totalmente non autosufficienti, per patologie croniche stabilizzate che non richiedono il ricovero in strutture ospedaliere.

Le prestazioni sanitarie comprendono interventi di medicina generale e specialistica dipendenti dalle specifiche esigenze della persona assistita.

Le prestazioni infermieristiche comprendono la somministrazione o il controllo della corretta assunzione dei farmaci, l'effettuazione e la consegna dei prelievi per le analisi di laboratorio, l'assistenza per le indagini strumentali, l'assistenza ai cateterizzati, il

controllo delle fleboclisi e delle varie apparecchiature connesse, la registrazione della temperatura, la misurazione della pressione e del peso corporeo, il controllo della dieta alimentare, l'effettuazione di iniezioni e le medicazioni in genere, ecc.

Le prestazioni di riabilitazione e di recupero psico-fisico comprendono un insieme di provvedimenti finalizzati al recupero dei deficit di natura fisica, psicomotoria, del linguaggio, di mantenimento, e così via.

Si accede a questo servizio attraverso una segnalazione al Coordinamento per l'Assistenza Domiciliare Distrettuale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, da parte del medico curante o del sanitario del reparto ospedaliero in cui era ricoverato il paziente, dai suoi stessi parenti o amici, dalle associazioni di volontariato o da altri servizi dell'ASL.

### **3 – A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata)**

#### **Che cos'è?**

Per Assistenza Domiciliare Integrata, secondo la definizione data dal Manual Home Care 2002-2003, si intende “ l'insieme coordinato di attività sanitarie, mediche, infermieristiche, riabilitative integrate fra loro e con gli interventi socioassistenziali, per la cura della persona nella propria casa, dove può mantenere il legame con le proprie abitudini e le persone che gli sono care. L'ADI è parte integrante e fondamentale della rete dei servizi”.

Lo scopo di tale servizio è dunque quello di mantenere e garantire il massimo grado di funzionalità e di salute dell'anziano e del disabile, riducendo al minimo le occasioni di ospedalizzazione non essenziali e fornendo al paziente la possibilità di curarsi rimanendo in famiglia.

## **Quali obiettivi si pone?**

Dare una risposta coerente ed adeguata a specifici bisogni di salute.

Evitare istituzionalizzazioni e ricoveri ospedalieri non giustificati.

Mantenere l'ambiente di vita proprio del paziente.

Migliorare la qualità della vita dell'utente e della sua famiglia.

Contribuire alla realizzazione della continuità e dell'integrazione dell'assistenza.

Coinvolgere attivamente i curatori informali del paziente (familiari, amici, volontari).

Perseguire la sostenibilità assistenziale massimizzando i benefici di salute per i pazienti.

## **A chi è rivolta?**

A soggetti anziani , disabili o minori a rischio o in condizioni di non autosufficienza, aventi necessità di un'assistenza temporanea o continuativa.

A pazienti affetti da malattie cronic-degenerative in fase stabilizzata, o da patologie acute trattabili a domicilio che necessitano di assistenza da parte di una équipe multiprofessionale.

E' rivolta altresì a pazienti oncologici in fase critica e/o terminale.

Caratteristica peculiare dell'ADI è la complessità assistenziale del paziente trattato che richiede una forte componente di integrazione tra componenti sanitarie e tra queste ultime e quelle socio-assistenziali.

Inoltre, componenti essenziali per l'erogazione di questo tipo di assistenza sono la famiglia, il volontariato e le altre risorse di cittadinanza, che, in una corretta logica di integrazione coordinata con i servizi sociali possono costituire un supporto alla famiglia o vicariare quest'ultima quando non sia presente o abbia difficoltà a svolgere tali compiti.

## **Le figure professionali dell'ADI**

L'equipe multidisciplinare, con la partecipazione della famiglia e quando possibile del volontariato, garantisce, in relazione ai bisogni dell'utente, prestazioni in forma integrata e secondo piani individuali programmati

### **Il Medico di Medicina Generale**

Il medico di medicina generale nell'ambito dei piani d'intervento per l'ADI, ha come prima responsabilità l'attivazione stessa che deve tener conto delle patologie che secondo la convenzione hanno le caratteristiche per l'eleggibilità in ADI.

Ha quindi la responsabilità primaria e complessiva del paziente; partecipa alla formulazione del piano di assistenza individualizzato; attiva le eventuali consulenze specialistiche; tiene la scheda degli accessi, fornita dal Distretto, presso il domicilio del paziente, concordando la cadenza degli accessi stessi in relazione alla specificità del processo morboso in atto e agli interventi sanitari necessari; partecipa, a volte recandosi nel Distretto a volte telefonicamente, a momenti di verifica comune durante il periodo di effettuazione del servizio.

### **L'Infermiere**

L'infermiere del servizio ADI assiste, in collaborazione con il MMG, persone che necessitano di interventi di complessità media e medio-bassa a causa di malattia e/o disabilità, garantendo prestazioni quali:

prelievi, medicazioni, terapia iniettiva, gestione catetere vescicale, educazione alla gestione e controllo stomie, interventi educativi e addestramento a prestazioni semplici, gestione catetere venoso centrale, interventi tecnici ed educativi di loro competenza.

## **Il fisioterapista**

Il compito del fisioterapista nell'intervento domiciliare è quello di facilitare il recupero funzionale del paziente, offrendogli la possibilità di rimanere nel proprio contesto abitativo, ma è soprattutto quello di conservare il più alto livello di autonomia possibile.

Ha il compito di valutare le aree di inabilità, quindi deficit neurologici, muscolo-articolari, respiratori, cardiologici ed altro. Identifica i parametri vitali: alimentazione, idratazione, capacità di deglutire, controllo sfinterico oltre a verificare l'adattamento all'ambiente del paziente.

## **L'operatore socio sanitario (OSS)**

Nasce come evoluzione di altre figure di supporto. Svolge la sua attività su indicazione e in collaborazione con gli altri operatori. Fornisce assistenza diretta e di supporto alla gestione dell'ambiente; intervento igienico sanitario e di carattere sociale supporto gestionale, organizzativo e formativo.

In particolare l'OS deve:

assistere la persona nella attività di igiene personale;

realizzare attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico;

collaborare ad attività finalizzate al mantenimento delle capacità psicofisiche residue, alla rieducazione, riattivazione, recupero funzionale.

## **L'assistente sociale**

L'Assistente sociale è colui che opera al fine di prevenire e risolvere situazioni di disagio e di emarginazione di singole persone, di nuclei familiari e di particolari categorie (minori, anziani, tossicodipendenti, handicappati, ecc.).

Compiti principali dell'Assistente sociale sono:

individuare i bisogni dei soggetti che si trovano in situazioni di disagio;  
svolgere un'indagine sugli strumenti di intervento disponibili nel territorio e adatti al singolo caso da trattare;  
raccordare l'attività delle strutture e dei servizi socio-sanitari competenti agli interventi di sostegno e recupero;  
definire il percorso da seguire con i soggetti bisognosi, elaborandolo anche con la collaborazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare.

## **Il Coordinamento Distrettuale per le Cure Domiciliare**

L'ASL TA/1, nel rispetto dei principi espressi nell'art.14, comma 18 della Legge Regionale n°25/06 "Principi e Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale", al fine di assicurare azioni operative integrate e partecipate quali modalità finalizzate alla predisposizione di una piattaforma di intervento comune tra culture organizzative e professionali diverse, intende attivare, in attesa degli indirizzi programmatici regionali, in ogni ambito distrettuale, un centro di coordinamento delle cure domiciliari che dovrà raccordarsi con la S.C. Socio-Sanitaria incaricata già di coordinare la programmazione e il controllo delle prestazioni socio-sanitarie di competenza, tra cui le prestazioni sanitarie di cui al DPCM 14.02.2001.

Obiettivi da perseguire nel processo di coordinamento:

- fornire linee guida condivise per l'organizzazione della rete di assistenza domiciliare, in coerenza e nel rispetto delle competenze dei Piani di Zona (Comuni e Distretto), ed in esso del ruolo che gli accordi nazionali ed integrativi attribuiscono ai medici di continuità assistenziale;



- organizzare la formazione del personale dedicato e l'integrazione dell'assistenza domiciliare con le strutture territoriali e la medicina di base per la realizzazione della rete dei servizi integrati omogenea su tutto il territorio aziendale;
- affrontare le problematiche connesse con l'esigenza di creare un percorso unitario ed omogeneo degli interventi a livello distrettuale, P. U. A., U. V. M.,
- utilizzo di strumenti operativi, schede di valutazione, orari e sedi, che salvaguardi la specificità metodologica e ne elimini la frammentarietà;
- predisporre un data-base ed un software a livello distrettuale , per la costruzione di apposita anagrafe-utenti in assistenza domiciliare - ADS, ADP, ADI, comprensiva degli assistiti dalle strutture convenzionate (ANT, AIL, AIDS, ecc.) in stretto raccordo con l'U.O. Epidemiologica a livello centralizzato ;
- rafforzare la cooperazione tra i diversi livelli istituzionali (Azienda USL, Comuni, enti socio assistenziali) e tra questi e i soggetti del 3° settore;
- promuovere azioni per individuare i livelli di intensità assistenziale e/o di fragilità a domicilio per ottimizzare le risorse destinate all'assistenza domiciliare integrata;
- migliorare la compliance dell'assistito;
- individuare i metodi, gli strumenti operativi (cartella sanitaria territoriale, valutazione delle cure a domicilio, favorire la dimissione sociosanitaria protetta, rete informatizzata, ecc.);
- modulare i processi ed i percorsi assistenziali tra il MMG/PLS ed i medici ambulatoriali ed ospedalieri.

Presso il servizio di coordinamento cure domiciliari sarà raccolta l'anagrafe distrettuale dei pazienti destinatari di interventi domiciliari di natura sanitaria e sociosanitaria, in collaborazione con il Servizio epidemiologico della ASL TA/1.

## **Il percorso di accesso ai servizi socio-sanitari integrati**

Quando il cittadino si rivolge alle istituzioni, lo fa per chiedere aiuto, a volte in maniera non mirata, rispetto ad una condizione di “non benessere” che sta vivendo.

Chi accoglie la richiesta ha in primo luogo il compito di decodificare il bisogno per orientare la persona verso il percorso più corretto:

-se il bisogno risulta di tipo sanitario, verso le strutture sanitarie (MMG, distretto, poliambulatori, servizi sanitari territoriali);

-se il bisogno risulta di tipo sociale, verso i servizi sociali ( EE.LL., Terzo settore, Volontariato).

A volte il bisogno è l'uno e l'altro insieme, presenta cioè una componente sanitaria e una componente sociale inscindibili: è questo il bisogno complesso, nel senso che richiede risposte “plurime”. La risposta al bisogno complesso deve necessariamente seguire un percorso specifico che è quello che conduce ai servizi socio-sanitari integrati.

Stiamo parlando di un sistema di accesso i cui anelli operativi strategici sono: la PUA e l'UVM.

**PUA ( Porta Unitaria di Accesso):** garantire a tutti i cittadini un accesso unico, una lettura integrata del bisogno complesso di cui è portatore.

**UVM (Unità di valutazione Multidisciplinare):** garantire una valutazione multidisciplinare del caso rispetto alla complessità del bisogno, la definizione del progetto personalizzato e la presa in carico, l'individuazione di un operatore referente (*case manager*).

Fermo restando le istanze esclusivamente di tipo sanitario e di tipo sociale che troveranno la naturale risposta secondo l'articolazione previste dalla normativa vigente.

Si riporta di seguito l'articolazione per la risposta complessa dei bisogni socio-sanitari.

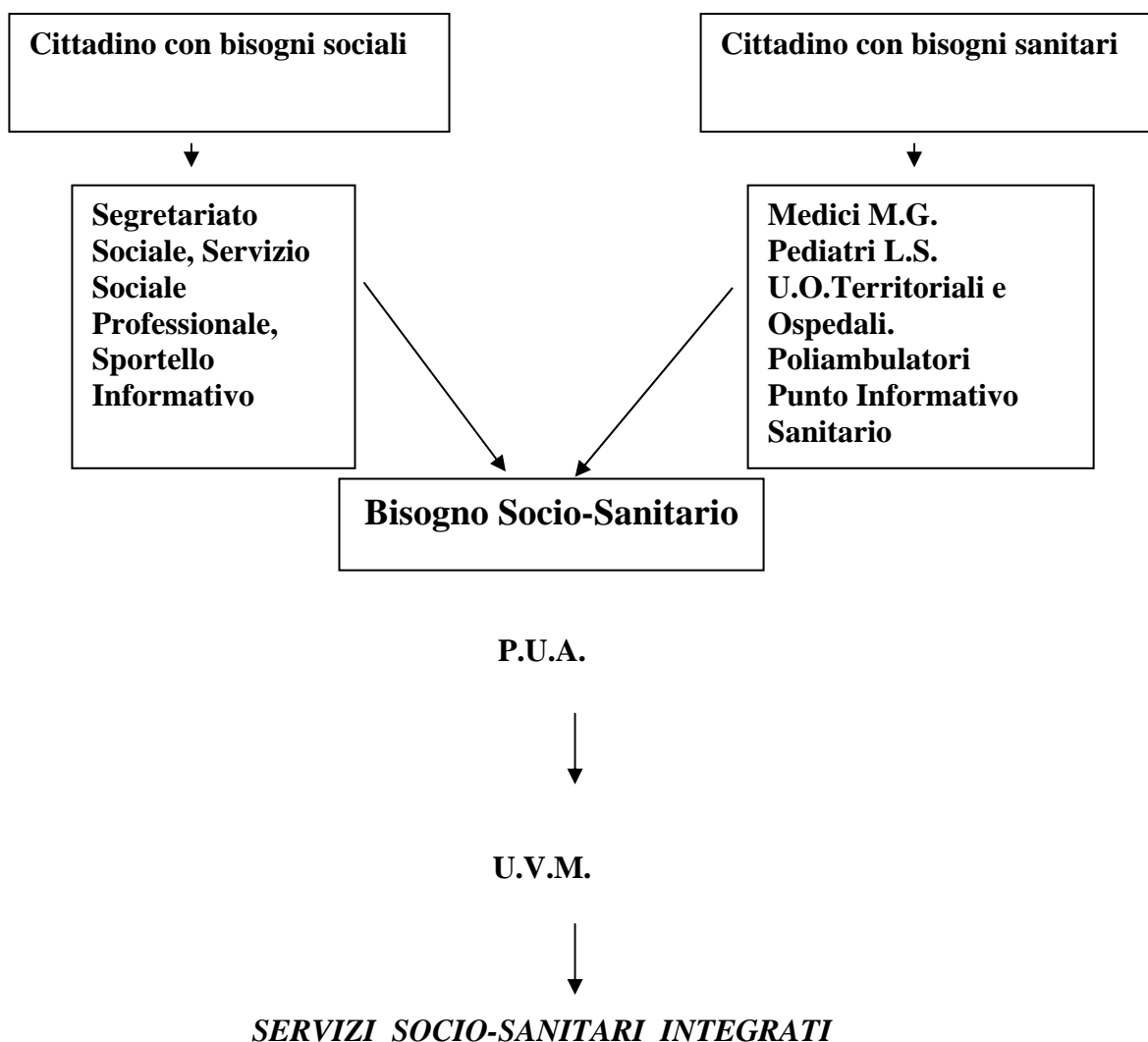
## Schema del percorso di accesso



REGOLAMENTO

(bozza)

**PORTA UNITARIA DI ACCESSO AI SERVIZI  
SOCIO-SANITARI INTEGRATI**



La PUA costituisce il punto di riferimento territoriale dove le istanze dei cittadini con bisogni o necessità di natura socio-sanitaria definite nel primo livello o (front office) saranno convogliate per attivare la presa in carico per l'accesso alla rete dei servizi e delle risorse territoriali.

Essa si caratterizza come servizio di secondo livello (back office) rispetto ai punti di accesso di primo livello sanitari (Ospedali e Distretti) e comunali, collegandosi: nell'ambito dei servizi sociali comunali, con il Servizio di Segretariato Sociale e il Servizio Sociale Professionale ed altri servizi comunali; nell'ambito dei servizi sanitari, con il Punto Informativo Distrettuale e/o Ospedaliero, Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, Unità Operative Territoriali e Ospedaliere, Poliambulatori.

Attraverso la PUA si prevede il passaggio obbligato di tutte le richieste di prestazione a gestione socio-sanitaria integrata, provenienti dalla rete formale (punti 1 e 2) e informale (utente, associazionismo, vicinato, famiglia, etc.), La rete formale è abilitata ad effettuare la valutazione di primo livello dell'istanza e a compilare una prima scheda per l'accesso da trasmettere alla PUA.

### **Organizzazione e Funzioni**

La realizzazione della PUA vedrà impegnati, in maniera congiunta, un Assistente Sociale del Distretto Sanitario, nominato dal Direttore del Distretto e un Assistente Sociale dei Comuni dell'ambito, coadiuvato eventualmente da personale del ruolo amministrativo.

Compiti del Servizio Sociale professionale all'interno della PUA sono i seguenti:  
Colloquio, Presa in carico e Ridefinizione della domanda (prevedendo anche interventi presso il domicilio dell'utente)  
Istruttoria del caso per l'U.V.M.  
Case management

Concertazione con ASL e Comuni

Elaborazione di strumenti comuni ASL/Servizi Sociali

Gestione organizzativa dell'agenda U.V.M.

Compiti amministrativi sono:

Gestione amministrativa delle istanze (protocollo, raccolta di documentazione, archiviazione pratiche)

Gestione amministrativa dell'Agenda U.V.M.

### **Sede e orari**

La PUA si configura come un servizio di ambito collocato presso il Comune capofila, sede del Distretto Sanitario, con sede operativa individuata di concerto con l'ASL e con eventuali sedi succursali, che fungono da Antenne sociali, in ogni Comune dell'Ambito.

Nella fase iniziale/sperimentale possono essere fissati due aperture settimanali, indicativamente il martedì e il giovedì, di almeno 3 ore (concordate anche compatibilmente con le esigenze dei servizi di appartenenza degli operatori impegnati), da organizzare con lavoro congiunto tra operatori ASL e comunali, per garantire lo svolgimento concertato delle attività di valutazione e gestione dei casi.

### **Ambito di intervento**

La PUA riceve e risponde a tutte le richieste distrettuali di prestazioni socio-sanitarie a gestione integrata e partecipata: Assistenza Domiciliare, Semiresidenziale e Residenziale, provenienti dalla rete formale del diretto interessato, la quale soltanto è abilitata ad effettuare la valutazione di 1° livello della domanda (azione filtro) ed eventuale "scheda di proposta di accesso". La PUA non fa valutazione di 2° livello, rimandando quest'ultima all'U.V.M., ma completa l'istruttoria del caso, già iniziata con

la valutazione di 1° livello, riformulando eventualmente la domanda anche rispetto alle risorse territoriali e utilizzando gli strumenti del Servizio Sociale Professionale.

L'ambito operativo della PUA include la ricerca concordata ASL/Servizi Sociali di strumenti comuni e percorsi condivisi finalizzati alla stesura del progetto socio-sanitario personalizzato di cui è competente l'U.V.M.

### **Personale addetto**

Il personale impegnato nella P.U.A. dovrà essere in possesso dei requisiti professionali e competenze per assolvere le funzioni previste.

### **Modalità di accesso**

L'accesso alla P.U.A. si configura come invio della “scheda di proposta di accesso”, opportunamente compilata in tutte le sue parti (aspetti sanitari e aspetti socio-assistenziali) a cura dei punti di accoglienza della domanda (vedi schema introduttivo).

Non è previsto il primo accesso diretto ma il contatto con l'utente e/o con la rete formale e informale di riferimento (colloquio, visita domiciliare, etc.) sarà gestito dall'operatore della PUA.

### **Collaborazione con la rete dei servizi**

La PUA svolge, rispetto ai servizi di accoglienza, l'azione di collettore della domanda territoriale cosiddetta “complessa”, riferita cioè a situazioni caratterizzate da inscindibili fattori sociali e sanitari. Funziona inoltre da osservatorio dei bisogni del territorio, restituendo alle istituzioni l'analisi effettuata, come documentazione utile per la programmazione territoriale dei servizi.

# REGOLAMENTO

(bozza)

**U.V.M.**

## **UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE**

### **Art. 1 – Definizione**

L'attività di valutazione multidimensionale e di presa in carico dell'U.V.M. è lo strumento operativo dell'assistenza socio sanitaria integrata che, secondo la normativa di pianificazione sociosanitaria regionale vigente, è chiamato a garantire l'integrazione della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e socio assistenziali a livello territoriale.

In questo senso, l'attività di valutazione multidimensionale e di presa in carico rappresenta la modalità di attivazione della suddetta rete e deve intendersi come una modalità di lavoro e non come un organismo o un servizio.

### **Art. 2 – Obiettivi**

L'obiettivo generale dell'U.V.M. consiste nell'individuare e offrire l'attuazione della migliore soluzione possibile per la persona riconosciuta in stato di bisogno sociosanitario, che incontri il gradimento della stessa e ne rispetti la libertà di scelta.

Gli obiettivi specifici di tale strumento operativo sono stabiliti dal Piano di Zona e seguono comunque i seguenti indirizzi:

favorire il più a lungo possibile una idonea permanenza della persona in stato di bisogno sociosanitario presso il proprio domicilio;

perseguire il rientro nell'ambiente di provenienza dopo la permanenza in strutture residenziali;



promuovere il miglioramento continuo della qualità della vita nei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari;  
promuovere azioni atte ad utilizzare al meglio le risorse territoriali;  
ottimizzare la spesa sociosanitaria.

### **Art. 3 – Ambiti d'intervento**

#### a - Destinatari

I destinatari dell'attività di valutazione dell'U.V.M. sono le persone in stato di bisogno sociosanitario, con particolare riferimento ai soggetti in condizione di dipendenza. La dipendenza supera il concetto di non autosufficienza, in quanto tiene conto anche dell'ambiente di vita quotidiana della persona. La non autosufficienza al contrario può definirsi come la perdita di autonomia non compensata in qualche modo dal soggetto stesso.

#### b - Territorio

L'U.V.M. responsabile della valutazione multidimensionale e della presa in carico del caso è quella dell'ambito sociosanitario di residenza della persona interessata; in tale ambito si esplica in via generale il progetto assistenziale e riabilitativo elaborato e proposto dall'U.V.M. Qualora il progetto assistenziale e riabilitativo richieda il ricorso alla rete dei servizi di altri ambiti della stessa A.S.L. o di altre A.S.L., è necessario il coinvolgimento del Responsabile del Servizio individuato per l'attuazione di detto progetto assistenziale e riabilitativo, che a sua volta è tenuto a informare il Responsabile dell'U.V.M. del proprio Ambito sociosanitario.

La responsabilità tecnico-professionale e amministrativa del progetto individualizzato, indipendentemente dalla rete dei servizi attivati, permane all'U.V.M. di residenza.

c – La domanda

La richiesta di intervento, formulata dalla persona in stato di bisogno sociosanitario ovvero, con il consenso informato della persona interessata, dal tutore (in caso di interdizione), da un familiare, dall'assistente sociale interessato al caso, dal medico di medicina generale, dal medico curante, dal soggetto civilmente obbligato, perviene all'U.V.M. per tramite della PUA (Porta Unitaria di Accesso), servizio preposto all'accoglimento delle istanze di natura socio-sanitaria.

#### **Art. 4 – I Compiti**

I compiti dell'U.V.M. sono i seguenti:

effettua la valutazione multidimensionale dell'autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del nucleo familiare (valutazione di 2° livello);  
verifica la presenza delle condizioni socio-economiche abitative e familiari di ammissibilità ad un certo percorso di cura e assistenza;  
elabora il progetto socio-sanitario personalizzato, che deve essere condiviso dal paziente e dal nucleo familiare e da essi sottoscritto;  
verifica e aggiorna l'andamento del progetto personalizzato;  
procede alla dimissione concordata;  
conserva la documentazione relativa ai casi valutati e li fornisce a quanti hanno titolo;  
individua il Responsabile del caso, per garantire l'attuazione e l'efficacia previsti dal progetto personalizzato.

Inoltre, l'attività di valutazione e di presa in carico dell'U.V.M. funge da strumento di monitoraggio della rete dei servizi, che consente di fornire le informazioni per lo sviluppo e la programmazione dei servizi socio-sanitari.

## **Art. 5 – Composizione**

L'U.V.M. va istituita in ogni ambito distrettuale e deve essere coordinata da un medico nominato dal Direttore del Distretto e da un operatore sociale nominato dai Comuni dell'ambito, che assicurano una continuità ed univocità di valutazione e un uso ponderato delle risorse grazie ad una visione longitudinale nel tempo, orientata alla pianificazione complessiva degli interventi.

Tale composizione minima sarà integrata dalle figure professionali idonee alla valutazione del singolo caso sulla base dell'istruttoria preliminare attivata dalla PUA e, comunque, sempre dal MMG/PLS e dall'Assistente Sociale del Comune di residenza dell'assistito o, in caso di delega, dall'Assistente Sociale dell'U.V.M. e da un medico della specifica Unità Operativa distrettuale competente:

il geriatra per i pazienti ultra-sessantacinquenni

lo specialista delle attività riabilitative per i disabili

lo specialista di discipline per la salute mentale per i pazienti psichiatrici

referenti per l'assistenza sanitaria di base negli altri casi.

## **Art. 6 – Coordinamento delle UU.VV.MM.**

L'uniformità delle procedure e delle attività di valutazione multidimensionale e di presa in carico espletate dalle UU.VV.MM. viene garantita dal Servizio Socio-Sanitario Integrato dell'ASL che promuoverà incontri periodici di monitoraggio e supporto organizzativo.

## **Art. 7 – Metodologia di lavoro**

La PUA, verificata la pertinenza e la completezza della domanda **ex art. 3**, organizza il calendario degli incontri della U.V.M. per la valutazione multidimensionale e la presa in carico del caso.

É cura della PUA raccogliere e fornire tutte le informazioni aggiuntive utili ad effettuare la valutazione del caso, sia rispetto all'analisi della situazione, che rispetto alla disponibilità di risorse attivabili per l'attuazione del progetto.

Il progetto coniuga i bisogni della persona e della sua famiglia con la rete distrettuale dei servizi. La risposta deve avvenire nel rispetto della libertà di scelta della persona e degli obiettivi del Piano di Zona dei servizi sociali, ed essere la più efficiente nel rapporto costi-benefici, tenendo conto non solo degli oneri finanziari, ma anche dei vantaggi a lungo termine, riferibili a risorse sia familiari che sociali.

É compito del Responsabile dell'U.V.M. trasmettere l'esito della valutazione multidimensionale al Responsabile della struttura o servizio coinvolto nel progetto, nonché alla persona interessata. In caso di diniego o di risposta diversa dalla domanda dell'interessato, la comunicazione deve contenere le motivazioni della decisione.

L'U.V.M. programma anche le verifiche del progetto.

#### **Art. 8 –Procedure, responsabilità e tempi**

L'U.V.M., convocata in sede valutativa e di presa in carico, si riunisce periodicamente secondo il calendario dei lavori predisposto dalla PUA presso la sede istituzionale individuata di concerto con l'ambito.

Elabora il progetto socio-sanitario personalizzato entro e non oltre 10 giorni dal ricevimento della domanda. Il progetto viene comunicato in modo comprensibile ed appropriato al paziente e ai suoi familiari e da essi approvato e sottoscritto.

E' avviato entro 10 giorni dalla elaborazione dello stesso, salvo impedimenti o imprevisti da parte della persona interessata o della struttura o servizio proposto: nel qual caso, al fine di garantire comunque la presa in carico della persona, l'ambito sociosanitario attraverso l'U.V.M. avvia in alternativa, il migliore progetto possibile, stante le condizioni attuali.

Il progetto prevede inoltre verifiche a cadenza almeno semestrale nel primo anno e a cadenza almeno annuale negli anni successivi.

Tutte le attività di valutazione multidimensionale e di presa in carico dell'U.V.M. sono documentate mediante appositi modelli e le relative informazioni raccolte nel Sistema informativo del Servizio.

La persona interessata, o chi ne ha titolo, ha facoltà di richiedere la revisione del progetto assistenziale esito dell'attività di valutazione multidimensionale e di presa in carico, presentando richiesta motivata e documentata al coordinatore dell'U.V.M. entro 15 giorni dall'avvenuta comunicazione dello stesso.

Il mancato rispetto dei termini o la violazione delle procedure previste dal presente Regolamento vanno segnalati alla Direzione Sanitaria tramite il Responsabile del Servizio Socio-Sanitario Integrato dell'ASL.

## **Protocollo operativo**

### ***A.D.I.***

### ***(Assistenza Domiciliare Integrata)***

### ***(BOZZA)***

#### **Premessa**

Con **Assistenza Domiciliare Integrata** (A.D.I.) si intende un servizio che assicura prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali in forma integrata e secondo piani individuali programmati.

Obiettivo specifico dell'A.D.I. è la continuità assistenziale, che il sistema regionale dei servizi e degli interventi sociali si propone in generale di garantire, perseguito attraverso il modello della domiciliarizzazione delle cure e delle prestazioni (intendendo per domicilio l'abituale ambiente di vita della persona, sia esso la propria abitazione o una struttura comunitaria, casa di riposo, casa protetta o altra struttura di accoglienza a carattere prevalentemente socio-assistenziale) e si connota per la forte valenza integrativa delle prestazioni, in relazione alla natura ed alla complessità dei bisogni a cui si rivolge.

#### **Obiettivi e finalità**

Il servizio A.D.I. ha come finalità e obiettivi generali:

mantenere la persona nel proprio contesto di vita attraverso interventi a sostegno della famiglia e della persona con prestazioni sociosanitarie integrate svolte in regime domiciliare ovvero nel contesto della vita quotidiana;

utilizzare il ricorso ai servizi residenziali, a ciclo diurno o continuativo, in via subordinata ed esperendo modalità che circoscrivono di norma ad un periodo programmato la prestazione, sulla base di un definito piano di intervento;

costituire una valida alternativa sia all'assistenza sanitaria prestata in regime di ricovero ospedaliero, che alla istituzionalizzazione in Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) e Residenza Protetta;

adottare modalità di intervento mirate al recupero, al reinserimento, all'autonomia, alla salvaguardia della vita affettiva e di relazione dell'utente;  
ridurre i ricoveri impropri e incongrui negli ospedali e nelle strutture residenziali;  
ridurre la permanenza in ospedale e favorire la de-ospedalizzazione, attraverso l'istituto della dimissione socio-sanitaria protetta;  
sviluppare una modalità d'intervento incentrata sul lavoro d'équipe al fine di realizzare l'effettiva integrazione delle prestazioni;  
sostenere la famiglia e coinvolgerla in una collaborazione solidale e partecipata ai piani di assistenza.

L'A.D.I. deve altresì svilupparsi a partire da alcune caratteristiche essenziali del servizio, considerati elementi fondamentali per la corretta attuazione delle indicazioni di cui alle presenti linee guida:

la pianificazione organica delle unità di offerta in modo uniforme sul territorio dell'ambito;

la valutazione multidimensionale del bisogno e l'approccio per problemi;

la globalità dei piani di cura;

la collaborazione tra operatori sanitari, sociali e la famiglia, e la condivisione degli obiettivi;

la continuità degli interventi;

l'adozione di una metodologia di lavoro che utilizza strumenti organizzativi integranti (riunioni di programmazione degli interventi, di coordinamento, di valutazione, di riprogettazione, progetto assistenziale personalizzato, individuazione del referente familiare (care giver) e del responsabile del caso (case manager), procedure, ecc. );

la valutazione dei costi delle decisioni;

la valutazione evolutiva degli esiti;

la centralità del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, per gli aspetti clinici, e dell'assistente sociale di zona, per gli aspetti sociali;

l'esistenza di centri di responsabilità in ambito sanitario e sociale.

## **Destinatari**

L'A.D.I. è rivolta a soggetti in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta, derivante da condizioni critiche di bisogno socio-sanitario o patologiche, ed in particolare pazienti che si trovino nelle seguenti condizioni:

anziani e disabili, minori e adulti in condizioni di fragilità, nonché patologie geriatriche con limitazione dell'autonomia ;

patologie acute temporaneamente invalidanti trattabili a domicilio ;

pazienti in dimissione socio-sanitaria protetta da reparti ospedalieri ;

disabilità, pluripatologie e patologie cronico-degenerative che determinano limitazione della autonomia ;

patologie oncologiche in fase avanzata ;

patologie HIV correlate in fase avanzata ;

patologie in fase terminale.

## **Criteri di ammissione e di eleggibilità**

L'accesso all'A.D.I. deve essere subordinata ad una valutazione integrata accertante la presenza contemporanea dei seguenti criteri di appropriatezza:

**ridotta autosufficienza temporanea o protratta.** La sussistenza di tale requisito deve essere certificata da attestazione medica e, preferibilmente, definita in maniera precisa e standardizzata attraverso l'uso di apposite scale di valutazione, validate sul piano scientifico;

**necessità di assistenza esclusivamente primaria,** cioè assenza di condizioni patologiche di alto rischio o della necessità di interventi altamente specialistici o di tecnologie complesse, che impongono il ricovero ospedaliero o l'attivazione di altri servizi specialistici;

**complessità assistenziale del paziente,** ovvero la presenza di bisogni complessi che richiedono contemporaneamente prestazioni sanitarie ed interventi socio-assistenziali da parte di un'équipe multiprofessionale o, quantomeno, di interventi socio-sanitari integrati domiciliari (assistenza tutelare e aiuto infermieristico);



**adeguato supporto alla persona.** La presenza di un nucleo familiare o, in caso di sua insufficienza o assenza, possibilità di assicurare la presenza di una rete solidale (vicinato, volontariato, ecc.) o di prestazioni di “assistenza tutelare e aiuto infermieristico”, in grado di prendersi cura del soggetto;

**idoneità delle condizioni abitative,** o possibilità di renderle tali con interventi di assistenza abitativa. - economicità dell’assistenza, il costo complessivo dell’assistenza domiciliare integrata, al netto della quota di partecipazione dell’utente, non deve essere superiore a quello dell’assistenza in regime residenziale;

**residenza.** Sono ammessi al servizio i residenti in uno dei comuni dell’ambito territoriale. La residenza rappresenta il riferimento per l’attribuzione dei costi sociali e sanitari rispettivamente al Comune di residenza/all’Ambito territoriale ed al Distretto sanitario;

**condizioni economiche e compartecipazione ai costi degli utenti.** Gli utenti sono ammessi al servizio indipendentemente dalle condizioni economiche individuali o familiari. I Comuni, sulla base della valutazione delle condizioni economiche effettuata attraverso l’indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), definiscono la quota di compartecipazione degli utenti al costo del servizio per la parte relativa ai costi socioassistenziali di propria competenza.

### **Modalità di accesso e di organizzazione**

A livello locale il recepimento della domanda relativa al servizio A.D.I. è competenza della Porta Unica di Accesso alla quale è attribuita la competenza di valutarne la completezza rispetto a quanto ritenuto necessario per una attenta valutazione della stessa, ivi compresa l’analisi territoriale delle risorse accessibili, liste d’attesa ecc.

La valutazione dell’ammissibilità della domanda è competenza dell’Unità di Valutazione Multimensionale, un’équipe professionale, con competenze multidisciplinari, che nello specifico dell’A.D.I. svolge i seguenti compiti :

effettua la valutazione multidimensionale dell’autosufficienza e dei bisogni assistenziali dei pazienti/utenti,

verifica la presenza delle condizioni di eleggibilità come precedentemente indicate,

elabora il piano assistenziale personalizzato (obiettivi e tipologia, frequenza e durata degli interventi), condiviso con il paziente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto, verifica e aggiorna l'andamento del piano assistenziale individualizzato, procede alla dimissione concordata.

L'U.V.M. deve anche programmare e svolgere la progressiva rivalutazione degli utenti già in carico, secondo le modalità integrate, per verificare la sussistenza dei criteri di ammissione e di eleggibilità e provvedere in conseguenza. L'accesso di nuovi utenti all'ADI e le dimissioni avvengono solo a seguito della valutazione sociosanitaria congiunta.

## **Risorse**

L'Azienda Sanitaria e i Comuni dell'Ambito mettono a disposizione le risorse necessarie all'erogazione degli interventi di A.D.I., nella misura concordata con la pianificazione del Piano di Zona e del Programma delle Attività Territoriali, con una compartecipazione ai costi che dovrà essere definita in fase di programmazione triennale.

La verifica degli interventi effettuati, delle risorse impegnate e dei risultati raggiunti avrà cadenza annuale, a partire dalla valutazione dei bisogni e delle risorse rese disponibili rispettivamente dai Comuni e dall'AUSL, in relazione alla domanda espressa.

Sono soggette a quota di compartecipazione le prestazioni socio-sanitarie a gestione integrata di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona, proprie dell'Assistenza Domiciliare Integrata.

Sono totalmente a carico del servizio sanitario nazionale tutte le prestazioni a valenza sanitaria (prestazioni sanitarie a rilevanza sociale) e di competenza dei Distretti sanitari, proprie dell'Assistenza Domiciliare sanitaria, ivi comprese le prestazioni erogate in regime di ADI che non rientrino nelle prestazioni socio-sanitarie a gestione integrata di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona (ADP, ADS).

Sono totalmente a carico dei Comuni tutte le prestazioni a valenza sociale (prestazioni sociali a rilevanza sanitaria) e di competenza dell'Ente Locale, proprie dell'Assistenza

Domiciliare socio-assistenziale, salvo quelle erogate in regime di ADI e rientranti nelle prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona.

### **Tipologie di A.D.I. in relazione alla durata**

In relazione alla durata del servizio si distinguono:

#### **A.D.I. a breve termine (circa 3 settimane):**

Situazioni in cui, dopo un aggravamento delle condizioni sanitarie e/o sociali dell'utente, un progetto attivo di educazione sanitaria, assicurazione e sostegno sono essenziali per mettere in grado la rete familiare di farsi carico dell'assistenza patologie acute in cui l'A.D.I. costituisce alternativa alla ospedalizzazione.

#### **A.D.I. a medio termine (circa 3 mesi):**

Situazioni in cui un progetto assistenziale personalizzato di più ampio respiro è finalizzato a sostenere il nucleo familiare o la rete solidale in un periodo critico o a promuoverne l'autonomia pazienti in fase terminale.

#### **A.D.I. a lungo termine (6 mesi rinnovabili):**

Casi in cui l'A.D.I. evita l'ingresso in strutture residenziali, casi in cui l'A.D.I. evita l'ospedalizzazione impropria o ripetuta.

Il numero degli accessi, in riferimento ai Livelli di Intensità Assistenziale (Alto, Medio e Basso) è determinato dalla U.V.M. di riferimento dell'utente ed è parte integrante del progetto socio-sanitario personalizzato.

## **Sperimentazione e attivazione ADI in un Distretto SocioSanitario**

La Asl TA/1 da diversi anni sperimenta il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata in uno dei propri distretti socio-sanitari. A seguito di accordo di programma con i Comuni dell'ambito, si è dato avvio, infatti, ad un progetto pilota che vede impegnati infermieri e terapisti della riabilitazione, per la componente sanitaria, e assistenti sociali e operatori di assistenza, per la componente sociale.

L'attività, rivolta prevalentemente alla popolazione anziana ultra65enne, è condotta in stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale, che segnalano i pazienti affetti da patologie richiedenti interventi domiciliari di tipo infermieristico, riabilitativo e socio-assistenziale.

La tabella n. 1 riporta i dati relativi all'attività svolta nel corso dell'anno 2005, distinti per mese: numero di pazienti, numero di accessi e numero di prestazioni effettuate a domicilio dagli operatori sanitari.

### **Attività infermieristica**

Dalla lettura di questi dati si evince che :

Nel corso del 2005 **429** pazienti hanno usufruito di prestazioni infermieristiche professionali. Rispetto alla popolazione anziana (over 65) residente nel Distretto, i pazienti trattati risultano pari al **4%** per un totale di **4891** prestazioni erogate, pari ad una media di 11,4 prestazioni/mese/pz., ossia 2,87 prestazioni/settimana/pz.

Il numero di ore lavorative è risultato pari a circa **3864** /anno; ogni prestazione ha comportato un impegno pari a **47** minuti.

Ogni paziente ha usufruito mediamente di n.535 minuti di prestazioni infermieristiche = 9 ore /anno.

Considerando l'impegno lavorativo annuo di un I.P. pari a 1656 ore (36ore sett.\*46 sett.), risulta che **un I.P. sottende a 184 pz/anno** (1656ore lav./9 ore pz). Tab.1

Dai dati espressi rispetto alla popolazione ultra65enne della ASL TA/1, divisa per singolo ambito Distrettuale, il fabbisogno delle risorse professionali necessarie per attivare il servizio ADI su tutto il territorio risulterebbe quello espresso di seguito. Tab. n. 2

I dati risultanti dalla proiezione descritta appaiono, tuttavia, sottodimensionati rispetto agli standard previsti dalla normativa vigente che prevedono in media, rispetto ai tre livelli di intensità assistenziale, l'impiego **da 6 a 9 I.P./ 100.000 abitanti.** (tabella n. 3)  
In base a tali standard, il fabbisogno medio risulta pari a 45.

### **Attività terapisti della riabilitazione**

Nel corso l 2005 **290** pazienti hanno usufruito di prestazioni riabilitative, per un totale di **1868** prestazioni domiciliari. Molte di queste sono state erogate a pazienti affetti da patologie importanti, in particolare pazienti in dimissione protetta dai reparti di Ortopedia , che richiedono un tempo di intervento più lungo.

Gli standard previsti dalla normativa vigente per i Terapisti della Riabilitazione prevedono l'impiego da **5 a 6/100.000 abitanti**, pertanto la proiezione teorica sui vari distretti risulta essere quella rappresentata nella tab. n. 1

**Tab. n.1 - Dati relativi all'attività di Assistenza Domiciliare Integrata  
svolta nel Distretto n.5 nell'anno 2005**

<b>Inf. Prof.</b>	<b>Gen</b>	<b>feb</b>	<b>mar</b>	<b>apr</b>	<b>mag</b>	<b>giu</b>	<b>lug</b>	<b>ago</b>	<b>set</b>	<b>ott</b>	<b>nov</b>	<b>dic</b>	<b>Tot. Anno</b>	<b>Med. Mens.</b>
<b>n. pazienti i.p.</b>	31	30	32	36	41	39	35	31	30	30	46	48	429	35,75
<b>numero accessi</b>	243	232	247	281	361	314	312	333	311	334	405	384	3757	313,08
<b>numero prestazioni</b>	360	295	371	364	453	437	418	411	380	387	523	492	4891	407,58
<b>prest./pz /mese</b>														11,48
<b>prest./pz /sett(/4)</b>														2,87

<b>FKT</b>	<b>Gen</b>	<b>feb</b>	<b>mar</b>	<b>apr</b>	<b>mag</b>	<b>giu</b>	<b>lug</b>	<b>ago</b>	<b>set</b>	<b>ott</b>	<b>nov</b>	<b>dic</b>	<b>TOTALI</b>	<b>Med.Mens</b>
<b>numero pazienti tdr</b>	21	26	21	29	28	27	20	18	20	26	27	27	290	24,16
<b>numero accessi</b>	152	142	144	174	166	171	133	118	132	182	192	162	1868	155,66

**Tab. n. 2 – Proiezione del fabbisogno infermieristico professionale  
relativamente al progetto del Distretto n. 5**

A	B	C	D	E	F	G	H
<b>DISTRETTI</b>	<b>Popolazione Totale</b>	<b>Pop.&gt;65</b>	<b>%Pop. &gt;65</b>	<b>4% &gt;65</b>	<b>IP 4%&gt;65/184</b>	<b>5%&gt;65</b>	<b>IP 5%&gt;65/184</b>
DSS n.1	62.137	9.901	15,90%	396,04	2,15	495,05	2,69
DSS n.2	78.183	10.727	13,70%	429,08	2,33	536,35	2,91
DSS n.3-4	200.436	33.681	16,80%	1347,2	7,32	1684,1	9,15
DSS n.5	61.919	10.515	17%	420,6	2,29	525,75	2,86
DSS n.6	96.414	13.748	14,20%	549,92	2,99	687,4	3,74
DSS n.7	80.298	14.040	17,50%	561,6	3,05	702	3,82
<b>Totale</b>	<b>579.367</b>	<b>92.612</b>	<b>16%</b>	<b>3704,5</b>	<b>20,13</b>	<b>4630,6</b>	<b>25,17</b>

**COLONNA**

- A: Distretti
- B: Popolazione residente
- C: Popolazione Anziana
- D: incidenza popolazione anziana su quella residente
- E: il 4% degli over 65 in trattamento
- F: Numero di I.P. utili relativamente alle percentuali.
- G: Percentuale degli over 65 ipoteticamente abbisognevola del servizio ADI
- H: Numero di I.P. utili per assistere il 5% degli over 65

Tabella n. 3

A	B	C	D	E	STANDARD		STANDARD	
DISTRETTI	Popolazione Totale	Pop.>65	%Pop. >65	4% >65	6ip/100.000	reale	9ip/100.000	reale
DSS n.1	62.137	9.901	15,90%	396,04	3,72	4	5,59	6
DSS n.2	78.183	10.727	13,70%	429,08	4,69	5	7,03	7
DSS n.3-4	200.436	33.681	16,80%	1347,2	12	12	18	18
DSS n.5	61.919	10.515	17%	420,6	3,7	4	5,57	6
DSS n.6	96.414	13.748	14,20%	549,92	5,78	6	8,6	9
DSS n.7	80.298	14.040	17,50%	561,6	4,81	5	7,22	7
Totale	579.367	92.612	16%	3704,5	34,7	36	52,01	53

Tabella n. 4

A	B	C	D	E	STANDARD		STANDARD	
DISTRETTI	Popolazione Totale	Pop.>65	%Pop. >65	4% >65	5tdr/100.000	reale	6tdr/100.000	reale
DSS n.1	62.137	9.901	15,90%	396,04	3,10	3	3,72	4
DSS n.2	78.183	10.727	13,70%	429,08	3,90	4	4,69	5
DSS n.3-4	200.436	33.681	16,80%	1347,2	10	10	12	12
DSS n.5	61.919	10.515	17%	420,6	3	3	3,71	4
DSS n.6	96.414	13.748	14,20%	549,92	4,8	5	5,78	6
DSS n.7	80.298	14.040	17,50%	561,6	4	4	4,81	5
Totale	579.367	92.612	16%	3704,5	28,8	29	34,71	36



**A.S.L. TA/1**



**FABBISOGNO PERSONALE SANITARIO NON MEDICO**

**(FABBISOGNO INFERMIERI)**

**CALCOLO IN RELAZIONE ALLA MEDIA DEI LIVELLI ASSISTENZIALI**

**DEFINIZIONE PARAMETRI**

- Livello 3 : n. 3 accessi settimanali - 1 Infermiere Professionale / 7-8 pazienti;
- Livello 2 : n. 2 accessi settimanali - 1 Infermiere Professionale / 14-14 pazienti;
- Livello 1 : n. 1 accesso quindicinale-mese
- Media : n. 2 accessi settimanali - 6-9 Infermieri Professionali / 100.000 abitanti

**NECESSITA' PER SINGOLO DISTRETTO**

Assicurando il 3° livello assistenziale allo 0,2% della popolazione e gli altri livelli sulla restante, ne consegue:

Distretto	n. 1	- n. 06 Infermieri Professionali;	
Distretto#	n. 2	- n. 06 Infermieri Professionali;	# per i Distretti 2 e 7 l'avvio
Distretti	n. 3-4	- n. 14 Infermieri Professionali;	dell'ADI avverrà
Distretto	n. 5	- n. 06 Infermieri Professionali;	successivamente in quanto
Distretto	n. 6	- n. 07 Infermieri Professionali;	non predisposta specifica
Distretto#	n. 7	- n. 06 Infermieri Professionali.	Programmazione di ambito.

---

**TOTALE - n. 45 Infermieri Professionali.**

(FABBISOGNO FISIOTERAPISTI PER SINGOLO DISTRETTO)

Distretto	n. 1	- n. 04 Fisioterapisti;
Distretto #	n. 2	- n. 05 Fisioterapisti;
Distretti	n. 3-4	- n. 12 Fisioterapisti;
Distretto	n. 5	- n. 04 Fisioterapisti;
Distretto	n. 6	- n. 06 Fisioterapisti;
Distretto #	n. 7	- n. 05 Fisioterapisti.

---

**TOTALE** - N. 36 FISIOTERAPISTI

(FABBISOGNO O.S.A.- sottoscritto con appositi accordi di programma dalla Direzione ASL TA/1)

Distretto	n. 1	- n. 05 O.S.A.
Distretto	n. 2	- n. 05 O.S.A.
Distretti	n. 3-4	- n. 10 O.S.A.
Distretto	n. 5	- n. 05 O.S.A.
Distretto	n. 6	- n. 05 O.S.A.
Distretto	n. 7	- n. 05 O.S.A.

Le procedure saranno svolte dai Comuni previo protocollo d'intesa con l'Azienda USL.  
E' stata predisposta la relativa deliberazione.

COSTO DEL PERSONALE PER ATTIVAZIONE A.D.I.						
DISTRETTI	INFERMIERI		FISIOTERAPISTI		OSA (50%)	
	N.	SPESA	N.	SPESA	N.	SPESA
<b>1</b>	6	221.562,00	4	147.708,00	5	58.475,00
<b>2</b>	6	221.562,00	5	184.635,00	5	58.475,00
<b>3</b>	7	258.489,00	6	221.562,00	5	58.475,00
<b>4</b>	7	258.489,00	6	221.562,00	5	58.475,00
<b>5</b>	6	221.562,00	4	147.708,00	5	58.475,00
<b>6</b>	7	258.489,00	6	221.562,00	5	58.475,00
<b>7</b>	6	221.562,00	5	184.635,00	5	58.475,00
	<b>45</b>	<b>1.661.715,00</b>	<b>36</b>	<b>1.329.372,00</b>	<b>35</b>	<b>409.325,00</b>

Cap. V

## **Gli strumenti operativi dell'Assistenza Domiciliare**

### **S.Va.M.A.**

#### **(Scheda di Valutazione Multidisciplinare dell'Adulto e dell'Anziano)**

Il percorso assistenziale individuato dalla Regione Puglia con la Legge n.19/06 prevede la definizione della natura del bisogno attraverso una valutazione multidisciplinare di salute e autonomia funzionale.

Tale valutazione è contemplata anche nel Regolamento di organizzazione e funzionamento delle RSA approvato con deliberazione di Giunta regionale n. 210 del 19 marzo 2002.

Si rende necessario, quindi, uno strumento di lavoro per l'accesso ai servizi di rete residenziali, semiresidenziali e domiciliari integrati utilizzabile dalle Unità di Valutazione distrettuali, inteso quale unico e completo strumento per la valutazione multidimensionale dell'adulto e dell'anziano.

Detto strumento è stato individuato, a cura dell'A.Re.S., nella scheda per la valutazione multidimensionale dell'adulto e dell'anziano (S.VA.M.A) che potrà essere applicata a tutti gli utenti, per i quali verrà richiesto l'accesso alla rete di Servizi.

La S.Va.M.A. si compone di tre ambiti:

una scheda di valutazione sanitaria

una scheda di valutazione cognitiva e funzionale

una scheda di valutazione sociale

La compilazione delle prime due risulta di competenza del medico, la terza di competenza dell'assistente sociale.

Tutte le schede di valutazione saranno oggetto di analisi, a cura dell'UVM, che provvederà a definire il programma di intervento personalizzato.



## **La Cartella Socio-Sanitaria Territoriale**

(Progetto)

Il progetto intende realizzare, attraverso il trasferimento dei dati raccolti in una cartella cartacea, la creazione di una data base unico che permette di intestare a ciascun cittadino una cartella socio sanitaria territoriale, alimentandola poi nel tempo con i dati inseriti da medici, infermieri, terapisti, assistenti sociali e dalle altre figure professionali che fanno parte del SSN. Tutti gli eventi relativi alla storia clinica di ciascuna persona comprese le prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale, saranno raccolte in un file elettronico, accessibile da parte degli operatori, che potranno intervenire sul paziente avendo piena consapevolezza del curriculum clinico e terapeutico. Il progetto deve definire ed implementare un sistema informatico che aiuti a programmare, gestire e valutare tutto il flusso informativo relativo alle attività che vengono svolte sul territorio. Una soluzione che consente non solo una più efficace azione medica ma anche una attenta gestione.

La cartella socio sanitaria territoriale rappresenta uno strumento necessario per seguire il percorso assistenziale della persona a garanzia della continuità assistenziale, della trasparenza e della tempestività d'intervento.

### **Finalità**

- Creare una rete territoriale informatica e relazionale sulle prestazioni erogate a ciascun singolo cittadino
- Mettere in rete tutti i servizi del territorio, in particolare quando si coniuga l'intervento sanitario con quello sociale;
- Fare in modo che ciascun operatore sappia se il destinatario del singolo intervento sia seguito da altri servizi e quali.
- Creare i presupposti e la necessità di raccogliere intorno al cittadino/paziente tutte le informazioni prodotte a livello territoriale.

### **Struttura**

L'utilizzo di tale strumento permetterà di organizzare le informazioni in modo da soddisfare bisogni diversi;

nella sua parte generale raccoglie le notizie di tipo anagrafico e anamnestico

Contiene:

a - cartella riabilitativa ex art. 26

b - cartella riabilitativa ex art. 25

c - cartella A. D. I. e cure domiciliari

d - cartella di riabilitazione psichiatrica

sono inoltre allegate:

scheda sociale

scheda ambulatorio infermieristico territoriale

scheda Servizio Emergenza Territoriale “118”

scheda di dimissione

scheda comunicazioni operatori /paziente – caregiver

scheda psicologica

Mira altresì ad aumentare sia il livello di qualità complessivo sia quello percepito dagli utenti; infatti migliorando la comunicazione fra gli operatori del territorio si possono offrire all'utente prestazioni integrate, il più possibile di qualità, semplici, veloci e pertinenti ai bisogni espressi e a quelli rilevati.



**REGIONE PUGLIA**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE TA/I**

MACROSTRUTTURA: .....

ARTICOLAZIONE INTERNA: ..... cod. ....

Codice fiscale: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome: ..... Nome: .....

Data di nascita: ..... Luogo di nascita: .....

Stato civile: .....

Residenza: ..... Comune: .....

Domicilio: Via ..... Comune: .....

Titolo di studio: .....

Esenzione ticket per patologia: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Esenzione ticket farmaceutica: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Invalidità civile: .....  Legge 18/80: .....  Legge 104/92: .....  
(%) (specificare)

Familiare referente: ..... N. tel: .....

Medico curante: ..... N. tel: .....

Care giver: ..... N. tel: .....



## **Dimissione Socio Sanitaria Protetta Dal Ricovero all'Assistenza Domiciliare**

### **Che cosa è la dimissione protetta?**

E' un meccanismo di tutela che si attiva quando il paziente ricoverato "a rischio di fragilità sociale", necessita di essere seguito a domicilio dall'Assistenza Domiciliare e/o utilizzi protesi o ausili. Devono essere programmate con il Medico di Medicina Generale e con i Servizi che se ne fanno carico.

### **A chi è rivolta?**

La dimissione protetta è rivolta alla persona "fragile".

E' questo un termine con cui si individuano le persone "a rischio" (in questo caso, per es., di nuove ospedalizzazioni) sia per le condizioni cliniche precarie che per la mancanza di un adeguato supporto di reti familiari, amicali o parentali che, a volte, per inadeguatezza socio economica.

### **Come si attiva la dimissione protetta?**

All'atto dell'ingresso in Ospedale è utile comunicare ai Medici ed agli operatori sanitari le difficoltà che si potrebbero avere al momento di raccogliere a domicilio la persona di cui ci si occupa, in riferimento anche a precedenti esperienze di dimissione avvenute in passato.

### **Quale procedura viene attivata?**

Durante la degenza in Ospedale vengono messe in atto una serie di valutazioni riguardanti i bisogni socio sanitari secondo la metodologia della U.V.M. e vengono attivate tutte quelle procedure per dare il massimo della tutela al momento della dimissione, coinvolgendo di volta in volta e dove necessario, tutti gli attori dell'assistenza territoriale come il MMG, il servizio infermieristico, l'UVM distrettuale

per una eventuale assistenza domiciliare integrata o per l'ingresso in struttura residenziale e/o semiresidenziale.

**Quali obiettivi si prefigge tale modalità di presa in carico?**

Ridurre i ricoveri inappropriati, cioè di persone che potrebbero trovare a domicilio le stesse garanzie di cura che in ospedale;

Ridurre l'ingresso in strutture residenziali (Case Protette ed R.S.A.);

Migliorare la qualità della vita dei pazienti e di chi presta loro le cure "caregiver.

## **PROTOCOLLO**

### **PER LE**

### **DIMISSIONI SOCIO-SANITARIE PROTETTE**

I pazienti che necessitano ancora di assistenza sanitaria, in dimissione dai vari reparti ospedalieri, devono essere trasferiti a domicilio, fatta salva diversa volontà dei pazienti e/o dei familiari.

#### **Finalità**

La dimissione protetta deve assicurare la continuità assistenziale fra Ospedale e Territorio consentendo o un parziale recupero di autonomia o, per i pazienti in fase terminale, una migliore qualità di vita residua.

Deve inoltre assicurare l'integrazione operativa fra i servizi territoriali ed ospedalieri nella presa in carico del paziente.

#### **Destinatari**

Pazienti ricoverati di qualsiasi età che, concluso l'iter diagnostico e terapeutico ospedaliero, hanno perso temporaneamente o stabilmente la loro autonomia e che richiedono interventi assistenziali sanitari complessi a medio o a lungo termine effettuabili a domicilio.

Hanno priorità di accesso, i pazienti con le seguenti patologie:

malattie cronico-degenerative  
malattie acute temporaneamente invalidanti  
malattie che richiedono nutrizioni artificiali  
malattie oncologiche in fase avanzata  
patologie che richiedono immediati interventi riabilitativi alla dimissione

### **Modalità Operative**

Il medico di Reparto ospedaliero, definita l'eleggibilità del paziente per la dimissione protetta, ne informa la famiglia valutandone la disponibilità ad accogliere il paziente a domicilio.

In caso positivo, contatta il Responsabile del Distretto S.S. di appartenenza del paziente per l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare.

Il Distretto S.S. dovrà essere informato almeno tre giorni lavorativi prima della prevista dimissione e questa non dovrà comunque avvenire nei giorni festivi o prefestivi.

La segnalazione del caso da parte del caposala o servizio sociale ospedaliero dovrà essere effettuata utilizzando l'apposita scheda di dimissione protetta.

Il Responsabile del Distretto dispone la valutazione che sarà effettuata dal referente dell'UVM sentito il parere del caposala ed del medico di reparto, per predisporre la presa in carico e concordare la tipologia assistenziale più congrua ai bisogni del paziente ( ADI, ADP, ADS, altro) .

Il responsabile del Distretto S.S., acquisita la suddetta valutazione, contatta il MMG perché attivi, attraverso la compilazione dell'apposita modulistica, la presa in carico del paziente.

Qualora dalla valutazione emergano bisogni complessi ed integrati tali da richiedere l'attivazione dell'ADI, il Responsabile del Distretto S.S., concordando con il MMG, disporrà la VMD (Valutazione Multi-Dimensionale) a domicilio

## **ISTRUZIONI SULLE “DIMISSIONI SOCIO SANITARIE PROTETTE”**

Verificare a quale Comune e quindi Distretto S.S. il paziente appartiene (annotare il nome del Medico di base) e che le sue condizioni cliniche richiedano ancora cure domiciliari dopo la dimissione ospedaliera.

Verificare insieme all'Assistente Sociale i requisiti socio-assistenziali:

- almeno un convivente deve essere disponibile a collaborare all'assistenza;
- le condizioni socio-ambientali devono essere adeguate alla prosecuzione delle cure a domicilio.

Inviare via fax il modulo di richiesta di Dimissioni Protette e telefonare al Responsabile del Distretto S.S. del paziente (per presentare il caso, precisare le esigenze assistenziali, prospettare una data di dimissione).

Il personale del Distretto S.S. di appartenenza deve:

- verificare la disponibilità del medico curante e di eventuali altre figure richieste,
- comunicare entro due giorni lavorativi giudizio di fattibilità al Personale Ospedaliero,
- accedere al Reparto di Degenza per valutare personalmente il caso,
- compilare la scheda finale di Dimissione Protetta congiuntamente ai medici di reparto,
- concordare la data di dimissione (l'eventuale trasporto del paziente a domicilio mediante ambulanza).

Nel caso di richiesta riabilitativa:

- il medico del reparto di degenza deve richiedere la visita fisiatrica con carattere d'urgenza,  
almeno 4 giorni prima della data prevista di Dimissione Protetta.

Il team riabilitativo ospedaliero redige un Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) che definisce il programma riabilitativo, il numero, la tipologia e la cadenza delle sedute

riabilitative, la prescrizione di ausili, le eventuali visite di controllo da programmare presso la Medicina Riabilitativa Ospedaliera.

Qualora il paziente non necessiti di cure riabilitative non verrà predisposto un P.R.I. e sarà cura del medico fisiatra precisare in cartella la non necessità o non idoneità del caso. L'équipe del reparto ospedaliero si impegna a redigere una lettera di dimissione esauriente con tutti i dati utili a facilitare la prosecuzione dell'assistenza domiciliare, specificando l'obiettività clinica alla dimissione, la presenza di problemi collaterali, la terapia in corso, i controlli previsti.

Per qualsiasi evenienza, darà disponibilità a pareri telefonici e visite di controllo e si farà inoltre carico della programmazione di eventuali altri accertamenti ambulatoriali o di un nuovo ricovero per quanto di competenza.

## RICHIESTA DI DIMISSIONE SOCIOSANITARIA PROTETTA

**REPARTO:** \_\_\_\_\_

Medico/i di Riferimento \_\_\_\_\_ Caposala \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

**DATI PAZIENTE:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_

residenza \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**DATI CONVIVENTE:**

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

**MEDICO DI MEDICINA GENERALE** \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TERAPIE**

**INDICARE:** \_\_\_\_\_

**Data presunta di dimissione:** \_\_\_\_\_

**DATA:** \_\_\_\_\_

Firma e timbro del medico di reparto:

\_\_\_\_\_

**SCHEDA DI DIMISSIONE SOCIO SANITARIA PROTETTA**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ RESIDENZA: \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

REPARTO DI RICOVERO \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

MEDICO DI BASE

DR. \_\_\_\_\_ INDIRIZZO \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

**SITUAZIONE FAMILIARE :**

STATO CIVILE \_\_\_\_\_

PARENTI- COABITANTI (specificare):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DISPONIBILI ALL' ASSISTENZA:

\_\_\_\_\_

**DIAGNOSI PRINCIPALE:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**ALTRE AFFEZIONI MORBOSE:**

---

---

**CONDIZIONI ATTUALI**

**MOTILITA' ATTIVA:**

integra \_\_\_\_\_ ridotta (specificare): \_\_\_\_\_

**MOTILITA' PASSIVA:**

libera \_\_\_\_\_ limitata (specificare): \_\_\_\_\_

**CONTROLLO SFINTERICO:**

normale      incontinenza / ritenzione      urinaria / fecale      catetere vescicale

**DECUBITI (specificare la sede):**

---

**CONDIZIONI PSICHICHE:**

normali \_\_\_\_\_ alterate

(specificare): \_\_\_\_\_

**COLLABORAZIONE:**      buona      media      scarsa

**INTERVENTI CHIRURGICI PRATICATI:**

---

**TERAPIA OSPEDALIERA**

---

**TERAPIA DA EFFETTUARE A DOMICILIO**

---

---

Informati circa le modalità con cui si svolgerà il programma assistenziale, consentono l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata

**IL MEDICO PROPONENTE:**

---

**L'ASSISTITO (o delegato se impossibilità a firmare)**

---

**DATA** \_\_\_\_\_

### **Sistema informativo socio-sanitario territoriale integrato**

L'informatizzazione dei dati relativi agli interventi domiciliari risponde alla necessità di:

- rendere disponibili in tempo reale le informazioni sulle caratteristiche dell'utenza che esprime un bisogno sanitario e sociosanitario, semplice o complesso;
- rendere disponibili in tempo reale le informazioni sulle scelte effettuate sul sistema dei servizi (presa in carico e di gestione dei percorsi di cura);
- consentire le verifiche di appropriatezza delle scelte effettuate rispondere alle eventuale debito formativo nei confronti di enti diversi soprattutto della Regione.

Fornisce inoltre informazioni utili:

- alla programmazione sanitaria e al monitoraggio dei profili di salute in funzione dei piani socio-sanitari locali,
- all'attività dei servizi
- per l'attività tecnico-amministrativa

La soluzione informatica risponde non solo al principio della unicità del punto di accesso ma anche al principio della centralità della persona e delle informazioni su di essa gestite, nel pieno rispetto della privacy poiché va intesa in relazione a diversi livelli di protezione e criteri personalizzati di consultazione del dato.

### **Consegna dei farmaci e degli ausili infermieristici a domicilio**

Per tutti i pazienti inseriti nell'ambito delle cure domiciliari la Legge Regionale n.25 "Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale", all'art. 18 include nelle forme di assistenza domiciliare la fornitura diretta e/o la somministrazione di farmaci e ausili infermieristici per il potenziamento dell'assistenza medica e infermieristica.

L'ASL TA/1 si impegna a promuovere un apposito protocollo d'intesa per assicurare il servizio ai pazienti in Assistenza Domiciliare in tutti i comuni del proprio territorio, coinvolgendo di volta in volta, istituzioni, enti locali, associazioni e soggetti giuridici accreditati, in continuità con quanto stabilito nel protocollo d'intesa del 21 maggio 2003 fra la Federfarma Taranto, l'Ordine dei Farmacisti di Taranto, la Croce Rossa Italiana (Comitato Provinciale di Taranto) e l'ASL TA/1, per la consegna dei farmaci a domicilio dei pazienti in Assistenza Domiciliare.

Tale servizio al momento è assicurato solo nei comuni di Taranto, Martina Franca, Grottaglie, Ginosa e Palagianò.

## **Telemonitoraggio e Telemedicina**

La telemedicina metodologicamente e tecnologicamente offre nuove opportunità di collegamento secondo "assi geografici" (interconnessi tra punti di cura diversi nel territorio);

L'ASL TA/1 nel rispetto di quanto previsto dal Piano Sanitario Nazionale 2006-08 *"...le iniziative volte a conservare e a promuovere le condizioni di salute fisica e psichica dei suoi componenti, in particolare i disabili, i cronici e gli anziani. Per queste persone va quanto più incentivata la permanenza al proprio domicilio..."* ha avviato nel corso di questo anno, un progetto sperimentale standardizzato per il Telemonitoraggio di venticinque pazienti affetti da patologie cardio-respiratorie croniche in trattamento domiciliare di:

- a. Ossigenoterapia a lungo termine
- b. Ventilazione meccanica (tracheostomica) e non invasiva (maschera nasale e facciale)

Per le motivazioni di cui sopra e per un miglioramento della qualità della vita del paziente, la razionalizzazione delle risorse economiche ed una riduzione della degenza

ospedaliera, è al vaglio la possibilità di assicurare questo tipo di servizio anche a pazienti con patologie neuromuscolari (per es. sclerosi laterale amiotrofica, distrofie muscolari)

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare, sfruttando le opportunità che tale tecnologia offre, l'ASL TA/1 si propone di attivare un programma di monitoraggio attraverso il quale è possibile valutare quotidianamente da parte del paziente i propri sintomi, per rilevare peggioramenti o eventuali riacutizzazioni e permettere, in caso di reale necessità, di ricorrere al medico tempestivamente.

Tale servizio rientra nella metodologia dell'assistenza domiciliare delle malattie respiratorie (**ADR**)

## **Esigenze di informatizzazione della rete ADI, Telemedicina**

In esecuzione alla Delibera di G.R. n. 2243 del 23.12.2002 l'A.S.L.TA/1 ha avviato le procedure aziendali per l'attivazione del Progetto di Ospedalizzazione Domiciliare. L'Ospedalizzazione Domiciliare è definita nel P.S.R. 2002 – 2004, come la modalità attraverso cui le strutture ospedaliere, in considerazione di specifiche valutazioni, seguono con il proprio personale, direttamente a domicilio, pazienti che necessitano di prestazioni di particolare complessità, tali da richiedere un processo assistenziale di livello ospedaliero.

L'Ospedalizzazione Domiciliare - O.D. - è quindi, l'effettuazione al domicilio del malato di interventi terapeutici erogati solitamente a pazienti in fase acuta: essa infatti caratterizzata da un processo di assistenza ad alta intensità e specializzazione, non erogabile dalle strutture territoriali. L'O.D. ricade, quindi, sotto la responsabilità gestionale delle Unità Operative di area medica individuate nei Presidi Ospedalieri che prendono in carica i pazienti.

A tale proposito sono state avviate le procedure comprensive dei criteri di accessibilità e l'immissione al servizio dei pazienti.

Le finalità promosse sono state essenzialmente:

- qualificare ed umanizzare dell'assistenza sanitaria;
- ridurre i tempi di ricovero ospedaliero;
- realizzare un modello di gestione dinamico posti letto ospedalieri, contribuendo ad elevare i livelli di assistenza in una logica di efficiente gestione del personale socio sanitario e di ottimizzazione dell'uso delle attrezzature.

## **Particolari tipologie di assistenza domiciliare**

### **Ospedalizzazione domiciliare**

In esecuzione alla Delibera di G.R. n. 2243 del 23.12.2002 l'A.S.L.TA/1 ha avviato le procedure aziendali per l'attivazione del Progetto di Ospedalizzazione Domiciliare, per il potenziamento dell'Assistenza Domiciliare.

L'Ospedalizzazione Domiciliare è definita nel P.S.R. 2002 – 2004, come la modalità attraverso cui le strutture ospedaliere, in considerazione di specifiche valutazioni, seguono con il proprio personale, direttamente a domicilio, pazienti che necessitano di prestazioni di particolare complessità, tali da richiedere un processo assistenziale di livello ospedaliero. L'Ospedalizzazione Domiciliare - O.D. - è quindi, l'effettuazione al domicilio del malato di interventi diagnostici e terapeutici erogati solitamente a pazienti in fase acuta: essa infatti caratterizzata da un processo di assistenza ad alta intensità e specializzazione, non erogabile dalle strutture territoriali. L'O.D. ricade, quindi, sotto la responsabilità gestionale delle Unità Operative di area medica individuate nei Presidi Ospedalieri che prendono in carica i pazienti.

A tale proposito sono state avviate le procedure comprensive dei criteri di accessibilità e l'immissione al servizio dei pazienti.

Le finalità promosse sono state essenzialmente:

- qualificare ed umanizzare dell'assistenza sanitaria;
- ridurre i tempi di ricovero ospedaliero;
- realizzare un modello di gestione dinamico posti letto ospedalieri, contribuendo ad elevare i livelli di assistenza in una logica di efficiente gestione del personale socio sanitario e di ottimizzazione dell'uso delle attrezzature.

## **Assistenza domiciliare per i pazienti affetti da immunodeficienza acquisita HIV**

L'ASL TA/1 si è attivata nel promuovere modalità assistenziali rispondenti alle esigenze dei malati di AIDS, assicurando un'assistenza sanitaria presso il proprio domicilio al fine di poter garantire un'assistenza globale al malato., su tutto il territorio di pertinenza.

L'assistenza extraospedaliera ai malati di AIDS, valutati al momento del ricovero, per i quali è predisposto un protocollo di accoglienza, ha visto nel tempo un miglioramento dell'integrazione multidisciplinare delle équipes assistenziali della S.C. di Malattie Infettive dello Stabilimento Ospedaliero "SS. Annunziata" per una cogestione con il privato sociale per le attività socio assistenziali.

Per terapie specifiche sono attivati sette posti letto di Ospedalizzazione domiciliare.

## **Assistenza domiciliare per i pazienti affetti da Alzheimer**

I servizi erogati a domicilio del paziente – assistenza domiciliare integrata, semiresidenziale, e/o residenziale rappresentano un elemento nella rete dell'assistenza all'anziano la cui attività può essere finalizzata all'assistenza del demente.

Questi servizi rappresentano un significativo momento di collaborazione tra azienda sanitaria, associazioni e familiari dei pazienti in condizione di totale o parziale dipendenza.

Il Centro Diurno è l'espressione di un percorso assistenziale di riconversione di precedenti prestazioni. L'ASL TA/1 si propone, a fronte dei bisogni assistenziali, di pianificare interventi di implementazione della rete dei servizi, in particolare di Centri Diurni Alzheimer assolutamente carenti in terra jonica. A fronte della complessità del manifestarsi della malattia (demenza - comorbilità) è necessario creare sinergie tra servizio, familiari e MMG. Avere la consapevolezza dei vincoli assistenziali della famiglia per evitare l'istituzionalizzazione dell'anziano e della mediazione sulle scelte assistenziali del paziente demente.



## **Assistenza domiciliare per i pazienti onco-ematologici**

Al fine di garantire la continuità assistenziale coordinata e continuativa tra Ospedale e Domicilio per sofferenti di tumore in fase avanzata o avanzatissima è stato realizzato un progetto di implementazione di un modello organizzativo dipartimentale che rappresenti un momento di integrazione e globalizzazione dell'intervento oncologico; in sintesi una struttura che deve rispondere alle problematiche emergenti nel paziente onco-ematologico clinicamente labile e /o non più destinato a guarire.

L'ANT (Fondazione Associazione Nazionale Tumori ) e l'AIL (Associazione Italiana Leucemie) in tale prospettiva diventano lo snodo strategico delle cure domiciliari all'interno della rete territoriale per la terapia di supporto e cure palliative costituito da :

- un gruppo distrettuale di terapia supportava oncologica
- Ospedale domiciliare oncologico e cure palliative
- Hospice;

Pertanto sarà importante il raccordo tra l'Unità Operativa Oncologica ed Ematologica complessa, MMG e Distretto Socio – Sanitario per la continuità gestionale ed erogativi di presidi o ausili, farmaci di competenza ospedaliera o territoriale, raccordo con le Case di Cura Accreditate, Case Protette ed RSA, Hospice e Terzo Settore.

Il modello di assistenza domiciliare, si pone come obiettivo principale il controllo del dolore o altri sintomi, con attenzione agli aspetti psicologici, offrendo un supporto alla famiglia che viene assistita nella fase del lutto.

Quando l'assistenza viene effettuata in modo continuativo, con modalità proprie di un reparto ospedaliero specializzato, si parla di Ospedalizzazione domiciliare.

L'Ospedalizzazione Domiciliare specialistica viene indirizzata a pazienti indipendentemente dal performance status. Il livello e l'intensità degli interventi vengono stabiliti volta per volta in base alle esigenze del paziente e della famiglia in accordo con il paziente stesso, la famiglia o il medico di famiglia e la struttura specialistica presso cui il paziente è seguito.

## Scheda del paziente con disagio sociale in emergenza

A seguito dell'adozione del progetto "Prevenzione e tutela anziani (emergenza caldo)" la cui finalità è il potenziamento dell'integrazione socio sanitaria attraverso lo sviluppo permanente di un modello organizzativo interistituzionale, è stata predisposta la creazione di una scheda di acquisizione del paziente con disagio sociale in emergenza, da acquisire alla cartella sociosanitaria territoriale, in linea con la mission del Sistema di Emergenza Territoriale, integrato alla rete dei servizi sul territorio.

Ravvisato che molti interventi attengono anche ai bisogni sociali, obiettivo specifico è quello di garantire la continuità assistenziale per i pazienti che vengono assistiti presso il proprio domicilio, residenza o semiresidenza (codici di rientro bianco o verde).

L'utilizzo permette :

- la riduzione ed il controllo degli accessi impropri al sistema di emergenza territoriale;
- la continuità assistenziale nei codici non critici;
- l'integrazione con i Dipartimenti Aziendali;
- il miglioramento dello standard assistenziale percepito dal cittadino.

Tale strumento operativo ha, inoltre, lo scopo di creare una comunicazione efficace interistituzionale all'interno di un modello a rete assistenziale dei servizi.

La Centrale Operativa 118 accoglie le segnalazioni specifiche, contrassegnate con il codice di riferimento **S.** dei pazienti che richiedono un supporto socio assistenziale e di protezione sociale e le invia via fax. presso la S.C. Servizio Socio Sanitario della Direzione Sanitaria Aziendale.

Le registrazioni anagrafate dei singoli casi saranno trasmesse ai Distretti Socio Sanitari e, per loro tramite, ai MMG e alle relative Unità di Valutazione Multidimensionali.

Tale modello si dimostra efficiente attraverso l'implementazione della rete telematica aziendale in fase di realizzazione.

## **Principali riferimenti normativi**

- Progetto Obiettivo “Tutela della salute degli anziani” 1991/1995 G.U. Supp. Ord. N. 8 del 12.01.95
- Piano Sanitario Nazionale 2003 – 2005 “Obiettivi strategici e generali di salute”
- Legge n. 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”
- DPCM 29.11.2001 “L.E.A.”
- L.R. n. 17 del 25.08.2003 “Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali in Puglia”
- Piano Regionale delle Politiche Sociali in Attuazione della L.R. n. 17/03
- L.R. n. 19 del 10 luglio 2006 “Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini di Puglia”.
- L.R. n. 25 del 3.08.2006 “Principi e organizzazione del Servizio Sanitario Regionale”.
- L.R. n. 26/2006 “Interventi in materia sanitaria”.
- D.G.R. n. 2243 del 23.12.2002