



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
ASL 7 Carbonia

Deliberazione n° 633/C

Adottata dal Commissario Straordinario in data 29 APR 2015

**OGGETTO:** Approvazione Progetto di continuità assistenziale “Proroga ed implementazione delle cure domiciliari ad alta intensità assistenziale verso l’istituzione delle UU.OO. di cure palliative e terapia antalgica ed il completamento della rete con l’apertura dell’Hospice”

SU proposta del Direttore Socio Sanitario e del Direttore dei Servizi Professioni Sanitarie, i quali:

**PREMESSO CHE** con delibere n° 753 del 08 luglio 2009 e n°1483/C del 29/11/2010 veniva approvato il progetto denominato” Continuità assistenziale: Riprogettazione delle cure domiciliari negli interventi ad alta intensità assistenziale;

con delibera n° 1484/C del 29/11/2010 veniva approvato il bando per le attività infermieristiche per le Unità Operative ADI Distrettuali e con delibera n.1485/C del 29/11/2010 veniva approvato il bando per Consulenze e attività Medico Specialistiche per le Cure Domiciliari Distrettuali;

con delibera n° 112/C del 27/01/2011 veniva istituito e pubblicato l’Albo dei Dirigenti Medici per attività domiciliari e con delibera n° 138/C del 04/02/2011 venivano approvati gli atti della selezione interna per le attività infermieristiche per le unità operative ADI Distrettuali;

con delibera n° 161 del 31.01.2012 veniva disposta la proroga del Progetto di continuità assistenziale per l’anno 2012;

con delibera n° 465 del 14/03/2013 veniva disposta la proroga del Progetto di continuità assistenziale per l’anno 2013;

con delibera n° 479 del 24/03/2014 veniva disposta la proroga del Progetto di continuità assistenziale per l’anno 2014;

**CONSIDERATO** che si ritiene necessario garantire anche per l’anno 2015 il Servizio Cure Domiciliari per l’assistenza a domicilio di pazienti con patologie e bisogni di alta intensità assistenziale (area critica dell’ADI);

**DATO ATTO** che per la gestione del Servizio di cui sopra occorre redigere un Progetto finalizzato al reperimento di Personale Infermieristico e di Dirigenti Medici Specialisti per le Unità Operative ADI Distrettuali destinate a interventi per pazienti nell’area critica del 3° livello assistenziale dell’ADI e per la gestione specialistica di pazienti ricoverati in Residenze Sanitarie del Territorio;

**DATO ATTO**

altresi che il Progetto predisposto prevede tre diverse fasi di attuazione di cui:

- 1) Proroga delle attività assistenziali attualmente in essere sino al 31/05/2015;
- 2) Avviare la fase di transizione con gestione mista con personale a tempo pieno ed esclusivo e, qualora si rendesse necessario assicurare i fabbisogni residui, si garantiranno le prestazioni aggiuntive negoziate con personale medico ed infermieristico già formato ed esperto; nel contempo si dovranno definire le dotazioni organiche medico ed infermieristiche necessarie per la costituzione dell'Unità Operativa dedicata; tale fase dovrà essere ultimata entro settembre 2015;
- 3) Completamento della rete delle cure palliative e della terapia del dolore domiciliari e residenziali con l'apertura dell'Hospice; quest'ultima fase dovrà completarsi entro aprile 2016

**RICHIAMATI**

i seguenti documenti:

- La Delibera della Giunta Regionale n° 51/49 del 20/12/2006 con la quale si tracciavano le Direttive Regionali per la riqualificazione delle Cure Domiciliari;
- Il Programma Regionale nel Quadro Strategico Nazionale (QSN) per le politiche regionali 2007/2013 nel settore delle Cure Domiciliari Integrate;
- La Delibera della Giunta Regionale n° 15/24 del 13 aprile 2010 relativa alle linee guida sul funzionamento del PUA nel processo delle cure domiciliari;
- La Delibera della Giunta Regionale n° 47/25 del 30/12/2010 relativa al potenziamento del Sistema dell'Assistenza Domiciliare Integrata;
- La Relazione della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA "nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio;
- La Delibera della Giunta Regionale n° 51/12 del 28/12/2012 relativa all'assegnazione del finanziamento a favore delle Aziende Sanitarie per gli interventi finalizzati allo sviluppo del sistema dell'ADI;
- La Delibera della Giunta Regionale n. 53/60 del 20/12/2013 relativa all'assegnazione del finanziamento a favore delle Aziende Sanitarie Locali per gli interventi finalizzati allo sviluppo dell'Assistenza Domiciliare Integrata;
- La Delibera della Giunta Regionale n. 49/11 del 09/12/2014 relativa all'assegnazione del finanziamento a favore delle Aziende Sanitarie Locali per gli interventi finalizzati allo sviluppo dell'Assistenza Domiciliare Integrata - ripartizione del fondo per l'anno 2014, che prevede per questa Azienda, al raggiungimento degli obiettivi, un finanziamento pari a €. 568.527,11;

**CONSIDERATO**

che l'attività prevista dal progetto di cui trattasi consente:

- a) il mantenimento al proprio domicilio di pazienti di area critica affetti da gravi patologiche che necessitano di interventi specialistici e del controllo delle apparecchiature complesse (Ventilazione meccanica, Terapia Antalgica);
- b) il completamento della rete delle cure palliative e della terapia antalgica con l'istituzione dell'Unità Operativa dedicata e l'apertura dell'Hospice;

**DATO ATTO** che nel progetto in questione sono comprese le attività di gestione Medico Specialistica per almeno n° 200 pazienti con patologia di tipo neoplastica terminale per la gestione delle cure palliative e dei trattamenti complessi (gestione NPT, pompe elastomeriche, microinfusori per nutrizione, ecc..) e di almeno n° 1427 accessi medico specialistici dedicati;

**PRESO ATTO** che quest'Azienda intende implementare il sistema delle cure domiciliari dedicato alle persone che necessitano di cure di alto livello assistenziale assicurando la qualità e la sicurezza delle cure domiciliari; il tutto attuando quei provvedimenti necessari per il passaggio dalla fase progettuale a quella di stabilizzazione delle attività dei Servizi con l'istituzione dell'Unità Operativa dedicata e l'apertura dell'Hospice;

**RITENUTO** per quanto sopra esplicitato di dover procedere all'approvazione del Progetto di continuità assistenziale "Proroga ed implementazione delle cure domiciliari ad alta intensità assistenziale verso l'istituzione delle UU.OO. di cure palliative e terapia antalgica ed il completamento della rete con l'apertura dell'Hospice", che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

### **PROPONGONO**

Per quanto sino esposto di approvare il Progetto di continuità assistenziale "Proroga ed implementazione delle cure domiciliari ad alta intensità assistenziale verso l'istituzione delle UU.OO. di cure palliative e terapia antalgica ed il completamento della rete con l'apertura dell'Hospice", che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

### **IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

**VISTA** l'istruttoria da parte del Direttore Socio Sanitario e del Direttore dei Servizi Professioni Sanitarie;

**ACQUISITO** il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

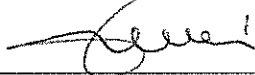
### **DELIBERA**

Per i motivi espressi in premessa:

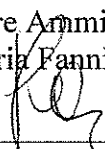
- Di approvare il Progetto di continuità assistenziale "Proroga ed implementazione delle cure domiciliari ad alta intensità assistenziale verso l'istituzione delle UU.OO. di cure palliative e terapia antalgica ed il completamento della rete con l'apertura dell'Hospice" per l'anno 2015, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;
- Di dare incarico alla Direzione Socio Sanitaria in collaborazione con la direzione delle Professioni Sanitarie, del coordinamento e dell'attuazione di tutte le attività atte alla realizzazione del Progetto per le cure Domiciliari;

- Di dare mandato alla Direzione Sanitaria Aziendale di procedere all'invio del presente atto alla Regione Autonoma della Sardegna, così come richiesto dalla Delibera Regionale 49/11 del 09.12.2014;
- Di dare mandato alla Direzione Sanitaria in collaborazione con la Direzione Socio Sanitaria e la Direzione delle Professioni Sanitarie di mettere in atto le attività ed i provvedimenti necessari per il superamento della fase progettuale verso l'attivazione di Servizi di integrazione Ospedale Territorio atti a garantire la continuità assistenziale;
- Di dare atto che la spesa annua complessiva comportata dal presente provvedimento è quantificata in € 722.809,98;
- Di dare atto che alla spesa si farà fronte attraverso il finanziamento regionale che verrà riconosciuto al raggiungimento degli obiettivi ed è pari a €. 568.527,11 e attraverso fondi propri dell'Azienda;
- Di movimentare la spesa sui seguenti Codici:
  - €. 467.666,66 sul codice 0509010305 dell'esercizio di competenza "altri costi del personale del ruolo sanitario comparto"
  - €. 192.499,99 sul codice 0509010105 dell'esercizio di competenza "altri costi del personale ruolo sanitario – dirigenza Medica e Veterinaria";
  - €. 61.383,33 sul codice 0509010105 dell'esercizio di competenza "altri costi del personale ruolo sanitario – dirigenza Medica e Veterinaria";
  - €. 1.260,00 sul codice 0509010305 dell'esercizio di competenza "altri costi del personale del ruolo sanitario comparto"

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
Dr. Antonio ONNIS



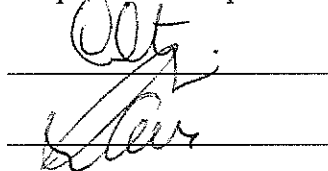
Il Direttore Amministrativo  
D.ssa Maria Fanni PITTAU




Il Direttore Sanitario  
Dott. Silvio MAGGETTI



Resp.li Serv. Proponenti





REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
Asl n° 7 Carbonia

Il Responsabile del Servizio Affari Generali,

Attesta che la deliberazione  
n. 688/C del 29 APR 2015  
è stata pubblicata

nell'Albo pretorio dell'Azienda USL n. 7  
a partire dal - 7 MAG 2015

Resterà a disposizione per la consultazione nella sezione  
Archivio Deliberazioni del sito [www.aslcarbonia.it](http://www.aslcarbonia.it)

Servizio Affari Generali



*Parla*



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
ASL Carbonia

**Progetto di continuità assistenziale: Proroga ed implementazione delle cure domiciliari ad alta intensità assistenziale – verso l'istituzione delle UU.OO di Cure palliative e terapia antalgica ed il completamento della rete con l'apertura dell'Hospice.**

Data	Redazione	Verifica	Approvazione
14.02.2015	Antonello Murgia, Mauro Carta, Simonetta Concas	Aldo Atzori, Antonello Cuccuru	Silvio Maggetti

Valenza documentale	Aziendale	P.O./Distretto	Dipartimento	Unità Operativa
	x			

Livello di diffusione	Portale aziendale	Lista di presa visione distribuzione	Riunioni
	x		

Storia del documento	Data	N Rev.	Tipo di revisione
	06.05.15	0.0.	Prima emissione

## INDICE

1	PREMESSA	3
2	OBIETTIVI GENERALI	3
2.1.	Principali attività assicurate	4
3	LE FASI PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	4
4	CARATTERISTICHE DEL PROGETTO DI IMPLEMENTAZIONE	4
4.1	Presenza in carico	4
4.2	Percorso Assistenziale e Organizzazione	5
4.3	Attivazione del PAI	6
4.3.1	Definizione delle fasi di intervento	6
4.4	Contratto con la famiglia	6
4.5	Verifica del Piano Assistenziale	6
4.5.1	Verifica e controllo delle attività ai fini della liquidazione delle competenze	6
4.5.2	Procedure di controllo e modulistica	7
5	DESTINATARI DEGLI INTERVENTI	8
5.1	Tipologia di intervento	8
5.2	Modalità operative per il passaggio alla fase 2 del progetto	8
6	MODALITA' OPERATIVE PER IL PASSAGGIO ALLA FASE 2 DEL PROGETTO	9
6.1	Analisi del fabbisogno di risorse ADI III livello	10
7	CONDIZIONI PREVISTE NELLA PROGETTAZIONE	13
7.1	Start progetto	13
7.2	Inserimento di nuovo personale medico ed infermieristico	13
7.3	Compiti del Coordinatore infermieristico	13
7.4	Compiti dell'operatore Amministrativo dell'ADI	14
7.5	Clausole da rispettare	14
7.6	Modalità di verifica e controllo	15
8	DURATA DEL PROGETTO	15
9	RIFERIMENTI NORMATIVI	15

## **1. 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.

Tale attività, si è resa possibile, grazie alla 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 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 .

Il carico assistenziale complessivo è andato progressivamente incrementandosi in relazione al buon livello dell'assistenza assicurata dagli operatori e all'impatto positivo che tale modalità di cura ha assunto anche nella percezione e nelle attese dei pazienti e delle loro famiglie.

In tale contesto, anche alla luce delle indicazioni normative in materia di ADI di 3° livello e della necessità di assicurare i migliori livelli di sicurezza per i pazienti e per gli operatori nel rispetto delle previsioni dei contratti collettivi di lavoro, si pone l'esigenza di procedere alla costituzione di un team di professionisti specificamente deputato alla conduzione delle attività specifiche, anche prevedendo la sua inclusione in un sistema più complesso che preveda la gestione dell'hospice e delle attività di terapia del dolore.

Si ipotizza, pertanto, il progressivo passaggio dalle modalità organizzative e operative sin qui attivate ad una gestione basata sulla costituzione di una struttura organizzativa con personale dedicato e deputata alle funzioni di cui trattasi.

## **2. Obiettivi generali**

Rafforzare gli interventi nell'assistenza di pazienti inseriti nel 3° livello 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.

Modificare e adattare progressivamente gli attuali assetti organizzativi con un nuovo modello assistenziale basato sulla creazione di una rete comprendente l'ADI, l'istituendo U.O. di Cure palliative e terapia del dolore e l'Hospice; passando pertanto da un sistema basato sulla erogazione di prestazioni in regime progettuale ad un sistema integrato centrato sui bisogni dell'assistito e le esigenze delle famiglie.



## **2.1. Principali attività assicurate**

- assistenza a pazienti con condizioni trattabili a domicilio migliorando la qualità di vita residua degli stessi;
- sostegno alla famiglia, trasmettendo le eventuali competenze necessarie per l'autonomia d'intervento;
- facilitazione nell'erogazione dei presidi e degli ausili.

## **3 Le fasi per il raggiungimento degli obiettivi.**

Il passaggio dalla gestione organizzativa attuale alla ipotesi definita nel presente progetto necessita di una articolazione in fasi che possono essere schematicamente articolate come segue:

- 1) Proroga del progetto in essere di cui alla delibera Aziendale n.479 del 24.03.2014 fino al 30 maggio 2015;
- 2) Avvio della fase di transizione con gestione "mista" con personale a tempo pieno ed esclusivo, individuato, prioritariamente, sulla base di avviso interno di disponibilità, e integrazione dei fabbisogni eventualmente residui con prestazioni aggiuntive negoziate con il personale medico e infermieristico già formato ed esperto. Fase da completare entro giugno 2015;
- 3) Definizione delle dotazioni organiche mediche e infermieristiche necessarie per la costituzione del team dedicato alle attività dell'ADI di 3° livello e completamento del percorso di arruolamento degli operatori. Implementazione del progetto con riorganizzazione delle cure e attuazione degli interventi che portino alla istituzione dell'U.O. di Cure palliative e terapia antalgica. Completamento previsto: settembre 2015;
- 4) Completamento della rete delle cure palliative e della terapia del dolore, domiciliari e residenziali con l'apertura dell'Hospice (30 Aprile 2016).

## **4 Caratteristiche del Progetto di Implementazione**

Il passaggio dall'attuale modello organizzativo alla riorganizzazione prevede le seguenti variazioni che riguardano il personale dedicato, la formazione specifica, l'individuazione degli organici; Il modello assistenziale è quello basato sulla presa in carico dell'assistito così come descritto nei seguenti paragrafi.

### **4.1. 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, che abbiano maturato esperienza nell'ambito delle unità operative ad alta intensità di cura (Anestesia-Rianimazione-Cardiologia/UTIC-Stroke Unit- Oncologia-Emergenza-urgenza), o che siano stati adeguatamente formati per gli interventi nel tipo di cure erogate.

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

La presa in carico è uno dei momenti più delicati del sistema, giacché vi è la stretta collaborazione tra il

personale assegnato ai servizi della rete (ADI, UU.OO di Rianimazione; Servizio farmaceutico Territoriale) e il personale Medico specialistico e infermieristico che presta la propria opera nella progettazione. La collaborazione tra questi soggetti della rete diventa pertanto fondamentale per il funzionamento dell'assistenza.

## 4.2 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 può 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 della fig. 1

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 dell'Ufficio di Programmazione e Gestione del PLUS.

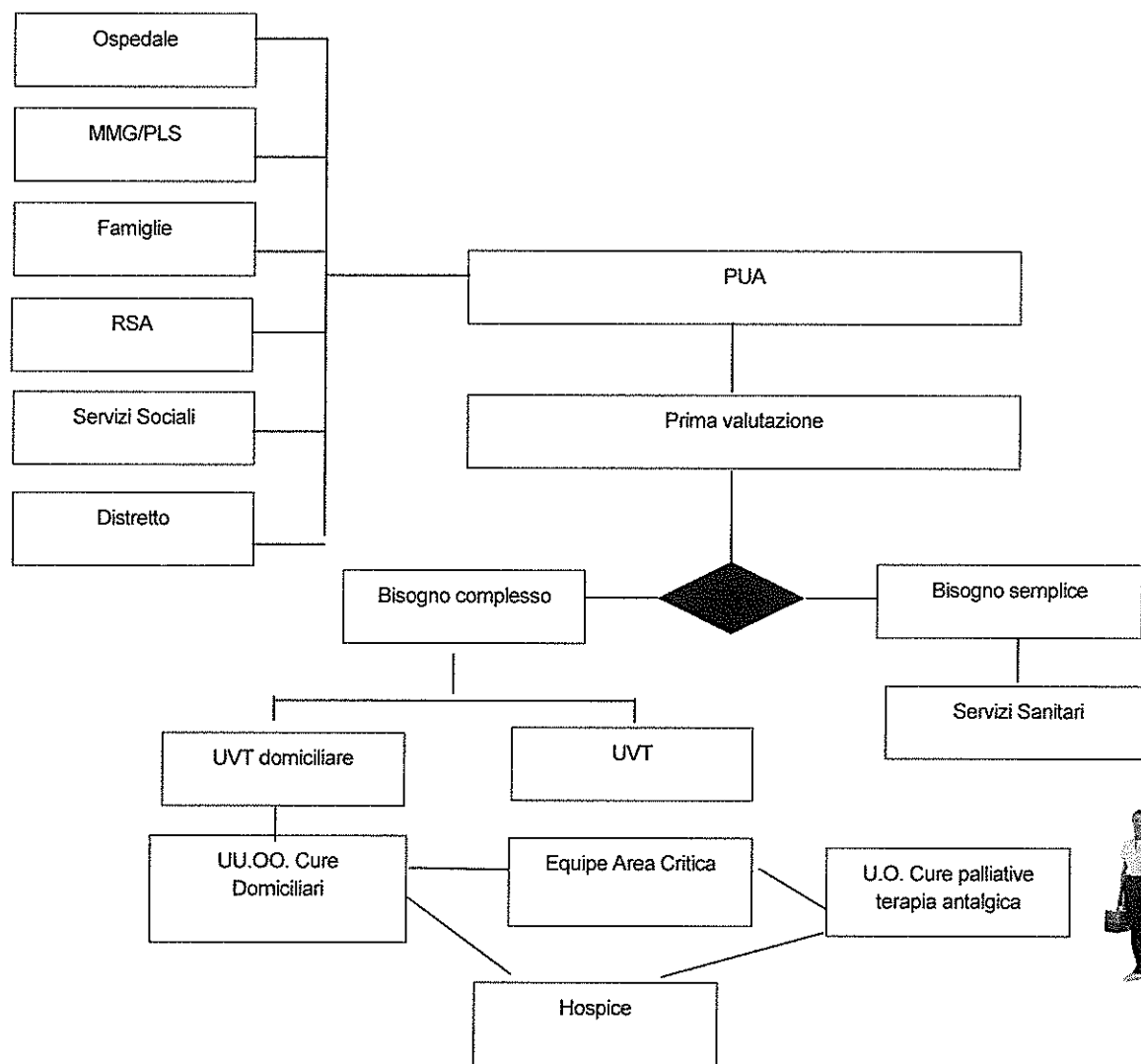


Fig.1

### **4.3. 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.

#### **4.3.1. 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 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.

### **4.4. 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).

### **4.5. Verifica del Piano Assistenziale:**

La verifica ed il controllo degli interventi infermieristici, avverranno a carico del Coordinatore infermieristico dell'UU.OO. ADI di riferimento, mentre gli interventi degli specialisti saranno a carico dei Medici di ciascuna Unità Operativa del Distretto e del Responsabile Medico del progetto.

- Responsabile del coordinamento delle attività = Responsabile del Progetto;
- Responsabile organizzativo del PAI: Dirigente Medico dell'Unità Operativa dell'ADI (Cure Domiciliari);
- Responsabile clinico: MMG/PLS del paziente/ Specialista di riferimento;
- Responsabile degli interventi specifici: Medico Specialista/Coordinatore Infermieristico di UU. OO. Di Rianimazione del Distretto di riferimento;

#### **4.5.1. Verifica e controllo delle attività ai fini della liquidazione delle competenze**

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.).

#### 4.5.2. Procedure di controllo e modulistica

Sono state definite le procedure di verifica e controllo (sanitaria e amministrativa) e la nuova modulistica che faranno parte di un successivo atto deliberativo.

### Operatori dell'assistenza in area critica

*tipologia degli interventi da garantire agli assistiti*

**Tabella 1** : Descrive la tipologia di intervento in area critica

Profilo professionale	Disciplina	Carico assistenziale
<b>MEDICO</b>	Specialisti in anestesia e rianimazione con curriculum di attività in aree di intervento critico.	4 ore al mese per paziente (*)
	Specialista in trattamento del dolore con curriculum specifico in anestesia e rianimazione e /o oncologia clinica.	4 ore al mese per paziente (*)
	Consulenze Medico Specialistiche (Oncologo, Neurologo, Fisiatra, Chirurgo, etc. )	Carico assistenziale come da PAI
<b>Infermieristico</b>	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 competenza specifica	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 (**)
	Coordinatore : responsabile Unità Operativa ADI	

(\*) Il numero delle ore 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 medici , dovranno sempre garantire la stabilità e il mantenimento a domicilio dei rispettivi pazienti.

(\*\*) 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 riabilitativi e 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.

## 5. 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 (terapie del dolore e gestione CVC).

La tipologia del paziente attualmente assistiti dal Servizio di cure domiciliari aziendale (ADI) è rappresentata nella tabella n 2, dalla quale si evince che le patologie neoplastiche e quelle neurologiche rappresentano complessivamente il 36%.

<b>Patologia</b>	<b>Percentuale</b>
Demenza	26%
Osteoarticolare	7,5%
Epatopatie	3%
Neoplasie	23%
Patologie Neurologiche	13%
Patologie respiratorie	4,5
Vasculopatie	6,5%
Vasculopatie cerebrali	5%
Altre patologie	11,5%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>

Tab. n 2

La tabella n. 3 illustra invece, la situazione degli assistiti inseriti nell'ADI di III livello ad alta intensità assistenziale -Area Critica-, suddivisi per diagnosi e frequenza dei casi nei due diversi Distretti.

<b>Diagnosi</b>	<b>Frequenza Distretto di Iglesias</b>	<b>Frequenza Distretto di Carbonia</b>	<b>TOTALE</b>
Malattie Neurologiche	16	19	35
Malattie Respiratorie	3	9	12
Tumori cachessia	30	47	77
Altre patologie	2	9	11
<b>N. pazienti Area Critica</b>	<b>51</b>	<b>84</b>	<b>135</b>
<b>Di cui N. pazienti in VMA</b>	<b>15</b>	<b>27</b>	<b>42</b>

Tab n 3

### 5.1. 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;

Prestazioni complesse Medico /Infermieristiche;

Consulenza Medico Specialistica

Prestazioni semplici: Infermieristiche, riabilitative, assistenziali

## **5.2. Tipologia di assistito**

### **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.

### **Assistito 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.

### **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;

## **6. Modalità operative per il passaggio alla fase 2 del progetto**

Negli interventi sui pazienti inseriti nell'Area critica del 3° livello assistenziale dell'ADI, che necessitano di assistenza su apparecchiature complesse (Ventilazione meccanica invasiva), fino ad oggi ci si è avvalsi del contributo degli operatori Infermieristici e dei dirigenti medici delle UU.OO. 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 degli assistiti, di concerto con i medici di riferimento, elaborando eventuali strategie terapeutiche e avvalendosi di una "Second Opinion" del Direttore della struttura complessa medesima).

Al fine di garantire la presa in carico degli attuali assistiti, nel rispetto della normativa contrattuale, si è ritenuto indispensabile aumentare il numero degli infermieri dedicati con ricorso a ulteriore personale, proveniente da altre UU.OO. debitamente formato, come da Delibera Aziendale n.168 del 04/02/2014;

L'implementazione del nuovo modello organizzativo prevede una prima fase di reclutamento del personale da attribuire all'UO di Cure palliative e terapie del dolore domiciliari in cui il sistema contemplerà una fase mista con infermieri dedicati e infermieri in prestazioni aggiuntive per arrivare, a regime, ad un servizio autonomo con personale medico e infermieristico dedicato che potrà usufruire anche di eventuali prestazioni aggiuntive, al fine di assicurare l'attività assistenziale, 7 giorni su 7, anche

---

in caso di assenze improvvise del personale.

## 6.1. Analisi del fabbisogno di risorse ADI di III livello

Nel corso dell'anno 2014, al fine di assicurare la presa in carico di n. 260 pazienti e 2600 accessi specialistici, in ottemperanza agli indicatori richiesti dalla RAS, come meglio illustrato nelle tab n., e n. si è fatto ricorso esclusivamente a personale medico e infermieristico in prestazioni aggiuntive. Il 23% dei pazienti presi in carico nel 2014 è assistito in ADI per patologie neoplastiche, ed il 13% per malattie neurologiche gravi (circa 290 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.

*Pazienti totali = n. 260 annui (Si intende la somma degli assistiti in Area Critica con gli Assistiti in 3° livello con patologie terminali)*

*Accessi specialistici = n. 2600 annui (Si intende gli accessi dedicati al 3° livello assistenziale totali)*

Tab. 4 Attività ADI 2014

**200 annui** (N° pazienti over 65 potenzialmente beneficiari di cure dedicate.)

**1.427 annui** (N° accessi specialistici sugli over 65 potenzialmente beneficiari di cure dedicate)

Tab. 5 Indicatori regionali di risultato di Progetto per il 2015

La definizione delle risorse umane mediche e infermieristiche necessarie, da attribuire all'UO Cure Domiciliari e Palliative, dovrà tener conto del *setting* assistenziale in termini di peso del case mix (*valore della Giornata Effettiva di Assistenza*), di durata del percorso di cura, di impegno assistenziale (*intensità dell'assistenza ovvero frequenza degli accessi*).

### Costi del Progetto

#### Costo fase 1)

Il progetto attualmente in essere di cui alla Del. Az. 479 del 24.3.2014 si intende prorogato fino al 31.05.2015, i costi presunti per 5 mesi di attività sono i seguenti.

Figura professionale	Spesa presunta
Dirigenza medica (presa in carico)	77.083,33 €
Consulenze Medico Specialistiche	26.383,33 €
Attività infermieristiche	179.166,66 €
Attività Amministrative	700,00 €
<b>Costo Totale (x 5 mesi di attività)</b>	<b>283.333,32 €</b>

Tab. 6

#### Costo fase 2)

Questa fase, prevista dal 1 giugno al 30 settembre 2015, è caratterizzata da un periodo transitorio di attività che in parte dovranno essere svolte in regime di prestazioni extra orario, ed in parte con personale dedicato, via via che questo verrà arruolato per andare ad istituire l'U.O. Specifica.



I costi presunti calcolati sulla base di attività rese in termine di ore , al fine di adattare l'organizzazione ad un sistema orario come da U.O. Specifica, sono quelli di seguito illustrati:

<b>Dirigenza Medica</b>	
<b>Dati</b>	<b>Spesa presunta</b>
Presa in carico (almeno 4 h ore al mese)	€. 66.666,66
Consulenze Medico Specialistiche (60 euro/ per paziente )	€20.000,00
<b>Costo Totale (x 4 mesi di attività)</b>	<b>€86.666,66</b>

Tab. 7

Ad ogni operatore Medico specialista verrà corrisposto l'equivalente mensile nel caso di un impegno orario corrispondente ad almeno 4 h medi mensili (calcolati sull'annualità), nel caso questo valore non fosse maturato verrà corrisposto l'equivalente in accessi come per le consulenze, il valore economico per ogni singola presa in carico è definito nel seguente schema:

<b>Tipologia di assistito</b>	<b>Dirigenza Medica</b>	
	<b>Valore economico per ogni singola presa in carico (onnicomprensivo)</b>	
In VMA	6 ore al mese per paziente	€ 360,00 per mese
Non in VMA	4 ore al mese per paziente	€ 240,00 per mese
Terminali	6 ore al mese per paziente	€ 360,00 per mese
*Interventi in RSA	€ 90,00 ad accesso onnicomprensivo	

Tab. 8

\* Gli interventi in RSA non possono avere carattere d'urgenza, ma devono esser programmati, e nella fattispecie saranno mirati al setting del ventilatore automatico, ai cambi delle cannule tracheostomiche e al cambio delle sonde PEG; non vi sarà alcuna responsabilità nella cura e nella gestione clinica giornaliera dei pazienti ivi ricoverati.

L'assistenza dei pazienti nell'isola di Carloforte comporterà, per i medici, una remunerazione unica, senza variazioni nella tipologia dell'assistenza, con valore di € 360,00 per mese (per almeno 4 h di assistenza), onnicomprensivo.

Per quanto concerne i costi del personale infermieristico, è stata ipotizzata una tariffa oraria onnicomprensiva che consenta al sistema sanitario di assicurare ai propri assistiti ciò di cui hanno bisogno, per il tempo necessario ad un livello qualitativo garantito e disincentivando l'erogatore dal moltiplicare prestazioni aggiuntive e improprie, quantificando ex ante le risorse necessarie per il periodo di presa in carico.

Tab 9

<b>Infermieri</b>	
<i>Carbonia - Iglesias</i>	
35 euro/h onnicomprensivo (6.000,00 ore )	€ 210.000,00
<b>Costo Totale</b>	<b>€ 210.000,00</b>

I costi per le attività amministrative restano invariati , fino ad assegnazione del personale amministrativo previsto per l'U.O. ADI aziendale. 140 euro al mese .

<b>Costi totali del progetto fase 1 + fase 2</b>		
<i>Dirigenza medica (presa in carico)</i>	77.083,33 +66.666,66	€143.749,99
<i>Dirigenza Medica (consulenza)</i>	26.383,33 + 20.000,00	€ 46.383,33
<i>Infermieri</i>	179.166,66 + 210.000,00	€ 389.166,66
<i>Amministrativo per attività si segreteria 140 mensili</i>	1260,00	€1260,00
<b>Costo totale presunto</b>		<b>€ 580.559,98</b>

Tab. 10

### **Costo fase 3)**

In questa fase, verrà arruolato progressivamente il personale medico -infermieristico che andrà a costituire l'U.O. Dedicata . I costi presunti sono calcolati su una dotazione organica standard che possa soddisfare i bisogni assistenziali esistenti nel territorio della ASL in riferimento ai dati storici e al trend di arruolamento dei nuovi assistiti. I costi derivati, andranno ad essere compensati sostituendo le attività in extra orario con quelle dedicate prestate dagli operatori in attività di servizio. Le eventuali attività che non venissero, in questa fase assorbite dall'U.O. , saranno remunerate con le modalità previste nella fase 2 del progetto. Queste attività dovranno essere svolte prioritariamente dal personale dell' U.O. Istituenta.

<b>Dirigenza Medica</b>	
<b>Dati</b>	<b>Spesa presunta</b>
3 Dirigenti medici U.O.	€. 48.750,00 per tre mesi
Consulenze Medico Specialistiche (60 euro/ per paziente )	€. 15.000,00
<b>Costo Totale</b>	<b>€ 63.750,00</b>

Tab. 11

<b>Infermieri</b>	
9 Infermieri U.O. compreso Coordinatore	€ 78.500,00
<b>Costo Totale</b>	<b>€ 78.500,00</b>
<b>Costo totale infermieri + medici</b>	<b>€ 142.250,00</b>

Tab. 12

## Costi totali suddivisi per fasi

Fase	Costi
Fase 1 dal 01.01.2015 al 31.05.2015	€ 283.33,32
Fase 2 dal 01.06.2015 al 30.09.2015	€ 297.226,66
Fase 3 dal 01.10.2015 al 31.2015	€ 142.250,00
<b>Totale</b>	<b>€ 722.809,98</b>

Tab. 13

## 7. Condizioni previste nella progettazione

### 7.1. Start progetto:

Il presente Progetto si intende in continuità con la progettazione in essere fino al 30.05.2015, e pertanto saranno autorizzati al proseguimento delle attività i Dirigenti Medici e gli operatori infermieristici che già effettuavano l'assistenza come previsto nelle precedenti Deliberazioni e atti aziendali in merito e della Delibera Aziendale 168 del 04/02/2014 "inserimento degli infermieri che hanno superato il corso Aziendale di formazione specifica, nelle attività delle Cure domiciliari di 3° livello Area critica", secondo le modalità dell'organizzazione esistente per le cure domiciliari e secondo le esigenze dei singoli casi così come definito dal coordinatore ADI e dalle singole U.O. Distrettuali.

Il Coordinatore infermieristico è individuato, per le prosecuzioni delle attività di cui alla fase 1, nel Coordinatore dell' UU.OO di cure Domiciliari del Distretto di Riferimento e fino all'individuazione di un coordinatore unico del team dedicato.

### 7.2. Inserimento di nuovo personale medico ed infermieristico:

Il modello organizzativo di passaggio fino alla istituzionalizzazione delle U.O di cure palliative e della terapia del dolore, sarà caratterizzate dalla quantificazione oraria delle singole prestazioni e dalla limitazione assoluta del superamento del monte orario previsto dal CCNL dei professionisti impegnati nell'erogazione del servizio.

L'azienda, anche al fine di garantire l'effettuazione del servizio in oggetto, in ottemperanza alle prescrizioni contrattuali in termini di lavoro extra di servizio, si riserva di inserire nuovo personale medico ed infermieristico, opportunamente formato o che abbia le competenze necessarie ad operare in quest'area di intervento. Il personale di nuovo inserimento potrà essere reclutato tra il personale Aziendale o proveniente da Ditte esterne o altre realtà che possono fornire apposito personale.

### 7.3. Compiti del Coordinatore infermieristico:

#### • COORDINATORE INFERMIERISTICO

Il coordinatore infermieristico, fino all'individuazione di un coordinatore del team dedicato, è indicato nella figura del COORDINATORE delle UU.OO. ADI del Distretto di Carbonia e di Iglesias con le seguenti competenze:

Partecipa alla definizione del PAI

Effettua il sopralluogo al domicilio del paziente per verificare il comfort dell'ambiente e la presenza di strumenti e materiali così come previsto dal piano assistenziale

E' responsabile dei controlli domiciliari: verifica il rispetto del PAI e la corretta registrazione delle attività infermieristiche;

Interagisce con l'equipe dell'U.O. di Rianimazione per quanto concerne tutte le attività condivise tra i due servizi;

Riceve la modulistica riepilogativa e controllata la corrispondenza con i PAI erogati, consegna i moduli riepilogativi per il controllo amministrativo e appone la propria firma per l'autorizzazione alla liquidazione delle competenze;

L'acquisizione di ulteriori operatori potrà avvenire mediante reclutamento effettuato tra il personale Aziendale oppure proveniente da Ditte esterne o da altre realtà che possono fornire apposite risorse; inoltre l'Amministrazione si riserva la possibilità, anche in corso d'opera, di apportare modifiche all'impianto organizzativo, ivi comprese, ulteriori percorsi formativi, terziarizzazione, convenzionamento o la realizzazione di Unità operative Aziendali specifiche .

#### **7.4. Compiti dell'operatore Amministrativo dell'ADI:**

Riceve i moduli riepilogativi delle prestazioni e dei chilometri effettuati dal Coordinatore infermieristico ADI, debitamente vistate dagli operatori e dal Referente;

Controlla che le prestazioni siano state effettuate nel rispetto di quanto stabilito dal CCNL e dalle disposizioni Aziendali (vedi punto 5) anche in relazione all'attività svolta dagli operatori nelle UU.OO in cui prestano servizio;

-Definisce la pertinenza delle ore presentate con le attività svolte e controlla la scheda dei km ;

-Calcola il valore delle prestazioni per ciascun dipendente ai fini della liquidazione delle stesse ;

-Prepara in collaborazione con il Responsabile del progetto la determina di liquidazione delle prestazioni e la trasmette all'ufficio personale ;

#### **7.5. Clausole da rispettare *nella fase progettuale e fino alla formalizzazione dell'U.O. dedicata***

L'attività domiciliare svolta oltre il normale orario di servizio deve essere documentata dalla registrazione dell'intervento nel diario clinico presente nella cartella clinica domiciliare dei pazienti. La modulistica domiciliare e quella riepilogativa devono corrispondere per i dati riportati (a garanzia dell'effettivo svolgimento delle attività riepilogate);

Deve essere rispettato il monte ore settimanale come previsto nelle norme vigenti in materia di lavoro (non si possono superare le 12 ore di attività oltre il normale orario di servizio settimanale), fatte salve le condizioni di emergenza che costituiscono pratiche salvavita dei pazienti medesimi. Nel caso del superamento del monte ore mensile autorizzato, e non giustificato, le ore in eccedenza (non

autorizzate), non verranno remunerate;

Il personale che aderisce al Progetto non può partecipare ad altre attività progettuali anche se precedentemente autorizzate (fatte salve eventuali necessità straordinarie all'interno delle proprie UNITA' OPERATIVE di pertinenza); L'attività non può essere svolta in malattia o in infortunio, durante le ferie o il godimento dei benefici della L.104; o in altre situazioni che pregiudichino la sicurezza degli operatori e degli assistiti a domicilio (nel rispetto delle normative vigenti) ;

•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 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.

#### **7.6. Modalità di verifica e controllo**

- Gli infermieri coinvolti devono presentare al Coordinatore ADI e i medici al Responsabile medico del progetto, il riepilogo delle attività entro il 5° giorno del mese successivo alle prestazioni effettuate;
- Il Coordinatore infermieristico ed il responsabile medico presentano i controlli ed il riepilogativo delle attività all'Amministrativo dell'ADI entro il 15 giorno;
- L'amministrativo dopo aver effettuato i controlli ed i conteggi di competenza, prepara la determina per la predisposizione dei pagamenti e la presenta al responsabile del progetto per la validazione;
- Il pagamento delle prestazioni verrà inserito nella busta paga del secondo mese successivo a quello di effettuazione delle prestazioni

Il piano finanziario del presente progetto è suscettibile di variazioni alla luce dei tempi e delle modalità di implementazione delle azioni previste per il sistema aziendale dell'ADI di III livello dedicato alle cure ad alto livello assistenziale.

#### **8. Durata del Progetto**

La durata del progetto è prevista in proroga fino al 30/05/2015 per il progetto in essere.

La Direzione si impegna, durante il corso dell'anno in collaborazione con tutti gli attori coinvolti ad attuare i provvedimenti necessari per il passaggio dalla fase progettuale alla fase di stabilizzazione delle attività e dei servizi, come specificato nel seguente diagramma di Gantt .

<b>Obiettivo specifico</b>	Gen 2015	Feb 2015	Mar 2015	Apr 2015	Mag 2015	Giu 2015	Lug 2015	Ago 2015	set 2015
Proroga del progetto in essere di cui alla delibera Aziendale n. 479 del 24.03.2014									
Definizione delle dotazioni organiche mediche e infermieristiche necessarie per la costituzione del team dedicato alle attività dell'ADI di 3° livello (alta intensità assistenziale)									
Indizione Bando di disponibilità									
Reclutamento nuovo personale									
Avvio sperimentale della fase mista con personale dedicato e personale in prestazioni aggiuntive									
Attribuzione personale all'UO di Cure Domiciliari e Palliative									
Gestione a regime dell'UO di cure domiciliari e palliative									

## 9. Riferimenti Normativi

- PLUS Distretto Carbonia sito [ww.aslcarbonia.it](http://ww.aslcarbonia.it)
- PLUS Distretto di Iglesias sito [ww.aslcarbonia.it](http://ww.aslcarbonia.it)
- 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 – 201
- Delibera Ras n. 49/11 del 09.12.2014 - Linee di indirizzo in materia di cure e assistenza 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 alle persone con SLA