



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL n° 7 Carbonia

Deliberazione n. 1949/c

Adottata dal Commissario Straordinario in data 23 DIC 2015

Oggetto: approvazione “Progetto integrazione ore di assistenza infermieristica nelle cure domiciliari di III livello Area Critica”

PREMESSO CHE con Deliberazione n. 930/C del 25 giugno 2015 è stata istituita la S.S. a valenza Aziendale di terapia del dolore, cure palliative e Hospice;

con Deliberazione n.1524/c del 16 ottobre 2015 è stata definita la dotazione organica della struttura di cui trattasi che comprende 15 unità di C.P.S. infermiere;

con Deliberazione n 1849 del 09.12. 2015 è stato conferito l’incarico di di direzione della SS a valenza aziendale di Terapia del Dolore, cure palliative e Hospice;

ATTESO CHE a tutt’oggi alla Struttura di cui trattasi sono stati assegnate solo nove unità di personale C.P.S. Infermiere;

la Struttura succitata assiste allo stato attuale nr. 40 pazienti ventilati affetti da patologie neurovegetative in stato avanzato e nr.15 pazienti in fase terminale di vita in terapia antalgica;

CONSIDERATO che tali pazienti sono assistiti al loro domicilio con dislocazione in tutti i comuni del territorio aziendale, ivi compreso il Comune di Carloforte, e che la configurazione orogeografica del territorio comporta un alto numero di spostamenti da parte del personale con tempi di percorrenza molto lunghi;

ACCERTATO che il carico di lavoro previsto dai Piani di Assistenza Individuale per l’assistenza dei pazienti afferenti alla Struttura è superiore rispetto al debito orario che può garantire il personale in forza alla struttura, tenuto conto delle norme in materia previste dal C.C.N.L. e dalle norme Europee;

CONSIDERATO che la R.A.S. con D.G.R. 43/9 ha parzialmente bloccato il *turn-over* del personale dipendente o con altro rapporto di lavoro consentendo solo la sostituzione dei posti nel limite del 20% nonché la mobilità compartimentale e intercompartimentale;

- ACCERTATO** che questa Azienda dovrà necessariamente avvalersi di prestazioni di *overtime* per garantire la continuità assistenziale dei pazienti *de quo*;
- VISTO** il *Progetto integrazione ore di assistenza infermieristica nelle cure domiciliari di III livello Area Critica*, presentato congiuntamente dal Responsabile della struttura semplice a valenza aziendale di Terapia del dolore, Cure palliative e Hospice e dal Responsabile SPS di Area Territoriale, che si allega alla presente per farne parte integrante e sostanziale;
- RICHIAMATA** la DGR 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'ADI –ripartizione del fondo per l'anno 2014;
- CONSIDERATO** che al fine di garantire gli accessi previsti dai piani assistenziali individuali dei 55 pazienti affetti da malattie evolutive degenerative e neuromuscolari, afferenti all'ADI di III livello ad alta intensità assistenziale è stato ipotizzato un *overtime* di 80 ore settimanali, fatte salve ulteriori prese in carico di nuovi pazienti;
- DATO ATTO** che ciascuna ora di straordinario sarà remunerata nella misura di € 23,00 (euro23/ora), che equivale all'ora media di straordinario maggiorata del 50%, e che la durata delle prestazioni rese sarà attestata dalla timbratura preceduta dal codice 7 per l'Area di Comparto

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario

DELIBERA

Per quanto esposto in premessa:

1. di approvare il Progetto obiettivo presentato congiuntamente dal Responsabile della Struttura semplice a valenza aziendale di Terapia del dolore, Cure palliative e Hospice e dal Responsabile SPS di Area Territoriale, che si allega alla presente per farne parte integrante e sostanziale, limitatamente al periodo **01 novembre 2015 - 30 dicembre 2015**;
2. di riconoscere lo straordinario, già effettuato durante il mese dal 04 novembre 2015, dal personale infermieristico afferente alla SS di Terapia del dolore, Cure palliative e Hospice;

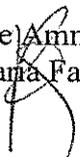
2. di dare atto che il costo presunto di € 20.045,69 troverà copertura sui finanziamenti vincolati a favore delle ASL per gli interventi finalizzati allo sviluppo dell'ADI-ripartizione del fondo 2014", di cui alla DGR n 49/11 del 09/12/2014;
3. di movimentare la spesa presunta di € 4.074,49 al codice A509010806 "oneri sociali personale del comparto tempo indeterminato" e la spesa presunta di € 1.251,20 al codice A509010807 "Irap personale del comparto tempo indeterminato";
3. di dare atto che il costo totale presunto di € 20.045,69 € graverà sul Centro di Rilevazione n. 10121101 "Costi Comuni Cure Palliative";
4. di demandare al Responsabile infermieristico e ostetrico SPS di Area Territoriale e al Responsabile della struttura semplice a valenza aziendale di Terapia del dolore, Cure palliative e Hospice, gli adempimenti relativi alla verifica delle prestazioni erogate secondo quanto previsto dal presente provvedimento e la previsione delle ulteriori esigenze di straordinario che si renderanno necessarie nell'immediato futuro;
5. di affidare all'UOC Risorse Umane tutti gli ulteriori adempimenti di propria competenza

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dr. Antonio Onnis



Il Direttore Amministrativo
Dr.ssa Maria Fanni Pittau



Il Direttore Sanitario
Dr. Silvio Maggetti



Il Resp.le SS dott.sa MG Gasto



Il Resp.le SPS Area dott. A Murgia



Add/ G. Di Pasquale





REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Asl n° 7 Carbonia

Il Responsabile del Servizio Affari Generali,

Attesta che la deliberazione
n. 1919/C del 23 DIC 2015

è stata pubblicata

nell'Albo pretorio dell'Azienda USL n. 7

a partire dal 24 DIC 2015

Resterà a disposizione per la consultazione nella sezione

Archivio Deliberazioni del sito www.aslcarbonia.it



Servizio Affari Generali

Goate

Progetto integrazione ore di assistenza infermieristica nelle cure domiciliari di III livello Area Critica.

Piano di progetto

Autori: **Antonello Murgia, Wesan Abumarhil, Simonetta Concas, Rosanna Fois e Rita Mei**

Project Manager: **Gabriella Gatto**

Percorso file: **C:\Documents and Settings\u17000141\Desktop**

Data di creazione: **04 novembre 2015**

Data di approvazione:

Data ultima modifica:

Versione: **0.0**

Indice

1. Presentazione	3
2. Obiettivi	3
3. Stakeholder	4
4. Ruoli e responsabilità.....	5
5. Attività e Milestones	5
6. Competenze richieste per le principali attività.....	5
7. Assegnazione risorse.....	5
8. Costi presunti mensili	5
9. Sistema di controllo	6
10. Comunicazioni	6
11. Problemi e soluzioni	6
12. Documenti correlati	6
13. Approvazioni.....	6
14. 10. References.....	7

1. Presentazione

Il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata consiste in interventi da fornire ai cittadini al fine di favorire la permanenza nel loro ambiente di vita, evitando l'istituzionalizzazione e consentendo loro una soddisfacente vita di relazione attraverso un complesso di prestazioni socio-assistenziali e sanitarie. Caratteristica dell'Assistenza Domiciliare Integrata è l'unitarietà dell'intervento, che assicura prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali in forma integrata e secondo piani individuali programmati. Il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata comprende prestazioni di tipo socio assistenziale e sanitario che si articolano per aree di bisogno, con riferimento a persone affette da malattie croniche invalidanti e/o progressivo-terminali.

Il sistema per gli interventi ed i servizi domiciliari si ispira al modello della domiciliarizzazione delle prestazioni; (intendendo per domicilio il normale ambiente di vita della persona, sia essa la propria abitazione, sia una struttura comunitaria, casa di riposo o casa protetta a residenzialità permanente) si caratterizza per la forte valenza integrativa delle prestazioni, in relazione alla natura ed alla complessità dei bisogni a cui si rivolge. Si connota per l'unitarietà d'intervento basato sul concorso progettuale di apporti professionali, sanitari e di protezione sociale organicamente inseriti nel progetto assistenziale personalizzato. La continuità assistenziale che il sistema garantisce si basa sulla condivisione degli obiettivi, delle responsabilità e sulla complementarietà delle risorse necessarie per il raggiungimento dei risultati di salute.

L'ADI di III livello di Area critica è caratterizzata:

- dalle condizioni di bisogno e dalle risorse dell'assistito
- dalla modalità di lavoro degli operatori coinvolti.

La modalità di lavoro "integrata" si realizza attraverso:

- l'attenzione alla persona con i suoi bisogni
- l'accento sui problemi da risolvere e non sulle competenze delle singole istituzioni o servizi
- il lavoro per obiettivi da raggiungere e non per prestazioni
- l'adozione di una metodologia di lavoro che utilizza strumenti organizzativi integranti (riunioni di valutazione, di programmazione degli interventi, di verifica, coordinamento, individuazione e responsabilizzazione del referente familiare (care giver), procedure, cartella assistenziale, piano assistenziale personalizzato, responsabile del caso (case manager), valutazione del servizio, riprogettazione, ecc.)
- il coinvolgimento di tutte le risorse (istituzionali e informali) che possono contribuire alla soluzione del problema
- monitoraggio dei guadagni di salute (efficacia) e dell'economicità degli interventi effettuati

Per assicurare le prestazioni assistenziali, gli standard organizzativi contenuti nella Delibera aziendale n 1524/c del 16.10.2015, prevedono un organico di 15 infermieri a fronte di un attuale organico di 10 unità. Nelle more dell'acquisizione delle nuove unità infermieristiche si rende necessario garantire in ogni modo, i minuti di assistenza previsti dai Piani Assistenziali Individuali ai 42 pazienti in carico all'ADI di III livello.

Dietro mandato della Direzione Generale, è stato, di conseguenza, predisposto il seguente progetto con l'intento di assicurare le prestazioni mancanti.

2. Obiettivi

Dalla valutazione dei complessivi carichi di lavoro e delle attuali dotazioni del servizio risulta che le risorse disponibili appaiono insufficienti a soddisfare la domanda di prestazioni complessivamente previste dai PAI e dai tempi di trasferimento sul territorio.

Si rende pertanto necessario prevedere, nelle more di messa a regime delle dotazioni organiche pianificate, il ricorso alla disponibilità del personale a prestare attività oltre il normale orario di lavoro e comunque entro i limiti di impegno e secondo le modalità organizzative previste dalla normativa vigente.

L'obiettivo del presente progetto è rappresentato dal garantire, con l'attuale dotazione organica, la gestione degli attuali pazienti in carico all'UO di Cure palliative, terapia antalgica e hospice mediante il ricorso a impegno orario aggiuntivo rispetto al normale orario di lavoro da parte del personale assegnato al servizio.

Obiettivo	Descrizione	Criteri di misura
1 01	Garantire la gestione degli attuali pazienti in carico all'UO di Terapia del Dolore Cure Palliative e Hospice	Numero pazienti presi in carico; Carico assistenziale complessivo per la gestione dei casi; Scarto tra impegno orario necessario e risorse disponibili

3. Stakeholder

Con il termine stakeholder (o portatore di interesse) si indica genericamente un soggetto (o un gruppo di soggetti). Nel nostro caso, fanno parte di questo insieme: i clienti e i loro familiari, i la Direzione Generale che finanzia il progetto con fondi vincolati (o *shareholder*), gli operatori, ma anche gruppi di interesse locali o gruppi di interesse esterni, come le associazioni dei malati

Stakeholder	Aspettative	Priorità	Impatto
Direzione Generale	Garanzia delle prestazioni		
Direzione Unità Operativa	Rispetto della mission	3	alto
Coordinatore infermieristico	Correttezza nella predisposizione turnistica	3	alto
Infermieri	Possibilità di soddisfacimento della domanda mediante autorizzazione a orario aggiuntivo	3	alto
Utente e <i>caregiver</i>	Qualità assistenziale/Garanzia delle prestazioni	3	alto
Associazioni dei malati	Qualità assistenziale/Garanzia delle prestazioni	3	alto

4. Ruoli e responsabilità

Si identificano di seguito le principali responsabilità dei principali attori del progetto

Ruolo	Responsabilità
Commissario Straordinario	Approvazione progetto
Responsabile UO	Project manager
Coordinatore infermieristico	Pianificazione e controllo delle prestazioni asssitenziali
Direttore Amministrativo	Garanzia della capienza dei fondi vincolati
Utente/caregivers	Segnalazione eventuali disservizi

9. Sistema di controllo

Il progetto prevede un sistema di controllo da parte del Coordinatore infermieristico dell'U.O. e del Responsabile SPS di Area professionale territoriale

Cosa	Chi	Come	Quando	Per Chi
Assicurazione turni	Coordinatore	Giornaliera	quotidiana	Direzione U.O.
Rendicontazione ore	Coordinatore	Modulistica	mensile	Direzione U.O.
Appropriatezza richieste	Responsabile Area	Modulistica	quotidiana	Direzione UO

10. Comunicazioni

È garantita la comunicazione con i portatori di interesse aziendali attraverso riunioni e intranet

Cosa	Target	Perché	Quando	Come/Metodo
Project management	Stakeholder interni	condivisione		Briefing/mail
Procedure interne	Stakeholder interni	informazione		Riunioni/

11. Problemi e soluzioni

Vengono ipotizzate di seguito, le possibili variabili di disturbo del progetto e il grado di probabilità di accadimento unitamente alle possibili azioni di contenimento

Fattore di rischio	Impatto	Livello di rischio	Probabilità	Strategie contenimento
Scarsa adesione <i>professionals</i>	Elevato	basso	Probabile	Coinvolgimento operatori Negoziazione con la Dirigenza

12. Documenti correlati

12.1 Modulistica straordinario

13 Registrazione variazioni

Data	Data approv.	Autore	Versione	Note sulle variazioni

13. Approvazioni

Nome	Feedback	Versione	Note	Sigla	Data
Direzione Generale	Approvato <input checked="" type="checkbox"/> Rifiutato <input type="checkbox"/>	00.00			

14. References

Riferimenti normativi nazionali

- Legge n. 241 7 agosto 1990 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e diritto di accesso ai documenti amministrativi"
- Legge n. 104 del 5 febbraio 1992 «Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate»
- Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 legge 23 ottobre 1992 n. 421"
- DIR. P.C.M. 27 gennaio 1994 "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici"
- DIR. P.C.M. 11 ottobre 1994 "Principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico"
- D.P.C.M. 19 maggio 1995 "Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi Pubblici Sanitari"
- Legge n. 273 11 luglio 1995 "Misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni"
- Circolare del Ministero della Sanità n. 2 31 agosto 1995 "Linee guida per l'attuazione della Carta dei Servizi nel Servizio Sanitario Nazionale"
- Legge n. 162 del 21 maggio 1998, «Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, concernenti misure di sostegno in favore di persone con handicap grave».
- Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (DPR 23 luglio 1998)
- Legge 26 febbraio 1999, n. 39: "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, recante disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000"
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
- Legge 150 del 7 giugno 2000 "Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni"
- D.P.C.M. 31 ottobre 2001 "Struttura di missione per la comunicazione e informazione ai cittadini"
- Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"
- D.P.C.M. 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie"
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 marzo 2001, «Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell'art. 5 della legge 8 novembre 2000, n. 328».
- Decreto del Presidente della Repubblica del 3 maggio 2001, «Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003».
- Accordo tra il Ministro della sanità e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee-guida concernenti la prevenzione, la diagnosi e l'assistenza in oncologia - Repertorio Atti n. 1179 dell'8 marzo 2001
- Accordo Stato-Regioni-Autonomie Locali 19 aprile 2001 "Accordo tra il Ministro della sanità, le regioni, le province autonome di Trento e Bolzano e le province, i comuni e le

- comunità montane, sul documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative”
- Legge 16 novembre 2001, n. 405 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria"
 - D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".
 - Patto per la salute per gli anni 2007-2009 - Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano - Provvedimento 28 settembre 2006
 - Documento conclusivo del Comitato Ospedalizzazione Domiciliare: "Caratterizzazione dei Servizi di Cure Domiciliari". Roma, 30 settembre 2002
 - Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documenti recante: "Indicatori per la verifica dei risultati ottenuti dalla rete di assistenza ai pazienti terminali e per la valutazione delle prestazioni erogate". Repertorio Atti n. 1665 del 13 marzo 2003
 - Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 (DPR 7 luglio 2006)
 - Documento: "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" approvato dalla Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA il 18 ottobre 2006
 - Decreto Ministeriale 22 febbraio 2007, n. 43 - Regolamento recante: "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311"
 - Accordo della Conferenza Stato-Regioni in materia di cure palliative pediatriche. Rep. Atti n. 138/CSR del 27 giugno 2007
 - Accordo Stato-Regioni del 1 agosto 2007 Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2007
 - Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 20 marzo 2008
 - Schema di DPCM (23 aprile 2008) di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza
 - D.M. 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare"
 - Decreto 17 dicembre 2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semi residenziali"
 - Accordo Stato-Regioni sugli obiettivi prioritari del PSN per l'anno 2009, Rep. Atti n. 57/CSR del 25 marzo 2009
 - Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, approvato il 27 maggio 2009 (testo integrato con l'ACN 23 marzo 2005)
 - Patto per la salute per gli anni 2010-2012 - Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano - Provvedimento 03 dicembre 2009
 - Disegno di Legge: "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alle terapie del dolore". Atto Senato n. 1771 (XVI Legislatura), approvato dalla Camera dei Deputati il 16 settembre 2009
 - Fattori/criteri di qualità delle organizzazioni sanitarie da condividere nei sistemi di autorizzazione/accreditamento delle Regioni e da adottare a livello nazionale, come elementi di garanzia del sistema delle cure - Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - Febbraio 2011

Riferimenti normativi aziendali

- Deliberazione n 1483 del 29.10.2010 Adozione progetto di continuità assistenziale. “Riprogettazione delle cure domiciliari negli interventi ad alta intensità assistenziale 2010”.
- Deliberazione n 930/c del 25/06/2015. “Istituzione e attivazione della SC a valenza aziendale di Terapia del dolore, Cure Palliative e Hospice”
- Deliberazione n 1292/c del 21/08/2015 “Rettifica delibera n 633/c del 29/04/2015 e proroga fase 2 di transizione del progetto fino al 31/10/2015
- Deliberazione n 1524/c del 16/10/2015 “Articolazione organizzativa, modello assistenziale e definizione dotazioni della SC a valenza aziendale di Terapia del dolore, Cure Palliative e Hospice”
- Deliberazione n 633/c del 29/04/2015 “Proroga ed implementazione delle cure domiciliari ad alta intensità assistenziale verso l’istituzione della Unità Operativa Terapia antalgica, Cure Palliative e di completamento della rete con l’apertura dell’Hospice”