



AZIENDA SANITARIA LOCALE NA 5

Verbale della riunione del 20 dicembre 2007 ore 10,30

Sono presenti:

**dr.ssa Sacristano direttore S.A.F., dr. Fusco delegato del Direttore Generale, dr. Ravallese della Direzione Sanitaria, dr. Vercellone, dirigente farmacista
dr.ssa Caputo Dir. San DS 85, dr. Langella Dir. San DS 83, dr. Esposito Dir. San DS 87-88, dr.ssa Avitabile Dir. San DS 86
dr.ssa Castagnola Coord di Branca Diabetologica SUMAI
dr. Schiavo, dr. Ragone, dr. Cozzolino Ciro, dr. Calamaro FIMMG
dr. Cozzolino Catello, dr. Origlia Giuseppe SIM
dr.ssa Improta Direttore del servizio Socio- sanitario ASL NA 5
dr. Seccia resp. Assistenza ADI/ADO
dr. A. Grilli in rappresentanza della Federfarma**

Il primo argomento all'ordine del giorno è l'Accordo Aziendale sulla Gestione integrata del paziente Diabetico.

Le OO.SS. presentano la bozza del Progetto elaborato, il cui testo si riporta di seguito:

“Premessa: dato per certo il dato dell'aumento della prevalenza e dell'incidenza del Diabete Mellito tipo 2 (aumento dei casi del 54% tra il 1994 ed il 2010), il grande numero di casi di retinopatia diabetica, il triste rilievo che la nostra Regione ha il maggior numero di casi di amputazione di arti o parti di essi per PAD diabetica ed aterosclerotica, questa Azienda intende in accordo con le OO.SS. maggiormente rappresentative procedere ad una riqualificazione del ruolo del MMG nell'assistenza dei soggetti Diabetici, in un percorso integrato con gli specialisti Diabetologi ai quali vanno affidati soprattutto compiti di secondo livello assistenziale: complicanze e terapie impegnative (insulina e farmaci innovativi), mentre ai MMG spetta il ruolo di gestione della prevenzione primaria e secondaria e della gestione del percorso assistenziale di primo livello e di prevenzione delle complicanze.

Ad ogni paziente Diabetico identificato come tale dalla terapia in atto con ipoglicemizzanti orali e/o Insulina e/o analoghi, dal possesso della esenzione ticket cod. 013 viene compilata una Scheda Diabetologica contenente:

- 1) I dati anagrafici;
- 2) La terapia ipoglicemizzante in corso;
- 3) I presidi (lancette pungi dito, penne, strisce, apparecchi pungi dito etc.)
- 4) I valori (ogni semestre) dell'Emoglobina glicata;
- 5) I valori pressori (max.min.)(ogni semestre).
- 6) Il soggetto specialista, Centro diabetologico, MMG che segue il paziente.

I MMG si impegnano ad effettuare il seguente follow-up:

- 1) Controllo mensile della P.A.;
- 2) Richiesta di esame Fondo oculare non meno di una volta all'anno;
- 3) Richiesta di Emoglobina Glicata e dell'assetto lipidico non meno di due volte all'anno;
- 4) Richiesta di Microalbuminuria;
- 5) Counseling approfondito per la persuasione all'astensione o riduzione del fumo ove presente e del controllo del peso corporeo; aumento della attività fisica e dieta;
- 6) Richiesta di Ecocolordoppler Cardiaco, Tronchi sovraortici e distretti periferici arti inferiori non meno di una volta all'anno.
- 7) B.M.I. annuale

Particolare attenzione sarà posta al controllo della Glicemia venosa in relazione all'uso dei presidi per l'autocontrollo glicemico fatto dal paziente, nel senso di procedere ad una verifica, razionalizzazione ed ottimizzazione del loro frazionamento in base ai controlli diagnostici di laboratorio richiesti dal MAP.

I soggetti Diabetici allettati potranno avere la prescrizione dei presidi senza il Piano Terapeutico del Diabetologo, così come i pazienti che hanno difficoltà a raggiungere i Centri Diabetologici.

La consulenza Diabetologica sarà richiesta nei casi di scompenso glico-metabolico moderato-grave, nei casi di impostazione della terapia Insulinica, nei casi di superamento del valore soglia di Emoglobina glicata uguale o superiore a 7, per la stesura del piano terapeutico per i presidi, ed ogni qualvolta la gravità del caso lo richieda.

Il piano terapeutico del diabetologo, in assenza di variazione da effettuare richiesta dal MMG o altro professionista s'intende automaticamente rinnovato. Dal modulo del Piano Terapeutico deve essere eliminata la dicitura "validità annuale"

A tal uopo si precisa che per la stesura del piano dei presidi ove non ci fossero variazioni del piano stesso, ed il compenso glico-metabolico del paziente lo consenta, il PT sarà confermato dal MAP ogni anno al fine di evitare l'aggravio burocratico ed il penoso andirivieni dei pazienti dai Centri Diabetologici.

Resta inteso, quindi, che il PT sarà richiesto al Diabetologo solo per le modifiche in aumento dei presidi;

Allo stesso modo si precisa che esclusivamente per motivi di urgenza e in attesa della conferma del nuovo PT, sarà consentito al MMG la modifica in aumento dello stesso PT. In accordo tra i MMG e gli specialisti diabetologi, in linea di massima, si stabilisce il seguente protocollo:

- Pz in trattamento con metformina e/o glitazoni: fabbisogno mensile strisce reattive: 12,5 pezzi;
- Pz in trattamento con altri ipoglicemizzanti in compenso glicometabolico: fabbisogno mensile strisce reattive: 12,5 pezzi;
- Pz in trattamento con ipoglicemizzanti orali in scompenso glicometabolico: fabbisogno mensile strisce reattive: fino a 25 pezzi;
- Pz in trattamento insulinico e diabete in gravidanza : fabbisogno mensile strisce reattive: fino a 75 pezzi."

Si concorda che, per il notevole impegno assistenziale del MMG nel progetto di gestione integrata del soggetto Diabetico, verrà riconosciuta agli stessi una quota annua per paziente diabetico di Euro 80,00. Al raggiungimento dell'obiettivo della riduzione annua del numero

di schede diabetologiche dell'intera ASL NA 5 del 5% verrà riconosciuta, invece, una quota di Euro 100,00 che, nel caso della riduzione del 10%, sarà pari a Euro 120,00 .
Il pagamento delle quote suindicate avverrà con cadenza semestrale.

All'uopo si ricorda che la scheda diabetologica non deve essere compilata per i pazienti diabetici che non sono in trattamento farmacologico.

Si allega il modulo della nuova scheda diabetologica che sarà utilizzata unicamente per le nuove attivazioni o qualora esista una variazione dei dati in essa contenuta.

Si precisa che i MMG non dovranno riportare sulle ricette i protocolli in sintesi (di cui alla circolare n. 11/97 della G.R.C.), ma dovranno specificare le singole prestazioni diagnostiche da effettuare.

L'applicazione del protocollo su riportato è applicato anche dai PLS per i propri assistiti diabetici.

Il contenuto di tale accordo sarà reso noto anche agli specialisti della Azienda e ai Centri diabetici convenzionati.

Entro il 31 gennaio 2008 i MMG sono tenuti a presentare ai Distretti di competenza l'elenco dei soggetti diabetici in carico con l'esclusione di quelli in trattamento con la sola dietoterapia.

Dopo ampia discussione del documento si approva all'unanimità la proposta del Progetto Diabete.

Si passa alla discussione del secondo punto relativo al Protocollo di assistenza ADI.

La dott.ssa Improta ed il dr. Seccia illustrano il documento predisposto che segue:

PERCORSO ASSISTENZIALE AZIENDALE PER L'ATTIVAZIONE E L'INTEGRAZIONE DELL'ADI DEI MMG/PLS NELLE CURE DOMICILIARI DELL'ASL NAPOLI 5

L'A.S.L. NAPOLI 5 intende, in un processo di implementazione delle cure domiciliari distrettuali attivare e riqualificare le forme contrattuali previste dal Contratto dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta per l'assistenza domiciliare, al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni domiciliari di seguito specificate a tutti gli aventi diritto distinti in tipologie differenziate di risposta in ragione della prevalenza dei bisogni sanitari e sociali e della loro intensità.

Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e, in particolare, l'Art. 3 quinquies (Funzioni e risorse del Distretto) 2-e) prevede che il Distretto deve garantire attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;

Il DPCM 29 novembre 2001 individua le seguenti tipologie di attività relative all'assistenza domiciliare: Allegato 1 Livello 2: ASSISTENZA DISTRETTUALE:

G. Assistenza Territoriale Ambulatoriale e Domiciliare:

- Assistenza Programmata a domicilio (assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata domiciliare comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale);

- Attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale (domiciliare);

il Documento della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza definisce una nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio che viene presa come modello per la definizione dei livelli assistenziali da garantire all'utenza

DEFINIZIONE DELLE CURE DOMICILIARI

Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Nell'ambito delle cure domiciliari integrate risulta fondamentale il ruolo del MMG e PLS e l'integrazione con i servizi sociali dei comuni. Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale deve essere valutato attraverso idonei strumenti che consentano la definizione del programma assistenziale ed il conseguente impegno di risorse.

Gli obiettivi principali delle cure domiciliari sono:

- a) l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;
- b) la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- c) il supporto alla famiglia;
- d) il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- e) il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale.

CURE DOMICILIARI E PRESTAZIONI CONNESSE (ATTIVITA')

Le cure domiciliari sono dedicate a Pazienti

- a) in condizione di non autosufficienza (disabilità), di fragilità e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio che, con il supporto di tale servizio, hanno la possibilità di rimanere nel proprio domicilio con cure ed assistenza adeguate. Gli altri requisiti indispensabili per l'attivazione delle cure domiciliari sono:
- b) Adeguato supporto familiare o informale;
- c) Idonee condizioni abitative;
- d) Consenso informato da parte della persona e della famiglia;
- e) Presa in carico da parte del medico di medicina generale (collaborazione con le UU.OO. di assistenza domiciliare nella presa in carico del paziente, garanzia degli accessi concordati, disponibilità telefonica dalle ore alle ore

Le cure domiciliari oggetto del presente documento prevedono un ruolo di centralità del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di libera scelta che assumono la responsabilità clinica dei processi di cura.

All'organizzazione ed erogazione delle cure domiciliari previste dal presente progetto concorrono:

- ? Il Medico di Medicina Generale (MMG) o il Pediatra di libera scelta (PLS)
- ? La Direzione del Distretto
- ? L'Ufficio socio-sanitario distrettuale
- ? Le Porte Uniche di Accesso
- ? Il Settore ADO
- ? La Ditta affidataria dell'assistenza infermieristica domiciliare

MMG/PLS

- ? Inoltrano su apposito modulo la richiesta di attivazione delle cure domiciliari ed il consenso informato alle cure
- ? Assumono la responsabilità clinica dei processi di cura;
- ? Partecipano alla presa in carico del paziente in assistenza domiciliare con:
 - o la valutazione sanitaria e la compilazione della scheda di valutazione regionale S.V.A.M.A.,
 - o la partecipazione alla valutazione multidimensionale domiciliare

- la partecipazione alle U.V.I. distrettuali
- la stesura condivisa e le revisioni periodiche del piano di assistenza individuale (P.A.I.);
- ? Richiedono le consulenze specialistiche necessarie;
- ? Propongono la eventuale rimodulazione del piano di cure;
- ? Garantiscono le prestazioni domiciliari concordate nel piano di assistenza individuale.

Nel caso del paziente oncologico l'accordo regionale prevede che la tenuta di ciascuna cartella ed il coordinamento del caso siano gratuiti.

L'A.S.L. Napoli 5 ritiene utile acquisire la piena e motivata collaborazione del MMG/PLS in tutte le attività necessarie alla corretta presa in carico del paziente oncologico che necessita di cure domiciliari ed alla formulazione del piano di assistenza individualizzato. Anche per tale fragile categoria di pazienti il MMG/PLS, oltre ad assumersi la responsabilità totale del caso, fornirà i dati sanitari del paziente e la collaborazione utile alla presa in carico (visita domiciliare con il Medico dell'U.O. responsabile dell'organizzazione delle cure domiciliari e partecipazione all'U.V.I.)

Il presente accordo definisce anche il ruolo del MMG/PLS nella prescrizione e nell'effettuazione delle trasfusioni a domicilio, oggetto di controverse interpretazioni.

Le trasfusioni a domicilio possono essere effettuate esclusivamente in regime di ADI.

Il MMG/PLS avrà cura :

- ? di comunicare la disponibilità alla esecuzione della trasfusione a domicilio in quanto, in caso di indisponibilità, sarà attivato un percorso assistenziale integrato Ospedale-Territorio già operativo in ambito aziendale
- ? di richiedere, ai responsabili delle UU.OO. di cure domiciliari competenti per fasce di età l'effettuazione dei prelievi ematici domiciliari;
- ? di predisporre a domicilio del paziente la modulistica che l'Infermiere dovrà consegnare ai laboratori ed al SIT dei P.O. aziendali competenti per territorio;
- ? di decidere se il paziente, in base ai valori ematologici, necessita di trasfusione ed è in condizioni cliniche compatibili con la trasfusione a domicilio;
- ? di identificare la compatibilità dei prodotti da trasfondere ed assumere la responsabilità medico-legale della trasfusione

In tale attività sarà coadiuvato dal personale infermieristico relativamente:

- ? al prelievo ematico a domicilio;
- ? alla consegna presso Laboratori e SIT dei P.O. aziendali;
- ? alla gestione dell'accesso venoso durante la prestazione trasfusionale
- ? alla riconsegna presso il SIT del materiale sanitario utilizzato per la prestazione trasfusionale

Ufficio Socio-Sanitario Distrettuale

Sarà integrato dal Medico Referente delle Cure Domiciliari distrettuale.

- ? Riceve la domanda ed affida le richieste per competenza alle Porte uniche di accesso.;
- ? Attiva i Comuni di residenza per le prestazioni a carattere esclusivamente sociale chiudendo in tal modo l'iter assistenziale;
- ? Attiva i Comuni di residenza per le prestazioni compartecipate sociosanitarie;
- ? E' il tramite tra il MMG/PLS, i Comuni, le Porte Uniche di Accesso, le U.U.O.O. distrettuali, il Settore A.D.O., e la Ditta affidataria dell'assistenza infermieristica domiciliare;
- ? Adotta percorsi preferenziali per le visite specialistiche domiciliari, la fornitura di ausili, presidi e farmaci in attesa della regolarizzazione dell'iter procedurale;
- ? E' responsabile del percorso amministrativo e della "cartella utente" che deve contenere:
 - modulo di richiesta del MMG/PLS
 - consenso informato dell'utente o dei familiari nei casi previsti dalla legge

- richiesta attivazione assistenza infermieristica
- verbale U.V.I.
- P.A.I.
- Dichiarazione dei Responsabili delle U.O. P.U.A. e A.D.O. che le prestazioni previste dal PAI sono state regolarmente rese

U.U.O.O. distrettuali (Porte uniche di accesso - P.U.A. -)

Il Sistema Integrato d'accesso si configura quale sistema di porte uniche di accesso al sistema locale dei servizi socio-sanitari.

Nei Distretti Sanitari dell'A.S.L. le Porte Uniche d'Accesso sono così definite ed individuate per aree di bisogno:

Area di Bisogno	P.U.A.
Minori: Materno-infantile Disabili Patologie neuropsichiatriche dell'età evolutiva Patologie cronico-degenerative Malati Terminali	U.O.M.I.
Minori: Detenuti	U.O.M.I. Ser.T. U.O.S.M.
Minori: Dipendenze e patologie correlate Sieropositivi ed affetti da A.I.D.S.	Ser.T.
Adulti Donna Coppia e Famiglia Fascia età 18-20	U.O.M.I.
Adulti Disabili Patologie croniche degenerative Malati terminali	U.O.A.R.
Adulti Salute Mentale	U.O.S.M.
Adulti Detenuti	Ser.T. U.O.S.M.
Adulti Dipendenze e patologie correlate Sieropositivi ed affetti da A.I.D.S.	Ser.T.
Anziani Non autosufficienti affetti da patologie cronico-degenerative	U.O.A.A.

Danno seguito alla richiesta di attivazione delle cure domiciliari con:

- ? l'attivazione delle prestazioni estemporanee a carattere d'urgenza o ciclico programmato;
- ? la valutazione domiciliare, concordata con il MMG/PLS, delle necessità assistenziali al fine della predisposizione del P.A.I.;
- ? espletata la valutazione preliminare, convocazione dell'U.V.I. attraverso l'Ufficio socio-sanitario distrettuale;
- ? l'attivazione del personale dipendente o del personale della Ditta affidataria dell'assistenza infermieristica per le prestazioni domiciliari;

- ? Verificano la documentazione relativa alle prestazioni domiciliari, la validano e la trasmettono all'Ufficio socio-sanitario distrettuale per il seguito di competenza;
- ? conservano la cartella clinica dell'utente presso l'U.O.

Settore A.D.O. del Servizio Assistenza Ospedaliera e Distrettuale della Direzione Sanitaria Aziendale

- ? Riceve dal Responsabile della Porta di accesso o dalla Direzione Sanitaria distrettuale la richiesta di attivazione delle cure, corredata da tutta la documentazione clinica utile per l'attivazione tempestiva dell'assistenza domiciliare
- ? Attiva le prestazioni estemporanee a carattere d'urgenza o ciclico programmato e l'A.D.I. nella fascia di età 0-64 anni;
- ? Prende in carico i pazienti che necessitano di cure domiciliari di III° livello ed i malati terminali attivando risorse proprie, ospedaliere ed esterne a seconda delle necessità assistenziali;
- ? Prescrive ausili e presidi necessari alla presa in carico urgente del paziente grave;
- ? Attiva la Ditta affidataria dell'assistenza infermieristica per le prestazioni domiciliari;
- ? Successivamente alla presa in carico urgente in assistenza, convoca l'U.V.I. attraverso l'Ufficio socio-sanitario distrettuale;
- ? Verifica la documentazione relativa alle prestazioni domiciliari, la valida e la trasmette all'Ufficio Socio-sanitario distrettuale per il seguito di competenza;
- ? conserva la cartella clinica dell'utente presso l'U.O.

Ditta affidataria dell'assistenza infermieristica domiciliare

La presa in carico del paziente, la pianificazione delle attività e la verifica della qualità e della rispondenza delle prestazioni effettuate con quelle pianificate nel PAI e richieste sono sotto la responsabilità del personale aziendale identificato nel presente progetto.

La Ditta affidataria è responsabile di:

- ? Attivazione assistenza infermieristica domiciliare nei tempi fissati nel contratto di affidamento della stessa
- ? Tempestiva comunicazione della data di presa in carico, dell'orario di assistenza e del/degli infermieri professionali incaricati della stessa ai Responsabili delle UU.OO.AA.AA. (Unità Operative Assistenza Anziani) distrettuali e del Settore A.D.O. che hanno trasmesso l'ordine di servizio per l'attivazione dell'assistenza;
- ? Comunicazione all'utente dei nominativi del personale infermieristico che effettuerà la prestazione domiciliare richiesta, delle modalità di identificazione degli stessi, dell'orario dell'accesso domiciliare, dei numeri telefonici e degli orari della Centrale Operativa;
- ? Individuazione, nell'ambito del personale infermieristico disponibile, del professionista idoneo all'erogazione delle prestazioni richieste dall'Azienda e compatibile con l'ambito familiare e/o scolastico (es: necessità di I.P. di sesso femminile per l'effettuazione del cateterismo intermittente a bambine);
- ? Tempestiva sostituzione di operatori che, a giudizio del familiare e del Responsabile dell'U.O. che ha attivato l'assistenza domiciliare, non svolgono le prestazioni richieste secondo i principi dell'Evidence Based Nursing o che assumano, nel corso dell'assistenza domiciliare, atteggiamenti non professionali;
- ? Tempestiva comunicazione via fax o email ai Responsabili delle UU.OO. che hanno attivato l'assistenza di qualsiasi variazione delle prestazioni domiciliari programmate;
- ? Trasmissione schede degli accessi domiciliari singolarmente controfirmati dall'utente o dal Care Manager domiciliare, secondo la frequenza indicata dal committente nell'ordine di servizio.
- ? Trasmissione via fax o email ai Responsabili delle UU.OO. che hanno attivato l'assistenza dei turni infermieristici entro il 30 del mese precedente e trasmissione riepiloghi mensili dell'assistenza praticata con relazione infermieristica;

- ? Rispetto delle procedure previste dalla legge per quanto riguarda il trattamento dei dati personali

Si distinguono, in relazione ai bisogni i seguenti profili :

1. Cure domiciliari di tipo prestazionale occasionale o ciclico programmato

Si intende una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, non presupponga la presa in carico del paziente, nè una valutazione multidimensionale e l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare.

Sono richieste dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, responsabile del processo di cura del paziente, e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali.

La gamma di prestazioni previste comprende:

1. Prelievo ematico nei Distretti Sanitari dotati di Laboratorio Analisi
2. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.) nei Distretti Sanitari dotati di Laboratorio Analisi
3. Terapia iniettiva intramuscolare
4. Terapia iniettiva sottocutanea
5. Cateterismo vescicale (sostituzione periodica)
6. Istruzione all'utilizzo di ausili per la deambulazione
7. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilitazione del paziente
8. Educazione del care giver alla attività di nursing (cure igieniche, somministrazione di terapie, ecc.)
9. Educazione del care giver alla gestione di derivazioni urinarie
10. Educazione del care giver alla gestione di enterostomia
11. Educazione del care giver alla corretta mobilitazione / corretta postura del paziente
12. Educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee
13. Prescrizione di ausili o protesi
14. Consulenza medico specialistica distrettuale
15. Visita Programmata del Medico di Medicina Generale (ADP come da contratto)

2. Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello

Sono ricompresi in questa tipologia assistenziale interventi professionali rivolti ai malati e alle loro famiglie previsti dal PAI (Piano di Assistenza Individuale) elaborato nella Unità di Valutazione Multidisciplinare.

Le cure di primo e secondo livello assorbono quelle già definite ADI. Questa tipologia di cure domiciliari - in funzione della differente complessità/intensità - è caratterizzata dalla formulazione del suddetto PAI redatto in base alla valutazione globale multidimensionale ed erogate attraverso la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale;

L'attivazione dell'assistenza è richiesta dal Medico di Medicina Generale o dal P.L.S che assume la responsabilità clinica totale del processo di cura in conformità a quanto previsto dai Contratti Nazionali e Regionali vigenti. Gli stessi assicurano gli accessi domiciliari secondo il calendario concordato nel PAI.

Si rivolge a malati che pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni (I° livello) o 6 giorni (II° livello).

La gamma di prestazioni che riguardano questa tipologia di intervento professionale comprende prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative.

3. Cure domiciliari integrate di terzo livello e cure domiciliari palliative a malati terminali

Dette cure, erogate dal Settore Assistenza Domiciliare Ospedaliera attraverso l'integrazione Ospedale-territorio con la collaborazione di tutto il personale aziendale necessario per garantire la gestione della gravità assistenziale, consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche.

- malati terminali (oncologici e non);
- malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, atrofia, muscolare spinale di tipo I° e II°, distrofie muscolari, etc);
- fasi avanzate e complicate di malattie croniche;
- pazienti con necessità di nutrizione artificiale domiciliare;
- pazienti con necessità di supporto ventilatorio;
- pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza.

Tra questi per i malati terminali è individuato un profilo specifico di cure palliative che richiede l'intervento di una équipe dedicata multidisciplinare (attraverso il potenziamento del personale medico dell'ADO) di cui faranno parte il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta.

A determinare la criticità e l'elevata intensità assistenziale concorrono l'instabilità clinica, la presenza di sintomi di difficile controllo, la necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o al care-giver.

Presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione di un piano di cura con intervento di tipo multidisciplinare.

L'attivazione dell'assistenza è richiesta dal Medico di Medicina Generale o dal P.L.S che assume la responsabilità clinica totale del processo di cura in conformità a quanto previsto dai Contratti Nazionali e Regionali vigenti. Gli stessi assicurano gli accessi domiciliari secondo il calendario concordato nel PAI.

Si tratta di interventi in genere programmati su 7 giorni settimanali.

La gamma di prestazioni che riguardano questi profili comprende prestazioni mediche, infermieristiche, dietologiche, riabilitative fisioterapiche e logopediche, psicologiche e medico specialistiche.

Quando l'équipe che eroga le cure domiciliari è di provenienza ospedaliera è in ogni caso superata la denominazione "Ospedalizzazione Domiciliare ". Tale tipologia assistenziale è infatti erogata dal Settore A.D.O. attraverso le Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e le Cure Domiciliari palliative a malati oncologici e terminali..

MODALITA' DI ACCESSO

SEGNALAZIONE

La segnalazione del caso può essere effettuata da:

- ? Medico di medicina generale
- ? Pediatra di libera scelta
- ? Medico ospedaliero
- ? Servizi sociali
- ? Familiari del Paziente.

Le eventuali segnalazioni che perverranno al Distretto Sanitario, saranno trasmesse ai MMG/PLS per competenza.

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE

La richiesta di attivazione delle cure domiciliari deve essere proposta dal M.M.G. o dal P.L.S. su apposita modulistica da presentare direttamente, via FAX o per posta elettronica all' Unità Operativa socio-sanitaria distrettuale; non saranno accettate richieste di attivazione delle cure domiciliari non corredate dalla modulistica prevista.

L'attivazione compete al MMG/PLS, che rimane il responsabile sanitario dell'assistito; se il paziente è in ospedale, il Medico ospedaliero contatta il MMG/PLS tramite le Direzioni Sanitarie Ospedaliera e Distrettuale e concorda l'attivazione dell'ADI contestualmente alla dimissione.

La richiesta deve pervenire entro il Giovedì per un'adeguata organizzazione dell'intervento; nei due giorni lavorativi successivi il Referente delle Cure Domiciliari del Distretto procederà alla attivazione delle procedure previste dal presente regolamento

VALUTAZIONE DEL CASO E PIANO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA

La presa in carico nelle cure domiciliari si accompagna ad un approccio multidimensionale di cui sono aspetti essenziali:

- la valutazione globale dello stato funzionale del paziente attraverso sistemi di valutazione sperimentati e validati su ampia scala, standardizzati e in grado di produrre una sintesi delle condizioni cliniche, funzionali e sociali per l'elaborazione del piano assistenziale individuale (PAI), permettendo, nel contempo, la definizione del case- mix individuale e di popolazione;
- la predisposizione del PAI;
- un approccio assistenziale erogato attraverso un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare che comprende anche operatori sociali;
- il monitoraggio periodico e la valutazione degli esiti.

All'interno dell'équipe erogatrice delle cure viene inoltre individuato un responsabile del caso (case manager) che, in collaborazione con il MMG, orienta e coordina gli interventi in base a quanto definito nel piano assistenziale individuale, compresa l'assistenza protesica e farmaceutica.

PERCORSO DI ATTIVAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI DISTINTO PER PROFILI

Prestazioni Estemporanee a carattere d'urgenza

I Responsabili delle UU.OO di Cure Domiciliari, ricevuta la richiesta dalla Direzione Sanitaria distrettuale, daranno seguito alla richiesta del MMG/PLS tramite l'attivazione di personale dipendente o di personale della Centrale Operativa della Ditta affidataria del servizio infermieristico domiciliare che confermerà ai committenti ed al MMG/PLS l'attivazione dell'assistenza.

L'attivazione di tali prestazioni non programmabili e di durata limitata nel tempo ha carattere di sperimentazione assistenziale, è finalizzata alla riduzione dei ricoveri ospedalieri ed è, in questa fase, dedicata a pazienti indigenti e subordinata alla disponibilità di personale infermieristico.

La richiesta del MMG/PLS riceverà riscontro entro 24h dalla richiesta.

Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello

Le Cure Domiciliari di I° e II° livello saranno attivate previa valutazione multidisciplinare delle esigenze assistenziali richieste dal MMG/PLS con l'attivazione dell'ADI, entro tempi definiti ed

adeguati alle esigenze dell'assistito. Nelle more dell'attivazione delle attività assistenziali concordate nel PAI saranno garantite le prestazioni estemporanee a carattere d'urgenza indicate dal MMG/PLS nel modulo di richiesta.

Cure domiciliari integrate di terzo livello e cure domiciliari palliative a malati terminali

Le Cure Domiciliari di III° livello e le cure palliative ai malati terminali, prestazioni a maggiore impegno sanitario saranno erogate dal Settore Assistenza Domiciliare Ospedaliera, successivamente alla richiesta del MMG/PLS di attivazione dell'ADI e di presa in carico del paziente al Direttore del Distretto; prevedono percorsi di attivazione rapidi, soprattutto nei casi di post acuzie, di terminalità e di dimissioni ospedaliere protette ad alta intensità assistenziale, riservando a una fase successiva l'attivazione dell'unità di valutazione multidimensionale e la predisposizione del PAI con i completamenti organizzativi e gestionali che si renderanno necessari.

Deve comunque essere garantita la piena collaborazione del M.M.G. e del P.L.S. , nel rispetto dei criteri di priorità e compatibilmente con le attività di servizio.

COSTI

I pazienti in regime di cure domiciliari previste dalla presente progettazione non sono soggetti a forme di partecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni occasionali o ciclico-programmato o previste dal Piano di Assistenza Individuale in ADI.

L'attivazione dell'ADI proposta dal MMG/PLS necessita in ogni caso di autorizzazione del Direttore del Distretto.

La presa in carico in ADI di I-II e III livello sarà retribuita con la tariffa prevista dall'accordo regionale di **euro 60**.

Il presente accordo prevede inoltre l'identificazione di una quota forfettaria per l'attività di collaborazione del MMG/PLS nella presa in carico aziendale del paziente oncologico che necessita di cure domiciliari di **euro 30**. Gli accessi domiciliari successivi e pianificati nel PAI saranno retribuiti come da accordo regionale .

L'assistenza medica trasfusionale del MMG/PLS per pazienti in ADI sarà retribuita con una quota omnicomprensiva di **euro 80** per ogni trasfusione a domicilio.

Considerato che per l'attuazione della presente implementazione organizzativa sono previsti carichi di lavoro aggiuntivi per il personale dipendente vanno previste modalità di incentivazione per consentire la puntuale effettuazione di tutte le attività contemplate dal presente progetto.

Le risorse professionali saranno individuate dai Direttori dei Distretti Sanitari.

Procedure da definire

Sono in fase di stesura le seguenti ulteriori procedure e/o protocolli:

1. Individuazione indicatori per il monitoraggio del servizio offerto
3. gestione documentazione/ archivio
7. organizzazione della continuità assistenziale

Al fine di monitorare e migliorare nel tempo l'erogazione delle cure domiciliari oggetto del presente percorso, la riduzione dei ricoveri ospedalieri e la soddisfazione dell'utenza si stabilisce di costituire apposita Commissione costituita da:

Direttore Servizio Socio-Sanitario
Direttori Sanitari Distretti 83 85 86 e 88

Responsabile Settore ADO
Responsabile Settore Assistenza Anziani
Rappresentante dei MMG
Rappresentante dei PLS

Dopo ampia discussione del documento, il documento si approva all'unanimità.

Si passa alla discussione del terzo punto relativo alla Farmaceutica.

Il dott. Fusco, facendo seguito a quanto già discusso nella riunione del 28/11/07, effettua un'analisi della situazione ad oggi dell'attività prevista dalla delibera n. 571 e, supportato dai dati della farmaceutica fornita dalla dr.ssa Sacristano, esprime l'intendimento della Azienda di effettuare una modifica dell'attività di erogazione dei farmaci attraverso una distribuzione per conto effettuata dalle farmacie convenzionate. Viene illustrato il contenuto della proposta di accordo inviato a Federfarma e viene chiesto al Tavolo se tale documento può essere sottoposto alla sottoscrizione tra le parti.

Si concorda sul contenuto dell'accordo e per la sottoscrizione.

Tale accordo, se non interverranno motivi ostativi, entrerà in vigore il 1 gennaio 2008.

Inoltre, viene concordato che l'informazione della vigenza dell'accordo ASL-Federfarma ai medici convenzionati avverrà con comunicazione scritta per il tramite dei Direttori Sanitari dei Distretti all'atto del ritiro dei ricettari.

Si passa alla discussione del quarto punto relativo all'attuazione di Progetti di screening previsti dagli accordi regionali (K colon retto, K mammario, K cervice uterina, K polmone); gli screening saranno oggetto di apposita riunione con tutti i Direttori di Distretto, la Direzione Strategica il giorno 9 gennaio alle ore 12,00.

Si passa al successivo argomento relativo al piano formativo aziendale 2008 che riguarda i MMG. La formazione sarà effettuata con l'ausilio di Docenti di contenuti (sia specialisti che MMG esperti della materia oggetto della formazione) e di Animatori di Formazione.

Per il 2008 si prevedono i seguenti argomenti:

- certificazioni mediche (aspetti deontologici, civili e penali);
- K colon-retto (attività di screening);
- Corso integrato (MMG, specialisti ospedalieri e ambulatoriali) per l'applicazione delle Lg regionali e aziendali nella cura delle dislipidemia e nella prevenzione del rischio cardiovascolare.

Ulteriori argomenti di aggiornamento formativo saranno individuati nel corso dell'anno dopo la valutazione delle esigenze.

La riunione si chiude alle ore 14,00

Castellammare di Stabia 20 Dicembre 2007.

Letto firmato e sottoscritto.