

## **SCHEMA DI REGOLAMENTO PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO LOCALE PER LA DOMICILIARITA'**

### **Art. 1 - Oggetto**

L'Amministrazione comunale sostiene le politiche di contrasto ai processi di emarginazione, per il mantenimento delle persone nella propria abitazione, promuovendo e mettendo in atto misure alternative al ricovero.

Il presente Regolamento disciplina i criteri di accesso e le modalità di erogazione dell'insieme dei servizi di assistenza domiciliare.

### **Art. 2 - Definizione**

Il Comune, d'intesa con l'ULSS, mette in atto un insieme di interventi e prestazioni complementari e integrativi rispetto all'assistenza fornita dalla rete familiare e solidaristica, erogati presso il domicilio di persone che si trovino in parziale o totale non autosufficienza, allo scopo di migliorare le loro condizioni di vita e relazionali e di contrastare processi di decadimento psico-fisico e di emarginazione. Tali servizi hanno la finalità di garantire un'adeguata qualità della vita e di sostenere il recupero dell'autonomia nella gestione personale e familiare.

### **Art. 3 - Destinatari**

L'insieme dei servizi di assistenza domiciliare è rivolto prevalentemente ad anziani e a persone a rischio di compromissione dell'autosufficienza ovvero in condizioni di dipendenza assistenziale in quanto affette da patologie croniche e/o in condizioni di disabilità temporanea o permanente, residenti in uno dei Comuni dell'Ulss n. 5.

La presa in carico del caso avviene nel rispetto delle seguenti priorità:

- gravità della condizione di non autosufficienza della persona in stato di bisogno;
- carenza di rete familiare;
- condizioni economiche;
- isolamento sociale;
- presenza di patologie mentali degenerative (Alzheimer, demenza senile, ecc,) che comportano carichi assistenziali difficilmente sostenibili per i famigliari.

Possono beneficiare dei servizi domiciliari anche le persone domiciliate nel territorio del Comune previa acquisizione di impegno all'assunzione del costo del servizio da parte del Comune di residenza.

### **Art. 4 - Modalità di accesso e presa in carico**

L'attivazione dei servizi domiciliari comporta la presentazione di un'istanza da parte della persona interessata o di un suo familiare o su segnalazione di un servizio sanitario o sociale o di autorità competente al servizio sociale competente. L'assistente sociale procede all'avvio del servizio che si articola nelle seguenti fasi:

- rilevazione del bisogno e valutazione delle condizioni di autonomia del richiedente e dell'adeguatezza della rete familiare, ove presente;
- predisposizione di un piano individualizzato di assistenza, concordato con la persona e i suoi familiari, nel quale vengono individuati gli obiettivi, i servizi e le prestazioni da realizzare, le modalità e la durata degli interventi, le risorse della persona, della famiglia e del contesto sociale di appartenenza;

- verifica periodica dell'adeguatezza del programma rispetto al bisogno e del raggiungimento degli obiettivi.

Condizioni per l'accesso al servizio sono:

- la presenza di condizioni cliniche e la necessità di interventi assistenziali compatibili con la permanenza del paziente nel proprio domicilio;
- la disponibilità di una idonea condizione abitativa;
- l'accettazione da parte della persona in stato di bisogno del programma assistenziale concordato, degli adeguamenti che si rendono necessari e delle modalità di erogazione del servizio;
- la disponibilità a consentire l'accesso ai dati clinici dell'assistito (es.: malattie infettive e contagiose) anche al fine di garantire agli operatori la necessaria tutela della propria salute;
- l'impegno della rete familiare, quando esista, a collaborare con il servizio e ad assicurare al proprio congiunto un sostegno continuativo onde evitare situazioni di deresponsabilizzazione familiare.

Per casi particolari il servizio di assistenza domiciliare può essere erogato a persone affette da patologie psichiatriche o di dipendenza alcolologica o tossicologica. Per questi casi l'attivazione del servizio avviene previa predisposizione di un programma concordato fra il servizio sanitario specialistico di riferimento e il servizio sociale del Comune. In ogni caso l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare e la sua continuità saranno autorizzati dal Comune subordinatamente alla presenza continuativa del servizio sanitario che ha in carico la persona in stato di bisogno. Il servizio sanitario specialistico coordina il personale addetto al servizio di assistenza domiciliare avendo cura di garantire condizioni lavorative compatibili con la sicurezza e la salute degli addetti al servizio. Eventuali gravi situazioni di trascuratezza ambientale dovranno essere rimosse attraverso un adeguato risanamento prima dell'attivazione del servizio. Per casi di persone affette da patologie psichiatriche e/o di dipendenza l'accesso al servizio è, inoltre, condizionato a un valido supporto familiare e/o di una rete di aiuto informale che consenta il raggiungimento degli obiettivi di minima descritti nel programma assistenziale.

Il venir meno delle condizioni sopra descritte può comportare la sospensione del servizio.

L'attivazione è sempre soggetta ad approvazione da parte del Comune.

#### **Art. 5 - Tipologia dei servizi domiciliari**

Il sistema dei servizi domiciliari si caratterizza per gli interventi di seguito indicati, meglio definiti nei singoli provvedimenti dell'Amministrazione comunale:

a) Servizio di consulenza e orientamento nella rete dei servizi e delle risorse presenti nel territorio;

b) Assistenza domiciliare:

- cura e igiene della persona;
- aiuto domestico;
- accompagnamento esterno sul territorio comunale;
- sostegno del singolo e/o del nucleo familiare;
- supporto alla rete familiare anche al fine di prevenirne la deresponsabilizzazione;

c) Pasti a domicilio;

d) Telesoccorso – telecontrollo.

Eventuali ulteriori prestazioni domiciliari potranno essere attivate dall'Amministrazione con appositi provvedimenti e sulla base della disponibilità delle risorse del bilancio.

#### **Art. 6 - Assistenza domiciliare integrata**

Nei casi in cui sia necessario soddisfare esigenze complesse di cura riferite a persone affette da gravi patologie o in condizioni di non autosufficienza, viene attivato un programma di assistenza domiciliare integrata di tipo sociale e sanitario (A.D.I.).

La procedura per l'erogazione dell'A.D.I. è contemplata nell'accordo di programma stipulato tra Comune e ULSS.

Essa prevede la definizione di un progetto assistenziale da parte dell'Unità di Valutazione Multi Dimensionale (di seguito indicata come U.V.M.D.), che individua gli interventi sia di tipo sanitario che sociale da erogare, le modalità di realizzazione e le verifiche dei risultati raggiunti.

La decisione assunta in sede di U.V.M.D. autorizza l'avvio dei servizi domiciliari nel rispetto dei criteri di erogazione delle prestazioni e dei vincoli di budget comunali, così come previsto dagli accordi con gli Enti coinvolti (ULSS, Comune, ecc.).

#### **Art. 7 - Condizioni reddituali di partecipazione alla spesa**

Il servizio di consulenza e orientamento nella rete di servizi descritto alla lettera a) dell' art. 5 è gratuito.

Per il servizio di assistenza domiciliare, come descritto alla lettera b) dell'art. 5, l'Amministrazione Comunale sostiene i costi del servizio erogato all'interessato (esclusi i costi sanitari), prevedendo delle forme di contribuzione da parte dell'utente in ragione del reddito ISEE.

Possono inoltre essere valutati altri elementi per la definizione della compartecipazione al costo del servizio in presenza di redditi di natura assistenziale o previdenziale non imponibili IRE.

La certificazione ISEE sarà presentata all'atto della domanda di erogazione del servizio o entro i termini fissati dall'Amministrazione Comunale

Qualora nell'anno corrente si siano verificate situazioni impreviste che abbiano sensibilmente modificato la situazione reddituale, si considera la situazione effettiva documentata all'atto della domanda, tenendo comunque conto di quanto risultante dalla certificazione ISEE.

Per l'erogazione del servizio si avrà come riferimento il livello ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente) del nucleo familiare.

In caso di mancata presentazione del certificato ISEE, verrà applicata la quota massima di contribuzione.

Per i soggetti disabili in età minorile e adulta (fino ai 65 anni) la tariffa da applicare potrà essere fissata scorporando dal reddito e dal nucleo familiare i famigliari diversi dalla persona assistita e dai suoi genitori.

Per mettere in relazione la compartecipazione con la capacità economica del nucleo del richiedente viene utilizzato quale criterio di concorso un criterio proporzionale che permette una maggiore attenzione ad ogni singolo caso definendo una quota personalizzata.

La quota proporzionale di compartecipazione alla spesa (X) risulta dalla seguente formula:

$$X = \frac{\text{costo del servizio} \times \text{ISEE}}{\text{Soglia massima}}$$

Dove per:

- *Costo del servizio*: si intende il costo orario del servizio sostenuto dall'Amministrazione Comunale.
- *Soglia massima*: si intende un valore ISEE oltre il quale la prestazione è resa con il pagamento della quota oraria massima di compartecipazione da parte dell'utente (tariffa), quota che in ogni caso non può superare il 50% del costo orario del servizio sostenuto dall'Amministrazione Comunale.
- *ISEE*: corrisponde al valore ISEE dell'interessato.

La Giunta Comunale, nel rispetto dei criteri enunciati, definisce:

1. il costo orario massimo di compartecipazione al servizio;
2. il valore ISEE al di sotto del quale la prestazione è resa a titolo gratuito (soglia minima € 4.500,00);
3. il valore ISEE al di sopra del quale la prestazione è resa con il pagamento del costo orario massimo di compartecipazione (€ 14.100,00 sui redditi 2004);

4. l'eventuale valutazione di altri elementi per la definizione della compartecipazione al costo del servizio, in presenza di redditi di natura assistenziale o previdenziale non imponibili IRE.

Per la fornitura dei pasti - (lettera c), articolo 5) - l'Amministrazione fissa di anno in anno il costo a carico dell'utente costo che, a prescindere dal reddito, di norma deve corrispondere al costo della preparazione/confezionamento dei pasti, compreso il costo dei generi alimentari. Per chi nella certificazione ISEE supera la soglia di €. 14.100,00 (valore che è riferito alla certificazione dei redditi del 2004 e che va rivalutato di anno in anno), l'Amministrazione Comunale applica una tariffa che consenta di coprire anche i costi di trasporto del pasto a domicilio.

Per il servizio di Telecontrollo e Telesoccorso, di cui alla lettera d) dell'art. 5, il Comune applica le seguenti tariffe:

- per fasce di reddito I.S.E.E. sotto €. 14.100,00 (anno 2004) il servizio viene erogato gratuitamente;
- per fasce di reddito I.S.E.E. compreso fra €. 14.100,00 ed €. 15.300,00 viene applicata la tariffa giornaliera di €. 0,32 (+ I.V.A.);
- per fasce di reddito I.S.E.E. superiore ad €. 15.300,01 viene applicata la tariffa giornaliera di €. 0,63 (+I.V.A.).

Le tariffe sopra descritte vengono aggiornate di anno in anno, con provvedimento di Giunta Comunale, sulla base del costo del servizio determinato dalla Regione Veneto.

L'Assistente Sociale referente, in accordo con il Responsabile di Settore, in particolari situazioni e a seguito di istruttoria, ha facoltà di valutare eventuali riduzioni o esenzioni dalla compartecipazione ai costi dei servizi. Di ciò dà informazione al Dirigente Comunale.

#### **Art. 8 - Norme transitorie e finali**

Per il primo anno di applicazione del presente Regolamento, nel caso di sensibile scostamento fra le nuove tariffe e quelle in precedenza applicate potranno essere introdotti correttivi al fine di assicurare la necessaria gradualità nell'applicazione delle stesse.

I quadri tariffari fissati dal presente regolamento saranno sottoposti a verifica ed eventualmente modificati dopo il primo anno di applicazione.

## **SPORTELLLO INTEGRATO**

Dal punto di vista pratico tutti gli operatori accederanno, tramite personale username e password fornita dal servizio informatico dell'ULSS , al sito: <http://www8.officinedigitali.it/ulss5/> ; nella videata iniziale (home page) apparirà sulla destra la finestra denominata "Sportello Integrato" che è composta da 4 voci:

1. Interventi Erogati a Domicilio e di Supporto alla Famiglia;
2. Interventi di Sostegno Economico;
3. Interventi di Sollievo alla Famiglia e di Accesso alla residenzialità;
4. Altri Servizi.

Cliccando sulla prima voce si apriranno le seguenti opzioni:

- Assistenza Domiciliare Sociale (SAD);
- Assistenza Domiciliare Sanitaria (ADI);
- ADIMED;
- Protesi ed Ausili;
- Telesoccorso e Telecontrollo;
- Pasti a domicilio;
- Trasporto.
- .....
- .....

Cliccando sulla seconda voce si apriranno le seguenti opzioni:

- Invalidità Civile;
- L.R. 28/1991;
- Badanti;
- Alzheimer;
- Superamento Barriere Architettoniche.

Cliccando sulla terza voce si apriranno le seguenti opzioni:

- Centri Diurni;
- Case di Riposo;
- D.G.R. 3960/2001;
- Vita Indipendente.

Ed infine cliccando sulla quarta voce:

- Comuni;
- ULSS.

Al fine di agevolare l'utente, che così non dovrà spostarsi da un ufficio all'altro, verrà data la possibilità agli operatori di visualizzare tutti i servizi offerti anche dagli altri Comuni o da altri Punti Salute, verrà altresì fornita la possibilità di scaricare i moduli direttamente così da essere consegnati immediatamente all'utente.

Ogni operatore, fornito di personale username e password, sarà abilitato all'aggiornamento o al cambiamento delle informazioni che verranno rese al pubblico SOLO per la propria parte di competenza, viene infatti negata la possibilità di modificare i dati inseriti da altro operatore.

Regione del Veneto

**Azienda Unità Locale  
Socio Sanitaria**



# **PROTOCOLLO PER LA SPERIMENTAZIONE DELLE DIMISSIONI PROTETTE NEI REPARTI DEI PRESIDI OSPEDALIERI DELL'ULSS 5**

Protocollo concordato dalla Direzione Medica e dal  
Distretto Socio Sanitario

## PROTOCOLLO PER LA SPERIMENTAZIONE DELLE DIMISSIONI PROTETTE NEI REPARTI DEI PRESIDII OSPEDALIERI DELL'ULSS 5

Per **Dimissione Protetta** o programmata, si intende ogni forma di assistenza sanitaria conseguente alla dimissione di persone ricoverate, dopo che le condizioni acute sono state stabilizzate e per le quali l'ulteriore periodo di cura e di riabilitazione può essere trascorso a domicilio o in altra struttura della rete dei servizi territoriali. È necessaria inoltre l'esistenza di forniture di materiali e di personale d'assistenza presso il domicilio.

**Poiché il paziente fragile è particolarmente esposto ai rischi dell'ospedalizzazione, si deve dedicare la massima attenzione non solo alla prevenzione di un secondo ricovero, ma alla prevenzione in generale dei ricoveri ospedalieri.**

### Il percorso

#### Destinatari

Tutti i soggetti, ricoverati nei reparti ospedalieri che, al momento delle dimissioni, non sono in grado di organizzare in modo autonomo il rientro a domicilio e la continuazione delle cure e dell'assistenza indicate nella fase di dimissione.

#### Applicabilità

La procedura viene applicata in tutti i Presidii Ospedalieri dell'Ulss 5. Solo inizialmente, non verranno inclusi i reparti di ginecologia, ostetricia, pediatria, ortopedia, oculistica e chirurgia.

#### La presa in carico

Verrà effettuata la presa in carico finalizzata alla Dimissione Protetta:

- per tutti i pazienti ricoverati di età  $\geq 85$  anni indipendentemente dalle condizioni cliniche;
- per tutti i pazienti per i quali si prospettano problemi di ordine sanitario-assistenziale:
  - esiti di episodi cerebrovascolari acuti,
  - riacutizzazione di patologie croniche:
    - riacutizzazione di BPCO,
    - scompenso cardiaco;
  - patologie in fase avanzata:
    - neoplasie,
    - HIV;
  - necessità di terapie palliative;
  - polipatologia;
  - necessità di nutrizione artificiale;
  - necessità di ossigenoterapia domiciliare;
  - necessità di ventiloterapia domiciliare.

Le situazioni di ordine prevalentemente sociale:

- assenza della rete familiare,
- momentanea indisponibilità della rete familiare,
- inadeguatezza della rete familiare:
  - per l'aggravamento che ha portato al ricovero,
  - per le conseguenze dell'evento acuto;

per cui non è realizzabile una dimissione protetta, vengono comunque discusse in UVM per i provvedimenti di conseguenza.

La procedura di Dimissione Protetta va attivata:

- entro tre giorni dall'ingresso della persona ricoverata.

La procedura di Dimissione Protetta è attivata:

- dalla Caposala del reparto interessato:
  - o di sua iniziativa per l'età,
  - o su segnalazione del Medico negli altri casi.

Il primario o suo delegato (medico responsabile del caso):

- individuata la necessità di una probabile dimissione protetta compila la scheda di segnalazione (allegato 1), entro tre giorni dall'ingresso. La scheda di segnalazione deve essere inviata tramite fax o e-mail (meglio se preceduta da una telefonata) all'Assistente Sociale Ospedaliera.

La Caposala del reparto:

- attiva l'Assistente Sociale Ospedaliera (invio modulo di segnalazione tramite fax o e-mail),
- attiva le procedure per le schede di valutazione sanitaria, cognitivo/funzionale e motoria della S.VA.M.A.,
- riporta in modo ben visibile in cartella che si è attivato un percorso per la Continuità Assistenziale (ad es. un timbro "C.A."),
- inserisce in cartella la check list (allegato 2) per la continuità assistenziale,
- fa da tramite tra assistente sociale ospedaliera e famiglia,
- nei casi in cui sia prevista la NAD (**N**utrizione **A**rtificiale a **D**omicilio) invia i moduli di richiesta di consulenza per attivazione all'UO di Dietetica e Nutrizione,
- nei casi in cui sia prevista Ossigenoterapia (OLTD) o Ventiloterapia Domiciliare (VMD), invia il modulo di richiesta di attivazione all'UO di Patologia Respiratoria.

L'Assistente Sociale Ospedaliera:

- dialoga con i medici del reparto,
- prende contatto con il Medico Responsabile del Punto Salute,
- convoca la seduta di U.V.M.,
- valuta in collaborazione con l'Assistente Sociale del Comune di residenza la consistenza della rete familiare (allegato 3), per capire se esistono le condizioni per un ritorno a domicilio (ciò deve essere permesso anche dalle condizioni cliniche del paziente),
- in accordo con il Responsabile delle Cure Primarie, seleziona le segnalazioni, che dovranno essere inoltrate al Distretto per l'Unità Valutativa Multidimensionale qualora sia prevedibile organizzare al domicilio del paziente un'assistenza adeguata od utilizzare i Servizi Socio-Sanitari della Rete.

Le segnalazioni che non necessitano del passaggio in Unità Valutativa Multidimensionale sono inviate ai Responsabili dei Punti Salute per le Cure Primarie competenti per l'assistenza a domicilio.

La Coordinatrice del Punto Salute di residenza della persona ricoverata:

- concorda con la Coordinatrice/Capo Sala del reparto interessato la visita per la valutazione e la compilazione dei bisogni sanitari della persona ricoverata. Il personale del reparto garantisce l'accesso e la collaborazione.

Dovrà essere previsto, attraverso il Servizio delle Professioni Sanitarie, la costituzione di un gruppo di lavoro, Ospedale/Territorio, che entro due mesi, crei una scheda di valutazione infermieristica.

**Componenti dell'Unità Valutativa Multidimensionale:**

Per garantire la multidimensionalità fanno parte dell'U.V.M.:

- Il Direttore Medico o suo delegato
- L'Assistente Sociale Ospedaliera
- Il Primario o Medico delegato, referente per reparto
- La Capo Sala del reparto dimettente o suo delegato
- L'Assistente Sociale del Comune di residenza della persona ricoverata

- Il Medico di Medicina Generale della persona ricoverata
- Il Responsabile del Distretto Socio Sanitario o suo delegato
- La Coordinatrice del Punto Salute o la Capo Sala del Territorio

A questo nucleo di base, unico su tutto il territorio, si aggiungono, in base alle necessità, gli specialisti ed i tecnici direttamente coinvolti nel caso.

Le figure professionali che vi fanno parte devono avere potere decisionale proprio o delegato dal Servizio di appartenenza.

I Servizi Sociali comunali sono tenuti ad erogare gli interventi assistenziali individuati, compatibilmente con le risorse disponibili al momento della richiesta. In presenza di più richieste contemporanee, l'una proveniente dal territorio e l'altra dalle dimissioni protette, i Servizi Sociali comunali si riservano la facoltà di attivare il servizio assistenziale al caso più bisognoso in relazione alle accertate risorse familiari ed economiche.

**N.B.** Il Responsabile dell'U.V.M. è il Responsabile del Distretto Socio Sanitario o il Medico Responsabile del Punto Salute.

### **Preparazione alla dimissione: l'Unità Valutativa Multidimensionale**

L'U.V.M. verrà convocata l'ultima data utile prima della dimissione. Le U.V.M. saranno:

- Il Martedì dalle 12.00 alle 15.00 presso la Direzione Medica di Arzignano
- Il Mercoledì dalle 12.00 alle 15.00 presso la Direzione Medica di Lonigo
- Il Giovedì dalle 12.00 alle 15.00 presso la Direzione Medica di Valdagno

La U.V.M. provvede a completare la S.V.A.M.A. con la stesura del Progetto Assistenziale Individualizzato.

- La soluzione prospettata potrà essere una o più delle seguenti:
  - invio a domicilio con segnalazione al MMG,
  - attivazione di Assistenza Programmata,
  - attivazione di Day Service,
  - attivazione di Assistenza Domiciliare Integrata,
  - residenzialità extra-ospedaliera;
- contestualmente potranno essere attivati anche i seguenti percorsi:
  - nutrizione artificiale,
  - ossigenoterapia domiciliare,
  - ventiloterapia domiciliare,
  - cure palliative;
- per i pazienti che necessitano di:
  - nutrizione artificiale,
  - particolari accorgimenti nell'alimentazione,
  - medicazioni,
    - la Caposala ospedaliera:
      - convoca il familiare o il care giver per la formazione in reparto riportandone il nominativo sulla lettera di dimissione infermieristica;
      - Indirizza il familiare o il care giver all'UO di Dietetica e Nutrizione per contatto, presa in carico e verifica della formazione;
      - Invia all'UO di Dietetica e Nutrizione, almeno 72 ore prima della dimissione, il modulo per l'attivazione del service.

Il giorno prima della dimissione, la Capo Sala del Reparto dovrà, tramite una telefonata al Coordinatore ADI del Punto Salute, confermare la dimissione (allegato 4).

### **Il Progetto Assistenziale Individualizzato (P.A.I.)**

Il P.A.I. dovrà essere condiviso dal destinatario e dagli eventuali familiari. Il Progetto personalizzato stabilisce gli obiettivi, i protocolli da attuare, la frequentazione delle prestazioni, gli operatori coinvolti nella realizzazione, le eventuali forniture dei presidi richiesti, i compiti del destinatario, dei familiari, dove presenti, e degli operatori coinvolti.

Il giorno della dimissione dovrà essere concordato tra il personale della U.O. di dimissione e gli operatori del territorio in sede di U.V.M.

Il personale di reparto comunicherà alla persona ed ai familiari il progetto predisposto.

Il Piano Individuale, sarà comunicato, dagli operatori del Distretto, al medico di fiducia per la presa in carico dopo la dimissione se non dovesse essere presente durante l'U.V.M.

**N.B.** Di norma la dimissione protetta NON avverrà mai dal venerdì pomeriggio alla domenica sera.

### **La dimissione**

- lettera di dimissione contenente tutte le informazioni necessarie (vedi check list),
- eventuale scheda di valutazione infermieristica,
- invio della lettera di dimissione al MMG per posta elettronica ove presente,
- invio della lettera di dimissione ai Colleghi della Guardia Medica con lo stesso mezzo o per posta interna (vedi anche prevenzione del ricovero) ed al Punto Salute di riferimento,
- invio della lettera di dimissione all'UO di Dietetica e Nutrizione laddove venga attivata la NAD.

### **Integrazione operativa, monitoraggio e verifica:**

Le verifiche in merito all'erogazione dei servizi, all'integrazione tra le parti interessate, al monitoraggio delle risposte e all'adeguamento di queste al variare dei bisogni dell'utente spettano all'unità che ha preso in carico la persona: Distretto, Struttura Residenziale, Comunità.

La persona interessata e la sua famiglia, dovranno essere sempre informati di ciò che si sta facendo e condividere gli interventi.

Per la verifica globale dell'attività dei servizi, per la valutazione del livello qualitativo delle prestazioni, per la valutazione dei risultati ottenuti in rapporto ai risultati attesi, per la valutazione di efficacia sia in termini operativi che di soddisfazione dell'utente vengono previste, per i primi sei mesi, riunioni bimestrali tra Hospitalist, Responsabile del Distretto, Direttore delle Cure Primarie, Assistente Sociale Ospedaliera, Direttore del Dipartimento di Continuità Assistenziale, Primari di quei reparti in cui si realizza il maggior numero di dimissioni.

### **La prevenzione di un secondo ricovero**

- E' utile programmare il controllo ambulatoriale in post-ricovero per tutti i pazienti in grado di recarvisi.
- E' indispensabile programmare controlli periodici biomorali e antropometrici per verificare l'adeguatezza della prescrizione in caso di NAD
- Le strategie da mettere in atto, per la prevenzione di un secondo ricovero, coincidono con quelle per la prevenzione e l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in genere.

### **Durata della sperimentazione**

La sperimentazione del protocollo durerà sei mesi a far data dalla sua approvazione.

Sub ALLEGATO N. 1

Regione del Veneto

Azienda Unità Locale  
Socio Sanitaria



SCHEDA DI SEGNALAZIONE DAL REPARTO OSPEDALIERO ALL' UNITA' DI  
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Alla cortese attenzione  
dell'assistente sociale  
dott.ssa Chiara Poggiali

SEDE di ARZIGNANO

Fax n. 0444.479161

Tel. 0444.479255

e –mail: [chiara.poggiali@ulss5.it](mailto:chiara.poggiali@ulss5.it)

Cognome e nome della persona ricoverata: \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Ricoverato presso il Reparto Ospedaliero \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
In data \_\_\_\_\_ Dimissibile in data \_\_\_\_\_

Con diagnosi: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sintesi clinica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Viene chiesta attivazione dell'U.V.M. perché: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FAMILIARI DI RIFERIMENTO: SI  NO  (evidenziare la voce interessata)

Sig. / Sig.ra \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_  
Grado di parentela \_\_\_\_\_

Sig. / Sig.ra \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_  
Grado di parentela \_\_\_\_\_

Nome del Medico di Medicina Generale: dott. \_\_\_\_\_

Il Medico del Reparto ospedaliero dott. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

(Firmato in originale)

### La check list

#### Check list cui il Medico ospedaliero che dimette un paziente si deve attenere

- ❑ S.VA.M.A. (solo per i pazienti che entrano nella Rete dei Servizi)
- ❑ Nome del Medico su lettera e busta
- ❑ Verificare che sia stato rispettato il percorso per la Dimissione Protetta
- ❑ Verificare l'esistenza di protocolli specifici ed il rispetto del loro percorso
- ❑ Riportare sempre stato di coscienza e orientamento temporo-spaziale
- ❑ Per i cardiopatici e i cirrotici
  - riportare l'andamento del peso corporeo
  - raccomandarne la registrazione a domicilio
- ❑ Organizzare il post-ricovero (se indicato; essere comunque generosi) e riportare le informazioni per la visita in dettaglio sulla lettera
- ❑ Lettera di dimissioni infermieristica (se indicata)
- ❑ Prescrizioni relative alla NAD redatte dall'UO di Dietetica e Nutrizione
- ❑ Schema terapeutico
  - Caratteri leggibili anche da ipovedenti
  - Orario, modalità di somministrazione e relazione con i pasti
- ❑ Inviare lettera per Posta elettronica
  - Al MMG
  - Alla Guardia Medica
  - Al Punto Salute di Riferimento

### La famiglia

La presenza di una famiglia capace e collaborante, in un contesto ambientale idoneo, è *conditio sine qua non* per l'attivazione di ogni forma di assistenza domiciliare. La famiglia deve infatti garantire l'assistenza di base e la sorveglianza del paziente.

L'acquisizione del consenso alla dimissione con rientro a domicilio è un'operazione, talora difficile, che deve vincere numerosi punti di resistenza e richiede un approccio altamente professionale anche sul piano relazionale.

In questa delicata operazione l'assistente sociale svolge il ruolo fondamentale, ma con lui devono collaborare attivamente sia i medici, che gli infermieri, che gli operatori.

E' di grande utilità pratica, anche se non di semplice attuazione, riuscire ad individuare, all'interno della famiglia, un referente unico con cui relazionarsi. Per alcune tipologie di pazienti poi, come gli oncologici, la figura del referente unico è fondamentale.

Il risultato è favorevole quando la famiglia è aiutata a razionalizzare i problemi (qualità di vita, difficoltà tecniche di assistenza a domicilio, supporto della struttura etc.) e percepisce la presenza di un adeguato supporto tecnico-assistenziale fornito a domicilio ovvero il "non abbandono".

**Sub ALLEGATO 4**

**PUNTI SALUTE**

**PUNTO SALUTE NORD:** Infermiera Coordinatrice A.D.I. **Visonà Livia**  
Valdagno Via  
Te. 0445.423186 Fax 0445.423182

Per i Comuni:

- Brogliano
- Castelgomberto
- Cornedo Vicentino
- Recoaro Terme
- Trissino
- Valdagno

**PUNTO SALUTE CENTRO:** Infermiera Coordinatrice A.D.I. **Zordan Laura**  
Via S. Kennedy 2  
Te. 0444.475659 Fax 0444.475652

Per i Comuni:

- Altissimo
- Arzignano
- Chiampo
- Crespadoro
- Montecchio Maggiore
- Montorso Vicentino
- Nogarole Vicentino
- San Pietro Mussolino
- Zermeghedo

**PUNTO SALUTE SUD:** Infermiera Coordinatrice A.D.I. **Perin Paola**  
Lonigo P.zza Martiri della Libertà, 9  
Te. 0444.431352 Fax 0444.431344

Per i Comuni:

- Alonte
- Gambellara
- Brendola
- Grancona
- Lonigo
- Montebello Vicentino
- Sarego

**Progetto sperimentale di accoglienza e stimolazione diurna  
per persone con disabilità in età adulta avanzata  
"DIAMOCI TEMPO"**

Nei lavori preparatori per la stesura del Piano di Zona dei Servizi Sociali dell'U.L.S.S n°5 si evidenzia come bisogno emergente la necessità di adattare programmi, interventi e attività dei centri diurni alle nuove esigenze poste dagli utenti disabili che stanno invecchiando.

Si tratta di promuovere programmi alternativi di accoglienza e stimolazione dolce per persone in età adulta avanzata assistite in famiglia, rivalutando e aggiornando gli attuali programmi diurni con la sperimentazione interna di programmi specifici.

Abbiamo avuto modo di verificare come il fenomeno dell'invecchiamento delle persone disabili e l'evidenziarsi delle loro particolari necessità interessi anche gli utenti del nostro Programma Socio-riabilitativo; inoltre i Servizi Sociali territoriali ci hanno segnalato la domanda emergente di nuovi inserimenti nei centri diurni di persone adulte in età avanzata.

Abbiamo perciò ipotizzato, quale risposta a questo tipo di bisogno, la sperimentazione di un programma specifico, che prevede un ampliamento e una riorganizzazione del servizio esistente, con l'individuazione di spazi ed attività particolari, adeguate alle esigenze poste da questo tipo di utenza.

**OBIETTIVI**

Gli obiettivi principali che tale sperimentazione si pone sono quelli di venire incontro ai bisogni che cambiano con l'età, di mantenere capacità ancora presenti, di contenere e guidare i processi di invecchiamento e perdita di autonomia e di poter diventare un punto di riferimento per le famiglie in una fase, quale quella rappresentata dall'invecchiamento, che richiede interventi specifici e sensibili ai mutati bisogni e ritmi della persona disabile .

Il progetto prevede nelle sue linee generali l'accoglienza diurna e la strutturazione di attività di mantenimento e stimolazione e di integrazione sociale per garantire il benessere delle persone accolte e di contenere e rallentare la degenerazione e la perdita progressiva di autonomie eventualmente con il supporto esterno di figure specialistiche.

Verranno definiti i Programmi individuali e di gruppo tenendo conto delle esigenze dei singoli utenti.

**UTENTI**

Le persone utenti del progetto saranno disabili in età adulta avanzata, individuate dai Servizi Sociali territoriali, che attualmente frequentano il nostro programma socio-riabilitativo o un altro centro diurno e che necessitano di interventi riabilitativi e stimolazione dolce.

**ORARIO DI APERTURA**

Il progetto prevede la realizzazione di una struttura diurna aperta dalle ore 8.00 alle ore 16,00 con servizio di trasporto per coloro che ne manifestino la necessità e il servizio mensa, utilizzando l'organizzazione del PROGRAMMA SOCIO RIABILITATIVO già esistente.

La frequenza potrà tenere conto delle esigenze degli ospiti e considerare delle modalità flessibili di accoglienza.

**PERSONALE**

Per un numero potenziale di 12/13 destinatari, l'equipe degli operatori che dovrà gestire il servizio e curarne tutti gli aspetti sarà composta da un educatore da due operatori O.S.S.

Si prevede inoltre l'affiancamento di una ausiliaria.

Il servizio potrà fare ricorso al sostegno di obiettori/ volontariato civile, per l'affiancamento al lavoro dell'equipe in tutte le attività che si porranno in essere.

Sarà compito degli operatori promuovere la partecipazione di volontari alle iniziative realizzate presso la struttura o alle uscite programmate e al fine di sensibilizzare il territorio e permettere il più ampio livello di integrazione delle attività con le realtà sociali.

### ATTIVITÀ

Le attività saranno funzionali agli obiettivi previsti e potranno essere caratterizzate da interventi individuali, a piccoli gruppi o di tipo assembleare.

Si prevede di attivare

- laboratori di pittura,
- laboratori di composizione e realizzazione di oggetti di artigianato in legno e cera,
- laboratori con eventuali lavori di cartotecnica
- piccoli lavori di assemblaggio compatibilmente con le residue capacità manuali degli utenti, il cui scopo sarà fundamentalmente di tipo occupazionale
- attività di carattere socializzante, come assemblee in cui coinvolgere tutti gli utenti in discussioni di carattere generale e di programmazione delle attività, uscite programmate, visite a mostre o musei,
- attività di carattere ludico o ricreativo
- attività motorie in palestra e in piscina finalizzate al mantenimento e al rilassamento
- attività di musicoterapica e di ascolto guidato di musica
- attività didattiche tese al mantenimento delle abilità di scrittura e di lettura e di comprensione di un testo ed esercizi di calcolo per gli utenti che ancora presentano tali capacità
- un soggiorno climatico di una settimana ( da svolgersi tendenzialmente nel mese di giugno)

gli utenti saranno coinvolti ( tenendo conto delle capacità individuali e delle risorse residue) nella gestione degli ambienti e nella cura dei propri spazi, per favorire il mantenimento delle autonomie presenti e il contenimento di processi di invecchiamento.

### RAPPORTO CON LE FAMIGLIE

Il raccordo con le famiglie di provenienza dovrà essere necessariamente gestito in collaborazione con l'assistente sociale di riferimento.

Saranno da prevedere incontri individuali periodici, da programmare con l'assistente sociale, per un confronto diretto con le famiglie e in cui si possano evidenziare le necessità e le aspettative sull'intervento e per raccogliere gli elementi utili alla strutturazione dei singoli progetti individuali.

Si prevedono almeno due incontri annuali di carattere assembleare con le famiglie per la verifica del programma e degli interventi.

### STRUTTURA

I locali individuati nel progetto:

- spogliatoio e servizi igienici attrezzati
- un aula da adibire anche a ufficio per la segreteria e archivio
- 1 aula/laboratorio per attività di carattere riabilitativo e occupazionale
- una piccola palestra per attività di carattere ludico e motorio,
- un ambiente/soggiorno per i momenti di socializzazione.

### TRASPORTO

Il servizio potrà effettuare il trasporto per quelle famiglie che ne faranno richiesta. Saranno da valutare gli orari di arrivo e di partenza in base alla distanza del luogo di residenza. Per questo motivo si renderà necessaria la dotazione di un pulmino per il trasporto degli utenti, per gli spostamenti e le uscite programmate.

ACCORDO DI PROGRAMMA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.):  
ADEGUAMENTO FINALITA' E CONTENUTI AL  
**PIANO LOCALE PER LA DOMICILIARITA'**

art. 1 Finalità del servizio

Il servizio di assistenza domiciliare integrata si realizza attraverso l'erogazione di una serie di prestazioni di natura socio-assistenziale variamente integrate con prestazioni di natura sanitaria direttamente a domicilio dell'utente, volte a garantirgli una vita autonoma nel proprio ambiente familiare e sociale.

L'integrazione delle prestazioni si attua attraverso l'azione congiunta di funzioni e risorse proprie dell'Ulss e dell'Ente locale per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- migliorare le qualità della vita del paziente e della sua famiglia;
- favorire il più a lungo possibile una idonea permanenza della persona in stato di bisogno socio sanitario presso il proprio domicilio;
- perseguire il rientro nell'ambiente di provenienza dopo la permanenza in strutture residenziali;
- diminuire i ricoveri impropri sia in ospedale che in strutture residenziali protette;
- coinvolgere i familiari del soggetto preso in carico, fornendo un supporto professionale e pratico alle necessità socio-sanitarie del paziente e della sua famiglia;
- promuovere azioni atte ad utilizzare al meglio le risorse territoriali;
- ottimizzare la spesa socio sanitaria;
- attuare un intervento socio sanitario a domicilio (medico, infermieristico e sociale) e garantire il collegamento con strutture residenziali sanitarie e socio-assistenziali (Ospedale, R.S.A. e Case di Riposo);

art. 2 Destinatari del servizio

I destinatari dell'assistenza a domicilio sono soggetti di tutte le età i quali si trovano in uno stato di dipendenza sanitaria o socio-sanitaria o meramente assistenziale che porta a richiedere all'ente pubblico (Ulss, Comune) degli interventi a domicilio. In genere si tratta di soggetti non autosufficienti, affetti da patologie fisiche e/o psichiche, nei quali lo stato di dipendenza può essere ulteriormente aggravato dall'urgenza del bisogno assistenziale, dalla scarsa presenza di una rete di supporto familiare o di requisiti igienico strutturali dell'abitazione. L'assistenza a domicilio eroga interventi di:

- aiuto domestico;
- assistenza alla persona comprensiva degli interventi di socializzazione;
- monitoraggio delle condizioni generali per prevenire aggravamenti e complicanze;
- cura e/o riabilitazione;

### art. 3 Oggetto del servizio

Il servizio prevede l'erogazione di prestazioni di natura socio assistenziali e sanitarie ritenute idonee alle necessità del singolo. Le prestazioni vengono individuate e definite a seguito di una valutazione multidimensionale e multiprofessionale del soggetto, in relazione alla sua situazione.

Gli interventi da porre in essere costituiscono il progetto assistenziale e sanitario riabilitativo.

Il progetto deve indicare le risorse di natura sanitaria e socio assistenziale, la cui disponibilità deve essere preventivamente assicurata dall'ente competente, il responsabile della conduzione del programma predisposto, tenendo conto della problematica prevalente (sanitaria o sociale), le verifiche periodiche sull'andamento dello stesso e sul raggiungimento degli obiettivi.

La predisposizione del programma spetta all'Unità Operativa Distrettuale (U.O.D.) competente per territorio, che ha anche il compito di monitorare l'andamento del servizio A.D.I. attraverso la messa a punto di omogenei indicatori sociali e sanitari.

Come previsto dalla DGR 5273 del 29.12.98 l'ADI si articola nei seguenti profili:

1. assistenza domiciliare socio-assistenziale
2. assistenza domiciliare riabilitativa integrata con intervento sociale: ADI profilo A
3. assistenza domiciliare infermieristica integrata con intervento sociale: ADI profilo B
4. assistenza domiciliare programmata integrata con intervento sociale: ADI profilo C
5. assistenza domiciliare integrata ex DPR 484/96 e D.P.R. 613/96 (ex DGR 2996/97) – ADIMED: ADI profilo D
6. assistenza ospedaliera a domicilio e riabilitazione domiciliare intensiva – ADI-HR: ADI profilo E

Il suddetto quadro assistenziale porta a concludere che per ogni tipologia di ADI, che esprime un gradiente assistenziale, l'elemento "integrazione" dipende da due variabili: la presenza dell'intervento/bisogno socio-assistenziale (che può variare a seconda delle condizioni socio-ambientali familiari del paziente), la presenza dell'apporto multiprofessionale all'interno della collaborazione tra figure professionali sanitarie.

Le prestazioni socio - assistenziali e sanitarie di base oggetto del servizio A.D.I. vengono assicurate dal lunedì alla domenica.

Al fine di favorire una presa in carico unitaria e globale dei singoli casi, e di rendere possibile una valutazione condivisa degli aspetti sanitari e socioassistenziali degli stessi, viene adottato uno strumento condiviso per uniformare i flussi di informazione tra Comuni e distretto: la "cartella unica di presa in carico"

Attraverso la compilazione e l'invio a mezzo posta elettronica della "cartella unica di presa in carico" i servizi sociali territoriali comunicano al distretto socio sanitario ogni nuova attivazione di prestazione domiciliare e/o residenziale per ciascun nuovo utente, corredata di utili informazioni sulla persona finalizzate a renderne più immediata la conoscenza.

Il distretto a sua volta risponde con le medesime modalità informando i comuni di eventuali prese in carico sanitarie per lo stesso caso segnalato dal servizio sociale comunale.

Qualora alle prestazioni sociali si aggiungano anche prestazioni sanitarie, sarà necessario concordare l'attivazione di una valutazione multidimensionale con l'obiettivo di riuscire a garantire una più rapida, appropriata e personalizzata attivazione delle risorse disponibili a favore della persona.

Per l'attivazione di valutazione di servizi semi-residenziali e residenziali, la comunicazione tra servizi sociali territoriali e distretti avviene tramite l'invio della tradizionale "scheda di attivazione di UVMD" e l'invio concomitante da parte dei Comuni della "cartella unica di presa in carico", quale prima ricognizione di informazioni rispetto al caso, che in sede di UVMD verrà integrata e formalizzata con lo strumento della SVAMA sociale.

Infine per favorire la partecipazione del medico di medicina generale alla stesura di ogni progetto assistenziale, questi, in occasione dell'Unità Valutativa Multidimensionale dovrà far pervenire a mezzo posta elettronica un "Parere sul progetto assistenziale" individuato.

## CARTELLA UNICA UTENTE

### Dati anagrafici

Cognome	Nome		Sesso
Comune residenza	Via	n.	
Tel.	Cell.		
Data di nascita	Luogo di nascita		
Medico curante			Tel.
Tessera sanitaria	Codice fiscale		
Persona di rifer.	Cognome	Nome	
Parentela	Tel.	Cell.	
Presenza rete			

### Servizio richiesto

	Data attivazione	Data cessazione
Sad		
Adi		
Centro Diurno		
Residenza Protetta		
Sollievo		
Pronta accoglienza		
Alta intensità /Rsa		
Sapa		

### Prestazioni erogate

	N. accessi	N. ore erogate
OTA/OSS		
Assistente sociale		
Medico		
Infermiere		
Altre figure prof.li		

Data e motivo cessazione servizio

--

### Situazione economica

	Anno	€
Reddito ISEE		
CUD/ mod. 101		
Mod. 730/Unico		
Altro		
Assegno di cura		
L.R. 28/91		
L.R. 5/01		
DGR. 3630/02		
Invalità civile		
Indennità di accompagnamento		
Altro		

Informazioni utili

--

#### art. 4 Centrale operativa

Al fine di garantire la massima funzionalità ed efficienza del servizio A.D.I., viene organizzata, dal Responsabile di Distretto, la "Centrale Operativa", che effettua le seguenti funzioni:

- riferimento burocratico-amministrativo per medici di base, medici specialisti, personale A.D.I., utenti, enti locali e reparti ospedalieri;
- collegamento con l'U.O.D. del Distretto al fine della presa in carico dei casi valutati dalla stessa;
- coordinamento organizzativo degli interventi sanitari e socio-assistenziali previsti dai progetti individuali dei soggetti ammessi all'assistenza domiciliare integrata;
- organizzazione delle visite specialistiche previste;
- organizzazione del personale ADI;
  - raccordo con gli uffici preposti alla assistenza protesica, alla fornitura di ausili a scopo riabilitativo e compensativo e alla erogazione di presidi sanitari;
- raccolta delle esigenze ed osservazioni dell'utenza per migliorare la qualità del servizio;
- raccolta informazioni sulla disponibilità in essere e potenziale di operatori scelti direttamente dalle famiglie degli utenti interessati.

#### art. 5 Procedura di attivazione dell'A.D.I.

Il servizio può essere richiesto da chiunque ne ravvisi il bisogno (diretti interessati, familiari, medico di M.G., ospedale, servizi sociali, volontariato ...).la cui segnalazione deve pervenire alla centrale operativa di cui al precedente art.4. Il servizio viene avviato su autorizzazione del Responsabile di Distretto, il quale, dopo una breve istruttoria, attiva, se la richiesta esige una risposta complessa, l'U.O.D. che valuta l'applicabilità dell'assistenza domiciliare integrata, in sintonia con quanto stabilito dalle linee guida regionali sull'attivazione delle varie forme di ADI, definite con D.G.R. n. 5273 del 29.12.1998.

Per pazienti in fase di dimissione da ospedale e/o struttura residenziale si applica la procedura particolare di cui all'art.9 del "Regolamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)" adottato dall'ULSS con provvedimento n° 495 del 16 aprile 1997, nonché i percorsi delineati dal "Protocollo dimissioni protette", attualmente in fase di sperimentazione

#### art. 6 Risorse

Le risorse sono di natura sociale e sanitaria.

Le risorse socio assistenziali sono messe a disposizione dai Comuni e si riferiscono a:

- Personale: assistente sociale  
operatori di assistenza

Risorse strumentali automezzi necessari allo spostamento sul territorio del personale di assistenza.

Le risorse sanitarie sono messe a disposizione dall'Ulss e si riferiscono a:

Personale: medici di medicina generale

infermiere professionale  
terapista della riabilitazione  
amministrativo  
geriatra  
fisiatra  
altri specialisti

Risorse strumentali:

automezzo per l'esecuzione delle prestazioni infermieristiche e riabilitative domiciliari  
presidi sanitari, strumentali, farmaci, secondo le normative vigenti.

art. 7 Sistema informativo

Al fine di realizzare un efficiente monitoraggio di tutta l'attività ADI, le Amministrazioni Comunali e l'Ulss concordano di dotarsi di un sistema informativo per l'attività di rendicontazione e di risultato dell'intero sistema.

art. 8 Integrazione tra gli enti e coordinamento

Il coordinamento organizzativo e gestionale degli operatori ADI (medico di base, infermiere professionale, terapisti della riabilitazione, specialisti, operatori socio sanitari, ecc.) compete al Direttore di Distretto e all'Assistente Sociale appositamente incaricato, per i Comuni che gestiscono in forma diretta l'assistenza domiciliare.

Regione del Veneto



UNITA' VALUTATIVA DISTRETTUALE MULTIDIMENSIONALE

### PARERE SUL PROGETTO ASSISTENZIALE

Per l'assistito/a

Sig./ra .....

nato/a il .....

residente a .....

si esprime parere favorevole per il seguente progetto assistenziale:

<input type="checkbox"/> ACCOGLIENZA IN RESIDENZA	<input type="checkbox"/> ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
<input type="checkbox"/> OSPITALITA' TEMPORANEA RIABILITATIVA	<input type="checkbox"/> ALTRE FORME DI ASSISTENZA
<input type="checkbox"/> OSPITALITA' TEMPORANEA SOCIALE	<input type="checkbox"/> LA RETE ATTUALE RISPONDE AI BISOGNI
<input type="checkbox"/> CENTRO DIURNO	<input type="checkbox"/> ALLOGGIO PROTETTO
<input type="checkbox"/> ASSISTENZA DOMICILIARE	<input type="checkbox"/>

Eventuali comunicazioni o proposte

.....

.....

Data

Firma

Regione del Veneto

**Azienda Unità Locale  
Socio Sanitaria**



**PROGETTO PER LA REALIZZAZIONE DI UN  
"OSPEDALE DI COMUNITA'"**

## PREMESSA

L'Ospedale di Comunità, nelle sue varie formulazioni, può offrire una reale opportunità di assistenza alternativa al ricovero, qualitativamente rilevante, ad alta valorizzazione del Medico di Medicina Generale ed a consistente gratificazione delle popolazioni assistite.

La proposta di istituzione dell'ospedale di comunità ha risvolti politici, professionali e organizzativo-funzionali in quanto a sperimentazione gestionale con lo scopo di:

- dare in loco delle risposte coerenti ai bisogni particolari delle popolazioni locali, dare cioè delle risposte efficaci superando la rigidità organizzativa, culturale, legislativa e di ruolo fra medicina di base, ospedaliera e dei servizi;
- integrare l'intervento sociale con quello sanitario;
- valorizzare le professionalità presenti sul territorio;
- trovare il soddisfacimento e quindi il consenso della popolazione e delle autonomie locali ;
- trovare modalità erogative efficienti con un rapporto soddisfacente costo- benefici.

**L'idea dell'Ospedale di Comunità è quella di creare una struttura collocata nel contesto di una struttura ospedaliera o residenziale in cui inserire un congruo numero di posti letto (10 – 15) di "assistenza sanitaria protetta residenziale" di breve durata.**

La gestione della degenza clinica viene affidata ai Medici di Medicina Generale convenzionati nell'ambito del territorio di competenza.

Nella struttura vengono assistiti quei pazienti di media gravità che, per esigenze cliniche o diagnostiche e/o per disagio sociale, non possono essere seguiti a domicilio.

Se non fossero attivate le suddette sperimentazioni, questa fascia di pazienti subirebbe obbligatoriamente un ricovero ospedaliero improprio. Per risolvere il problema, invece, è sufficiente una struttura con letti a media intensità assistenziale medica ed infermieristica e a basso supporto tecnologico.

Il Medico di Medicina Generale, durante il breve ricovero, di cui rimane titolare in assoluto gestendo i propri pazienti, con la sua azione di filtro, riuscirà a contenere la spesa di ricovero, evitando atti ripetitivi per accertamenti diagnostico strumentali, proprio perché trattasi di suoi pazienti.

Le esperienze in corso parlano di una maggiore gratificazione da parte dei pazienti, che vengono a sentirsi sempre meno numero, e sono confortati da risposte più tempestive e sicuramente più pertinenti oltre che da un diverso rapporto umano.

## **OBIETTIVI GENERALI**

- Migliorare la qualità dell'assistenza fornita
- Valorizzare il ruolo professionale dei MMG
- Sperimentare una modalità organizzativa utile al governo e alla riqualificazione della spesa complessiva dell'Azienda nell'ambito della rete dei servizi territoriali e socio - sanitari alternativa al ricovero ospedaliero improprio
- Disporre di una struttura residenziale intermedia tra ospedale, residenzialità extraospedaliera ed Assistenza Domiciliare Integrata in grado di dare risposte polivalenti ed assorbire, anche parzialmente, le richieste di ricovero in RSA ed Hospice.

## **OBIETTIVI SPECIFICI**

- Abbreviazione dei tempi di diagnosi: razionale utilizzo delle risorse Azienda ULSS e miglioramento dei percorsi di accesso alle prestazioni
- Utilizzo, da parte dei MMG, della dotazione diagnostica e tecnologica di base del presidio territoriale dell'Azienda ULSS
- Gestione integrata dell'assistenza domiciliare con altre forme di assistenza sanitaria e socio - sanitaria
- Coinvolgimento e valorizzazione della professionalità infermieristica nell'attività di medicina generale: informazione-accoglienza degli assistiti, educazione sanitaria, erogazione di risposte assistenziali
- Definizione di linee guida diagnostico-terapeutiche-procedurali, continuo confronto professionale tra i medici coinvolti e gli specialisti ospedalieri, attività formative congiunte
- Riduzione del ricorso improprio alle cure ospedaliere e specialistiche, anche aumentando la gamma di servizi e prestazioni erogabili direttamente dalla medicina generale.

## **PROPOSTA OPERATIVA**

Si propongono 10-15 posti letto di Ospedale di Comunità al IV piano dell'attuale OC per acuti di Valdagno, sullo stesso piano in cui possono trovare posto letti di lungodegenza ospedaliera polifunzionale ad intensa valenza riabilitativa indispensabili in un territorio il cui indice di invecchiamento è fra i più elevati. È da sottolineare che la fortunata occasione di poter disporre in via sperimentale di un Ospedale di Comunità all'interno di un Ospedale per acuti, offrirà alla popolazione locale la possibilità di ottenere risposte efficaci e rapide in un rapporto soddisfacente costi-benefici.

Il modello proposto in via sperimentale, una volta verificato negli aspetti organizzativi e nei risultati raggiunti, può essere esteso ad altre realtà del territorio dell'Azienda ove vi siano strutture in grado di offrire, con limitati investimenti strutturali, spazi adeguati in presenza di disponibilità di risorse umane e professionali.

## **STRUTTURA**

L'Azienda ULSS rende disponibili nel Presidio Ospedaliero di Valdagno.

- Unità abitativa con camere a 2 letti in grado di ospitare fino a 16 pazienti
- Una postazione multifunzionale, anche condivisa con una analoga sezione di lungodegenza, dotata di reception, archivio, postazione telefonica e PC collegato in rete con le altre articolazioni dell'azienda in modo da rendere semplice, veloce ed affidabile ogni comunicazione
- Un ambulatorio per prestazioni di piccola chirurgia e medicazione con strumentario diagnostico e chirurgico
- Un Ambulatorio per i MMG dotato di strumentazione per la gestione informatizzata
- Area per la sosta ed il colloquio con i parenti
- Servizi igienici e disimpegni vari.

ORGANIZZAZIONE DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ ( ODC)

## **PROFESSIONALITA' COINVOLTE - OPERATIVITA'**

- a- Il Medico Responsabile dell'OSPEDALE DI COMUNITA' è un medico del Distretto Socio-sanitario ed ha funzioni di coordinamento ( con MMG e struttura ospedaliera) e di gestione organizzativa e verifica dei risultati raggiunti. Il Medico Responsabile sarà presente all'interno della struttura per almeno 10 ore settimanali. È inoltre responsabile del budget assegnato per le consulenze specialistiche ospedaliere.
- b- Medico di Medicina Generale è responsabile clinico del paziente e si rende garante del percorso diagnostico-terapeutico del proprio assistito (per la medicina di gruppo o di associazione potranno eventualmente essere indicati i medici responsabili della gestione dei singoli pazienti). Il MMG garantisce:
  - 3 - 5 accessi obbligatori settimanali –
  - disponibilità telefonica dalle ore 8-20 dal lunedì' al venerdì' e dalle 8-10 il sabato per necessità assistenziali
- c- Medici della Continuità assistenziale nelle ore non coperte dalla presenza del MMG**
- d- La struttura ospedaliera mette a disposizione
  - La struttura fisica per le degenze
  - Il personale di assistenza con gestione attuata in comune con il reparto di lungodegenza
  - I medici ospedalieri come consulenti in base alle esigenze diagnostico-terapeutiche del paziente su richiesta del MMG, nei limiti del budget assegnato.
  - Un medico referente per i rapporti dell'OdC con la struttura ospedaliera con il compito specifico di:
    - Garantire la presenza del personale di assistenza concordato
    - Garantire i percorsi preferenziali per la diagnostica e la consulenza specialistica concordati
  - Il personale medico per gli interventi di emergenza
  - La fornitura dei farmaci e presidi attraverso la Farmacia ospedaliera

Altre figure necessarie per l'Ospedale di Comunità

- 1 Assistente sociale p.t.
- 1 Psicologo p.t.
- 1 Terapista della riabilitazione

## **ATTIVITÀ DI COORDINAMENTO DEL RESPONSABILE DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ**

- 1) Riferisce al Responsabile di Distretto sull'andamento del servizio;
- 2) Valuta le richieste di ricovero e di dimissione e concorda i piani di cura proposti dai MMG nell'Unità operativa Distrettuale;
- 3) Mantiene rapporti con la struttura ospedaliera;
- 4) Collabora con la capo – sala e con il personale infermieristico;
- 5) Vigila in generale sul buon andamento della attività assistenziale, sul personale di assistenza e sulla presenza dei MMMMGG partecipanti al progetto

## **UTENTI AMMESSI**

In generale possono essere ammessi:

- 1) pazienti affetti da patologie croniche o riacutizzate che per esigenze cliniche - diagnostiche, disagio sociale, scarso supporto familiare, non possono essere efficacemente seguiti a domicilio;
- 2) pazienti con compromissione generale per patologia di tipo evolutivo che richiederebbero ricoveri ospedalieri periodici per controllo e trattamenti speciali;
- 3) pazienti affetti da patologie in fase preterminale-terminale che si trovano in grave disagio psichico o fisico in ambiente ospedaliero tradizionale;

- 4) pazienti affetti da patologie croniche in trattamento che necessitano di ristadiatione o di verifica.

Rientrano tra le patologie trattabili le seguenti:

1. *Neoplasie in fase terminale, in collaborazione con gli specialisti;*
2. *Broncopneumopatie croniche in fase di riacutizzazione;*
3. *Broncopolmoniti non complicate;*
4. *Vasculopatie acute o subacute (flebotrombosi, tromboflebiti)*
5. *Patologie cardiache croniche in fase di scompenso;*
6. *Sindromi dispeptiche, gastroenteriti, coliti;*
7. *Coliche addominali e renali regredite al primo trattamento in corso di osservazione e accertamenti;*
8. *Malattie croniche del fegato e malattie da malassorbimento in corso di cicli terapeutici, in accordo con gli specialisti;*
9. *Infezione delle vie urinarie con o senza ritenzione d'urina;*
10. *Esiti non stabilizzati di trami e vasculopatie acute cerebrali in corso di riabilitazione;*
11. *Malattie degenerative del S.N.C. (M. di Parkinson ecc.), in accordo con il reparto specialistico;*
12. *Trattamento delle ulcere da decubito non eseguibili a domicilio;*
13. *Malattie endocrinologiche in corso di scompenso o periodico accertamento;*
14. *Patologie allergiche persistenti (orticaria, ecc.)*
15. *Patologie infettive di non particolare impegno diagnostico - terapeutico (herpes zooster, ecc.)*
16. *Inizio trattamento riabilitativo post-traumatico o secondario da ictus o T.I.A*
17. *Altre patologie concordate in sede di UVMD.*

#### **MODALITA' DI AMMISSIONE**

- 1) Su proposta del medico di medicina generale titolare della scelta
- 2) Su proposta dei reparti nel caso di dimissioni precoci o "protette", concordata con il medico di medicina generale

La richiesta di ammissione viene formulata su apposito modulo e deve essere sempre corredata da scheda SVAMA ( solo scheda sanitaria )

Non sono ammissibili pazienti affetti da patologie acute che necessitano di terapia intensiva o di rilevante impegno di tecnologia e/o di assistenza medica.

Sono ammissibili di norma i pazienti residenti nell'ambito territoriale afferente al Punto salute Nord in carico ai MMG aderenti al progetto

In ragione delle necessità assistenziali previste, ogni utente al momento della valutazione viene classificato in due livelli:

- Media intensità
- Bassa intensità

Ai due livelli corrispondono rispettivamente :

1. n.5 accessi del MMg /settimana
2. n.3 accessi del MMg /settimana

## **PERCORSI OPERATIVI**

- 1) Il Responsabile della struttura riceve la richiesta di ricovero, la valuta con il MMG titolare della scelta ed eventualmente con il medico ospedaliero proponente all'interno della UVMD avvalendosi anche di altre figure professionali sanitarie e sociali.
- 2) L'U.V.M.D. completa le parti della scheda SVAMA mancanti , definisce l'ammissibilità del paziente e formula il programma socio sanitario individuale.  
Modalità di accesso, tempo di degenza e dimissioni vengono concordati in sede di UVMD
- 3) Il Medico di Medicina Generale è il responsabile clinico del paziente e realizza il piano diagnostico-terapeutico anche attivando le forme di consulenza necessarie in accordo con il Medico Responsabile.
- 4) Il MMG deve garantire almeno 3-5 accessi settimanali per un proprio paziente ricoverato. Viene garantita la possibilità di contattare telefonicamente il MMG durante le ore diurne dalle ore 8-20 dal lunedì' al venerdì' e dalle 8-10 il sabato per le necessità assistenziali, fatto salvo che a giudizio del personale di assistenza la situazione richieda l'attivazione immediata delle strutture di emergenza.  
Tempi e modi delle presenze vengono concordati con il Responsabile dell'OdC nel rispetto delle necessità assistenziali ed organizzative del reparto.
- 5) L'Infermiere Professionale opera in stretta collaborazione con il Medico di Medicina Generale nell'esecuzione del piano terapeutico e con le altre figure professionali nella realizzazione del programma socio sanitario individuale.  
L'assistenza notturna, prefestiva e festiva è garantita dai Medici della continuità assistenziale. Le situazioni di emergenza sono garantite dai medici di guardia della struttura ospedaliera secondo protocollo da concordare

## **DURATA DELLA DEGENZA**

La permanenza in struttura e' consentita a titolo gratuito per un periodo massimo di 20 gg.

Una proroga fino ad un massimo di ulteriori 20 o 40 gg di permanenza può essere autorizzato dalla UVMD

Le proroghe devono essere sostenute da motivazioni sanitarie che dovranno essere indicate dal MMG curante e comunicate dal responsabile dell'OdC entro la scadenza dei primi 20 giorni di degenza alla UVMD, la quale provvederà a validare o meno la proposta.

La proroga oltre i primi 20 gg di degenza comporta la compartecipazione dell'assistito pari ad euro 10/pro die per i gg dal 21° al 40° gg e ad euro 30 /pro die per i gg.. Dal 41° al 60°.Per coloro che appartengono ad un nucleo familiare con ISEE non superiore a euro 13.503,60 la quota di compartecipazione rimane fissata in euro 10 dal 21° al 60° gg.

Viene considerata continuazione della degenza la fattispecie di un secondo ricovero che si attua entro il 30° giorno dalla fine del precedente.

L'ospite e/o eventualmente i familiari dovranno essere informati adeguatamente della quota di compartecipazione prima dell'ingresso nell'OdC.

Considerando per paziente, una degenza media di 20 giorni per un totale di 15 letti si possono prevedere ca. 273 ricoveri per anno.

## **EROGAZIONE FARMACI**

**L'approvvigionamento dei farmaci necessari , tramite richiesta del MMG , avverrà' attraverso la Farmacia dell'Ospedale**

## **TRASPORTI IN AMBULANZA**

Il trasporto in ambulanza dei pazienti non deambulanti e non trasportabili con i comuni mezzi da e verso l'ospedale o il domicilio è autorizzato dal Responsabile dell'OdC a carico della Azienda ULSS 5.

Per trasporti durante la degenza per l'esecuzione di visite o accertamenti diagnostici il trasporto in ambulanza è autorizzato dal Responsabile su proposta del Medico MMG.

### **ACCERTAMENTI SANITARI**

Gli accertamenti eseguiti durante la degenza saranno prescritti sul ricettario unico regionale dal MMG e rimarranno di proprietà del paziente che dovrà assumersi gli eventuali oneri di compartecipazione alla spesa sanitaria .

### **DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Per ogni paziente ricoverato viene aperta una apposita scheda sanitaria su cui annotare il decorso clinico-assistenziale, con parti per il MMG e per il personale di assistenza.

### **Compensi ai MMG**

In analogia con quanto previsto per i compensi dell'ADIMED incentivata di cui al Patto aziendale con i MMG, è stabilita una quota forfetaria per giorno di degenza del paziente in:

- Media intensità: euro 25,80
- Bassa intensità: euro 21,00

Il presente documento è stato discusso ed approvato dalla Direzione Medico-Ospedaliera, Direzione di Distretto, Medici di Medicina Generale del Nucleo di Monitoraggio Permanente e Medici di Medicina Generale del Punto Salute Nord.

Valdagno, 15/09/2005

Direttore Sanitario Dott. G. Stopazzolo  
Direttore Medico Ospedaliero Dott. D. Mantoan  
Direttore di Distretto Dott. E. Gremes  
Direttore U.O.Complexa Cure Primarie Dr. Elvio Pistaffa  
Dott. G. Fazio  
Dott. L. Lago  
Dott. G. Stefani  
Dott. N. Bianco  
**Dott.ssa L. Lora**  
Dott.ssa M. P. Lora  
Dott. S. Dall'Ara  
**Dott. A. Pietropan**  
Dott. G. Novella  
Dott. E. Visonà  
Dott. F. Guiotto

## COSTI STIMATI PER ANNO

### Compensi ai MMG

Nell'ipotesi di una permanenza media di 20 gg per assistito equamente suddivisa tra i due livelli di intensità, la spesa prevista assomma ad euro 128.114

### Altri costi

Tenuto conto, dello strumentario, del materiale medico chirurgico, dei presidi necessari e delle spesa alberghiere e di trasporto , si può stimare un costo fisso pari a Euro 50 giornaliera per una media di 15 posti letto occupati per un totale di 365 giorni pari a euro 273.750.

I costi del personale sono quelli stimati per costo medio annuo sulle singole qualifiche.

Compendio costi/anno:

<b>Voci della spesa</b>	<b>n°</b>	<b>Euro</b>
MMG		128.114
Medico responsabile dell'OdC	1	6.000
Medico referente ospedaliero	1	6.000
Capo sala p.t.	1	18.000
Infermieri	6	180.000
Ausiliari e O.T.A.	8	160.000
Altro personale (psicologo, fkt, ass.sociale)	3	65.000
<b>Totale costi personale</b>		<b>563.114</b>
Acquisto consulenze		25.000
Farmaci		50.000
costi fissi		273.750
<b>Totale altri costi</b>		<b>348.750</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>		<b>911.864</b>