

# **PROTOCOLLO OPERATIVO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

Revisionato in data 20/09/2005 dalla Commissione Professionale per le Cure Domiciliari  
ex DGR 124/99

## INDICE

INTRODUZIONE .....	pag. 3
DEFINIZIONE, OBIETTIVI E DESTINATARI DELL' ADI .....	pag. 3
CRITERI DI INCLUSIONE DEI PAZIENTI IN ADI .....	pag. 4
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE .....	pag. 4
CRITERI PER LA DEFINIZIONE DEI TRE LIVELLI ASSISTENZIALI DELL'ADI.....	pag. 5
MODELLO ORGANIZZATIVO .....	pag. 9
IL RUOLO DELLA FAMIGLIA .....	pag. 10
IL RUOLO DEGLI OPERATORI DELL'EQUIPE MULTIPROFESSIONALE .....	pag. 11
• IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE	pag. 11
• IL MEDICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE	pag. 14
• L'INFERMIERE	pag. 14
• L'ASSISTENTE SOCIALE	pag. 15
• IL RESPONSABILE ORGANIZZATIVO DEL CASO	pag. 15
IL RUOLO DEGLI OPERATORI DELL'UNITA' OPERATIVA NCP.....	pag. 16
• IL MEDICO RESPONSABILE ORGANIZZATIVO dell'ASSISTENZA DOMICILIARE (ROAD)	pag. 16
• IL COORDINATORE INFERMIERISTICO	pag. 17
• L'EQUIPE DI SUPPORTO	pag. 17
• I MEDICI SPECIALISTI CONSULENTI	pag. 18
• L'UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA	pag. 18
DIMISSIONI PROTETTE .....	pag. 18
FORNITURA DI FARMACI .....	pag. 20
FORNITURA DI MATERIALE SANITARIO .....	pag. 20
FORNITURA DI PRESIDI .....	pag. 20
TRASPORTI IN AMBULANZA .....	pag. 20

## INTRODUZIONE

L'aumento della vita media ha determinato un incremento delle patologie croniche degenerative e delle patologie neoplastiche, con una conseguente lievitazione della domanda di assistenza sanitaria e sociale e dei relativi costi a carico delle Aziende USL e delle Amministrazioni Locali.

D'altro canto la notevole contrazione delle risorse economiche disponibili ha portato le stesse Aziende USL, sulla base di direttive Regionali e Nazionali, ad un intervento di riorganizzazione dei loro servizi sanitari volto, fra l'altro, alla riduzione dei posti letto ospedalieri, attraverso il progressivo contenimento dei ricoveri impropri.

I due fenomeni hanno nell'insieme determinato un aumento di pazienti impossibilitati a raggiungere lo Studio del proprio medico e con patologie che necessitano di adeguato intervento domiciliare sanitario e sociale, pena l'istituzionalizzazione o l'ospedalizzazione impropria.

Per fronteggiare tale situazione, la Regione Emilia Romagna aveva emanato:

- LR n. 25/88 e D.G.R. 2002/96 per i malati di AIDS;
- LR n. 5/94 per le persone anziane;
- LR n.29/94 per i pazienti in fase terminale.

La DGR 124/99, successivamente, ha poi inteso superare le diverse modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria e sociale, previste dai precedenti provvedimenti legislativi 25/88, 5/94 e 29/94 rispettivamente per i malati di AIDS, le persone anziane e i pazienti in fase terminale, considerando obiettivo strategico la riorganizzazione del sistema delle cure domiciliari, basato su un UNICO MODELLO OPERATIVO DI ASSISTENZA .

Poiché è espressamente previsto che, di norma, il Responsabile Terapeutico nell'ambito di questo modello assistenziale è il Medico di Medicina Generale (MMG), è ovvio che nell'elaborazione del presente PROTOCOLLO OPERATIVO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA, si farà riferimento anche a quanto previsto dall' ACN 23 marzo 2005, che regola i rapporti con gli stessi MMG, ed in particolare all'art. 53 con gli Allegati G ed H.

Obiettivo della riorganizzazione è ottenere l'INTEGRAZIONE di competenze professionali diverse, per rispondere ai bisogni di salute di tutti i soggetti impossibilitati ad accedere allo Studio del proprio MMG per non-autosufficienza e/o per barriere architettoniche, che necessitano di cure erogabili al loro domicilio, purché consenzienti, sostenuti dal loro nucleo familiare, dai servizi sociali o da reti informali ed in condizione abitativa adeguata.

L'integrazione fra le professioni costituisce la condizione necessaria a realizzare una VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (VM) del paziente, a predisporre il PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE (PAI), ad erogare l'assistenza attraverso un' EQUIPE MULTIPROFESSIONALE (MMG, Continuità Assistenziale, Infermiere, Assistente Sociale , Operatori Socio-Sanitari – O.S.S. e Assistenti di Base - A.d.B.) e ad individuare un RESPONSABILE ORGANIZZATIVO del CASO che, in stretta collaborazione col RESPONSABILE TERAPEUTICO e sotto la RESPONSABILITA' ORGANIZZATIVA del Responsabile Organizzativo dell'Assistenza Domiciliare (ROAD), coordini gli interventi sanitari con quelli sociali e contribuisca alla VERIFICA del raggiungimento degli obiettivi assistenziali.

## DEFINIZIONE, OBIETTIVI E DESTINATARI DELL' ADI

Secondo l' ACN 23 marzo 2005 e la DGR 124/99 l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è un insieme coordinato di attività sanitarie, all'occorrenza integrate con interventi di natura socio-assistenziale, diretti a curare, riabilitare ed assistere la persona ammalata a domicilio , con integrazione al bisogno di altre Unità Operative del Dipartimento Cure Primarie e del Dipartimento Salute Mentale.

L'ADI è da considerarsi un vero e proprio servizio in rete con lo scopo di assicurare la continuità delle cure al malato mantenendolo il più a lungo possibile nel suo domicilio; a tale rete di servizi appartengono strutture ospedaliere (LPA, Hospice) e territoriali (Collettività, Residenze Protette, RSA, Hospice).

Pertanto non sono Assistenza Domiciliare Integrata: "l'ADP fornita dai MMG", "l'assistenza infermieristica per cicli di terapia o per singole prestazioni", "le cure domiciliari di tipo tutelare erogate dai Comuni, quali l'aiuto domestico, l'aiuto alla persona, il segretariato sociale".

Si parla quindi di ADI quando il Piano Assistenziale Individuale prevede la presenza accanto al medico Responsabile Terapeutico almeno di un altro operatore.

Obiettivi dell'ADI sono:

- Assicurare un'adeguata assistenza socio-sanitaria ai pazienti che hanno le caratteristiche per essere inseriti in ADI e desiderano essere curati al proprio domicilio;
- Evitare i ricoveri impropri e l'istituzionalizzazione degli anziani;
- Promuovere le dimissioni protette ospedaliere e la de-istituzionalizzazione.

Destinatari dell'ADI sono:

- Pazienti affetti da Malattie croniche non-invalidanti che necessitano di assistenza domiciliare integrata e impossibilitati a raggiungere lo Studio del proprio MMG per non-autosufficienza da malattia invalidante stabilizzata e/o per barriere architettoniche.
- Pazienti che necessitano di assistenza domiciliare integrata impossibilitati, anche temporaneamente, a raggiungere lo Studio del proprio MMG per non-autosufficienza causata da:
  - Malattie invalidanti stabilizzate
  - Malattie invalidanti non stabilizzate
  - Malattie terminali

#### **CRITERI DI INCLUSIONE DEI PAZIENTI IN ADI**

Possono essere inclusi in ADI i Pazienti che rispondono a tutte le caratteristiche sottoelencate:

- impossibilitati ad accedere allo Studio del proprio MMG con mezzi comuni per non autosufficienza e/o per barriere architettoniche;
- affetti da Malattie non invalidanti, Malattie invalidanti stabilizzate o non stabilizzate o Malattie terminali, che necessitano di interventi sanitari diagnostici e/o terapeutici e/o riabilitativi erogabili a domicilio;
- per i quali l'elaborazione ed attuazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) richiede l'integrazione dell'attività del MMG con quella di altri Operatori Sanitari e/o Sociali;
- consenzienti;
- supportati dalla famiglia;
- con condizione abitativa adeguata allo svolgimento del PAI (dove non ottimale vanno segnalate le criticità).

#### **VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE**

La richiesta di attivazione dell'ADI al MMG può provenire dal paziente stesso, dalla famiglia, dall'Ospedale, dal Servizio Sociale.

La Valutazione dei Criteri di inclusione in ADI viene eseguita dal MMG al domicilio del paziente o in Ospedale, come da Protocollo per le Dimissioni Protette, ed in collaborazione con il Servizio Sociale laddove necessario.

L'impossibilità del paziente a raggiungere lo Studio del MMG, nel caso in cui la Malattia cronica che necessita di monitoraggio nel tempo non sia essa stessa causa dell'impossibilità a raggiungere lo Studio, viene valutata mediante l'applicazione della Scala di Valutazione ADL o SPMSQ, considerando non-autosufficienti quei pazienti con impossibilità a deambulare e pertanto con ADL  $\leq$  2 o con deterioramento cognitivo da moderato a grave con SPMSQ  $\leq$  5.

Nel caso in cui la Malattia che necessita dell'intervento sanitario è essa stessa causa dell'impossibilità a raggiungere lo Studio del medico, quest'ultima viene valutata applicando la Scala di Valutazione KPS, considerando non-autosufficienti i pazienti con KPS  $\leq$  50.

Per la valutazione delle Malattie croniche che necessitano di monitoraggio, delle Malattie invalidanti che necessitano di assistenza sanitaria e delle Malattie terminali si rimanda ai Criteri per la definizione dei livelli assistenziali.

La valutazione dei bisogni assistenziali per stilare il PAI viene fatta all'Attivazione dell'ADI, di norma, dal MMG, dall'Infermiere e dall'A.S. laddove necessario.

Per quanto riguarda gli aspetti medici ed infermieristici del PAI, si terrà conto delle Scale di Valutazione previste in ogni singolo PROTOCOLLO CLINICO dell'ADI.

Per quanto riguarda gli aspetti tutelari la valutazione viene effettuata dal Servizio Sociale con l'adozione delle schede in uso al Servizio.

## **CRITERI PER LA DEFINIZIONE DEI TRE LIVELLI ASSISTENZIALI DELL'ADI**

In relazione ai bisogni espressi dal singolo paziente, sono previsti TRE LIVELLI DI INTENSITA' ASSISTENZIALE SANITARIA.

I criteri per l'assegnazione dei livelli di intensità di seguito riportati considerano, in relazione alle indicazioni contenute nella DGR 124/99, il bisogno sanitario come aspetto prioritario.

### **ADI A BASSA INTENSITA' SANITARIA (LIVELLO 1)**

In questo livello trovano collocazione tutti quei pazienti che hanno una necessità di assistenza sanitaria bassa, così definita sulla base dei criteri seguenti, e vengono seguiti con continuità da più operatori dell'area sanitaria o dell'area sanitaria e sociale.

Si possono indicare i seguenti criteri di inclusione nel Livello 1.

#### **1. Caratteristiche del paziente**

Impossibilitato ad accedere allo Studio del proprio medico per non autosufficienza e/o per barriere architettoniche.

Si conviene di definire la non-autosufficienza

- Sulla base della valutazione dell'ADL ( $\leq$  2) (impossibilità permanente a deambulare o ad essere trasportato con mezzi comuni) e/o del SPMSQ ( $\leq$  5) (deterioramento cognitivo da moderato a grave) nei pazienti con Malattie croniche non-invalidanti, che necessitano di assistenza sanitaria
- Sulla base della valutazione del KPS ( $\leq$  50) nei pazienti con Malattie croniche invalidanti che necessitano di assistenza sanitaria

#### **2. Patologie**

Malattie croniche non-invalidanti, che necessitano di assistenza sanitaria, quali ad esempio:

- Ipertensione arteriosa
- Diabete
- Malattie cardiovascolari (FA, protesi valvolari cardiache meccaniche, TVP, TEP, ecc.) in TAO
- ecc.

Malattie croniche invalidanti, che necessitano di assistenza sanitaria, quali ad esempio:

- Esiti di Ictus cerebri con catetere vescicale a permanenza
- Cirrosi epatica in terapia medica
- Scompenso cardiaco in terapia medica
- BPCO con insufficienza respiratoria in ossigenoterapia a lungo termine
- Anemia refrattaria
- ecc.

### **3. Bisogno assistenziale sanitario e sociale**

- Accessi del MMG: da una volta al trimestre fino ad una volta alla settimana
- Accessi dell' Infermiere: da quattro volte l'anno a più volte alla settimana
- Bassa necessità di integrazione: almeno telefonica all'Attivazione del caso fra MMG ed INFERMIERE
- Consulenze specialistiche al bisogno
- Attivazione dell'assistenza sociale al bisogno

### **4. Durata prevista dell'assistenza**

Periodo lungo, oltre 12 mesi

### **5. Responsabile organizzativo del caso**

INFERMIERE o ASSISTENTE SOCIALE (vedi pag. 15)

### **6. Responsabile terapeutico**

MMG (vedi pag. 11)

## **ADI A MEDIA INTENSITA' SANITARIA (LIVELLO 2)**

In questo livello trovano collocazione tutti quei pazienti che hanno una necessità di assistenza sanitaria media, così definita sulla base dei criteri seguenti, e vengono seguiti con continuità da più operatori dell'area sanitaria o dell'area sanitaria e sociale.

Si possono indicare i seguenti criteri di inclusione nel Livello 2 .

#### **1. Caratteristiche del paziente**

Impossibilitato, anche temporaneamente, ad accedere allo Studio del proprio medico per non autosufficienza.

Si conviene di definire la non-autosufficienza sulla base della valutazione del KPS ( $\leq 50$ ).

#### **2. Patologie**

Malattie croniche invalidanti riacutizzate o complicate con necessità di assistenza sanitaria di media intensità, quali ad esempio:

- Anemia refrattaria riacutizzata, che necessita di Trasfusione
- Esiti di Ictus cerebri complicati da Lesioni da pressione, che necessitano di curettage chirurgico
- Demenza complicata da Malnutrizione o disidratazione
- Cirrosi epatica complicata da Ascite
- ecc.

Malattie post-acute invalidanti con necessità di assistenza sanitaria di media intensità, quali ad esempio:

- Esiti di interventi chirurgici
- ecc.

Malattie neoplastiche in terapia specifica invalidante con necessità di assistenza sanitaria di media intensità (monitoraggio parametri di laboratorio, terapia di supporto, ecc.)

Malattie neoplastiche pre-terminali con

- Presenza di almeno un sintomo prevalente
- Scarsa possibilità di intervenire con cure efficaci
- KPS  $\leq 50$  non per compromissione da parte della neoplasia di un organo vitale

### **3. Bisogno assistenziale sanitario e sociale**

- Accessi del MMG: da uno a più volte alla settimana
- Accessi dell'Infermiere: da uno a più volte alla settimana
- Media necessità di integrazione: attivazione del caso congiunta fra MMG ed INFERMIERE, quindi colloqui telefonici (ogni modifica della terapia o prestazione diretta sul paziente, prima di essere effettuata dall' infermiere, dovrà essere registrata nella scheda modulare degli accessi dal MMG, salvo le urgenze che possono essere concordate telefonicamente e segnate successivamente nella scheda)
- Possibilità di eseguire PPIP a domicilio, previste dall'Accordo Integrativo Locale, anche attraverso l'Equipe di supporto all'ADI
- Consulenze specialistiche al bisogno
- Attivazione dell'assistenza sociale al bisogno

### **4. Durata prevista dell'assistenza**

Periodo medio, fino a 12 mesi

### **5. Responsabile organizzativo del caso**

INFERMIERE (vedi pag. 15)

### **6. Responsabile terapeutico**

MMG (vedi pag. 11)

## **ADI AD ALTA INTENSITA' SANITARIA (LIVELLO 3)**

In questo livello trovano collocazione tutti quei pazienti che hanno una necessità di assistenza sanitaria alta, così definita sulla base dei criteri seguenti, e vengono seguiti con continuità da più operatori dell'area sanitaria o dell'area sanitaria e sociale.

Si possono indicare i seguenti criteri di inclusione nel Livello 3 .

### **1. Caratteristiche del paziente**

Impossibilitato ad accedere allo Studio del proprio medico per non autosufficienza.

Si conviene di definire la non-autosufficienza sulla base della valutazione del KPS ( $\leq 50$ ).

### **2. Patologie**

- Malattia neoplastica terminale con
  - Presenza di almeno un sintomo prevalente
  - Aspettativa presumibile di vita non superiore ai 6 mesi
  - Scarsa possibilità di intervenire con cure efficaci
  - KPS  $\leq 50$  per compromissione da parte della neoplasia di almeno un organo vitale
- Malattia non neoplastica terminale con
  - Presenza di almeno un sintomo prevalente
  - Aspettativa presumibile di vita non superiore ai 6 mesi
  - Scarsa possibilità di intervenire con cure efficaci
  - KPS  $\leq 50$  per compromissione da parte della malattia di almeno un organo vitale

### **3. Bisogno assistenziale sanitario e sociale**

- Accessi del MMG: da una volta alla settimana a una volta al giorno
- Accessi dell'Infermiere: da una a più volte alla settimana
- Alta necessità di integrazione: attivazione del caso congiunta fra MMG ed INFERMIERE, quindi colloqui telefonici e personali all'occorrenza (ogni modifica della terapia o prestazione diretta sul paziente, prima di essere effettuata dall'infermiere, dovrà essere registrata nella scheda modulare degli accessi dal MMG, salvo le urgenze che possono essere concordate telefonicamente e segnate successivamente nella scheda)
- Possibilità di eseguire PPIP previste dall'Accordo Integrativo Locale a domicilio, anche attraverso l'Equipe di supporto all'ADI
- Consulenze specialistiche al bisogno
- Attivazione dell'assistenza sociale al bisogno
- Integrazione con strutture tipo Hospice, da intendersi come componenti della rete territoriale, per garantire un supporto senza soluzione di continuità assistenziale

### **4. Durata prevista dell'assistenza**

Non superiore a 6 mesi, rinnovabili se, a giudizio dell'equipe, persistono le condizioni

### **5. Responsabile organizzativo del caso**

IINFERMIERE (vedi pag. 15)

### **6. Responsabile terapeutico**

MMG (vedi pag. 11)



## MODELLO ORGANIZZATIVO

Nel Modello Organizzativo dell'ADI vi è un' Equipe multiprofessionale, deputata ad assistere il Paziente e la Famiglia, attraverso i suoi Operatori, che sono il MMG, il Medico della CA, gli Infermieri del Modulo Organizzativo ADI (M.O. ADI) del Dipartimento Cure Primarie (D.C.P.) e, qualora ve ne sia la necessità, gli Specialisti, gli O.S.S. e gli A.d.B. del Servizio Sociale, eventualmente integrati dagli Operatori Tecnici dell'Assistenza domiciliare (OTA) e dal Volontariato.

Il MMG riveste il ruolo di Responsabile Terapeutico.

Il Responsabile organizzativo può essere l'Infermiere o l'Assistente Sociale: suo particolare compito sarà il raccordo tra i Servizi sanitari e sociali.

Gli Infermieri garantiscono nei giorni feriali la presenza mattutina e pomeridiana, nei giorni prefestivi e festivi garantiscono la presenza mattutina.

L'Equipe multiprofessionale è supportata dal M.O. ADI dell' Unità Operativa Nuclei Cure Primarie che, attraverso i Responsabili Organizzativi, cioè i ROAD (Responsabili del Modulo Operativo ADI), in stretta collaborazione con i Responsabili del Modulo Organizzativo NCP, raccordano tutte le attività utili all'ADI, nonché i vari Servizi dell'Azienda USL, che collaborano nel Progetto Assistenziale ADI ed il Volontariato socio-sanitario.

I ROAD in particolare garantiranno la stesura e l'applicazione delle procedure relative alla fornitura di farmaci, materiali e presidi vari, al trasporto in autoambulanza, all'esecuzione di PPIP attraverso l'Equipe di supporto all'ADI delle Associazioni di Volontariato convenzionate con l'AUSL, alle Consulenze Specialistiche e alle Dimissioni Protette.

Il Protocollo per le Dimissioni Protette ( delibera aziendale n. 1044 del 02/12/2003), recepito dalla CPD con relative precisazioni, è punto di riferimento per il presente Protocollo Operativo, per agevolare i rapporti di collaborazione professionale fra i MMG ed i Colleghi delle U. O. Ospedaliere.

Per i casi che non sarà possibile inserire in ADI, il MMG o il medico di reparto contatterà il Servizio Sociale, che attiverà le procedure in uso nei vari Distretti al fine di assicurare un percorso assistenziale alternativo in tempo reale, quale RSA, Residenze Protette e Collettività.

Per i casi che necessitano di inserimento in Hospice, il MMG o il medico di reparto contatteranno il ROAD, per l'attivazione del percorso secondo il protocollo concordato.

La CPD provinciale dovrà garantire il proprio supporto tecnico al Comitato Aziendale, al fine di assicurare un'omogenea applicazione del Modello Organizzativo su tutto il territorio provinciale, attraverso l'applicazione del presente Protocollo Operativo e dei Protocolli Clinici approvati, con relativi indicatori di qualità, e dovrà procedere alla verifica dei risultati ottenuti.

## IL RUOLO DELLA FAMIGLIA

- **Collabora con gli operatori dell'Equipe multiprofessionale, per garantire al paziente la migliore qualità di vita possibile, attraverso un comportamento coerente.**

Consente al MMG di individuare nel suo interno il Leader, che sarà il referente per i diversi operatori dell'équipe e firmerà, su delega del paziente, il Consenso informato all'Attivazione del caso.

Discute col Leader i problemi nei momenti di difficoltà e dopo, se necessario, si rivolge agli operatori dell'équipe presenti a domicilio o contatta il MMG.

Chiede al MMG l'ospedalizzazione del paziente solo per le situazioni concordate.

- **Collabora alla corretta attuazione dell'assistenza**

Conserva in buono stato la scheda modulare degli accessi.

Consegna all' Infermiere , in occasione dell' accesso domiciliare o presso la sede del servizio, le richieste del MMG di pertinenza infermieristica (farmaci, nutrizionali, prescrizioni di diagnostica e di laboratorio).

Nel caso in cui non sia prevista la consegna al domicilio, ritira presso la farmacia ospedaliera o la sede del Servizio, personalmente o tramite un suo incaricato, i farmaci, nutrizionali, materiali e presidi vari.

Non accumula riserve di farmaci, nutrizionali, materiali e presidi vari.

Contatta direttamente il MMG o la Continuità Assistenziale per i problemi sanitari urgenti negli orari previsti dalla normativa convenzionale e dall'Accordo integrativo locale.

- **Richiede il riconoscimento dell'invalidità civile con indennità di accompagnamento , qualora il proprio congiunto ne sia sprovvisto.**

Si accerta che durante il ricovero del paziente sia stata avviata la pratica di invalidità civile con assegno di accompagnamento, altrimenti seguirà le procedure di cui ai punti successivi

Richiede al MMG il "Certificato medico attestante la natura delle infermità invalidanti"

Si procura il Modello per la richiesta di visita da parte della "Commissione medica per l'accertamento della invalidità civile", lo compila in modo chiaro e completo e lo fa pervenire all'Ufficio Protocollo del Distretto competente, che lo inoltrerà alla Commissione Invalidi Civili.

Provvede a reperire e conservare al domicilio del paziente tutta la documentazione sanitaria necessaria alla Commissione, per l'espletamento della visita domiciliare.

- **Richiede il riconoscimento dell'assegno di cura secondo le normative regionali.**
- **Può rivolgersi al Servizio Sociale, in caso di difficoltà a gestire la situazione sotto il profilo socio-assistenziale e semplicemente per avere informazioni sulla rete.**

Si accerta che durante il ricovero del paziente sia stata richiesta la valutazione dell'UVG, altrimenti seguirà le procedure in uso nel Distretto di residenza.

## IL RUOLO DEGLI OPERATORI DELL' EQUIPE MULTIPROFESSIONALE

### *IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE*

#### Visita di valutazione

- **Nel Paziente domiciliare od ospedalizzato valuta i Criteri di inclusione nei diversi Livelli di ADI**

- Valuta, attraverso la compilazione delle apposite Scale di Valutazione ADL, SPMSQ e KPS, la non-autosufficienza

- Valuta, attraverso l'esame clinico, la presenza di Malattie croniche, di Malattie invalidanti, di Malattie terminali che necessitano di interventi sanitari erogabili a domicilio e la necessità di integrazione con altri Operatori Sanitari e/o Sociali

- Valuta, attraverso il colloquio, comprendente una sintetica esposizione del Modello organizzativo dell'ADI, il consenso del Paziente

- Valuta, attraverso il colloquio con i Familiari, il supporto familiare e la condizione abitativa.

- **Nel Paziente ospedalizzato concorda la dimissione del Paziente assieme al medico ospedaliero, e se necessario anche al Servizio Sociale, secondo il Protocollo delle Dimissioni Protette.**
- **Individua, in accordo con la Famiglia, il Leader.**
- **Informa il Leader sulla possibilità di richiedere l'Invalidità civile con indennità di accompagnamento, lo ragguglia sui diritti che ne conseguono e lo invita ad avviare la pratica, se non è già stata avviata durante il ricovero.**

- Compila il "Certificato medico attestante la natura delle infermità invalidanti" contenente la dicitura "Persona impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore" o " Persona che necessita di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita", vi appone la dicitura "in imminente pericolo di vita" nei casi con prognosi infausta e lo consegna al Leader.

- Invita il Leader a procurarsi il Modello per la richiesta di visita da parte della "Commissione medica per l'accertamento della invalidità civile", presso un Patronato, presso l'ufficio del Servizio Igiene Pubblica o di Medicina Legale.

- **Indirizza il Leader al Servizio Salute Anziani per un'eventuale valutazione dell'U.V.G., se il Paziente è nelle condizioni di poter usufruire dell'assegno di cura o di accedere a progetti assistenziali alternativi (ad esempio ricoveri di sollievo).**

- Compila il "Certificato medico attestante la natura delle infermità" e lo consegna al Leader.

**Qualora la famiglia e/o l'utente necessiti di supporto assistenziale, o presuma possa averne bisogno in futuro, lo invita a rivolgersi al Servizio Sociale, o segnala direttamente il caso al Servizio Sociale, previo consenso dell'interessato.**

#### Visita di Attivazione

- **Attiva l'ADI**

- Espone il Caso al ROAD, anche telefonicamente, concordandone gli accessi.

*Si intendono di norma autorizzati per l'ADI 1 da 1 accesso trimestrale ad 1 accesso settimanale, per l'ADI 2 da 1 a più accessi settimanali, per l'ADI 3 da 1 accesso settimanale fino a un accesso giornaliero.*

- Contatta l'Equipe infermieristica Domiciliare tramite il numero di telefono di riferimento definito per ogni Distretto, concordando la modalità di attivazione dell'assistenza.
- Va a domicilio del paziente con l'Infermiere e lo presenta al Paziente ed alla Famiglia.
- Compila il Modulo di attivazione del caso, che consegna all'Infermiere, che a sua volta lo consegnerà al ROAD; la parte anagrafica della Scheda Modulare degli Accessi ed il Modulo di raccolta del Consenso informato all'attivazione dell'ADI.

- **Formula il PAI**

- Inquadra i problemi prevalenti e discute con il paziente, il leader e l'Infermiere la strategia terapeutica, mettendo in evidenza gli eventuali effetti collaterali delle terapie ed affidando all'Infermiere stesso il compito di istruire il paziente ed i famigliari sulla loro corretta esecuzione
- Stila in collaborazione con l'Infermiere il PAI medico, mentre l'Infermiere stila il PAI infermieristico e tutelare; delega all'Infermiere l'educazione sanitaria dei familiari ai fini di una corretta attuazione dei PAI medico e infermieristico.
- Espone alla famiglia i problemi che potrebbero verificarsi in base all'evoluzione naturale della malattia ed istruisce i familiari su come farvi fronte in caso d'urgenza.
- Sintetizza il PAI, in collaborazione con le altre figure professionali coinvolte nel progetto, sulla Scheda Modulare degli Accessi
  - **Prescrive i farmaci, materiali e presidi vari necessari utilizzando la Modulistica concordata là dove previsto e consegna all'infermiere le richieste di sua pertinenza, così come nelle visite successive.**
- Compila in modo chiaro e completo la prescrizione dei farmaci necessari, dei materiali sanitari, dei presidi.
  - **Richiede al ROAD l'effettuazione domiciliare di PPIP da parte dell'Equipe di supporto all'ADI dell'Associazione Nelson Frigatti, secondo i tempi ed i modi stabiliti**
  - **Comunica al Leader i canali per la reperibilità medica propria e della CA**
  - **Provvede alla compilazione chiara, puntuale e periodica della Scheda Modulare degli Accessi e programma le visite congiunte con l'infermiere.**

### Visite successive

- **Richiede le successive prestazioni necessarie, concordandole con l'infermiere.**
- Concorda, anche telefonicamente, con l'Infermiere le successive prestazioni necessarie e ne dispone l'esecuzione, scrivendole nell'apposita sezione della Scheda Modulare degli Accessi.
- Concorda con l'Infermiere l'accesso al domicilio del paziente nei casi in cui, per l'esecuzione della prestazione stessa, è necessaria la presenza del MMG
  - **Valuta personalmente la necessità di prestazioni non programmate e ne fa richiesta telefonica diretta all'Infermiere, assicurando la sua presenza qualora la situazione lo richieda.**
  - **Richiede al ROAD le consulenze specialistiche programmabili.**

- Compila su ricettario nazionale la richiesta motivata di Consulenza e la trasmette (tramite FAX o tramite i familiari) all'Equipes Infermieristiche Domiciliari per inoltrarla al ROAD.

- Telefona al ROAD, esponendo la richiesta e concordando le modalità di erogazione della prestazione.

- **Richiede direttamente consulenze urgenti al Medico Ospedaliero o Convenzionato.**
- **Richiede il Ricovero presso la Divisione Ospedaliera competente, per accertamenti o terapie non eseguibili a domicilio.**

- Delega all'infermiere l'organizzazione del trasporto del paziente dalla casa all'ospedale e viceversa SOLO per consulenze specialistiche concordate.

- **Richiede ricoveri brevi, di supporto alla famiglia, o istituzionalizzazione definitiva presso gli Istituti competenti.**

- Si conviene di far riferimento alla RSA per i Pazienti in ADI 1 ed ADI 2 non-oncologica ed all'Hospice per i Pazienti in ADI 2 oncologica ed in ADI 3.

- Richiede, attraverso il ROAD, al Servizio Salute Anziani l'immissione nella rete dei Servizi Residenziali per quanto riguarda i pazienti che necessitano di istituzionalizzazione breve ed al ROAD l'inserimento in Hospice, trasmettendo la Modulistica, debitamente compilata, prevista dai percorsi concordati.

- Se necessario, contatta il Medico della Struttura nelle fasi di Ricovero e Dimissione.

### **Verifica e Revisione della Qualità dell'Assistenza**

- **Verifica periodicamente l'andamento dell'assistenza, la quale nel suo complesso dovrà garantire al paziente ed alla famiglia il controllo dei sintomi ed il supporto psicologico, morale e sociale.**

- Compila le Schede di valutazione previste, discutendole nel corso delle riunioni periodiche dell'Equipe multiprofessionale.

- Segnala al ROAD le problematiche organizzative emerse nel corso dell' Assistenza.

### **Chiusura dell'ADI**

- **Informa l' Infermiere del ricovero ospedaliero o presso altre strutture (Hospice, RSA, Residenze protette, Collettività) o del decesso del paziente o comunque dell' interruzione dell'ADI.**
- **In caso di chiusura dell'ADI consegna la Scheda Modulare degli Accessi all'Infermiere, che la consegnerà al ROAD.**

### **Partecipazione ai Corsi di Aggiornamento e Formazione concordati**

**Se necessario, concorda con l'Infermiere l'organizzazione delle Riunioni dell' Equipe multiprofessionale per la discussione dei casi clinici.**

## ***IL MEDICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE***

- **Garantisce la CA come previsto dalla normativa vigente**

## ***L'INFERMIERE***

- Garantisce l'attività infermieristica domiciliare integrando le proprie funzioni sanitarie di assistenza con i MMG, con i servizi che erogano prestazioni sociali e con consulenti specialistici.
- Interviene al domicilio dell'utente, attivato dal MMG e coordinato dal Coordinatore Infermieristico, non su necessità urgenti ma su necessità programmabili, individuandone le priorità.
- Svolge turni di attività secondo il modello organizzativo in essere.
- Gestisce i farmaci ed i materiali sanitari e la loro scadenza come da direttive aziendali.
- Contribuisce all'approvvigionamento dei farmaci e dei materiali sanitari, come stabilito dal presente protocollo
- Partecipa agli aggiornamenti obbligatori programmati ed alle riunioni di équipe, proposte dal Coordinatore Infermieristico.

### **Prima Visita**

- viene contattato dal MMG per il primo accesso al domicilio del paziente, dopo l'autorizzazione del ROAD;
- viene informato dal MMG in merito alle caratteristiche del supporto familiare, della tipologia delle prestazioni da effettuare, delle problematiche del paziente. ecc.);
- concorda con il ROAD le risorse necessarie;
- concorda con il MMG la data e l'ora per l'attivazione, che saranno dal MMG stesso comunicate alla famiglia - in casi di particolare necessità viene stabilita la compresenza anche per i casi di ADI 1;
- durante la visita comunica con la persona assistita e la sua famiglia, utilizzando modalità comunicative interpersonali verbali e non verbali adatte e facilitanti;
- instaura una relazione con l'utente cercando di metterlo in grado di esprimere i propri bisogni;
- valuta il tipo di informazione in possesso della persona assistita e della sua famiglia e il grado di comprensione;
- collabora con l'équipe alla formulazione del PAI, coinvolgendo, per quanto è possibile, la persona assistita e il care-giver;
- documenta insieme all'équipe, nella Scheda Modulare degli Accessi, la parte infermieristica del PAI, l'assistenza realizzata e le relative valutazioni;
- stabilisce con l'utente e la sua famiglia una relazione di supporto fornendo informazioni riguardo le modalità per contattare il servizio, i numeri telefonici di riferimento, l'ubicazione e lo staff dell'U.O.

### **Visite successive**

- esegue l'attività infermieristica prevista dal PAI e la documenta sulla scheda modulare degli accessi;
- coinvolge la persona assistita e il care-giver nella realizzazione del PAI, anche per quanto concerne il corretto utilizzo degli ausili e dei presidi;
- istruisce le persone assistite e i loro familiari ad apprendere metodi di autocontrollo, tecniche ed abilità di autocura;
- favorisce il recupero delle attività residue di autonomia e relazionali;
- segnala al MMG le problematiche che non è in grado di risolvere autonomamente;
- definisce con l'équipe eventuali modifiche del PAI;
- definisce con l'équipe il momento di uscita del paziente dal programma assistenziale infermieristico.

## ***L'ASSISTENTE SOCIALE***

### **Fase di attivazione**

L'Assistente Sociale effettua la valutazione dei bisogni socio assistenziali, dopo segnalazione dell'interessato, o del leader, o del familiare, o del M.M.G., o dell'Infermiere, o della rete amicale, o del leader, o del familiare o di altri.

Nel caso l'Assistente Sociale, attivata non dal M.M.G. o dall'Infermiere, decida la presa in carico di un utente già in ADI, ne darà comunicazione al Coordinatore Infermieristico per il conseguente aggiornamento del PAI.

### **Attività professionali verso utente in ADI**

L'Assistente Sociale stila in collaborazione con le altre figure professionali coinvolte il PAI, in accordo con la famiglia e l'interessato.

L'Assistente Sociale attiva tutti gli interventi e le procedure socio-assistenziali secondo le procedure in uso nel distretto ed effettua le verifiche sull'idoneità del PAI per quanto di competenza.

esegue tutti gli interventi e le procedure socio-assistenziali di competenza, previsti dal PAI, documentandoli sulla Scheda Modulare degli Accessi;

Monitora e verifica situazione per gli aspetti socio-assistenziali di competenza, mantenendo il contatto con l'équipe professionale per segnalare eventuali significativi cambiamenti che potrebbero interessare l'intera équipe;

Promuove la riattivazione di relazioni dell'utente con le reti, formali o informali, se significative ai fini della sua domiciliarità, favorendone il buon andamento;

Propone, in caso di necessità, attivazione servizi socio assistenziali, da contrattare con interessato e famiglia, su base regolamento del Servizio Sociale locale;

Per il SAD, contratta con la famiglia frequenza, numero accessi e impegno economico su base regolamento del Servizio Sociale locale;

Tiene stretto contatto col personale di assistenza domiciliare di base;

Attiva e/o tiene contatti con volontariato, se del caso;

Segnala all'équipe multiprofessionale eventuale esigenza di ricorso ad UVG per fruizione della rete servizi integrati;

Dimette l'assistito condividendo la decisione con la famiglia e dopo verifica e valutazione in équipe.

Dopo la dimissione rimane a disposizione per eventuali nuove necessità.

## ***IL RESPONSABILE ORGANIZZATIVO DEL CASO***

### **Interventi specifici**

Viene individuato al momento della stesura del PAI;

Viene cambiato in relazione all'eventuale evolversi dei bisogni;

potrà essere l'Infermiere o l'Assistente Sociale in relazione alla maggior frequenza di interventi sanitari o sociali;

Garantisce, in stretta collaborazione con l'équipe, la realizzazione del PAI

coordina il piano degli interventi secondo le modalità organizzative e operative dell'ADI di riferimento;

coinvolge la persona assistita e il care-giver nella *realizzazione* del PAI;

Nel caso in cui i familiari non siano in grado, su proposta del MMG, informa su accesso ad ausili e si attiva per la loro fornitura;

Informa altresì su accesso all'indennità di accompagnamento, in accordo col MMG;

## IL RUOLO DEGLI OPERATORI DELL'UNITA' OPERATIVA NCP

### *IL MEDICO RESPONSABILE ORGANIZZATIVO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE (ROAD)*

- **Assicura la massima collaborazione al MMG e snellisce le procedure di attivazione e di chiusura dell'ADI:**
  - valuta i casi proposti e ne autorizza l'attivazione entro 2 gg. lavorativi;
  - autorizza l'ADI – allegato H dell'ACN/2005 ;
  - effettua i controlli di competenza sull'ADI;
  - modifica o chiude la pratica su richiesta, anche telefonica, del MMG
- **Garantisce la corretta applicazione dei percorsi interni dove previsto:**
  - controfirma gli ordini dei farmaci, nutrizionali e materiali vari, che il Coordinatore Infermieristico trasmetterà via fax alla farmacia ospedaliera
  - controlla la correttezza della richiesta dei presidi compilata dal MMG sull'apposita modulistica specifica per pazienti ADI 1, 2 e 3; contatta il MMG per eventuali chiarimenti
  - concorda con il MMG la selezione dei pazienti ADI da inserire nel protocollo di distribuzione diretta dei farmaci
  - verifica la corretta applicazione delle procedure di distribuzione diretta del farmaco ai pazienti in ADI
  - autorizza il trasporto del paziente in ambulanza
  - verifica periodicamente la corretta applicazione dei Protocolli approvati
- **Rende disponibili le consulenze specialistiche richieste dal MMG, nell'ambito delle risorse disponibili:**
  - individua un pool di specialisti, lo aggiorna e lo trasmette ai MMG;
  - autorizza la consulenza domiciliare richiesta, applicando l'ACN/2005 per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale – ai sensi art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni;
  - rende disponibile l'esecuzione della consulenza specialistica entro i termini concordati con il MMG;
  - facilita l'esecuzione della consulenza creando allo specialista le condizioni più idonee rispetto all'attività programmata;
  - verifica l'effettuazione della consulenza nei tempi e nei modi concordati.
- **Organizza incontri periodici fra i coordinatori degli operatori coinvolti ed i MMG che hanno dei casi attivati con problemi organizzativi :**
  - affronta i problemi organizzativi posti dalla necessità di integrazione fra le diverse figure con i coordinatori degli operatori e i MMG.
- **Raccoglie ed elabora i dati a fini statistici, di programmazione e di raggiungimento degli obiettivi:**
  - elabora annualmente i volumi di assistenza domiciliare per NCP nel proprio Distretto di competenza;
  - raccoglie tutta la documentazione necessaria ed elabora periodicamente i dati (ogni 4 mesi), fornendoli ai Coordinatori di NCP;
  - concorda con il Direttore del Dipartimento Cure Primarie e con il Referente del Modulo NCP il budget dell'ADI per l'anno successivo;
  - condivide con il Coordinatore Infermieristico e gli infermieri gli obiettivi annuali da perseguire;
  - verifica in itinere il raggiungimento degli obiettivi proposti, apportando le necessarie correzioni;
  - elabora la relazione annuale sulla verifica degli obiettivi.
- **Assicura un'adeguata revisione della qualità dell'assistenza :**
  - verifica a campione l'applicazione del PO e la qualità dell'assistenza erogata, secondo indicatori concordati in sede di CPD;
  - raccoglie ed elabora i dati relativi all'ADI;
  - verifica a fine anno un campione delle schede modulari degli accessi conservate negli archivi;
  - comunica annualmente ad ogni Responsabile di Modulo Nuclei Cure Primarie i dati sanitari e di spesa relativi all'ADI.



- **Organizza la formazione e l'aggiornamento:**

- organizza incontri con i Coordinatori Infermieristici per valutare i temi da trattare negli incontri formativi dell'anno successivo;
- propone le linee formative e di aggiornamento specifiche per le diverse figure con i coordinatori degli operatori ed il Tavolo Tecnico della formazione;
- elabora un questionario da proporre a tutto il personale infermieristico con indicazione dei temi di maggior rilevanza da trattare;
- raccoglie ed elabora le indicazioni provenienti dai questionari;
- contatta i docenti, elabora il programma e trasmette all'Ufficio Formazione tutta la modulistica necessaria per la richiesta degli ECM;
- socializza il programma e i tempi di svolgimento tra gli operatori coinvolti;
- concorda con il coordinatore infermieristico la predisposizione dell'agenda di attività, in modo da garantire la continuità assistenziale;
- verifica il gradimento dell'iniziativa;
- trasmette la stesura definitiva del PO e successivi aggiornamenti ai coordinatori dei singoli operatori.

### ***IL COORDINATORE INFERMIERISTICO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE***

- **Coordina l'attività infermieristica inerente l'ADI:**

- risponde personalmente o tramite sostituto alle telefonate del MMG per accordi inerenti l'ADI attraverso il PUA (Punto Unico di Ascolto);
- garantisce la reperibilità telefonica durante il suo orario di servizio;
- in caso di necessità contatta l'Infermiere responsabile del caso;
- coordina l'attività degli Infermieri domiciliari.

- **Collabora con il MMG nell'attivazione ed organizzazione dell'ADI:**

- concorda il primo accesso tra l'MMG e l'Infermiere, il leader della famiglia e gli altri operatori;
- prende visione del PAI elaborato dall'équipe multiprofessionale, per essere a conoscenza delle esigenze dell'utente;
- organizza il trasporto del paziente come da regolamento aziendale;
- organizza l'esecuzione della consulenza specialistica richiesta dal MMG.

- **Organizza e vigila sulla corretta applicazione delle misure barriera e sullo smaltimento dei rifiuti speciali nel rispetto delle norme vigenti.**

- **Assicura l'approvvigionamento e la fornitura periodica di farmaci, presidi e nutrizionali e ne controlla la corretta sistemazione**

- **Verifica il rientro dei presidi dopo la chiusura dell'ADI**

- **Collabora con il ROAD nella revisione della qualità dell'assistenza:**

- controlla e verifica l'inserimento dati nel programma informatizzato aziendale;
- controlla e verifica dopo l'exitus del paziente o la chiusura dell'ADI il recupero della scheda modulare degli accessi e ne predispone l'archiviazione.

- **Socializza il PO tra i suoi collaboratori**

### ***L'EQUIPE DI SUPPORTO ALL'ADI***

Il MMG potrà avvalersi della collaborazione dell'équipe di supporto dell'Associazione Nelson Frigatti per le seguenti tipologie di prestazioni, programmabili e senza carattere d'urgenza:

- Trasfusione di sacche ed emoderivati, con eventuale esecuzione di prove crociate
- Paracentesi

L'équipe potrà essere contattata direttamente dal MMG; la richiesta scritta su ricettario personale dovrà pervenire alla sede dell'Assistenza Infermieristica del Distretto, anche tramite FAX.

## ***I MEDICI SPECIALISTI CONSULENTI***

La richiesta di visita specialistica domiciliare, redatta dal MMG, dovrà pervenire, di norma, alla sede distrettuale dell'Assistenza Infermieristica, anche tramite FAX.

L'effettuazione della prestazione specialistica avverrà, di norma, entro 7 giorni dalla ricezione della domanda.

Sarà cura del ROAD comunicare ai MMG le disponibilità di prestazioni specialistiche domiciliari nel Distretto di riferimento.

## ***L'UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA (U.V.G.)***

L'U.V.G. viene attivata, di norma, dall'Assistente Sociale territorialmente competente.

Può concorrere alla definizione ed alla realizzazione del PAI (art. 21 LR 5/94) con particolare riferimento all'inserimento del paziente all'interno della rete dei servizi socio-sanitari integrati (art. 17 LR 5/94). In tal caso esegue una VMD utilizzando strumenti concordati ed omogenei a livello provinciale.

Se necessario, dispone per:

- erogazione dell'Assegno di Cura;
- ingresso in R.S.A. (supporto clinico-assistenziale temporaneo o sollievo);
- inserimento nella graduatoria distrettuale per le case protette.

Può provvedere, inoltre, alla refertazione della non-autosufficienza anche ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile.

## **DIMISSIONI PROTETTE**

Il Protocollo Operativo deliberato (delibera Azienda USL n. 1044 del 02/12/2003) viene recepito dalla CPD in accezione più ampia, ritenendo possibile la sua applicazione non solo nei confronti del paziente anziano, ma, indipendentemente dall'età, per tutti quei pazienti che, dopo la dimissione dalla struttura di ricovero, necessitano di un'ulteriore assistenza sanitaria e/o sociale.

Mentre si riconosce l'applicabilità delle modalità operative proposte dal P.O. relativamente alla prima condizione prevista (paziente in dimissione dall'ospedale che non abbia un adeguato supporto familiare), in cui il coinvolgimento dell'UVG appare indispensabile, si ritengono opportune alcune precisazioni per quanto riguarda il paziente in dimissione che gode di una sufficiente rete familiare o informale.

Per tale paziente, candidato ad essere assistito a domicilio da parte del MMG e degli Infermieri dell'ADI (oltre che, in caso di necessità, dagli Operatori del Servizio Sociale), si ritiene indispensabile che l'U.O. Ospedaliera si attivi per il coinvolgimento sia del ROAD (o del Coordinatore Infermieristico dell'ADI) che del MMG.

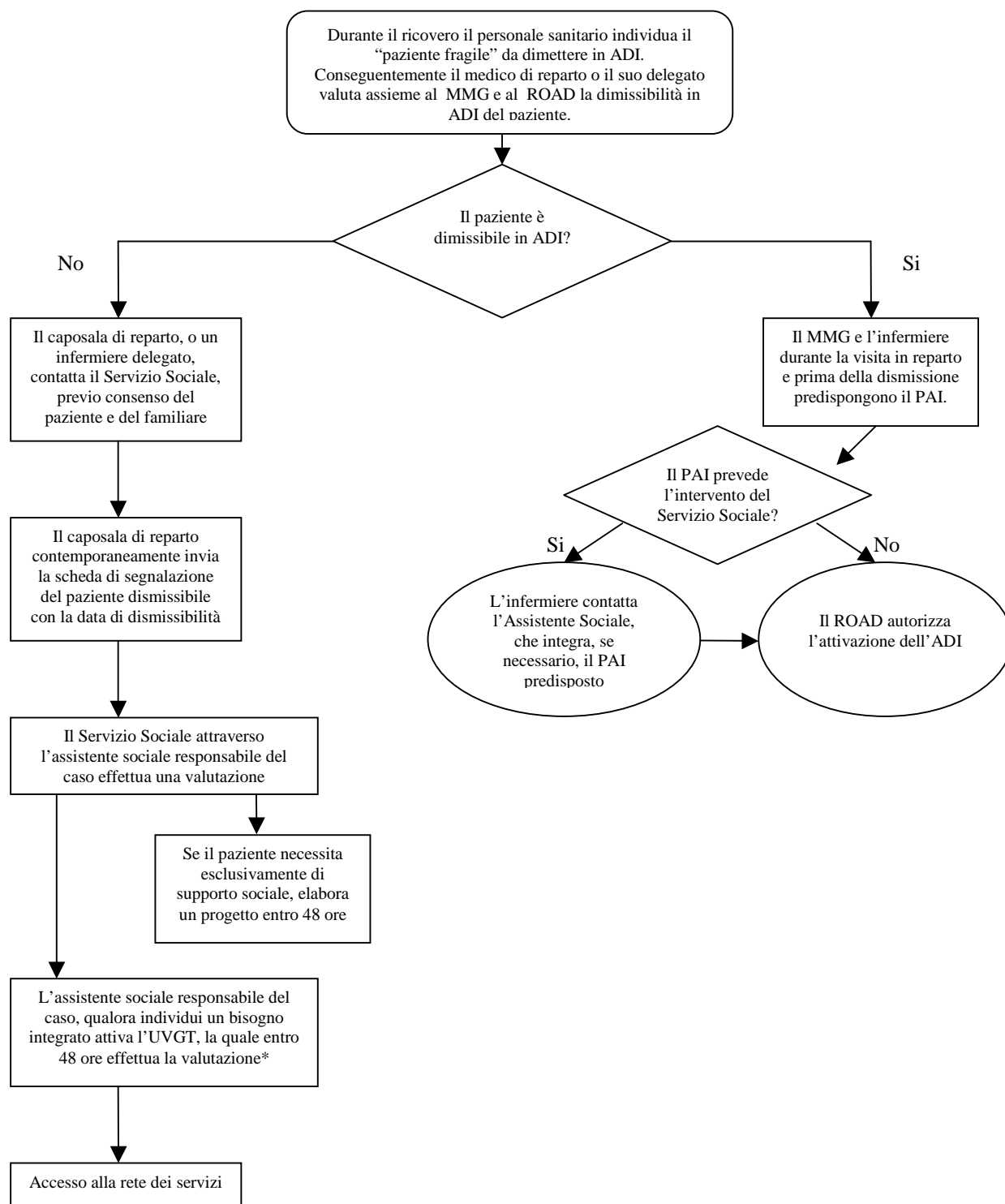
Si ritiene inoltre opportuno che il medico dell'U.O. Ospedaliera, nella proposta di attivazione dell'ADI, tenga conto dei criteri di inclusione e dei livelli assistenziali indicati nel presente Protocollo Operativo ADI.

Il personale sanitario dell'U.O. ospedaliera trasmette al ROAD o al Coordinatore Infermieristico ADI una Scheda di segnalazione, nella quale sono illustrate le condizioni cliniche, lo stato di autonomia e le necessità assistenziali del paziente.

In relazione alla complessità del caso, il ROAD, il MMG e il Coordinatore Infermieristico valuteranno sull'opportunità di effettuare una visita in ospedale, prima della dimissione; la visita presso il reparto di degenza del MMG rientra tra le prestazioni di particolare impegno previste dall'Accordo Locale 2004-2006.

La rappresentazione grafica dei principi generali del protocollo delle Dimissioni Protette, applicabile in tutte le strutture ospedaliere provinciali, è illustrata nella flow-chart di pag. 19; nel rispetto di tali principi generali potranno tuttavia essere adottate localmente alcune soluzioni peculiari, al fine di agevolare al massimo lo svolgimento del percorso ed assicurare la continuità delle cure.

# Diagramma di Flusso per la dimissione protetta



\*Il tempo trascorso per la ricerca delle soluzioni non deve superare i 4/5 giorni.

#### **FORNITURA DI FARMACI**

La fornitura dei farmaci ai pazienti in ADI, di qualunque livello, sarà assicurata, di norma, in forma diretta dall'Azienda, secondo i protocolli attualmente in uso.

#### **FORNITURA DI MATERIALE SANITARIO**

Il materiale sanitario necessario sarà fornito, di norma, dall'infermiere nel corso degli accessi domiciliari previsti dal piano assistenziale personalizzato.

#### **FORNITURA DI PRESIDI**

Per i pazienti ADI di 2° e 3° livello la prescrizione di alcuni ausili e presidi protesici potrà essere effettuata dal MMG, in base a quanto contenuto nella D.G.R. 124/99.

Per i pazienti di 1° livello gli ausili ad assorbenza e a raccolta possono essere prescritti dal MMG, per gli altri ausili il percorso è quello previsto dal D.M. 332 del 27/08/1999.

#### **TRASPORTI IN AUTOAMBULANZA**

Secondo quanto previsto dal regolamento allegato alla delibera dell'Azienda USL n. 1853 del 16/11/2000, sono a carico del SSN i trasporti per prestazioni ambulatoriali (diagnostiche o terapeutiche) rivolti a pazienti non deambulabili inseriti in un programma ADI.

Non sono a carico del SSN i trasporti per ricoveri programmati.

Letto, approvato e sottoscritto.

**F.to            IL PRESIDENTE**

**F.to            I COMPONENTI**

**DELLA COMMISSIONE PROFESSIONALE**

**PER LE CURE DOMICILIARI**

**Tresigallo, 20/09/2005**