

REGIONE LAZIO

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI

Via del Terminillo, 42 - 02100 RIETI - Tel. 0746 2781  
Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577



**ACCORDO SPERIMENTALE PER NUOVE FORME DI COLLABORAZIONE TRA  
LE FARMACIE E LA AUSL DI RIETI FINALIZZATO ALLA PARTECIPAZIONE  
DELLE FARMACIE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA  
(A.D.I.)**

**TRA**

**L'AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI** rappresentata dal Direttore Generale  
Dr. Rodolfo Gianani

**LA FEDERFARMA RIETI** rappresentata dal Presidente Dr. Pierluigi Cortellini



**PREMESSO**

Che in data 21 Gennaio 2011 è stato stipulato un protocollo d'intesa per l'attuazione in via sperimentale dei servizi previsti dal D.Lgs. 153 del 03/10/2009, recepito con deliberazione n. 57/D.G. del 28/01/2011;

Che il protocollo d'intesa prevede al punto 6 la messa a disposizione di operatori socio-sanitari a domicilio e di infermieri e di fisioterapisti all'interno delle farmacie e a domicilio, per la effettuazione di specifiche prestazioni professionali richieste dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta, come da Decreti Ministeriali applicativi ed in particolare il Decreto del 16/12/2010 pubblicato in G.U. n. 90 del 19/04/2011 che trova nel presente accordo applicazione integrale;

Che per servizio di A.D.I. deve intendersi una forma di assistenza rivolta a soggetti in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta, affetti da patologie croniche trattabili a domicilio che necessitano di assistenza da parte di una équipe multiprofessionale;

Che l'assistenza in questione trova naturale collocazione nell'ambito dei servizi di "Assistenza primaria" e consente di portare al domicilio del paziente servizi di cura e di riabilitazione, migliorando la qualità della vita dell'utente e della sua famiglia;

evitando l'ospedalizzazione impropria o il ricovero in strutture residenziali; anticipando le dimissioni tutte le volte che le condizioni sanitarie e socio-ambientali lo permettano;

Considerato che caratteristica peculiare dell'A.D.I. è la complessità assistenziale del paziente trattato che richiede una componente di integrazione ed è in quest'ambito che deve inserirsi la figura del Farmacista che, essendo presente anche nei centri più remoti della provincia, potrebbe rendere un ulteriore beneficio ai cittadini;

Considerato che lo svolgimento di questo nuovo ruolo delle farmacie, che deve necessariamente integrarsi con il servizio di ADI Aziendale, potrebbe avere un grande impatto sulla qualità della salute della popolazione soprattutto su gli ultrasessantacinquenni, (36.325) numero che si attesta nella provincia di Rieti al 22.71% sulla popolazione totale, percentuale superiore alla media regionale e nazionale (dati ISTAT 2010);

In attesa e nelle more del nuovo accordo collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie ai sensi dell'art. 8, comma 2, del Decreto Legislativo n. 502/92 modificato ed integrato dal Decreto Legislativo n. 517/93 siglato l'8 agosto 1996, modificato, integrato il 3 aprile 1997 che laddove intervenga comporterà una modifica e/o riadattamento del presente accordo.

**CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE:**

**ART. 1**

**OGGETTO**

Istituzione di un servizio, in via sperimentale, di assistenza domiciliare integrata rivolto a pazienti in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta ad integrazione dei servizi di ADI attualmente resi dai CAD Aziendali

Il servizio verrà garantito esclusivamente per pazienti già valutati da parte dell' Azienda USL Rieti tramite la UVD (Unità Valutativa Distrettuale) e con Piano Assistenziale Individuale (PAI) definito dalla ASL stessa.

L'offerta di tale servizio è resa agli utenti residenti nel territorio della ASL, coinvolgendo tutti i Distretti Sanitari 1- 2 - 3 - 4 - 5;

Il servizio sarà svolto avvalendosi della figura dell' infermiere professionale.

Le farmacie che intendono aderire a tale servizio ne faranno richiesta alla AUSL tramite Federfarma Rieti entro quindici giorni dalla presa d'atto del presente accordo.



## ART. 2

### REQUISITI DEL PERSONALE

Per l'espletamento del servizio oggetto dell'accordo dovrà essere impiegato personale idoneo in possesso delle specifiche qualifiche professionali e fisicamente valido.

Il personale dovrà essere di età non inferiore ai 18 anni e dovrà parlare correttamente la lingua italiana e non potrà essere impiegato per oltre 48 ore settimanali.

Il personale infermieristico deve essere iscritto all'IPASVI.

La farmacia garantisce che tutto il personale addetto al servizio è in possesso dei requisiti previsti dal DM 16 dicembre 2010.

Nei servizi sarà impiegato personale di assoluta fiducia e di provata riservatezza e verrà stilato un apposito elenco con i dati anagrafici e i nominativi del personale addetto.

Nei confronti dei lavoratori impegnati nel servizio, saranno adottate condizioni normative, contributive e retributive conformi a quelle fissate dalle disposizioni legislative e dai contratti ed accordi collettivi di lavoro applicabili alla categoria ed, in generale, da tutte le leggi e norme vigenti od emanate nella vigenza dell'accordo, con particolare riferimento al contratto AIOP per i rapporti di natura continuativa.

## ART. 3

### MODALITA' DI ESECUZIONE

#### Costituzione "Centro Funzionale e Operativo"(CFO)

Il CFO viene costituito per motivi tecnico-organizzativi, al fine di consentire anche alle farmacie più piccole di poter svolgere il servizio ADI e conseguentemente ottenere la copertura dell'intero territorio provinciale.

Le farmacie, tramite Federfarma, costituiscono il CFO al fine di:

- gestire i rapporti di natura tecnica, amministrativa, contabile e finanziaria tra l'Azienda USL e le singole farmacie ;
- ricevere le domande di assistenza da parte dell'Azienda USL;
- programma, organizza ed eroga le prestazioni richieste in ottemperanza alle indicazioni fornite dai CAD Distrettuali, inviando i propri infermieri;
- assicurare la continuità del servizio;
- fornire informazioni;

## Modalità di erogazione del servizio:

- Le prestazioni da erogare previste dal D.Lgs. 153 del 03/10/2009 verranno programmate ed organizzate per zone di competenza in modo omogeneo e proporzionale alle risorse professionali aziendali disponibili tenuto conto, anche, del numero di farmacie insistenti sul territorio, secondo un disciplinare tecnico concordato tra le parti di cui si allega copia (allegato n 1)

### ART. 4

#### FORMAZIONE E SUPPORTO

L'Azienda USL provvederà ad organizzare un corso di formazione, tramite l'UOC SAPS (Servizio Aziendale Professioni Sanitarie), per l'avvio del progetto finalizzato alla condivisione del Percorso Clinico Aziendale, di cui si allega copia parte integrante del presente accordo (allegato n.2).

Tale corso avrà la finalità di integrare il personale infermieristico esterno con le procedure operative del servizio di ADI Aziendale, al fine di rendere un trattamento omogeneo ai pazienti.

L'attività formativa costituisce requisito essenziale per l'inserimento e l'integrazione delle figure esterne preposte all'attività di ADI.

Tutti i nuovi ingressi del personale infermieristico dedicati all'attività di ADI dovranno essere comunicati alla Responsabile della UOC SAPS che avrà cura di inserirli in un programma di formazione e di fornire loro le necessarie indicazioni operative e il materiale informativo aziendale.

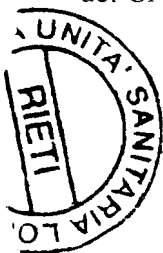
Il personale infermieristico esterno per qualsiasi criticità o problematica riscontrata può far riferimento al CFO che provvederà ad informare il caposala del Distretto di competenza e il medico del CAD.

### ART. 5

#### PROCEDURE DI VIGILANZA SULLE PRESTAZIONI RESE

##### a) Controllo e validazione delle prestazioni rese

- Ogni farmacia consegnerà al CFO, entro i primi dieci giorni del mese successivo, un report riepilogativo dei servizi resi, che contabilizzerà, nel dettaglio, il numero delle prestazioni, la tipologia di prestazioni e il valore totale delle prestazioni rese, con allegati i piani di lavoro firmati dal paziente o dal care giver;



gn

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a plus sign, another large signature, and several smaller initials and signatures on the right.

- il CFO aggrega i dati ed elabora un riepilogativo generale distinto per Distretto, per farmacia, per paziente e per prestazione resa. Consegna ad ogni distretto il report di propria competenza, insieme ai piani di lavoro firmati dai pazienti, entro il 15 del mese successivo a quello in cui è stato reso il servizio. Il CFO invierà all'UOC Economico-Finanziaria le fatture mensili, distinte per ogni singolo distretto, con allegato il riepilogo analitico delle prestazioni rese, per la registrazione in contabilità, trasmettendo, contestualmente, via e-mail, tutti i riepilogativi alla UOC FT e alla UOC SAPS;
- I Direttori dei distretti dovranno garantire, per l'attività resa sul territorio di propria competenza, la verifica contabile (verificare la conformità per tipologia di prestazione, numero di prestazioni rese e importo complessivo) dei report ricevuti e trasmetterla alla UOC Economico – Finanziaria entro il 30 del mese successivo a quello di riferimento. Il pagamento dovrà avvenire entro il giorno 15 del secondo mese successivo a quello di erogazione del servizio. In caso di ritardato pagamento, rispetto al termine sopra indicato, decorreranno gli interessi ai sensi del D. Lgs. 231/2002.

In caso di discordanza dei dati, il Direttore del Distretto provvederà ad autorizzare la UOC Economico-Finanziaria alla liquidazione della sola quota per la quale non viene contestata la erogazione del servizio ed attivano un contraddittorio tra le parti interessate per la risoluzione della contestazione, avvisando il CFO dell'apertura del contenzioso.

Nel caso di mancata risoluzione a seguito del contraddittorio il Direttore rimetterà la pratica alla decisione della Commissione Farmaceutica Aziendale (CFA), che deciderà in maniera inappellabile per le parti;

- Le valutazioni emerse a seguito del contraddittorio oppure, in caso di ulteriore impossibilità di giungere ad una composizione del contenzioso, le decisioni della Commissione Farmaceutica Aziendale verranno comunicate al Distretto, alla UOC Economico-Finanziaria, alla UOC FT e alla UOC SAPS, a ciascuno per l'adozione degli atti di propria competenza;
- La UOC Economico-Finanziaria provvederà entro 30 giorni dalla data di ricezione della comunicazione alla liquidazione della eventuale ulteriore quota risultante a favore del CFO;
- Al fine di agevolare la fase di start-up, per i primi 6 (sei) mesi di attività, il corrispettivo riportato dalle fatture emesse a fronte del servizio erogato verrà corrisposto in acconto, per l'intero importo, entro la fine del mese successivo. Le verifiche sull'attività svolta verranno espletate solo successivamente e potranno



*RP*

*es*

*RP*

*RP*

*per H. Sp.*

consentire l'adozione dei necessari provvedimenti di liquidazione e di regolarizzazione delle partite.

#### **b) Controllo della qualità e indagini di customer satisfaction**

- I controlli di qualità delle prestazioni rese saranno effettuati dal medico CAD, dalla Caposala di ciascun Distretto e da un Responsabile nominato dal CFO che verificheranno la qualità delle prestazioni mediante specifici accessi domiciliari e verifica delle cartelle ADI;
- La valutazione dell'intero servizio ADI in termini di soddisfazione dell'utenza verrà attuata dall'Azienda tramite l'UOC SAPS (Servizio Aziendale Professioni Sanitarie), anche avvalendosi di personale proveniente dal corso di laurea infermieristica (attività inserita nei programmi di TQM- Total Quality Management e prevista nell'ambito dei corsi di laurea sanitari) mediante la somministrazione di questionari ai pazienti in ADI;
- Periodicamente i report verranno trasmessi alle strutture aziendali interessate e al CFO.

#### **ART. 6**

#### **REMUNERAZIONE**

La remunerazione al CFO per il servizio svolto dalle farmacie aderenti sarà riconosciuta secondo un tariffario predefinito e concordato di cui si allega copia che costituirà parte integrante del presente accordo (allegato n.3).

#### **ART. 7**

#### **DURATA**

Il presente accordo sperimentale avrà decorrenza dal 01.03.2013, fatte salve eventuali diverse indicazioni regionali ed avrà una durata di sei mesi, rinnovabile, previa verifica complessiva e consensuale dell'intero contenuto dell'accordo, per ulteriori tre anni, fatta salva la novellazione legislativa.

Le tariffe verranno prontamente riviste a seguito di eventuale rinnovo dell'accordo collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie ai sensi dell'art. 8, comma 2, del Decreto Legislativo n. 502/92 modificato ed integrato dal Decreto Legislativo n. 517/93 siglato l'8 agosto 1996, modificato, integrato il 3 aprile 1997.

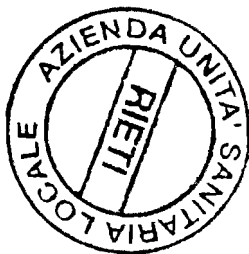

Tale servizio va ad integrarsi con il sistema di ADI aziendale in essere ed opererà secondo le regole normative ed organizzative dettate dall'Azienda USL di Rieti.

La definizione dell'inserimento di operatori sociosanitari e fisioterapisti verrà demandata a successivi accordi operativi da redigersi a seguito di verifica congiunta di eventuali fabbisogni, trascorsi i primi 6 mesi della fase sperimentale

Rieti, li 20 dicembre 2012

PER L'AZIENDA USL RIETI  
II DIRETTORE GENERALE

Dr. Rodolfo Gianani



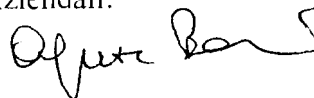
PER FEDERFARMA RIETI  
II PRESIDENTE

Dr. Pierluigi Cortellini



Il presente accordo è siglato dai seguenti Dirigenti Aziendali:

UOC SAPS il Responsabile D.ssa Agnese Barsacchi



UOC FT il Responsabile D.ssa Emma Giordani

UOC Audit Clinico e SIS il Responsabile Dr. Giacinto Di Gianfilippo

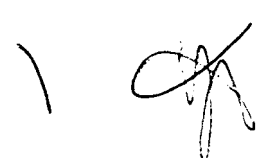
Coordinatore Tecnico Recup D.ssa Domenica Tomassoni

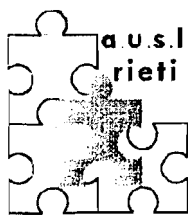


UOC EF il Direttore Dr. Luciano Quattrini

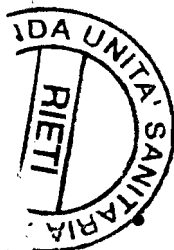


7





REGIONE LAZIO

**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI**Via del Terminillo, 42 - 02100 RIETI - Tel. 0746 2781  
Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577**DISCIPLINARE TECNICO MODALITA' DI ESECUZIONE**

Le prestazioni da assegnare alle Farmacie verranno individuate per zone in ciascun ambito distrettuale e verranno programmate in base alle prestazioni previste nei dei Piani Assistenziali Individuali (PAI) per tutta la durata. Tale programmazione verrà comunque aggiornata in relazione al turnover e ai nuovi inserimenti.

- Le prestazioni da assegnare alle Farmacie verranno stabilite entro 15 giorni dal nullaosta della Regione Lazio del presente accordo in relazione ai PAI attivi.
- Il numero delle prestazioni da assegnare, come previsto nell'allegato 3, rispetterà la misura del 50% sul totale, proporzionalmente presso ciascun Distretto e per ciascun Comune garantendo una più elastica valutazione nelle zone disagiate più difficilmente raggiungibili.
- I piani di lavoro redatti in relazione ai PAI attivati che insistono nelle diverse zone distrettuali, nonché il relativo fabbisogno di farmaci e presidi, verranno consegnati al personale esterno ogni 15 giorni presso i vari distretti dai relativi Coordinatori Aziendali insieme alle informazioni relative ai singoli pazienti (nominativo, domicilio, recapito telefonico, tipo di prestazioni).
- Le modalità di esecuzione delle prestazioni da erogare dovranno essere espletate nel rispetto dei protocolli aziendali.
- Il numero delle prestazioni assegnate alle farmacie sarà mantenuto costante per tutta la durata dell'accordo. Resta inteso che in fase di rinnovo dell'accordo, le parti potranno concordare un aumento delle prestazioni assegnate per soddisfare ulteriori necessità assistenziali.
- L'erogazione delle prestazioni e le relative specifiche dovranno essere annotate dal personale infermieristico esterno nella cartella ADI presente al domicilio del paziente e trasmesse al CAD giornalmente ai fini della rendicontazione al sistema SIAD Regionale.
- L'Operatore infermieristico esterno, in caso di criticità riscontrate rispetto al programma assistenziale definito, dovrà darne tempestiva informativa (mediante la compilazione di apposite schede) al Coordinatore del Distretto di pertinenza.



- E' auspicabile l'impiego di soluzioni applicative informatiche, in grado di ottimizzare le suddette attività di programmazione dei servizi (in concerto con il Distretto), organizzazione e assegnazione delle attività al personale esterno, erogazione delle prestazioni ai pazienti e relative annotazioni e rendicontazioni, anche attraverso l'uso di dispositivi mobili in grado di contribuire alla dematerializzazione dei processi, in linea con i contenuti del DL 18 10 2012 - Misure urgenti per la crescita del Paese (art. 13).
- le prestazioni dovranno essere fornite direttamente, senza utilizzo di intermediazione di lavoro.





## La continuità assistenziale Progetto integrativo

### UOC SAPS e UOC Farmaceutico Territoriale Azienda ASL di Rieti

**Edizione 2012**

PCO Continuità assistenziale

UOC Audit Clinico e SIS

1 di 10



RAGIONAMENTO ASSISTENZIALE  
PRESA IN CARICO TERRITORIALE

Paziente con possibile  
necessità assistenziali

Valutazione delle necessità  
assistenziali sociali e sanitarie E1

Si conferma la  
presenza di necessità  
socio/assistenziale?  
S1

OUT U1

Definizione del Piano Assistenziale  
Individuale E2

Ha necessità  
sociali? S2

Attivazione servizi  
sociali E3

E' possibile  
una presa in  
carico dei  
servizi? S2

OUT invio  
struttura U2

OUT necessità  
sociali U2

Necessità di  
assistenza  
riabilitativa? S3

Attività riabilitativa e  
verifica periodica del  
trattamento E4

Necessità di  
protesi/  
ausili? S4

Prescrizione di protesi/  
ausili E5

Necessità di  
adattamenti di  
trattamento/prolungare  
PAI? S6

Out necessità  
riabilitative U3

Necessità di  
assistenza medico/  
infermieristica? S5

Attività assistenziale  
medico/infermieristica e  
verifica periodica E6

Necessità di  
protesi/  
ausili? S4

Prescrizione di protesi/  
ausili E5

Necessità di  
adattamenti di  
trattamento/prolungare  
PAI? S6

Out necessità  
medico/  
infermieristiche U4

PCO Continuità assistenziale

UOC Audit Clinico e SIS

### **E1: valutazione delle necessità assistenziali sociali e sanitarie**

Il paziente affetto da patologia cronica dalla sua provenienza (territorio/ospedalizzazione) viene sottoposto a valutazione degli eventuali bisogni sanitari e sociali. La valutazione delle necessità viene effettuata, tenendo conto dei bisogni clinico assistenziali rilevati e delle relazioni sociali, attraverso gli strumenti contenuti nella cartella clinica ADI allegata al presente percorso.

Le necessità di tipo sociale vengono segnalate al servizio sociale distrettuale che provvederà alla comunicazione/segnalazione ai servizi sociali degli enti locali.

### **S1: Si conferma la presenza di necessità socio-assistenziali?**

La compilazione della cartella permetterà di porre in evidenza i bisogni del paziente e confermare sulla base delle sintesi de valutazione sociale, fisiatrica o infermieristica di confermare se sussistono necessità assistenziali.

### **E2: Definizione del Piano Assistenza Individuale**

Sulla base delle necessità rilevate, si elabora un PAI (Piano di Assistenza Individuale) che viene descritto nella cartella ADI. Nel piano si specifica la modalità dell'intervento delle singole figure professionali incluso il numero di accessi del MMG, del personale infermieristico e riabilitativo. Vengono definite le necessità di protesica e degli ausili. Nel PAI viene altresì indicata la durata del trattamento e l'eventuale rivalutazione

### **S2: Ha necessità sociali?**

Nella scheda "Progetto di intervento Socio-Assistenziale" (che è parte integrante del PAI) viene definito l'eventuale bisogno di assistenza sociale che possono nascere dalla mancanza di care giver in grado di supporta la fase di immobilità del paziente o dai limiti strutturali dell'abitazione (presenza di barriere architettoniche). Si sottolinea che se dalla valutazione emergono solo necessità di tipo sociale viene effettuata solo la segnalazione al servizio sociale distrettuale che provvederà alla comunicazione/segnalazione ai servizi sociali degli enti locali.

La necessità assistenziale sociale dipenderà dalla valutazione di vari parametri che includono la composizione del nucleo familiare, le relazioni sociali e possibilità di ricevere supporto.....

### **E3: attivazione dei servizi sociali**

Il servizio sociale Distrettuale prende accordi con l'Ufficio di Piano (Servizi Sociali Comunali) per l'erogazione del servizio sociale necessario.

### **S3: Ha necessità di assistenza riabilitativa?**

La necessità di assistenza riabilitativa viene confermata dalla valutazione specialistica contenuta nella scheda "Progetto di intervento Riabilitativo Individuale" (che è parte integrante del PAI).

### **E4: Attività riabilitativa e verifica periodica del trattamento**

Il T. d. R. (Tecnico della Riabilitazione) esegue sul paziente le prestazioni riabilitative prescritte dallo specialista (fisiatra) rispettando le tempistiche definite nel PAI. Eventuali variazioni dello stato clinico del paziente vanno segnalate dal T. d. R. allo specialista al fine di riprogrammare le attività (anche attraverso l'ausilio della scheda N). Il trattamento riabilitativo prevede rieducazione motoria individuale tesa al miglioramento della forza e del tono-trofismo dell'arto inferiore operato, al mantenimento del tono-trofismo e

particolarità dell'arto contro laterale, al recupero della stazione seduta e dei passaggi posturali principali, al recupero della stazione eretta e della deambulazione rispettando eventuali tempistiche di fuori carico o di riduzione del carico stesso sull'arto operato, eventualmente indicate dallo specialista ortopedico.

#### **S4: Necessità di protesica/ausili**

Nella cartella clinica (nella parte dei "Bisogni Clinico assistenziali rilevati") e nella scheda "O" o "P" (relativa alla "Prima prescrizione forniture protesiche") sono definite le necessità di protesica e di ausili da consegnare al paziente. La legge regola la possibilità di fornire protesica ed ausili.

#### **E5: Prescrizione di protesi/ausili**

Verificate le necessità e la condizione di avente diritto viene consegnato al paziente quanto definito necessario (sia in termini di protesica che in termini di ausili)

#### **S5: Necessità di assistenza medico/infermieristica?**

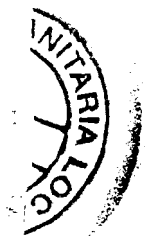
La necessità di attivazione di assistenza infermieristica viene definita dai "Bisogni Clinico assistenziali rilevati" rilevati nella cartella clinica nella sezione inerente le patologie di interesse infermieristico. Nella stessa sede vengono definite le attività da sviluppare a domicilio del paziente.

#### **E6: Attività assistenziale medico/infermieristica e verifiche periodiche**

L'infermiere esegue sul paziente le prestazioni definite nel PAI e rispettando le tempistiche anch'esse definite nel PAI. Eventuali variazioni dello stato clinico del paziente vanno segnalate dall'infermiere al Case Manager/Coordinatore al fine di riprogrammare le attività.

#### **S6: Necessità di proseguire/prolungare PAI?**

Necessità riabilitative/assistenziali: qualora vengano rilevate variazioni delle condizioni cliniche del paziente sarà necessario una rimodulazione del PAI in senso di modifica dei contenuti/prolungamento delle attività/o eventuali dimissioni.

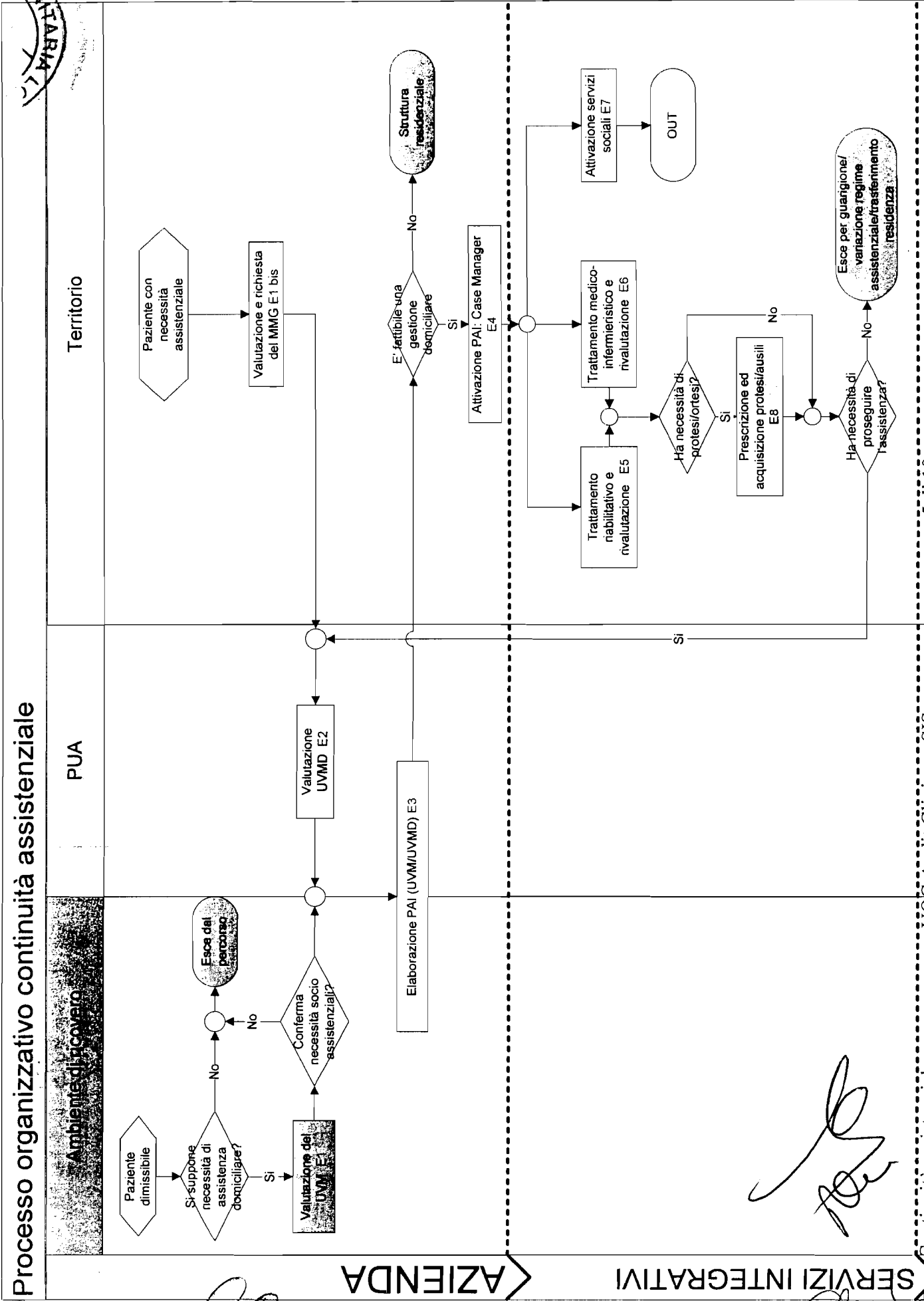


PCO Continuità assistenziale

UOC Audit Clinico e SIS

4 di 10

Processo organizzativo continuità assistenziale



*[Handwritten signatures and initials]*

AZIENDA SERVIZI INTEGRATIVI

E1 Valutazione UVM. Il paziente con possibili necessità di assistenza domiciliare va valutato alla dimissione se necessita di ADI. Qualora sia presente tale necessità deve essere sottoposto a valutazione della Unità Valutativa Multidisciplinare Ospedaliera

**E1 bis: qualora vi sia una richiesta di valutazione da parte del MMG per un paziente con necessità assistenziali, tale richiesta viene inviata direttamente dall'UVM distrettuale che si prenderà carico della valutazione ed elaborazione del PAI (vedi E2)**

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Referente del reparto: valutazione clinica e delle necessità Fisiatra: valutazione delle necessità riabilitative
	<b>ATTIVITA' INFERMIERISTICHE</b>	Case Manager/Referente Unità Operativa: evidenzia le necessità assistenziali infermieristiche attraverso compilazione di apposita scheda infermieristica. Interfaccia con il case Manager distrettuale
	<b>ALTRI collaboratori</b>	Assistente sociale: valutazione dei bisogni sociali tramite apposita scheda (allegata) e interfaccia con l'assistente sociale distrettuale
<b>COSA</b>	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E FAMIGLIA</b>	Vengono raccolte informazioni sulle possibilità di gestione domiciliare del paziente e vengono comunicate ai famigliari
	<b>DIETA ED ATTIVITA'</b>	
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA PRODURRE</b>	Compilazione della scheda di fisioterapia e di valutazione dei bisogni ai fini di elaborazione del PAI (vedi allegato). Il PAI elaborato dall'UVMO è comunque da condividere con l'UVMMD per la fattibilità o l'integrazione di informazione (soprattutto aspetti sociali)
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Valutare la necessità e la possibilità di presa in carico assistenziale domiciliare del paziente
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	

*Handwritten initials*



*Handwritten initials*

*Handwritten signature*

*Large handwritten signature and initials*

E2: Valutazione UVMD: la funzione della UVMD non è solo quella di considerare le richieste del MMG ma anche quella di effettuare aggiustamenti o valutare prosecuzione o interruzione dell'assistenza sanitaria tramite l'elaborazione di un PAI. L'UVMD inoltre condivide i PAI elaborati dalla UVMO dandone parere di fattibilità (sia sanitaria che sociale)

E3: elaborazione PAI. Il piano assistenziale è allegato nella scheda elaborata dalle UVM e nel caso di provenienza ospedaliera è sempre frutto di condivisione fra la UVMO e UVMD. Si sottolinea che il piano viene elaborato solo se fattibile in relazione alle risorse ed agli aspetti sociali. (vedi scheda allegata)

CHI	ATTIVITA' MEDICHE	Responsabile CAD: supervisione di tutte le attività infermieristiche, riabilitative e contatti con i MMG. Si rapporta con l'UVMO al momento della dimissione ospedaliera del paziente. Da parere di fattibilità. Conferma e rivaluta i PAI già in essere. Dimette i pazienti che abbiano raggiunto un sufficiente grado di autonomia Fisiatra: qualora il paziente non abbia già una valutazione fisiatrica poiché di provenienza territoriale, il fisiatra esprime parere specialistico sulle modalità riabilitative e prescrive la protesica MMG: responsabile del paziente che ha in carico di cui propone l'immissione in ADI
	ATTIVITA' INFERMIERISTICHE	Case manager distrettuale: si rapporta con il case manager ospedaliero se il paziente è di tale provenienza. Contribuisce nella valutazione dei bisogni assistenziale del paziente e ne coordina le modalità.
	ALTRI collaboratori	Assistente sociale: si rapporta con il collega ospedaliero se il paziente è di tale provenienza. Indaga sulle difficoltà sociali del paziente e si rapporta con il care giver e con i servizi del comune se necessario Care giver: supporta le necessità assistenziali e terapeutiche quotidiane del paziente. Si rapporta con tutte le figure operative al fine di comprendere se il paziente può essere preso in carico dal territorio
COSA	INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E FAMIGLIA	Qualora l'UVMD ravveda la possibilità di presa in carico istruisce il care giver su tutte le necessità e le modalità
DOCUMENTI	DOCUMENTAZIONE CLINICA DA PRODURRE	Compilazione della scheda di fisioterapia e di valutazione dei bisogni ai fini di elaborazione del PAI (vedi allegato). Il PAI elaborato viene dall'UVMD solo se c'è possibilità di presa in carico dal punto di vista delle risorse professionali o dei bisogni sociali
OBIETTIVI	TRAGUARDI SANITARI	Valutare la necessità e la possibilità di presa in carico assistenziale domiciliare del paziente. Elaborazione del PAI
RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	

*Handwritten initials*

*Handwritten initials*



**E4: attivazione PAI e Case Manager**

L'attivazione del PAI avviene sotto la supervisione ed il coordinamento della Case Manager che viene identificata nella caposala o sua referente distrettuale. Il case manager lavora in stretta collaborazione con il medico responsabile CAD ed il MMG; coordina tutte le attività e necessità assistenziali del paziente

E7: le necessità sociali sono una presa in carico dei Servizi Sociali Comunali sotto indicazione dell'assistente sociale

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Responsabile CAD: supervisiona e collabora con il case manager MMG: responsabile del paziente di cui propone l'immissione in ADI, si rapporta con il case manager e con il responsabile del CAD
	<b>ATTIVITA' INFERMIERISTICHE</b>	<b>Case manager distrettuale: sviluppa le modalità di attuazione delle necessità ed esigenze identificate nel PAI attraverso il piano di lavoro. Funge da tramite per tutte le esigenze sanitarie del paziente interfacciandosi con il medico CAD e con il MMG</b>
	<b>ALTRI collaboratori</b>	Assistente sociale: qualora siano evidenti necessità sociali si rapporta con i Servizi Sociali Comunali e ne verifica la presa in carico. Si rapporta con il case Manager e con MMG e medico CAD Care giver: supporta le necessità assistenziali e terapeutiche quotidiane del paziente. Si rapporta con tutte le figure operative al fine di comprendere se il paziente può essere preso in carico dal territorio Fisioterapista: esegue le indicazioni Pai prescritte dal fisiatra. Contatta il fisiatra se c'è una problematica di nuova insorgenza o se il PAI prevede periodici adattamenti. <b>Si rapporta anche con il case manager per eventuali ulteriori necessità (anche impossibilità al trattamento per necessità sociali/strutturali) o complicanze (flebiti, complicanze internistiche.....).</b>
<b>COSA</b>	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E FAMIGLIA</b>	Il care giver viene istruito su tutte le necessità incluso il supporto all'uso di apparecchiature protesiche (carrozzina, sollevatore,.....)
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA PRODURRE</b>	Compilazione della cartella clinica infermieristica (vedi allegato)
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Attivazione del PAI
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	

E5: trattamento riabilitativo e rivalutazione

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Fisiatra: interviene qualora il fisioterapista ravveda problematiche tali da necessitare adattamenti terapeutici o per controlli programmati
	<b>ATTIVITA' INFERMIERISTICHE</b>	Case manager: si rapporta con il fisioterapista quando necessario o per eventuali complicanze. Controlla la completezza della documentazione periodicamente.
	<b>ALTRI collaboratori</b>	Fisioterapista esegue trattamento riabilitativo elaborato nel PAI. Contatta il fisiatra se c'è una problematica di nuova insorgenza o se il PAI prevede periodici adattamenti. Si rapporta anche con il case manager per eventuali ulteriori necessità o complicanze (flebiti, complicanze internistiche.....).
<b>COSA</b>	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E FAMIGLIA</b>	Il care giver viene istruito dal fisioterapista sulle modalità di posizionamento/spostamento del paziente e di tutte le necessità incluso il supporto possibile all'uso di apparecchiature protesiche (carrozzina, sollevatore,.....)
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA PRODURRE</b>	Compilazione della cartella clinica fisiatrica (vedi allegato)
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Attivazione del PAI dal punto di vista riabilitativo
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	Mancato rispetto delle tempistiche di carico dell'arto <b>Risoluzione:</b> segnalare chiaramente i tempi di carico nella scheda riabilitativa e far controfirmare la scheda allo stesso fisioterapista. Si dovrà compilare una specifica scheda da consegnare ai famigliari e controfirmata, con le indicazioni di ciò che il paziente è autorizzato a fare. Possibile lussazione della protesi durante l'attività del care giver (passaggi posturali e posizionamento a letto) Adeguata preparazione del care giver (voce da riportare sulla scheda del paziente). In caso di accorciamento dell'arto/dolore/extrarotazione il care giver deve essere istruito nell'avvisare più rapidamente possibile il case manager ed il fisioterapista

*RP*



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signatures]*

E6: vedi procedure aziendali di buona tecnica

CHI	ATTIVITA' MEDICHE	
	ATTIVITA' INFERMIERISTICHE	<p><b>Case manager distrettuale:</b> coordina l'assistenza infermieristica. Funge da tramite per tutte le esigenze sanitarie del paziente interfacciandosi con il medico CAD e con il MMG. Supervisiona l'attività infermieristica erogata secondo le procedure/protocolli aziendali.</p> <p><b>Infermiere ADI:</b> applica le indicazioni del Pai con riferimento alle procedure aziendali di buona tecnica. Si rapporta con il case manager per eventuali situazioni/modificazioni del quadro clinico.</p>
	ALTRI collaboratori	Care giver: supporta le necessità assistenziali e terapeutiche quotidiane del paziente. Si rapporta con tutte le figure operative al fine di comprendere se il paziente può essere preso in carico dal territorio
COSA	INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E FAMIGLIA	Il care giver viene istruito su tutte le necessità incluso il supporto all'uso di apparecchiature protesiche (carrozzina, sollevatore,.....)
DOCUMENTI	DOCUMENTAZIONE CLINICA DA PRODURRE	Compilazione della cartella clinica infermieristica (vedi allegato)
OBIETTIVI	TRAGUARDI SANITARI	Attività infermieristica ADI, cura di piaghe, ferite, prevenzione dei decubiti...
RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	

*pp*

E8: prescrizione ed acquisizione protesi/ausili

Il fisiatra prescrive sotto indicazione PAI le protesiche necessarie. Talora, se il paziente ha provenienza ospedaliera, la protesica può essere prescritta dallo specialista in ortopedia.

Il modello di prescrizione fa riferimento alle normative di legge.

**La prescrizione e l'acquisizione delle protesi e degli ausili è a carico dell'Azienda.**



*[Handwritten signatures]*



ALLEGATO 3

	PAZIENTI IN ADI	Anno 2011: <u>ACCESSI</u>			Anno 2011: <u>PRESTAZIONI</u>	
		ANNO	MESE	GIORNO	ANNO	MESE
DISTRETTO 1	1116	10625	885,4	35,4	9049	754,1
DISTRETTO 2	380	6461	538,4	21,5	9984	832,0
DISTRETTO 3	172	4520	376,7	15,1	10866	905,5
DISTRETTO 4	156	3189	265,8	10,6	10075	839,6
*DISTRETTO 5	177	1924	213,8	8,6	2530	281,1
TOTALE	2001	26719	2226,6	91,2	42504	3542,0
					Alle 42504 totali vanno sottratte n. 1969 prestazioni (vedasi tabella 2 specifica ALTRO) Pertanto il totale delle prestazioni da considerare è pari a n. 40535)	

\* I dati sono riferiti al periodo dal 01/04/11 al 31/12/11

I dati riportati nel presente prospetto, si riferiscono all'anno 2011. L'incremento previsto è pari al 50% del totale delle prestazioni erogate nel corso dell'anno di riferimento nei 5 Distretti, pari a 20267/anno, al fine di ottemperare alla normativa vigente (decreto del Commissario ad acta, n. 8 del 2011 che prevede n. 5 accessi/die da parte di ciascun infermiere dedicato all'ADI). Tale aumento di prestazioni comporta **una spesa totale di 382.700 euro/anno (191.350 euro in sei mesi) calcolata sulla base dei costi minimi previsti dal Nomenclatore vigente IPASVI** individuate nella tabella 2. La spesa totale è stata contabilizzata al 50% delle prestazioni rese nell'anno 2011 (**n.10134 prestazioni da acquisire nei sei mesi della sperimentazioni**) e valorizzata in relazione alla tipologia e alle rispettive quantità delle prestazioni rese nell'anno 2011 (vedasi tabella 2).

TABELLA 2

ANNO 2011 TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE



DOTAZIONE INFERMERI	MEDICAZIONI Tar min 13.40						TRATTAMENTI DECUBITI Tar min 28.80				
	ANNO	MESE	MESE X INFERM.	GIORNO	GIORNO X INFERM.	ANNO	MESE	MESE X INFERM.	GIORNO	GIORNO X INFERM.	
DISTRETTO 1	10	1675	139,6	14,0	5,6	0,6	1434	119,5	12,0	4,8	0,5
DISTRETTO 2	6	1784	148,7	24,8	5,9	1,0	5578	464,8	77,5	18,6	3,1
DISTRETTO 3	4	4463	371,9	93,0	14,9	3,7	4198	349,8	87,5	14,0	3,5
DISTRETTO 4	5	3645	303,8	60,8	12,2	2,4	2876	239,7	47,9	9,6	1,9
*DISTRETTO 5	3	468	52,0	17,3	2,1	0,7	956	106,2	35,4	4,2	1,4
<b>TOTALE</b>	<b>28</b>	<b>12035</b>					<b>15042</b>				

Costo Totale : Tar. min. 161.269

Costo Totale : Tar. min. 433.209

DOTAZIONE INFERMERI	PRELIEVI Tar min 13.40						CAMBIO CATETERE Tar min 33.50				
	ANNO	MESE	MESE X INFERM.	GIORNO	GIORNO X INFERM.	ANNO	MESE	MESE X INFERM.	GIORNO	GIORNO X INFERM.	
DISTRETTO 1	10	3767	313,9	31,4	12,6	1,3	720	60,0	6,0	2,4	0,2
DISTRETTO 2	6	2352	196,0	32,7	7,8	1,3	247	20,6	3,4	0,8	0,1
DISTRETTO 3	4	1503	125,3	31,3	5,0	1,3	242	20,2	5,0	0,8	0,2
DISTRETTO 4	5	207	17,3	3,5	0,7	0,1	157	13,1	2,6	0,5	0,1
*DISTRETTO 5	3	891	99,0	33,0	4,0	1,3	59	6,6	2,2	0,3	0,1
<b>TOTALE</b>	<b>28</b>	<b>8720</b>					<b>1425</b>				

Costo Totale : Tar. min. 115.508

Costo Totale : Tar. min. 47.737

DOTAZIONE INFERMERI	ASSISTENZA FLEBO Tar min 6.70						ALTRO* Tar min 10				
	ANNO	MESE	MESE X INFERM.	GIORNO	GIORNO X INFERM.	ANNO	MESE	MESE X INFERM.	GIORNO	GIORNO X INFERM.	
DISTRETTO 1	10	132	11,0	1,1	0,4	0,0	1321	110,1	11,0	4,4	0,4
DISTRETTO 2	6	0	0,0	0,0	0,0	0,0	23	1,9	0,3	0,1	0,0
DISTRETTO 3	4	52	4,3	1,1	0,2	0,0	408	34,0	8,5	1,4	0,3
DISTRETTO 4	5	466	38,8	7,8	1,6	0,3	2724	227,0	45,4	9,1	1,8
*DISTRETTO 5	3	116	12,9	4,3	0,5	0,2	40	4,4	1,5	0,2	0,1
<b>TOTALE</b>	<b>28</b>	<b>766</b>					<b>4516</b>				

Costo Totale : Tar. min. 5.132

\*sono state considerate n. 2547 anziché 4516 prestazioni in quanto insite nelle prestazioni già conteggiate es. mobilizzazione del paziente per effettuare terapia iniettiva ( sottratto di 1631 mobiliz. e 338 ter. Occupaz. Distretto 4)

Costo Totale : Tar. min. 25.470

\* I dati sono riferiti al periodo dal 01/04/11 al 31/12/11