



Proposta della Direzione Generale N° 314 del 21.07.2014

Deliberazione del Direttore Generale
n° 310 del 15 SET. 2014

Oggetto: Potenziamento ADI. Integrazione deliberazione n.205 del 12.06.2014.

PREMESSO

il Progetto aziendale *Potenziamento delle cure palliative domiciliari, degli interventi a domicilio a favore dei malati terminali e dei pazienti inseriti in CDI di terzo livello* di cui si allega copia alla presente per farne parte integrante e sostanziale;

che con la deliberazione di cui in oggetto si è provveduto ad approvare la programmazione di spesa relativa al Progetto n.05/2013 denominato *Potenziamento ADI*;

DATO ATTO che con il Regolamento sui Progetti aziendali a fondo vincolato adottato con DDG n.247 del 10 luglio 2014 si dispone l'individuazione di un Responsabile, quale referente tecnico-scientifico, e di un Segretario, quale figura amministrativa di supporto, per ciascun progetto finanziato con fondi esterni vincolati;

ATTESO che per lo svolgimento dell'attività progettuale si rende necessaria la nomina delle figure suddette, non già disposta nella deliberazione di cui in oggetto;

RITENUTO

individuare il dott. Salvatore Sinatra quale Responsabile e la sig.ra Eride Usai quale Segretario del progetto Potenziamento ADI;

precisare le attività sanitarie e amministrative strettamente afferenti il progetto, da svolgersi oltre l'ordinario orario di lavoro, come di seguito indicato:

Responsabile: ore 80;
Segretario: ore 50;
Direzione Generale: ore 5;
Servizio Personale: ore 15;
Servizio Bilancio ore: 15;
Servizio Acquisti ore: 15;
Servizio Affari Generali: ore 5;
Servizio Tecnico-Logistico: ore 5.

VISTA la L.R. n.10/2006;

VISTO il D. lgs 229/99 e s.m;



ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario resi ai sensi dell'art.32 c.8 dell'Atto aziendale;

SENTITI in comune il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario;

DELIBERA

Per quanto esposto in premessa,

DI NOMINARE il dott. Salvatore Sinatra quale Responsabile del Progetto Potenziamento ADI, e il la sig.ra Eride Usai quale Segretario;

DI STABILIRE le attività sanitarie e amministrative progettuali, da svolgersi oltre l'ordinario orario di lavoro, come di seguito indicato:

Responsabile: ore 80;
Segretario: ore 50;
Direzione Generale: ore 5;
Servizio Personale: ore 15;
Servizio Bilancio ore: 15;
Servizio Acquisti ore: 15;
Servizio Affari Generali: ore 5;
Servizio Tecnico-Logistico: ore 5.

DI INTEGRARE la deliberazione n. 205 del 16/06/2014 con la quale è stata approvata la programmazione di spesa del progetto Potenziamento ADI;

DI INCARICARE i Servizi interessati per gli adempimenti di propria spettanza.

Il collaboratore amm.vo
Dott.ssa Barbara Ghiani

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Maria Valentina Marras

Il Direttore Amministrativo
Dott. Antonio Mario Loi

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Francesco Pintus



Il Responsabile del Servizio Affari Generali certifica che la presente deliberazione è stata pubblicata nell'Albo Pretorio di questa Amministrazione per la durata di giorni 15 con decorrenza dal

15 SET. 2014

Il Direttore del Servizio Affari Generali e Legali



- | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Esecutiva in quanto atto non soggetto a controllo preventivo (art. 29, 2° comma L.R. 10/2006). |
| <input type="checkbox"/> Esecutiva in data _____ in quanto al controllo regionale non sono stati riscontrati vizi (art. 29, 1° comma L.R. 10/2006). |
| <input type="checkbox"/> Annullata in sede di controllo regionale con decisione n° _____ del _____ (art. 29, 1° comma L.R. 10/2006). |

Il Direttore del Servizio Affari Generali e Legali



Protocollo n° PG/2014/ 21723 Lanusei, li 15 SET. 2014

DESTINATARI:

- Direttore Generale
- Collegio Sindacale
- Servizio AA.GG e Legali
- Servizio Bilancio
- Servizio Personale
- Servizio Provveditorato
- Distretto Socio-sanitario



DIREZIONE GENERALE

LANUSEI 27.03.2014

ASL 4
Prot 2014/8044 del 27/03/2014 ore
Mitt Direzione Generale - Pintus
Dest ASSESSORATO
Class 1 Fasc 158 del 2014



Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale
Serv. Med. di Base, Special., Resid., Riab., dell'Ass. Farmac.
Via Roma , 221 09123 CAGLIARI

Oggetto: DGR 53/60 del 20.12.2013 *“Finanziamento a favore delle Aziende Sanitarie Locali per gli interventi finalizzati allo sviluppo del sistema dell'Assistenza Domiciliare Integrata”*. -
Invio Progetto sviluppo del sistema dell'Assistenza Domiciliare Integrata. Anno 2014.

Con riferimento alla Delibera in oggetto, in allegato alla presente, si trasmette il progetto aziendale anno 2014 **“Potenziamento delle Cure Palliative Domiciliari, degli interventi a domicilio a favore dei malati terminali e dei pazienti inseriti in CDI di terzo livello”**.

A disposizione per ulteriori chiarimenti, si porgono cordiali saluti

Il Direttore Generale
(Dr. Francesco Pintus)

Potenziamento delle Cure Palliative Domiciliari, degli interventi a domicilio a favore dei malati terminali e dei pazienti inseriti in CDI di terzo livello.

Indice

1.0	Premessa e Introduzione	Pag. 2
2.0	Analisi del contesto	Pag. 3
3.0	Obiettivo generale	Pag. 5
4.0	Obiettivi specifici	Pag. 5
5.0	Destinatari	Pag. 5
6.0	Azioni	Pag. 5
7.0	Tempi	Pag. 9
8.0	Valutazione	Pag. 9
9.0	Risorse	Pag. 10
10.0	Piano finanziario	Pag. 10

Potenziamento delle Cure Palliative Domiciliari, degli interventi a domicilio a favore dei malati terminali e dei pazienti inseriti in CDI di terzo livello.

1.0 Premessa ed Introduzione

Lo sviluppo del sistema dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) costituisce uno dei principali obiettivi della programmazione sociosanitaria della Regione e, all'interno dei servizi territoriali, ha la finalità di garantire la continuità dell'assistenza in favore delle persone non autosufficienti o a grave rischio di perdita della autosufficienza.

Con la Deliberazione della Giunta regionale n. 51/49 del 20 dicembre 2007, sono state emanate le Direttive per la riqualificazione delle Cure domiciliari integrate (CDI), nelle quali sono state previste le tipologie di assistenza domiciliare, definito il modello organizzativo ed il percorso assistenziale e ed è stato previsto il coordinamento a livello distrettuale. L'accesso alle CDI avviene attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA) e l'Unità di Valutazione Territoriale (UVT) istituiti con la Delib.G.R. n. 7/5 del 21 febbraio 2006 e le cui modalità di funzionamento sono state definite con la Delib. G.R. n. 15/24 del 13.4.2010 "*Linee guida sul funzionamento del Punto Unico di Accesso nel processo delle Cure Domiciliari Integrate e nei percorsi socio-sanitari*".

Con la deliberazione della Giunta regionale n. 52/18 del 3 ottobre 2008 "*Adozione del Piano d'azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio 2007/2013*" è stata recepita la deliberazione del CIPE n. 82 del 3 agosto 2007 "*Regole di attuazione del meccanismo di incentivazione legato agli obiettivi di servizio del Quadro Strategico Nazionale (QSN) per il periodo 2007/2013*". In particolare, all'interno del suddetto Piano d'Azione, nell'ambito dell'Obiettivo II "*Aumentare i servizi di cura alla persona, alleggerendo i carichi familiari per innalzare la partecipazione delle donne al mercato del lavoro*", è stato stabilito, quale obiettivo specifico, di incrementare dal 1,30 al 3,5% la percentuale di anziani assistiti in ADI rispetto al totale della popolazione anziana (65 anni e oltre) entro l'anno 2013.

Il Rapporto Annuale sugli Obiettivi di Servizio (RAOS) 2012 e il monitoraggio effettuato a ottobre 2012 hanno rilevato, a livello regionale, alcune criticità organizzativo-gestionali relative alle Cure domiciliari Integrate erogate. In particolare è emersa la carenza di accessi effettuati al domicilio dell'assistito in CDI da parte figure Mediche specialistiche con esperienza nella gestione dei pazienti portatori di bisogni sociosanitari particolarmente complessi, tra i quali i pazienti oncologici.

Con la Delib.G.R n. 51/12 del 28.12.2012 è stato pertanto previsto e finanziato un sistema premiante volto a incrementare il numero degli accessi a domicilio da parte di figure mediche specialistiche con esperienza nella gestione di casi complessi, destinati ad assistiti in CDI di terzo livello e Cure Palliative e a malati terminali.

Con la Delib.G.R. n. 33/32 dell'8.8.2013 sono state inoltre approvate le "*Linee guida per lo sviluppo della rete di cure palliative nella Regione Sardegna*".

Potenziamento delle Cure Palliative Domiciliari, degli interventi a domicilio a favore dei malati terminali e dei pazienti inseriti in CDI di terzo livello.

Con la Delib.G.R. 53/60 del 20.12.2013 è stato assegnato anche per il 2014 un finanziamento alle Aziende Sanitarie Locali per gli interventi finalizzati allo sviluppo del sistema dell'Assistenza Domiciliare Integrata al fine di potenziare complessivamente l'assistenza medico specialistica a domicilio rivolta agli assistiti in Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e Cure Palliative e a malati terminali, in attesa dell'istituzione dell'Equipe delle Cure Palliative, vista anche la carenza di figure professionali competenti in cure palliative e in attesa delle indicazioni ministeriali sui requisiti formativi di tali figure, dando continuità ai progetti proposti dalle ASL nell'anno 2013.

2.0. Analisi del Contesto

Partendo dai dati demografici ed epidemiologici regionali e da studi sul bisogno socio-sanitario presenti in letteratura è stata effettuata una stima dei casi attesi di Cure Domiciliari Intergrate (CDI). In particolare la stima dei casi potenziali di CDI di primo, secondo e terzo livello è stata ottenuta applicando alla popolazione ultrasessantacinquenne, residente al 1° gennaio 2011 in ogni singola ASL, i tassi dello studio BISS "Il bisogno sociosanitario degli anziani in Toscana. I risultati dello studio epidemiologico di popolazione BISS. 2009", condotto dall'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS) della Toscana.

Tali tassi si riferiscono a livelli di isogravità del bisogno di pazienti che presentano condizioni di non autosufficienza e disabilità, per i quali si necessita un'assistenza continua (isogravità 4-5). I casi stimati sono stati classificati in base alla tipologia di CDI.

I casi attesi di anziani con isogravità 4 sono stati considerati come CDI di primo e secondo livello; i casi con isogravità 5, sono stati classificati come CDI di terzo livello; i dati relativi alla ASL di Lanusei sono indicati nella tabella sottostante.

	Popolazione ISTAT 2011 ultra 65 enne	Numero di casi annui potenziali di CDI di 1° e 2° livello (livello di isogravità 4 pari a 2,8% della popolazione over 65)	Numero di casi annui potenziali CDI di 3° livello (livello di isogravità 5 pari a 0,8% della popolazione over 65)
ASL 4 Lanusei	11.963	335	96

La stima del numero di pazienti ultrasessantacinquenni potenzialmente beneficiari di Cure Domiciliari Palliative è stata effettuata applicando il tasso di mortalità per tumore riferita alla popolazione over 65 residente e stimando che una quota pari al 65% dei casi attesi di tumore possa essere assistita al proprio domicilio, come indicato nella tabella sottostante.

Lo standard minimo di assistenza è stato calcolato quindi con riferimento esclusivo ai malati oncologici, come indicato nel Decreto del Ministero della Salute n. 43 del 22 febbraio 2007, anche se l'utenza potenziale di cure palliative è

Potenziamento delle Cure Palliative Domiciliari, degli interventi a domicilio a favore dei malati terminali e dei pazienti inseriti in CDI di terzo livello.

rappresentata non solo da malati oncologici ma anche da malati inguaribili (malati cardiologici, pneumologia, neurologici, metabolici ecc).

Numero di soggetti ultrasessantacinquenni potenzialmente beneficiari di Cure palliative domiciliari all'anno				
	Popolazione residente ultra 65enne (anno 2011)	Tasso specifico di mortalità per tumore nella popolazione ultra 65enne (x 10.000 abitanti)	Numero morti annue attese nella popolazione ultra 65enne	Numero di soggetti over 65 potenzialmente beneficiari di Cure Palliative Domiciliari (65% dei casi attesi) all'anno
ASL 4 Lanusei	11.963	109	130	85

Dall'analisi dei dati aziendali del RENCAM (Registro Causa di Morte), risulta che nel 2012 nella ASL di Lanusei sono decedute per tumore n. 150 persone, di cui n. 120 di età superiore a 65 anni.

L'esame del Registro Tumori della Provincia di Nuoro, attivo dal 2005, relativo al triennio 2009-2011, mette in evidenza come nella ASL di Lanusei si verificano mediamente n. 330 nuovi casi di tumore all'anno, con maggiore incidenza nei maschi (180 vs. 150). I tumori più diffusi, escludendo i tumori cutanei, sono risultati per gli uomini il colon-retto, la prostata, il polmone e il fegato; per le donne la mammella, la tiroide, il colon-retto e l'utero. La fascia d'età maggiormente colpita è quella compresa tra i 60-64 anni in entrambi i sessi. L'età media della diagnosi è sui 65-66 anni.

La ASL di Lanusei ha garantito, nel corso dell'ultimo decennio, un'Assistenza Domiciliare diffusa in maniera capillare sul territorio ogliastrino; i dati rilevati sull'assistenza medico specialistica erogata nel corso del 2013 ai pazienti in Cure domiciliari di terzo livello e in cure palliative risultano, dal punto di vista quantitativo, non lontani dagli standard richiesti.

Nel corso del 2014 si intende proseguire nell'attività finora svolta, integrandola con l'assistenza di altri specialisti e, in attesa dell'istituzione ed operatività dell' Equipe di Cure palliative nel Distretto sociosanitario (come previsto dalla Delib.G.R. n. 33/32 dell'8.8.2013), con l'assistenza degli specialisti del Centro Aziendale di Cura del Paziente con Dolore (Spoke di 1° livello), al fine di perseguire il raggiungimento degli standard di assistenza fissati a livello regionale per l'anno 2014, dalla DGR n. 53-60 del 20.12.2013, come indicato nella tabella che segue:

INDICATORI DI RISULTATO DA RAGGIUNGERE PER L'ANNO 2014 : numero di accessi a domicilio dei Medici specialisti per pazienti ultrasessantacinquenni inseriti in CDI di 3° livello e Cure Palliative e a malati Terminali	
ASL 4 Lanusei	884

Potenziamento delle Cure Palliative Domiciliari, degli interventi a domicilio a favore dei malati terminali e dei pazienti inseriti in CDI di terzo livello.

3.0. Obiettivo generale

L'obiettivo generale è la realizzazione di interventi a domicilio destinati a pazienti età ≥ 65 anni inseriti in CDI di 3° livello e Cure Palliative e per tutti i pazienti nella fase terminale della loro vita, oncologici e non, garantendo assistenza in Cure domiciliari integrate, al fine di consentire un costante monitoraggio clinico del paziente e un ridotto ricorso all'accesso in ospedale.

4.0. Obiettivi specifici

- 1 Inserire almeno n. 85 pazienti di età ≥ 65 anni in CDI di 3° livello e Cure Palliative e malati terminali;**
- 2 Garantire il numero minimo di accessi effettuati a domicilio da parte della figura professionale degli specialisti** (medico palliativista, anestesista, neurologo, geriatra, fisiatra, chirurgo, pneumologo, urologo, psicologo e altri) come richiesto dalla Deliberazione n. 53/60 del 20.12.2013, **per almeno un giorno alla settimana;**
 - 2.1 Garantire**, nelle more dell'istituzione dell'equipe delle Cure Palliative, **l'accesso a domicilio del medico esperto in cure palliative e dello psicologo del Centro Aziendale di Cura del Paziente con Dolore, con competenze in materia;**
- 3 Garantire ai pazienti nella fase terminale della loro vita, l'assistenza in CDI sette giorni su sette.**

5.0 Destinatari

- persone nella fase terminale della vita (oncologici e non);
- persone con malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);
- persone in fasi avanzate e complicate di malattie croniche;
- persone con necessità di nutrizione artificiale parenterale;
- persone con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza.

6.0 Azioni

Ai fini del perseguimento degli obiettivi specifici, le azioni che si prevede di realizzare sono:

6.1 Integrazione nell'attività del PUA e UVT;

6.1.1 Coinvolgimento dei MMG;

6.1.2 Campagna informativa per i cittadini;

Potenziamento delle Cure Palliative Domiciliari, degli interventi a domicilio a favore dei malati terminali e dei pazienti inseriti in CDI di terzo livello.

6.2. Reperimento delle figure specialistiche;

6.3 Coinvolgimento dei Medici di Continuità Assistenziale;

6.4 Monitoraggio e valutazione quantitativa e qualitativa delle prestazioni erogate;

6.5 Percorsi formativi e di aggiornamento continuo per le figure professionali operanti nella rete aziendale.

6.1 Integrazione nell'attività del PUA e UVT

Il percorso assistenziale generale per le CDI e per le Cure palliative domiciliari è lo stesso previsto dalla D.G.R. n. 51/49 del 20 dicembre 2007, dalla D.G.R. n. 15/24 del 13.4.2010 "Linee guida sul funzionamento del Punto Unico di Accesso nel processo delle Cure Domiciliari Integrate e nei percorsi socio-sanitari" e dalla Circolare n. 19700 del 23.9.2010 con cui sono state trasmesse alle ASL le "Linee guida sul funzionamento della Unita di Valutazione Territoriale (UVT)". In particolare il processo assistenziale delle Cure Palliative Domiciliari è un insieme ordinato di interventi sanitari e socio-assistenziali, articolati nelle seguenti fasi, come previsto dalla DGR 33/32 del 8 Agosto 2013 recante "Linee guida per lo sviluppo della Rete di Cure Palliative nella Regione Sardegna": la segnalazione, la valutazione preliminare la valutazione multidimensionale del bisogno, la presa in carico, la definizione del Piano Attuativo degli Interventi (PAI), la verifica e la conclusione.

La lettura del bisogno, in termini di prima valutazione sulla necessità di attivazione dell'UVT, deve essere fatta dal PUA attraverso figure professionali qualificate, quali l'Infermiere, l'Assistente Sociale, il Medico di distretto e altre figure con competenze adeguate. A seguito della valutazione preliminare viene distinto il bisogno semplice dal bisogno complesso; solo quest'ultimo presuppone la Valutazione Multidimensionale (VMD) e la presa in carico globale della persona da parte di un'équipe multi professionale. Il PUA ha inoltre il compito di valutare la presenza dei criteri di eleggibilità alla assistenza alle Cure Domiciliari di terzo livello e Cure Palliative e, se presenti tali criteri, convocare, tra i componenti dell'UVT, un Medico con specifiche competenze ed esperienze nel campo delle cure palliative, una volta istituita l'Equipe delle Cure Palliative, o del Centro Aziendale di Cura del Paziente con Dolore.

I criteri generali di eleggibilità all'assistenza in Cure Palliative, che devono essere contemporaneamente presenti, sono i seguenti: presenza di neoplasia o altra malattia in fase evolutiva irreversibile (criterio diagnostico), assenza o esaurimento di trattamenti elettivi specifici - chirurgici, chemioterapici e/o radioterapici (criterio terapeutico), sopravvivenza stimata non superiore a 1 anno (criterio prognostico), riduzione delle performance con indice di Karnofsky = o <60 (criterio funzionale).

La VMD deve essere effettuata sempre, in maniera completa, attraverso l'uso sistematico di uno strumento di valutazione multidimensionale univoco, individuato dalla Regione Sardegna nella ~~Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle~~

Potenziamento delle Cure Palliative Domiciliari, degli interventi a domicilio a favore dei malati terminali e dei pazienti inseriti in CDI di terzo livello.

persone adulte e Anziane (S.Va.M.A.) al termine della quale avviene l'elaborazione del Progetto Personalizzato che deve definire esplicitamente e in maniera analitica: gli obiettivi di assistenza; il profilo assistenziale; la data di avvio e la durata del progetto, con la previsione di una verifica intermedia e finale; la continuità assistenziale; la tipologia di servizi sociali e sanitari da erogare; il consenso al trattamento dei dati personali nel rispetto della normativa sulla privacy (D.Lgs. n. 196/2003); il consenso informato relativo al percorso di cura personalizzato individuato.

Al fine di un'adeguata attribuzione del profilo di cura domiciliare integrata, in fase di valutazione multidimensionale del caso, come indicato nel Decreto ministeriale n.43 del 22 febbraio 2007, nel periodo di assistenza domiciliare in cure palliative per pazienti oncologici e non, è appropriato un Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) maggiore o uguale a 50, che significa un'assistenza in Cure Domiciliari integrate sette giorni su sette e assistenza medico specialistica per almeno un giorno alla settimana.

L'UVT è responsabile della redazione del progetto personalizzato ed è tenuta a verificarne l'attuazione e il raggiungimento degli obiettivi. In sede di UVT dovrà essere inoltre stabilita l'appropriatezza delle Cure Palliative domiciliari in base alla valutazione della presenza dei seguenti criteri di eleggibilità, oltre ai criteri generali:

- riduzione delle performance con indice di Karnofsky = o <50 (criterio funzionale);
- famiglia o rete di sostegno informale presente e garante della presenza vicino al paziente;
- idoneità logistico-strutturale del domicilio;
- impossibilità ad utilizzare le strutture sanitarie ambulatoriali o espresso desiderio del paziente a restare al proprio domicilio.

6.1.1 Coinvolgimento dei MMG

La segnalazione del bisogno, che determina l'attivazione dell'UVT, può provenire da qualunque fonte, ossia da chiunque ravveda la necessità di prestazioni socio-sanitarie riconducibili all'area delle Cure Domiciliari Integrate per una persona non autosufficiente. Le fonti di segnalazione più frequenti sono: Medico Medicina Generale (MMG), Responsabile unità operativa ospedaliera, Servizi sanitari territoriali, Servizi residenziali, Servizio sociale comunale, Familiari e/o altri soggetti della rete informale.

Qualunque sia la fonte di segnalazione sono ammissibili tutte le modalità di segnalazione (diretta, telefonica, fax, etc.); qualora si tratti di professionisti del settore sanitario o del servizio sociale del comune è prevista la compilazione della scheda di contatto, inviata al PUA ed accompagnata da contatto telefonico; nel caso in cui si tratti di familiari e/o altri soggetti della rete informale, la scheda di contatto deve essere compilata direttamente dagli operatori del PUA. Se le informazioni contenute nella scheda di contatto sono scarsamente dettagliate o insufficienti è necessario l'avvio di un

Potenziamento delle Cure Palliative Domiciliari, degli interventi a domicilio a favore dei malati terminali e dei pazienti inseriti in CDI di terzo livello.

processo di tipo "istruttorio" per integrare le conoscenze sul caso tramite raccordo informativo con il segnalante, il MMG ed i servizi sociali comunali.

6.1.2 Campagna informativa per i cittadini

Si prevede la realizzazione di una campagna informativa per la cittadinanza attraverso il sito aziendale e la realizzazione di un opuscolo informativo.

6.2 Reperimento delle figure specialistiche

Al fine di garantire l'accesso a domicilio dei medici specialisti per i pazienti ultrasessantacinquenni inseriti in CDI di terzo livello e Cure Palliative e ai malati terminali è necessario reperire le figure specialistiche attraverso:

6.2.1 Collaborazione con le Unità Operative del Presidio Ospedaliero e con i Servizi Territoriali;

6.2.2 Integrazione con il Centro Aziendale di Cura del Paziente con Dolore

Il Centro aziendale di cura del paziente con dolore (CACPD), individuato con la DGR n.5/31 del 11.02.2014 (Istituzione della rete per la terapia del dolore della Regione Sardegna) *quale spoke di primo livello, è pensato come il centro locale di riferimento di secondo livello sia per i MMG/ PLS sia per gli Specialisti ambulatoriali ed ospedalieri* ed è articolato sia in ambito ospedaliero che territoriale (ambulatori situati nel PO e presso i Poliambulatori di Tortoli e Jerzu) in attività dal mese di Aprile 2012.

Presso il Centro opera un team multi professionale e multidisciplinare composto da: Medico anestesista esperto in terapia del dolore e cure palliative (con funzioni di Responsabile del Centro), infermiere e psicologo-psicoterapeuta in formazione in Terapia del dolore e Cure Palliative (DMIUR 4.04.2012, G.U. n.89 del 16.04.12), secondo un trattamento integrato medico-psicologico.

Il CACPD, la cui attività sarà implementata, con l'acquisizione di ulteriori professionalità, è da intendersi come parte integrante della istituenda rete di Cure Palliative domiciliari.

6.2.3 La graduatoria della specialistica ambulatoriale, tramite richiesta al Comitato Zonale;

6.2.4 Bando di selezione con avviso per esterni per le figure specialistiche non altrimenti reperibili.

6.3 Coinvolgimento dei Medici di Continuità Assistenziale

Tutti i pazienti nella fase terminale della loro vita, oncologici e non, devono ricevere assistenza in Cure domiciliari integrate sette giorni su sette, attraverso interventi di base erogati dal Medico di Medicina Generale, che è il responsabile clinico del caso. Per garantire l'assistenza anche nei giorni festivi e prefestivi si cercherà di coinvolgere i Medici di Continuità Assistenziale attraverso un Accordo da siglare in sede di Comitato d'Azienda.

Potenziamento delle Cure Palliative Domiciliari, degli interventi a domicilio a favore dei malati terminali e dei pazienti inseriti in CDI di terzo livello.

6.4 Monitoraggio e valutazione quali/quantitativa delle prestazioni erogate

Il monitoraggio delle prestazioni è trasversale a tutte le attività relative alle Cure Domiciliari integrate.

Deve essere prevista una rivalutazione ordinaria dei singoli casi con frequenza almeno semestrale. Qualora venga segnalato un cambiamento sostanziale dei bisogni, sulla base dei quali è stato elaborato il Progetto Personalizzato, tale da comportare una modifica del profilo assistenziale, deve essere prevista una rivalutazione straordinaria del caso da parte dell'UVT con adeguamento del progetto iniziale.

6.5 Percorsi formativi e di aggiornamento continuo per le figure professionali operanti nella rete aziendale

La formazione degli operatori della rete è fondamentale e il Servizio Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane aziendale garantirà l'organizzazione e la realizzazione di percorsi formativi e di aggiornamento, necessari allo sviluppo di conoscenze e all'implementazione di competenze in cure palliative.

7.0 Tempi

Il Progetto è attualmente in corso e sarà implementato nel corso del 2014.

8.0 Valutazioni

8.1 Di Processo

L'UO CDI valuterà a cadenza trimestrale il numero di visite specialistiche effettuate a domicilio, destinate a pazienti età \geq 65 anni inseriti in CDI di 3° livello e Cure Palliative e in fase terminale.

8.2 Di Risultato

L'azienda fornirà alla Regione il dato relativo all'indicatore di risultato con cadenza semestrale entro il 10 luglio 2014 ed entro il 10 gennaio 2015.

INDICATORE DI RISULTATO DA RAGGIUNGERE PER L'ANNO 2014 :	
-----------------------------------------------------------------	--

numero di accessi a domicilio dei Medici specialisti per pazienti ultrasessantacinquenni inseriti in CDI di 3° livello e Cure Palliative e a malati terminali	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

ASL 4 Lanusei	884
---------------	-----

Potenziamento delle Cure Palliative Domiciliari, degli interventi a domicilio a favore dei malati terminali e dei pazienti inseriti in CDI di terzo livello.

9.0 Risorse

Per la realizzazione Progetto saranno utilizzate le risorse assegnate alla ASL di Lanusei con la Deliberazione N. 53/60 del 20 dicembre 2013 e corrispondenti a 256.884,48 euro.

10.0 Piano Finanziario

Spese per il personale: € 153.000,00;

Acquisto Beni e attrezzature: € 96.884,48;

Spese formazione: € 5.000,00;

Campagna informativa: € 2.000,00.

Progettista

Dott.ssa Tonina Augusta Maria Mulas



**U.O. Cure Domiciliari
Responsabile Dott. Salvatore Sinatra**



**Distretto Sociosanitario
Direttore Dott. Sandro D. M. Rubiu**



Lanusei 27 marzo 2014