

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE BA

Lungomare Starita 6 – 70123 BARI

P.IVA – C.F. 06534340721

Tavolo tecnico per disciplinare un protocollo operativo per l'ADP.

L'Assistenza Domiciliare Programmata, disciplinata secondo quanto previsto all'art.1 (Prestazioni domiciliari) dell'allegato G dell'ACNL per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 23/3/2005, è svolta assicurando al domicilio dell'assistito la presenza periodica settimanale o quindicinale o mensile del medico in relazione alle eventuali esigenze del paziente:

- monitoraggio dello stato di salute dell'assistito; controllo sulle condizioni igieniche e sul conforto ambientale e suggerimento allo stesso e ai familiari;
- indicazione al personale infermieristico per l'effettuazione delle terapie, da annotare sul diario clinico;
- indicazioni ai familiari, o al personale addetto all'assistenza diurna, con riguardo alle peculiarità fisiche e psichiche del singolo paziente;
- indicazioni circa il trattamento dietetico, da annotare sulla scheda degli accessi fornita dall'Azienda;
- collaborazione con il personale dei servizi sociali dell'Azienda per le necessità del soggetto nei rapporti con la famiglia e con l'ambiente esterno;
- predisposizione e attivazione di "programmi individuali" con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;
- attivazione degli interventi riabilitativi;
- tenuta al domicilio di un' apposita scheda degli accessi fornita dall'Azienda sulla quale sono annotate le eventuali considerazioni cliniche, la terapia, gli accertamenti diagnostici, le richieste di visite specialistiche, le prestazioni aggiuntive, le indicazioni del consulente specialista e quant'altro ritenuto utile e opportuno.

A) ATTIVAZIONE.

Il MMG presenta al Distretto di competenza la richiesta di attivazione su apposito modello (allegato n. 1) nel quale sono indicati, oltre ai dati anagrafici e codice fiscale del paziente, le patologie da cui è affetto ed il programma assistenziale, i motivi che conducono alla richiesta di attivazione (come indicato nell'art. 2 dell'allegato G) ed in particolare:

- a)** impossibilità permanente a deambulare (es. grandi anziani con deficit alla deambulazione, portatori di protesi agli arti inferiori con gravi difficoltà a deambulare);
- b)** impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paziente non autosufficiente o paziente abitante in un piano alto e senza ascensore);
- c)** impossibilità per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico, quali:
 - .. insufficienza cardiaca in stadio avanzato;
 - .. insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;
 - .. arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato;
 - .. gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione;
 - .. cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi;
 - .. paraplegici e tetraplegici.

oltre alla proposta del numero mensile di accessi domiciliari (settimanali, quindicinali, mensili).

Ove il MMG c/o il DSS lo ritengano opportuno, l'istanza sarà integrata con idonea documentazione sanitaria.

B) VERIFICA

Il DSS verificata la completezza dell'istanza di attivazione del MMG, procede al controllo presso il domicilio dell'assistito, a tappeto ovvero a campione, a seconda delle risorse umane disponibili a livello distrettuale.

L'esito di tale controllo viene riferito al MMG con cui si concorda la durata presumibile dell'ADP e la cadenza degli accessi.

In caso di controversie, non risolvibili tra medico proponente e DSS, le stesse vengono sottoposte all'attenzione dell'UDMG per dirimerle.

Trascorsi 15 giorni dalla presentazione dell'istanza da parte del MMG, se non vi è stata alcuna comunicazione da parte del DSS, il MMG può iniziare gli accessi, fermo restando che il DSS può eseguire successivamente i controlli di rito. In tal caso gli accessi sono retribuiti fino ad un eventuale diniego.

I controlli a domicilio in corso di ADP attivata potranno essere effettuati in presenza del relativo MMG.

C) DOCUMENTAZIONE.

All'atto dell'attivazione il MMG ritira dal DSS la scheda degli accessi (allegato n.2) che deve essere custodita al domicilio dell'assistito e su cui il MMG ha cura di riportare le date degli accessi, debitamente controfirmate, e le eventuali considerazioni cliniche, la terapia, gli accertamenti diagnostici, le richieste di visite specialistiche, le prestazioni aggiuntive, le indicazioni del consulente specialista e quant'altro ritenuto utile ed opportuno.

È data facoltà al DSS di accedere alla documentazione a domicilio del paziente per verifiche in corso di assistenza.

Nel DSS è tenuto un fascicolo per ciascun MMG che croga Assistenza Domiciliare, contenente tutta la documentazione relativa alle sue ADP.

D) LIQUIDAZIONE.

Entro il giorno 10 del mese successivo a quello di effettuazione delle prestazioni, il MMG presenta il riepilogo cartaceo (allegato n.3) c/o su supporto informatico degli accessi effettuati.

Il DSS verifica, sulla scorta degli atti in possesso, la rispondenza fra quanto richiesto e quanto autorizzato.

Il supporto informatico consente altresì la verifica anagrafica dei pazienti in carico al singolo medico.

Qualora l'accesso programmato sia assicurato dai Medici di C.A., gli stessi avranno cura di apporre la firma sul diario clinico, custodito a casa dell'assistito, e consegneranno, a fine mese, al DSS l'elenco nominale dei soggetti in ADP, cui hanno assicurato l'accesso in sostituzione del MMG. Il DSS provvederà a verificare la congruità prima di procedere alla liquidazione.

In caso di incongruenze, in fase di liquidazione, il DSS informerà il MMG/Medico di C.A. di quanto emerso.

E) RINNOVI.

Ai sensi dell'ACN del 23/3/2005 e dell'Accordo Regionale dell'8/10/07, pubblicato sul BURP del 18/1/08, in caso di rinnovi il MMG presenta al DSS ogni anno, entro il 31 gennaio, l'elenco

nominativo dei pazienti in ADP (allegato n. 4) nel caso non sia variato il loro programma precedentemente proposto e validato. In caso contrario sarà formulata nuova proposta di ADP.

F) CUSTOMER SATISFACTION.

Il MMG, ogni fine anno, al fine di valutare la qualità percepita dall'utente e dalla famiglia, provvederà a somministrare una scheda di valutazione del grado di soddisfazione del servizio (allegato n. 5).

La scheda compilata sarà consegnata, in copia, all'U.D.M.G.

REGIONE PUGLIA ASL BA

7/11/1

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE MEDICI DI MEDICINA GENERALE DEL 23 MARZO 2005

ASSISTENZA PROGRAMMATA DOMICILIARE NEI CONFRONTI DEI SOGGETTI NON AMBULABILI ALLEGATO G

Proposta motivata di intervento del medico di scelta Dr. _____
 su segnalazione del caso effettuata da Medico stesso Ospedale Familiari Servizi sociali
 nei confronti del paziente (Cognome e Nome) _____
 data di nascita _____ codice fiscale _____
 domicilio di assistenza (Indirizzo e Comune) _____

CRITERI DI AMMISSIBILITA'

- Impossibilità permanente a deambulare (Es. portatori di protesi agli arti inferiori con gravi difficoltà a deambulare);
- Impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paziente non auto sufficiente o paziente abitante in un piano alto e senza ascensore);
- Impossibilità per gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico quali:
 - * Insufficienza cardiaca in stato avanzato
 - * Insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale
 - * arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stato avanzato
 - * gravi arteriopatie degli arti inferiori con limitazione
 - * cerebropatologie e cerebrolesi con forme gravi, tetraplegici

PROGRAMMA PROPOSTO

- prestazioni di particolare impegno professionale _____
 - consulti con specialisti _____
 - altro _____
- necessità eventuali supporti
- assistenza infermieristica _____
 - interventi riabilitativi _____
 - assistenza sociale _____
 - altro _____

ATTENZIONE - I dati del presente riquadro sono coperti dal SEGRETO D'UFFICIO

Patologia prevalente che determina l'Assistenza Programmata _____
 Con cause e patologie correlate _____

Data _____				Timbro del medico proponente e codice regionale medico	Firma assistito e/o familiare per consenso
ACCESSI PROPOSTI	Settimanali <input type="checkbox"/>	Quindicinali <input type="checkbox"/>	Mensili <input type="checkbox"/>		

Data dell'intesa				Firma del medico ASL	Data della scadenza
ACCESSI CONCORDATI	Settimanali <input type="checkbox"/>	Quindicinali <input type="checkbox"/>	Mensili <input type="checkbox"/>		

222 5

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE E DELLA FAMIGLIA

La scheda va somministrata, a chiusura del piano ADI/ADP, in parte al paziente, in parte alla famiglia, così come da indicazioni seguenti.

Nel caso in cui non sia possibile somministrarla al paziente (causa gravità della malattia dello stesso) va somministrata per intero alla famiglia.

A curare la somministrazione della scheda sarà lo psicologo del gruppo ADI o il DSS in caso di ADP.

Prima parte (da somministrare al paziente)

1. E' soddisfatto del Servizio di Assistenza Domiciliare?

Per niente Molto Poco Abbastanza

2. Ritieni che le modalità organizzative adottate siano:

Sufficiente Più che Insufficiente Sufficiente

3. E' soddisfatto del rapporto con gli operatori sanitari?

A) MMG: SI No Poco

B) Specialisti: SI No Poco

C) Inf. Prof.: SI No Poco

D) Ter. Riabil.: SI No Poco

Se No perchè? _____

4. Si sono verificati problemi durante il corso del piano ADI/ADP?

SI No

Se si indicare di che tipo sono stati i problemi incontrati e se è stato possibile risolverli:

Seconda parte (da somministrare alla famiglia e/o a chi si prende cura del paziente)

5. Ritieni necessario il supporto da parte dei Servizi Sociali o dello psicologo del Servizio ADI nel corso dell'intervento?

Psicologo SI No

Servizi Sociali SI No

Se No perchè? _____

6. La famiglia è stata operativamente ed emotivamente aiutata dall'operatore ADI/ADP nel gestire la malattia del proprio congiunto?

ISÌ Noì

Se No perchè? _____

7. Il servizio ADI/ADP è un Servizio utile e necessario alle famiglie che hanno all'interno del proprio nucleo un congiunto malato, da poco dimesso dall'ospedale e che verte in condizioni cliniche che necessitano di assistenza sanitaria?

ISÌ Noì

Se No perchè? _____

8. Ritiene che la procedura di attivazione e di erogazione dell'ADI :

favorisca il Servizio

ostacoli il Servizio

9. Vi preghiamo di indicare eventuali suggerimenti per migliorare qualitativamente il Servizio ADI/ADP :

