



**Premio Innovazione nei Servizi Sociali. Città di Rimini.
Quinta Edizione.**

SCHEDA RELAZIONE DEL PROGETTO

SCHEDA D'ISCRIZIONE

<i>Titolo del progetto</i>	Assistenza domiciliare ad alta intensità di cura
<i>Ente proponente</i>	ASL 2 Savonese
<i>Settore/Ufficio proponente</i>	Dipartimento Cure Primarie
<i>Indirizzo (Via, Cap, Città, Provincia)</i>	Via Collodi 13 17100 SAVONA

RELAZIONE DI PROGETTO

(max 10 cartelle, ciascuna di non oltre 2500 caratteri spazi inclusi)

N.B. Realizzare la relazione descrittiva del progetto
nelle pagine seguenti attenendosi all'indice proposto.

La relazione dovrà essere redatta in Corpo 12, Carattere Times New Roman, e la lunghezza non dovrà superare le 10 cartelle/pagine, ciascuna di non oltre 2500 caratteri spazi inclusi.

TITOLO**Assistenza domiciliare ad alta intensità di cura****TEMPI**

Il progetto è stato avviato nel giugno 2006 con una prima fase sperimentale che coinvolge uno dei quattro ambiti territoriali di riferimento (ambito n°4 Savonese).

Data (prevista) di conclusione

Al termine della fase sperimentale prevista per la durata di un anno (da giugno 2006 a giugno 2007) si prevede l'estensione del progetto a tutti gli altri ambiti territoriali (ambito n°1 Albenganese; n° 2 Finalese; n° 3 Bormide) della Azienda Sanitaria Locale n°2 Savonese.

INTRODUZIONE***Destinatari***

L'assistenza domiciliare ad alta intensità si rivolge a pazienti che richiedono un intervento coordinato ed intensivo consistente in più accessi alla settimana di tipo medico, infermieristico e di altre figure professionali.

All'interno di tale tipologia di pazienti se ne può identificare un gruppo nel quale la consulenza specialistica è una componente essenziale a causa della complessità e della peculiarità dell'intervento sanitario richiesto.

I principali beneficiari di tale modello assistenziale sono i pazienti affetti da:

- patologie evolutive irreversibili,
- esiti di gravi lesioni del SNC e periferico,
- pazienti in fase avanzata di malattie neuromuscolari e respiratorie e/o nella fase terminale della vita.

Contesto

L' Azienda Sanitaria Locale n° 2 Savonese gestisce su tutto il territorio della provincia di Savona (n° 69 Comuni divisi in n° 4 ambiti territoriali- popolazione residente 285.850) l'offerta delle prestazioni sanitarie attraverso i diversi Servizi territoriali, i quattro progetti distrettuali ed i tre presidi ospedalieri di Savona, Cairo Montenotte, e Albenga.

Il progetto è stato elaborato dagli operatori del Dipartimento Cure Intermedie che comprende strutture ospedaliere e territoriali :

- Unità Operativa Assistenza Anziani
- Unità Operativa Medicina di Base e specialistica
- Unità Operativa Riabilitazione e rieducazione funzionale Ospedale Savona e Albenga;
- Struttura Semplice Riabilitazione e rieducazione funzionale Ospedale Cairo Montenotte.

Ha coinvolto le seguenti strutture ospedaliere:

- Dipartimento Emato- Oncologico – U.O. Medicina I – U.O. Medicina interna per le cure intermedie;
- Dipartimento Scienze Mediche – U.O. Medicina II;
- U.O. Farmacia Ospedaliera
- U.O. Gestione Impianti ed Apparecchiature
- Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Savona –Cairo M.notte

Breve descrizione del servizio se esistente

Oltre all'intervento intensivo medico e infermieristico , è necessario uno specifico **supporto psicosociale** per il malato e la sua famiglia, nonché **l'integrazione con gli interventi sociali e socio assistenziali** che si rendessero necessari.

La gravità e complessità clinica di tale tipologia di pazienti (tracheotomia con necessità di supporto ventilatorio continuo, supporto nutrizionale con presenza di PEG o CVC) presuppone un elevato livello di integrazione e collaborazione fra il responsabile terapeutico (MMG) e tutte le figure professionali ed assistenziali coinvolte, in particolare gli specialisti di riferimento per i problemi prevalenti al fine di garantire con tempestività ed efficacia tutti gli interventi assistenziali necessari, ivi compreso l'eventuale ricovero ospedaliero per le situazioni non più gestibili al domicilio.

Nel momento in cui vi sarà la presa in carico presso il servizio di cure domiciliari verrà contestualmente informato il servizio 118 (pre- allertato).

Inoltre deve essere effettuata una verifica di idoneità della condizione abitativa da parte dell'Unità Operativa Gestione Impianti e Apparecchiature della ASL n. 2 Savonese che provvederà a redigere apposita relazione.

Motivazioni

- Sperimentare un modello di assistenza domiciliare ad alta complessità di cura
- Favorire dimissioni protette ai pazienti che richiedono un intervento coordinato ed intensivo
- Garantire e migliorare l'integrazione ospedale – territorio

Analisi preliminari

Il Servizio A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata) esistente in Regione Liguria da tempo, presenta alcune criticità : non attivo 365 giorni all'anno (no festivi); attrezzature e figure professionali non disponibili per pazienti che necessitano di cure ad alta intensità.

Obiettivi

Rendere attivo e disponibile un servizio di assistenza domiciliare ad alta intensità di cura finalizzato a garantire con tempestività ed efficacia tutti gli interventi assistenziali necessari, ivi compreso il percorso preferenziale in caso di eventuale re-ricovero ospedaliero per le situazioni non più gestibili al domicilio.

COSTRUZIONE E DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Metodologia e procedure

Le modalità di erogazione delle cure, la definizione della tipologia dei pazienti, i compiti, le funzioni e le responsabilità dei soggetti e delle figure professionali coinvolte e le finalità sono descritte in una procedura aziendale inserita nel Sistema di gestione per la Qualità (PQA 114 Rev.1 del 6.12.07).

La procedura è descritta utilizzando il metodo del piano di processo (vedere allegato)

In sintesi vengono distinte le seguenti fasi:

- fase A ospedaliera (segnalazione, valutazione fattibilità accesso alla rete dei servizi, valutazione e quantificazione dei bisogni assistenziali)
- addestramento dei familiari e del personale ADI (Assistenza domiciliare Integrata)
- prescrizione e fornitura ausili ed apparecchiature sanitarie
- percorso per pazienti che necessitano di particolari supporti terapeutici
- fase B domiciliare (piano di assistenza personalizzato).

Soggetti coinvolti

L'assistenza domiciliare ad alta intensità di cura è un'attività multiprofessionale ad alta integrazione che richiede necessariamente un coordinamento di tipo organizzativo e di supporto effettuato da ogni componente dell' **équipe**.

- **Il responsabile del caso è il Medico di Medicina Generale (M.M.G.) che garantisce la realizzazione del piano di assistenza da parte dell'équipe curante che assume la presa in carico del paziente; definisce le risorse necessarie; coordina il piano di interventi dell'équipe - assicurando quelli urgenti - secondo le modalità organizzative ed operative concordate; partecipa alle riunioni collegiali degli operatori coinvolti sul**

singolo caso.

- A seconda delle necessità assistenziali del paziente e quindi della complessità dell'intervento terapeutico da garantire è prevista, ogni qualvolta necessaria, l'integrazione con lo **specialista** interessato, (rianimatore, internista, pneumologo, neurologo, otorino, etc..., **team nutrizionale**) così come specificato nel programma assistenziale di presa in carico (MOD 125 "Programma di presa in carico per assistenza domiciliare ad alta intensità di cura")
- **Il medico ospedaliero** referente del caso, verificata la compatibilità delle condizioni cliniche con la permanenza al domicilio segnala il caso alla assistente sociale ospedaliera .
- **L'assistente sociale** ospedaliera contatta i familiari, verifica la presenza di un valido supporto familiare e/o di una rete di aiuto informale; avvia le procedure per l'accesso alla rete dei servizi e convoca l'UVM .
- **Il case manager** è invece individuato fra i componenti dell'èquipe assistenziale (di norma un infermiere professionale) che nello specifico piano di cura svolge l'attività assistenziale prevalente, identifica i bisogni del paziente e può richiedere l'intervento del Dirigente Medico Coordinatore ADI e/o del medico specialista ospedaliero.
- **Il coordinatore infermieristico (capo sala)** coordina le attività relative ai casi in carico all'ADI e su segnalazione del case manager può richiedere l'intervento del Dirigente Medico Coordinatore ADI e/o del medico specialista ospedaliero.
- **Il Dirigente Medico Coordinatore ADI (geriatra o altro medico specialista territoriale)** ha la funzione di valutare il paziente nella fase ospedaliera, verificare il piano individuale di assistenza (P.I.A.) nella fase territoriale, mantenere i rapporti con il MMG e con i medici specialisti ospedalieri (èquipe multidisciplinare), e partecipare alle riunioni collegiali degli operatori coinvolti sul singolo caso.
- **L'èquipe multidisciplinare ospedaliera** viene identificata sulla base dei bisogni del singolo paziente ed ha il compito di intervenire a domicilio utilizzando materiale e strumentari specialistici ospedalieri e partecipare alle riunioni collegiali degli operatori coinvolti sul singolo caso.

Il personale della **U.O.Gestione Impianti ed apparecchiature** effettua una verifica dell'idoneità della condizione abitativa e redige apposita relazione.

Materiali predisposti

Procedura aziendale PQA 114 Rev.1 del 6.12.07 e modulistica integrati con documenti e moduli già in uso presso il Servizio A.D.I.

Fasi di realizzazione

- Fase di sperimentazione (1 anno da giugno 2006 a giugno 2007)
- Fase di monitoraggio e valutazione
- Estensione agli altri ambiti territoriali della Provincia di Savona.

Aspetti innovativi da segnalare

Sperimentazione di un modello di assistenza domiciliare ad alta intensità di cura caratterizzata da :

- integrazione ospedale – territorio;
- coordinamento e integrazione di figure professionali appartenenti a servizi diversi ;
- risposta ai bisogni dei pazienti con piani di assistenza personalizzati (P.I.A.) basati sulla valutazione dello stato funzionale del paziente e orientato per problemi assistenziali;
- riduzione dei re- ricoveri.

RISULTATI E VALUTAZIONE***Risultati attesi***

- Riduzione dei re-ricoveri ;
- Assicurazione continuità assistenziale.

Criteri di valutazione

E' prevista una fase di monitoraggio e di valutazione dei risultati attesi al termine del periodo di sperimentazione con strumenti e metodologie descritte di seguito.

Strumenti e metodologie di valutazione

E' prevista la valutazione con il seguente indicatore: n° re-ricoveri /totale pazienti seguiti. Vengono organizzate periodiche riunioni con i soggetti interessati per monitorare e valutare lo stato di avanzamento del progetto rispetto gli obiettivi prefissati. Vengono effettuate registrazioni delle attività svolte (verbali riunioni, cartelle individuali, modulistica, etc.).E' stato istituito un registro a livello della Direzione Medica di presidio ospedaliero che raccoglie i nominativi dei professionisti autorizzati ad effettuare visite domiciliari programmate e tenuto un calendario delle disponibilità.

RISORSE***Costo complessivo del progetto***

(Al momento non è possibile quantificare il costo. Sarà possibile solo al termine del primo anno di sperimentazione in relazione al numero dei casi seguiti e delle risorse impiegate in relazione alle necessità dei singoli pazienti).

Fonti di finanziamento

Nessuna risorsa aggiuntiva.

Risorse umane impegnate:

- **numero** (circa 15 a seconda del numero dei casi seguiti)
- **professione** : geriatra, medico ospedaliero, medico di medicina generale, medico specialista (vedi procedura allegata) , infermiere, assistente sociale, personale dell'Ufficio tecnico, personale del team nutrizionale : medici e dietiste.
- **formazione prevista**
 - Un corso realizzato nell' anno 2006 dal titolo " L'anziano un utente che cambia: nuovo approccio terapeutico assistenziale per casi ad alta complessità sanitaria in residenzialità e/o a domicilio" ; rivolto a tutto il personale della U.O. Cure Primarie ; la U.O. Anziani (territoriale) e M.I.C.I. (Medicina Interna x le cure intermedie)
 - Per l'anno 2007 è previsto un corso sul tema delle cure palliative.

Risorse tecnologiche:

- *attivate*
 - *da attivare*
- vedere check list ausili ed apparecchiature per assistenza domiciliare ad alta intensità di cura (allegato)

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE***Positività e criticità***

Positività : garanzia di continuità assistenziale e personalizzazione del piano di assistenza relativa alle esigenze dei pazienti; miglioramento della integrazione ospedale e territorio.
Criticità: carenza di cure palliative.

Comunicazione interna ed esterna***Interno***

- Diffusione procedura con lista di distribuzione
- Incontri con Direttori ed operatori coinvolti

Esterno

- Incontri con Medici di Medicina Generale e soggetti coinvolti
- Conferenza e comunicato stampa a cura della U.O. Comunicazione sanitaria e Marketing dell'Azienda
- Convegno pubblico 1° Giornata della salute Savona, 13 gennaio 2007 "La prevenzione e la cura del paziente tra ospedale e territorio. Il modello Savonese
- Articolo su Sole 24 ore Sanità Anno IX n°35 del 12-18 settembre 2006 titolo "Savona alta intensità a domicilio. Gli obiettivi: evitare ricoveri impropri e migliorare la vita degli non autosufficienti. Autori : M.Modenesi Direttore Dipartimento Cure Primarie, L.Parodi Direttore U.O. Medicina Interna per le cure intermedie, R.Tassara Direttore Dipartimento ad Indirizzo Emato- Oncologico ASL 2 Savonese.

Successive implementazioni

Estensione al territorio di tutta la provincia di Savona.