

## **PROTOCOLLO D'INTESA PER IL SERVIZIO CURE DOMICILIARI INTEGRATE**

L'Azienda A.S.L.n° 2 di Olbia, rappresentata dal \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

ED

Il Comune di Tempio P., Comune capofila del Distretto, rappresentato dal Sindaco .....  
e il comune di Aggius, rappresentato da .....  
il comune di Aglientu, rappresentato da .....  
il comune di Badesi, rappresentato da .....  
il comune di Bortigiadas, rappresentato da .....  
il comune di Calangianus, rappresentato da .....  
il comune di Luogosanto, rappresentato da .....  
il comune di Luras, rappresentato da .....  
il comune di Trinità D'Agultu e Vignola rappresentato da .....

### **CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE**

#### **ART.1 ATTIVAZIONE ED OBIETTIVI**

L'Azienda Sanitaria Locale n° 2 di Olbia ( di seguito Azienda ) ed il Comune di Tempio P.( di seguito Comune ) concordano sulla necessità di definire l'attuazione di un servizio di Cure Domiciliari Integrate( Sanitarie e Sociali) in favore delle persone in condizioni di parziale o totale non autosufficienza, inseriti in un contesto familiare o suppletivo che gestisca un rapporto di collaborazione con l'equipe multidisciplinare di cui all'art.5.

Obiettivo generale:garantire l'assistenza degli utenti trattabili a domicilio, favorendone il recupero delle capacità residue di autonomia e relazione.

Obiettivi specifici del servizio sono:

- consentire la permanenza delle persone non autosufficienti nel proprio ambiente di vita;
- ridurre i ricoveri impropri,
- favorire la deospedalizzazione;
- ridurre i rischi di isolamento ed emarginazione sociale.

#### **ART.2 RISORSE**

##### **1) RISORSE MESSE A DISPOSIZIONE DEL COMUNE:**

- α) Un' Assistente Sociale o Operatore Sociale, referente del Comune, che operi nell'ambito dell'equipe multidisciplinare , avente funzioni di accertamento dei casi segnalati che necessitano di un intervento sociale, di programmazione degli interventi individualizzati relativi all'attuazione del servizio di assistenza domiciliare e degli interventi sociali in genere, di verifica con gli altri operatori dell'equipe multidisciplinare dell'attuazione del piano assistenziale.

L'Operatore in parola ha funzioni di programmatore e coordinatore del servizio di assistenza domiciliare del Comune e fungerà da unico referente per tale servizio;

- β) Operatori socio-sanitari qualificati,Assistenti domiciliari, Generici facenti capo ad una cooperativa convenzionata con il Comune.

Detto personale verrà impiegato secondo il piano di lavoro predisposto dall'Assistente Sociale referente del Comune ed avrà le funzioni esplicitate all'interno del Regolamento Comunale dei Servizi Sociali.

L'attuazione degli interventi e l'ammissione di un nuovo utente terrà conto della disponibilità delle ore di assistenza e qualora vi fosse esubero di richieste,si seguiranno i criteri di priorità individuati dal succitato Regolamento Comunale ( reddito più basso, non autosufficienza, assenza di familiari ecc.)

##### **2) RISORSE MESSE A DISPOSIZIONE DELL'AZIENDA**

- a) Medici di Medicina generale o Pediatri di libera scelta;

- b) Infermieri dipendenti e/o convenzionati,
- c) Medici specialisti ambulatoriali interni e/o ospedalieri ritenuti utili per un miglior trattamento dei casi;
- d) Medici fisiatri e Tecnici della riabilitazione dipendenti e/o convenzionati;
- e) Medici dei Distretti

### **ART.3 TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI**

Il servizio e le prestazioni offerte dal sistema assistenziale integrato Azienda- Comune sono così individuate:

- A) COMUNE
  - cura ed igiene della persona;
  - preparazione e somministrazione dei pasti;
  - svolgimento di commissioni e pratiche;
  - riordino e igiene quotidiana dell'abitazione in caso di utenti non conviventi con il proprio nucleo familiare;
  - lavaggio indumenti e biancheria varia;
  - collaborazione con il personale sanitario per il raggiungimento degli obiettivi posti nel P.A.I.
- B) AZIENDA
  - Prestazioni di Medicina generale, di Pediatria di libera scelta e di Medicina specialistica ambulatoriale e/o ospedaliera;
  - Prestazioni infermieristiche;
  - Prestazioni riabilitative;
  - Fornitura dispositivi medici;
  - Fornitura di presidi di assistenza integrativa e/o protesica.
  - Collaborazione con gli operatori sociali per il raggiungimento degli obiettivi fissati nel P.A.I.

### **ART.4 ACCESSO AL SERVIZIO**

La richiesta di intervento deve essere inoltrata al P.U.A distrettuale, dal Medico curante, dal Medico ospedaliero, dagli Interessati o dai familiari, dall'Assistente Sociale Comunale o dalle Associazioni di Volontariato.

Condizioni indispensabili per l'inserimento nelle cure domiciliari:

- L'accettazione del servizio da parte del paziente e dei familiari;
- La disponibilità del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera Scelta che rappresenta la figura centrale del programma, avendo l'esclusiva responsabilità terapeutica, ed a cui spetta la determinazione degli interventi sanitari necessari;
- La presenza di una idonea figura di riferimento ( da reperire all'interno del nucleo familiare, delle relazioni parentali, del servizio sociale o del volontariato).

### **ART.5 COMPOSIZIONE E COMPETENZE DELL'U.V.T.**

L'equipe U.V.T è composta da:

- Medico Unità Operativa Distrettuale A.D.I.;
- Coordinatore infermieri o un suo delegato;
- Medico di medicina generale o pediatra di libera scelta;
- Assistente sociale e/o Operatore sociale del Comune.

A seconda delle esigenze possono farvi parte:

- Medico fisiatra;
- Terapista della riabilitazione;
- Medico specialista ambulatoriale (es. geriatra).

Le competenze dell'equipe possono così riassumersi:

- valutazione multidimensionale del paziente, garantendone l'appropriatezza dell'accesso
- formulazione del P.A. I. (Piano Assistenziale Individuale) che indichi:

gli obiettivi realisticamente raggiungibili;

le risorse necessarie;

i tempi di realizzazione;

le valutazioni periodiche sull'appropriatezza degli interventi stabiliti e sulle risorse impegnate.

**ART.6**  
**PROCEDURE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO**

La procedura di inserimento nel programma di cure domiciliari si articola nelle seguenti fasi:

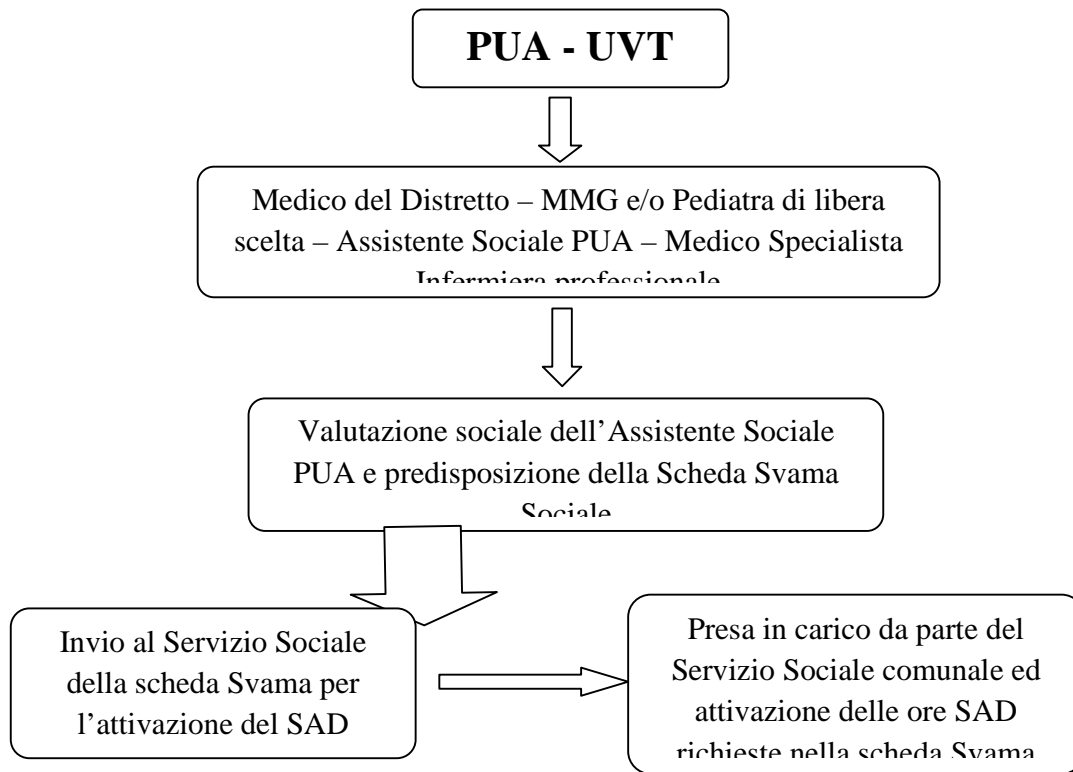
- 1) Ricezione della segnalazione, primo contatto e analisi dei bisogni al P.U.A.
- 2) Presa in carico dall'U.V.T. e predisposizione del P.A.I.

Gli operatori dell'equipe provvederanno ad elaborare congiuntamente il piano di lavoro che, nello specifico, dovrà prevedere:

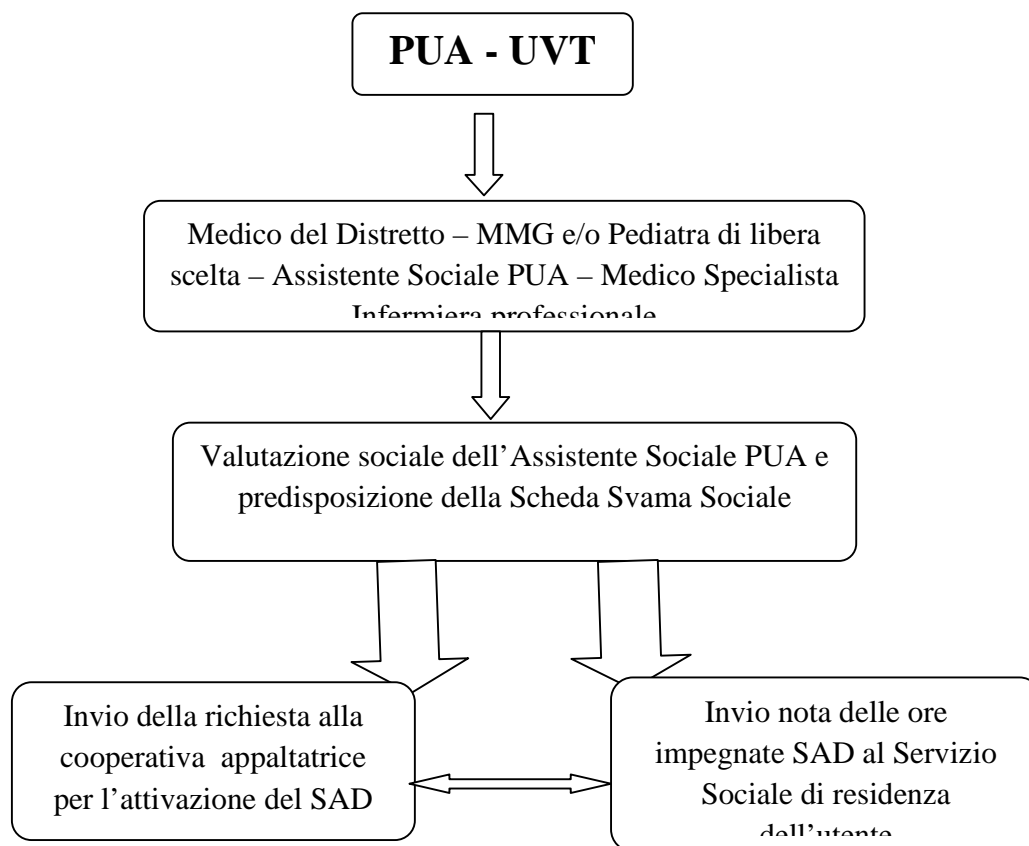
- a) le modalità d'intervento in relazione ai vari bisogni dell'utente;
- b) la cadenza degli accessi del Medico di medicina generale o Pediatra di libera scelta al domicilio del paziente;
- c) la tipologia degli interventi di competenza degli altri operatori sanitari coinvolti;
- d) la frequenza e la modalità d'intervento degli operatori sociali coinvolti,
- e) l'individuazione del livello di intensità assistenziale;
- f) la durata presumibile del periodo di erogazione dell'assistenza integrata;
- g) la frequenza della verifica congiunta.

3) Attività di monitoraggio e rimodulazione del piano di lavoro qualora le condizioni del paziente lo richiedo

Flow chart per l'attivazione del SAD comunale attraverso gestione servizio di Assistenza domiciliare e scolastica, denominati SAD, dei comuni del Distretto di Tempio.



Flow chart per l'attivazione del SAD comunale dalle ore dell'attivazione del progetto Distrettuale " Azioni di supporto al Servizio Assistenza Domiciliare Integrata e di supporto alle famiglie specifiche per i pazienti inseriti nelle cure domiciliari integrate ":



#### **ART.7 CONSUNTIVO ANNUALE**

Il Direttore Sanitario dell'Azienda, o un suo delegato, ed il Responsabile dell'Ufficio di Piano, o suo delegato, si impegnano ad effettuare annualmente un consuntivo sull'attività svolta, esaminando i risultati raggiunti, il livello qualitativo delle prestazioni erogate ed il grado di soddisfazione da parte dell'utenza. Si impegnano inoltre a trasmettere all'Ufficio di Piano il documento così elaborato.

#### **ART.8 DIMISSIONI DAL SERVIZIO**

La dimissione dell'utente dal servizio avviene:

- su richiesta dell'utente;
- per guarigione dall'infermità o raggiungimento di un sufficiente livello di autonomia del paziente;
- per passaggio ad altri percorsi assistenziali

#### **ART.9 SOSPENSIONE DEL SERVIZIO**

L'assistenza può essere sospesa in qualsiasi momento sia dal Medico di medicina generale, dall'Azienda o dal Comune, con decisione motivata e con un preavviso di almeno sette giorni, salvaguardando le esigenze socio-sanitarie del paziente.

#### **ART.10 MODIFICA DEL PROTOCOLLO**

L'Azienda ed il Comune di riservano di modificare, di comune accordo, il presente Protocollo d'Intesa qualora variazioni delle condizioni operative dovessero rendere ciò necessario.

Il presente protocollo d'Intesa avrà validità triennale, a decorrere dalla data di stipulazione.