

# REGOLAMENTO CURE DOMICILIARI

## Indice:

1. PREMESSA.....	1
2. OBIETTIVO.....	1
3. PAZIENTI ELEGGIBILI.....	2
4. MODALITA' OPERATIVA.....	2
5. ALLEGATI.....	10

## 1. PREMESSA

In riferimento alla DGR 124/1999, le cure domiciliari rispondono con attenzione e umanità al bisogno di cura di persone fragili nel contesto specifico, riducendo il ricorso ai ricoveri ospedalieri consentendo la permanenza nel proprio ambiente di vita.

La finalità del presente documento è quello di regolamentare le cure domiciliari in tutto il territorio della AUSL di Imola per la presa in carico degli assistiti nelle forme di:

- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)
- Assistenza Domiciliare Residenziale (ADR)
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), comprensiva delle Cure Palliative AUSL.
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), in convenzione ANT.
- Assistenza Domiciliare Infermieristica (TAD Infermieristica).

Il paziente/caregiver può essere segnalato per una valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Geriatrica (anche semplificata) per l'eventuale attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) Tutelare, ("I Comuni erogano cure domiciliari di tipo tutelare quali l'aiuto domestico, l'aiuto alla persona, il segretariato sociale" – DGR n.124/99).

Si precisa che le attività correlate all'attivazione dei servizi sociosanitari per anziani e disabili (SAD, assegno di cura, centro diurno, interventi a sostegno del caregiver, interventi a sostegno delle demenze) sono disciplinate separatamente da accordi, regolamenti e procedure, ai quali si rimanda, in attesa di eventuali modifiche degli stessi.

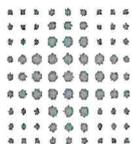
## 2. OBIETTIVO

**L'obiettivo generale è:**

Regolamentare le modalità di relazione tra la U.O.C. Cure Primarie, i Punti di Accoglienza Territoriale (PAT) di Imola – Vallata e di Castel San Pietro – Medicina, il medico del ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta (di seguito e in tutta la modulistica denominato MMG), il pediatra di libera scelta (PLS) ed i servizi sociali, nella attivazione e gestione delle forme di assistenza domiciliare.

**Gli obiettivi specifici sono:**

- Assicurare una tempestiva segnalazione del paziente che necessita di presa in carico, in particolar modo se si rende necessaria una forma di assistenza integrata.
- Condividere gli obiettivi, il setting e gli interventi più appropriati per il paziente.
- Promuovere e migliorare la comunicazione ed il confronto tra le parti professionali, focalizzando l'attenzione dei professionisti sulle esigenze della persona e del caregiver.
- Garantire il monitoraggio delle attività svolte.
- Potenziare l'integrazione ospedale – territorio.



Nell'ambito delle cure domiciliari, le funzioni che MMG/PLS devono svolgere sono le seguenti:

- Stilare il programma assistenziale (sia per gli interventi sanitari che socioassistenziali) in collaborazione con gli altri operatori coinvolti, ove previsti.
- Informare il paziente e la famiglia dei contenuti di tale programma.
- Acquisire il consenso informato, ove richiesto.
- Compilare e mantenere aggiornata la cartella domiciliare, per la parte di competenza.
- Effettuare la ricognizione e riconciliazione della terapia.
- Compilare e aggiornare il foglio unico di terapia unica terapeutica, soggetto alla DGR-RER 1706/2009
- Assicurare gli accessi programmati al domicilio del paziente.
- Richiedere gli interventi assistenziali sanitari e segnalare quelli sociali necessari, incluse eventuali criticità del caregiver.
- Richiedere i presidi necessari per l'assistenza.
- Curare i rapporti con le altre figure professionali coinvolte nell'assistenza.

### **3. PAZIENTI ELEGGIBILI**

Il regolamento si applica ai cittadini residenti o con domicilio sanitario presso la AUSL di Imola ed in carico a un MMG/PLS della medesima Azienda, in condizioni fisiche e/o socio-ambientali che impediscono loro di accedere ai servizi ambulatoriali, per i quali viene segnalato un bisogno sanitario e/o socioassistenziale al Punto Unico Accesso (PUA) o al PAT, o nel momento in cui MMG rilevi la necessità di un intervento programmato a domicilio o in strutture residenziali.

### **4. MODALITA' OPERATIVA**

L'assistenza domiciliare coinvolge diverse professionalità, richiede integrazione, flessibilità organizzativa, impiego di risorse attraverso gli step/fasi sotto descritti/e:

- a) SEGNALAZIONE
- b) ATTIVAZIONE/AUTORIZZAZIONE
- c) RINNOVI
- d) CONTROVERSIE
- e) RENDICONTAZIONE DEGLI ACCESSI
- f) VERIFICA, VALUTAZIONE E CONTROLLO
- g) RESTITUZIONE DELLE CARTELLE DOMICILIARI

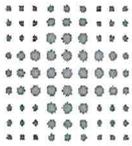
#### **a) SEGNALAZIONE**

Il bisogno di assistenza domiciliare si può manifestare in due setting:

- **Territorio:**

Il professionista del PAT può ricevere la segnalazione di necessità di assistenza domiciliare da parte di:

- MMG e PLS.
- Tutti gli erogatori di servizi a sede territoriale come ad esempio: i Servizi Sociali, i Servizi di Salute Mentale, i medici specialisti ambulatoriali, etc.
- Familiari / caregiver.
- Associazioni di volontariato.



La segnalazione può avvenire attraverso accesso diretto al PAT, oppure contatto telefonico, o tramite PEC, anche utilizzando la “scheda attivazione infermieri territorio” (Allegato n. 1)

- **Ospedale:**

Il professionista del reparto che ha in carico il paziente segnala la necessità di attivazione di assistenza domiciliare, tramite la cartella sanitaria informatizzata nel sistema informatico (IPERICO) in uso all'Ausl di Imola.

Per l'attivazione si rimanda alla Procedura “Continuità ospedale – territorio: dimissione protetta al domicilio” (Allegato n. 2).

## **b) ATTIVAZIONE/AUTORIZZAZIONE**

Per ogni tipo di assistenza vengono di seguito definite le modalità di attivazione/autorizzazione:

### **b.1 ADP**

### **b.2 ADR**

### **b.3 ADI** comprensive delle Cure Palliative AUSL e in convenzione ANT (**b.3.1**)

### **b.4 TAD infermieristiche**

## **b.1 Assistenza Medica Programmata (ADP)**

Si tratta di un intervento programmato di natura proattiva da parte del solo MMG/PLS, non sostitutivo della visita domiciliare, al fine di intervenire su casi a basso livello di complessità clinica. Le motivazioni socio/sanitarie per l'attivazione corrispondono a situazioni per le quali il paziente è impossibilitato a raggiungere lo studio del medico, quali ad esempio:

- Impossibilità permanente a deambulare (es. grandi anziani con deficit alla deambulazione, portatori di protesi agli arti inferiori con gravi difficoltà a deambulare).
- Impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paziente non autosufficiente o paziente abitante in un piano alto e senza ascensore).
- 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.

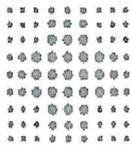
## **Ruolo MMG/PLS**

Il MMG/PLS invia (tramite consegna diretta o PEC - [cureprimarie@pec.ausl.imola.bo.it](mailto:cureprimarie@pec.ausl.imola.bo.it)) all'U.O. Cure Primarie il modulo di contratto ADP - ADR (Allegato n. 3), proponendo una ADP, di norma della durata di un anno, con un accesso mensile.

In caso di instabilità clinica documentata, gli accessi possono essere più frequenti (quindicinali o settimanali), con progetto della durata di tre/sei mesi, eccezionalmente rinnovabile (es. fase di stabilizzazione clinica dopo dimissione ospedaliera e puntualizzazione della terapia).

Nella modulistica dovrà essere dettagliato il programma assistenziale del MMG/PLS.

Il contratto di assistenza domiciliare può essere attivato anche dai medici sostituti, previo consenso e raccordo con il corrispettivo MMG/PLS titolare della scelta dell'assistito.



### **Ruolo del Responsabile Organizzativo Assistenza domiciliare (ROAD)**

Il ROAD, verificate le caratteristiche dell'assistenza proposta, autorizza il contratto entro 15 giorni dal ricevimento, definendo la frequenza degli accessi, la data di decorrenza e la scadenza.

Trascorsi 15 giorni dalla data di presentazione, in assenza di ulteriori comunicazioni, il contratto si intende approvato così come proposto, salvo eventuali successivi controlli.

In caso di esito positivo, la data di attivazione del contratto coincide con quella della presentazione. Non verranno autorizzate proposte di contratti, con decorrenza retroattiva superiore ai 15 giorni.

In caso di discordanza sul programma da parte del ROAD, questi è tenuto a darne motivata comunicazione scritta al MMG/PLS, entro 15 giorni dalla segnalazione effettuata, al fine di apportare al programma medesimo le modifiche eventuali. Apportate tali modifiche al programma, questo viene riproposto per l'attivazione, entro 7 giorni.

Per il paziente in ADP possono anche essere necessari accessi infermieristici occasionali o di breve durata, prelievi ematici periodici e/o cicli di medicazioni. Qualora si rendano necessarie prestazioni infermieristiche continuative, tali da configurare una presa in carico, occorre attivare un contratto ADI.

Il MMG/PLS riceve dall'Azienda USL la copia del contratto approvato. Qualora intervengano modificazioni del quadro clinico che comportino una variazione della frequenza degli accessi, il MMG/PLS è tenuto a ripresentare un nuovo contratto ADP.

Tutta la documentazione inviata deve essere leggibile, completa, firmata in esteso e timbrata. Nel caso di invio tramite PEC la copia digitale deve essere leggibile, con allegati in formato PDF.

MMG/PLS sono tenuti ad utilizzare la specifica cartella aziendale di assistenza domiciliare programmata ADP (Allegato n. 4), da conservare a domicilio del paziente, nella quale devono essere registrati i dati anagrafici dell'assistito, la valutazione iniziale ed il diario clinico.

### **b.2. Assistenza Medica Residenziale (ADR)**

Si attiva per le stesse motivazioni, con le stesse modalità e con la medesima modulistica previste per l'ADP (Allegato n. 3), in favore di soggetti ospitati presso:

- CRA, su posti non convenzionati a bassa complessità assistenziale (BINA<500).
- CRA e CSRD (centro socioriabilitativo residenziale per disabili) su posti accreditati/convenzionati, nel caso in cui l'ospite non scelga il medico di struttura come curante.
- Altre strutture residenziali per anziani e/o disabili non accreditate, ma autorizzate, nelle quali sono assicurate funzioni assistenziali.

Le Case-famiglia e le Comunità Alloggio, con numero di posti minore o uguale a sei, sono invece equiparabili al domicilio e pertanto dovrà essere attivata un'ADP.

Nella modulistica dovrà essere dettagliato il programma assistenziale del MMG.

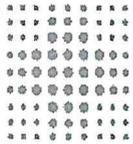
Si ribadisce che, anche in questo caso, si tratta di un intervento programmato, non sostitutivo della visita domiciliare.

Per le caratteristiche organizzative nelle quali si eroga l'assistenza, in linea generale si ritiene opportuno un accesso al mese per la durata di un anno, eventualmente rinnovabile. In caso di maggiore complessità clinica (es. interventi terapeutici complessi), gli accessi possono essere anche quindicinali, per la durata, di norma, di sei mesi.

È in ogni caso esclusa la possibilità di presentazione di richieste, con decorrenza retroattiva superiore ai 15 giorni.

Gli accessi e le prestazioni mediche dovranno essere contestualmente annotati nelle cartelle individuali degli assistiti della struttura.

### **b.3. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

"L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) consiste nell'insieme combinato di prestazioni di carattere sanitario e socio-assistenziale erogato a domicilio a sostegno dell'impegno familiare, sulla base dei programmi assistenziali personalizzati" (Art. 21 L.R. 5/94). Persegue l'obiettivo di mantenere a domicilio le persone non autosufficienti, favorendo il recupero / mantenimento delle capacità residue di autonomia e di relazione, evitando il ricorso improprio al ricovero in ospedale o in altra struttura sanitaria.

L'elemento caratterizzante di tale tipologia assistenziale è costituito dalla condivisione di un piano assistenziale individuale (PAI) fra gli attori coinvolti: MMG/PLS, infermiere domiciliare ed altri professionisti sanitari e/o sociali, in base ai bisogni della persona.

L'ADI si attiva nei seguenti casi:

- Malati terminali
- Malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi
- Incidenti vascolari acuti
- Gravi fratture in anziani
- Forme psicotiche acute gravi
- Riabilitazione di vasculopatici
- Riabilitazione di neurolesi
- Malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro)
- Dimissioni protette da strutture ospedaliere
- Bisogno socioassistenziale

Qualora l'ADI venga richiesta per pazienti in dimissione ospedaliera (dimissione protetta), il reparto inviante fornirà tra gli strumenti di valutazione la scala BRASS.

Il punteggio BRASS di dimissione verrà verificato e rivalutato durante il primo incontro di attivazione ADI.

### **Ruolo MMG/PLS**

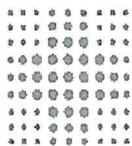
Il MMG/PLS contatta il PAT territoriale di riferimento (telefonicamente o tramite PEC), per comunicare la necessità di apertura ADI.

Il PAT organizza l'incontro congiunto a domicilio delle varie figure professionali coinvolte nella presa in carico del paziente (MMG, infermiere domiciliare, assistente sociale, specialista/i ecc.).

Una volta concordati i tempi e le modalità, il PAT informa telefonicamente il caregiver dell'accesso al domicilio.

La valutazione congiunta è essenziale ai fini dell'attivazione del contratto di assistenza domiciliare integrata, avviene al domicilio del paziente e prevede quanto segue:

1. Compilazione della scheda del contratto ADI (Allegato n. 5) da parte del MMG/PLS.
2. Il livello di assistenza domiciliare sarà proposto dal MMG/PLS.
3. L'infermiere raccoglie il consenso al processo informativo, nel quale è anche possibile l'eventuale identificazione di una persona di fiducia, nel caso in cui il paziente non desideri ricevere informazioni relative all'erogazione dell'assistenza domiciliare stessa ed il consenso informato relativo all'assistenza domiciliare. Sono previsti specifici consensi per soggetti adulti, adulti con tutore legale, o minori (Allegati n. 6). In ogni momento è possibile revocare il consenso all'assistenza domiciliare, che deve essere espressa attraverso lo specifico modulo (Allegati n. 7).
4. Viene consegnata all'assistito l'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679.
5. Apertura della cartella ADI (Allegato n. 8), che deve essere compilata, timbrata e firmata in ogni sua parte e da ogni figura professionale per le parti di competenza: tale documento viene utilizzato per tutto il periodo di assistenza integrata e viene aggiornato dagli operatori



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

ad ogni accesso (ove previsto, anche dall'operatore SAAD - Servizio Assistenza Sociale Domiciliare) e rimane al domicilio dell'assistito.

6. Nel corso dell'accesso, l'infermiere tramite l'APP Mobile del device in dotazione (macchina fotografica digitale/tablet/smartphone) acquisisce le seguenti immagini e le inserisce nella cartella informatizzata territoriale:
  - a) Scheda di presa in carico;
  - b) Piano Assistenziale Individuale (PAI);
  - c) Diario/Scheda registrazione attività
  - d) Foglio del consenso.

Al termine dell'incontro di valutazione l'infermiere ritira la scheda del contratto ADI in originale, che dovrà essere consegnato all'Ufficio Convenzioni dell'U.O. Cure Primarie.

La restante documentazione deve essere resa disponibile al ROAD nella cartella informatizzata.

### **Ruolo del Responsabile Organizzativo Assistenza Domiciliare (ROAD)**

Il ROAD verifica le caratteristiche dell'assistenza proposta, sulla base delle notizie cliniche e di eventuali altre informazioni desunte dalla documentazione, e definisce il livello ADI, correlandolo alla frequenza degli accessi medici, così come segue:

- ADI 1: 1 - 2 accessi mensili, con durata del contratto di norma di un anno.
- ADI 2: 3 - 4 accessi mensili con durata del contratto di norma di 6-12 mesi.
- ADI 3: almeno 2 accessi settimanali, con durata del contratto di norma di 6-12 mesi.

Trascorsi 15 giorni dalla data di presentazione, in assenza di ulteriori comunicazioni, il contratto si intende approvato così come proposto, salvo eventuali successivi controlli.

In caso di esito positivo, la data di attivazione del contratto coincide con quella della visita congiunta.

Non verranno autorizzate proposte di contratti, con decorrenza retroattiva superiore ai 15 giorni.

In caso di discordanza sul programma da parte del ROAD, questi è tenuto a darne motivata comunicazione scritta al MMG/PLS, entro 15 giorni dalla segnalazione effettuata, al fine di apportare al programma medesimo le modifiche eventuali. Apportate tali modifiche al programma, questo viene riproposto per l'attivazione, entro 7 giorni.

Il MMG/PLS riceve dall'Azienda USL copia del contratto autorizzato.

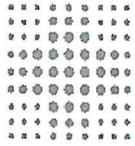
Qualora intervengano modificazioni del quadro clinico che comportino una variazione della frequenza degli accessi, andrà ripresentato un nuovo contratto ADI. È inoltre possibile la chiusura anticipata del contratto da parte del medico proponente per avvenuta cessazione del bisogno assistenziale, tale motivo di cessazione deve essere opportunamente annotato, firmato, timbrato in cartella. Tale chiusura anticipata deve essere comunicata al servizio infermieristico, che informa l'Ufficio Convenzioni.

L'ADI assicura un percorso facilitato sia per l'effettuazione delle visite specialistiche domiciliari, che per l'accesso alle strutture ospedaliere, al fine di garantire l'efficacia dell'intervento domiciliare e la sicurezza dei pazienti.

Tuttavia, il contratto ADI non è attivabile ai soli fini dell'utilizzo del trasporto in ambulanza, o per la fornitura di farmaci o integratori alimentari, ed i servizi ospedalieri e territoriali si impegnano a darne opportuna informazione ai pazienti e alle loro famiglie.

Tra i servizi attivabili, esclusivamente nel caso delle ADI 2 e 3, rientrano:

- **TRASPORTI IN AMBULANZA**  
Nel caso in cui il paziente necessiti di essere trasportato in ambiente ospedaliero o ambulatoriale, per effettuare prestazioni non eseguibili a domicilio per qualunque causa, e



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

non sia trasportabile con altri mezzi, il familiare provvede ad attivare il servizio di trasporto. Il familiare con la ricevuta di pagamento e una dichiarazione del MMG, che attesta l'impossibilità ad essere trasportato in altro modo, può richiedere il rimborso all'ufficio Protesica dell'AUSL.

In caso di trasporto di un paziente che necessita di un accompagnamento da parte dell'infermiere (solo gravissimi disabili ai sensi della DGR 2068/04), l'infermiere del SID contatta il trasporto infermi COU al n. 30100, per organizzare il servizio in base alle necessità del paziente.

- **FARMACI**

L'infermiere provvede all'ordine dei farmaci tramite il gestionale GAAC e, ove sia previsto (lo stesso gestionale ne dà eventualmente avviso), deve allegare la Richiesta Motivata Personalizzata (RMP) e provvede alla consegna a domicilio. Fanno eccezione i farmaci che possono essere prescritti esclusivamente dallo specialista e quelli soggetti a piano terapeutico, che verranno erogati ad un familiare presso la farmacia interna.

### **b.3.1 Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) con Cure Palliative e ADI/ANT**

Le finalità dell'Assistenza Domiciliare Integrata con Cure Palliative di base o specialistiche sono:

1. Garantire un'assistenza integrata multiprofessionale a domicilio, ai pazienti in fase avanzata di malattia.
2. Garantire l'accesso e la continuità delle cure attraverso un unico punto di governo della rete con percorsi semplificati, tempestivi e flessibili per ottimizzare la qualità della vita in ogni fase della malattia.
3. Promuovere e sostenere la continuità dell'assistenza tra Ospedale e Territorio.
4. Evitare il senso di abbandono in qualunque fase della malattia a prognosi infausta.

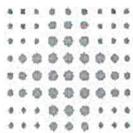
I criteri generali di eleggibilità all'assistenza nella Rete delle Cure Palliative, che devono essere contemporaneamente soddisfatti, sono:

- a) La presenza di neoplasia in fase evolutiva irreversibile a prognosi infausta o altra malattia non oncologica in fase evolutiva terminale e l'assenza di trattamenti elettivi specifici volti alla guarigione della malattia.
- b) Pazienti sintomatici o paucisintomatici che necessitano di sollievo dalla sofferenza fisica e/o psicologica e/o sociale e/o spirituale, non in grado di recarsi presso i luoghi di cura.
- c) Pazienti collaboranti che accettano i principi della medicina palliativa e con un caregiver identificabile.

L'Unità Valutativa di Cure Palliative (UVCP) ricevuta la segnalazione del caso, si attiva per effettuare la consulenza di presa in carico. La segnalazione di richiesta di presa in carico avviene, per i pazienti a domicilio, dal MMG, SID, PAT, Famiglia, tramite invio ad un indirizzo PEC dedicato, in via di definizione, oppure contatto telefonico al numero 051 6955293 - 348 4545300 (35207 n° breve per interni) dal lunedì al venerdì dalle ore 8-13.

Si precisa che l'UVCP può essere attivata per una consulenza, al di fuori del percorso ADI, anche nei seguenti casi:

- Per i pazienti ospiti di CRA, tramite invio di una richiesta di consulenza Mod.DS 873 ad un indirizzo PEC dedicato, in via di definizione.
- Per i pazienti ricoverati, per i quali è prevista una dimissione protetta, tramite invio di richiesta di consulenza palliativa informatizzata nel sistema Iperico.
- Per i pazienti ricoverati presso strutture ospedaliere di altre AUSL, la segnalazione avviene tramite PEC e/o contatto telefonico.



Una possibile fattispecie delle Cure Palliative è rappresentata dalle ADI ANT, che vengono attivate secondo la convenzione in essere, con una specifica modulistica (Allegato n. 9).

#### **b.4 Presa in carico infermieristica (TAD infermieristica)**

La TAD infermieristica viene attivata dal MMG/PLS, dal medico specialista, o dal medico di PS.

La TAD infermieristica può essere:

- A ciclo continuo
- A ciclo breve–occasionale

Il medico richiedente invia al PAT di competenza territoriale la richiesta con consegna a mano o tramite PEC (ricetta SSN, vignetta bianca, scheda attivazione infermieri territoriali – allegato n. 10, oppure referto di PS).

Il PAT registra la presa in carico nell'applicativo Arianna, assegnando all'infermiere territoriale di zona il paziente ed avvisando l'utente e/o il caregiver.

Nel caso di **TAD a ciclo continuo**, l'infermiere dopo aver effettuato una valutazione assistenziale al domicilio dell'assistito, compila la scheda infermieristica in ogni sua parte e predispose il piano personalizzato di assistenza (PAI).

Successivamente compila la cartella informatizzata "Arianna", pianificando il numero degli accessi, in base alle prestazioni da effettuare.

Se dalla valutazione infermieristica domiciliare non emergono elementi sufficienti a giustificare l'attivazione del servizio, l'infermiere si confronta con il medico richiedente in relazione alla non appropriatezza dell'attivazione e informa il paziente e/o il caregiver, indicando loro eventuali percorsi alternativi.

La **TAD infermieristica a ciclo breve-occasionale**, prevede esclusivamente l'intervento dell'infermiere e si conclude con una prestazione o un ciclo breve e non sono pertanto necessari il PAI e la valutazione multidimensionale.

#### **c) RINNOVI**

Le ADP, ADR e tutti i livelli ADI sono rinnovabili alla scadenza, se persistono le indicazioni all'intervento domiciliare secondo i modelli allegati:

- RINNOVO ADP/DR (Allegato n. 11)
- RINNOVO ADI (Allegato n. 12).

**Nel caso delle ADI**, prima dello scadere del contratto, deve essere effettuata una valutazione congiunta domiciliare da parte degli attori coinvolti nell'assistenza, con emissione del contratto di rinnovo.

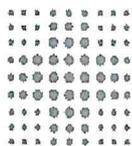
A tal fine il medico contatta l'infermiere di riferimento, per concordare l'accesso congiunto.

Qualora decadano i criteri per un'assistenza integrata ed in particolare se gli interventi infermieristici divengono occasionali o nulli e non integrati con l'attività del MMG/PLS (per es.: cambio catetere, o altri interventi eseguiti dall'infermiere in autonomia), il coordinatore infermieristico del NCP del territorio di competenza segnala al ROAD la necessità di rivalutazione dei bisogni dell'utente tramite mail aziendale.

Il ROAD contatta il MMG per definire un'eventuale modifica del piano assistenziale ed invitarlo all'eventuale stesura del nuovo contratto.

**Per ADP/ADR**, la proposta di rinnovo del contratto deve essere presentata entro la data di scadenza dell'antecedente, con le medesime modalità.

Nel caso in cui la proposta di rinnovo non venga presentata entro la data di scadenza del contratto antecedente la data di decorrenza del rinnovo corrisponderà alla data di presentazione.



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Si ribadisce che qualora vengano meno le condizioni cliniche che hanno determinato l'attivazione dell'assistenza domiciliare, il contratto, anche su richiesta del MMG, potrà essere chiuso anticipatamente rispetto alla scadenza.

#### **d) CONTROVERSIE**

Eventuali controversie tra MMG/PLS e ROAD sono affidate alla valutazione congiunta del Direttore dell'U.O.C. Cure Primarie e del MMG referente per la medicina generale.

#### **e) RENDICONTAZIONE DEGLI ACCESSI**

La rendicontazione degli accessi deve essere presentata mensilmente con consegna a mano all'Ufficio Convenzioni Mediche, o tramite PEC all'indirizzo [cureprimarie@pec.ausl.imola.bo.it](mailto:cureprimarie@pec.ausl.imola.bo.it), entro il termine massimo del 15° giorno del mese successivo a quello di riferimento.

#### **f) VERIFICA/ VALUTAZIONE E CONTROLLO**

La U.O. Cure Primarie promuove incontri di verifica e valutazione con i soggetti coinvolti nel processo assistenziale, in relazione all'andamento dell'assistenza domiciliare, sia a livello di Nucleo di Cure Primarie o di Azienda, che per singoli problemi assistenziali.

La verifica amministrativa è attivata dall'Ufficio Convenzioni Mediche e riguarda la tenuta della documentazione attestante l'attività svolta, con particolare riferimento alla registrazione degli accessi sul diario clinico. Tale verifica riguarda la corrispondenza fra gli accessi notulati e quelli riportati sulla cartella presente al domicilio del paziente: in caso di non congruenza, fanno fede gli accessi riportati in cartella. L'Azienda si riserva la possibilità di effettuare controlli domiciliari a campione sui contratti attivi.

Per le ADI e le ADP la cartella, fornita dalla Azienda USL, deve essere aggiornata ad ogni accesso domiciliare del MMG/PLS, e viene affidata alla cura del paziente o caregiver. Lo smarrimento della cartella dovrà essere segnalato dal medico o dall'infermiere ROAD.

Nel caso delle ADR, deve essere utilizzata la cartella in uso presso la struttura nella quale si trova l'assistito. In occasione delle verifiche della qualità assistenziale in struttura, vengono effettuati i controlli sulla corrispondenza tra il numero degli accessi notulati e quelli effettivamente registrati in cartella.

In caso di mancata corrispondenza tra le visite notulate e gli accessi riportati in cartella, l'Ufficio Convenzioni Mediche provvede ad informare il MMG/PLS dell'esito del controllo e ad attivare le procedure previste in convenzione ed il recupero delle somme non dovute.

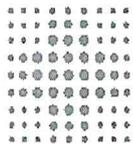
#### **g) RESTITUZIONE DELLE CARTELLE DOMICILIARI**

Nel caso delle ADP, alla chiusura del contratto, il MMG/PLS preleva dal domicilio la cartella e la consegna all'Ufficio Convenzioni, che procederà all'archiviazione.

Nel caso delle ADI, alla chiusura del contratto, sarà l'infermiere domiciliare a provvedere al prelievo della cartella dal domicilio e alla successiva consegna all'Ufficio Convenzioni, che procederà all'archiviazione.

### **5. ALLEGATI**

1. SCHEDA ATTIVAZIONE INFERMIERI
2. PROCEDURA DIMISSIONE PROTETTA AL DOMICILIO
3. SCHEDA ATTIVAZIONE ADP-ADR
4. CARTELLA ADP



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

5. SCHEDA ATTIVAZIONE ADI
6. CONSENSI
7. REVOCHE A CONSENSI
8. CARTELLA ADI
9. SCHEDA ATTIVAZIONE ADI-ANT
10. CARTELLA INFERMIERISTICA
11. RINNOVO ADP-ADR
12. RINNOVO ADI