



REGIONE PUGLIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO

ORIGINALE

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

|                           |
|---------------------------|
| N. .... 91 .....          |
| Del. .... 26-3-2015 ..... |

**OGGETTO:** CONVENZIONE TRA ASSOCIAZIONE ITALIANA CONTRO LE LEUCEMIE I LINFOMI E IL MIELOMA (AIL), SEZIONE DI TARANTO, E L'AZIENDA SANITARIA DI TARANTO, PER L'ASSISTENZA SPECIALISTICA DOMICILIARE IN FAVORE DI PAZIENTI ONCOEMATOLOGICI RESIDENTI NELL'AMBITO TERRITORIALE DELLA ASL DI TARANTO - RINNOVO.

**II DIRETTORE GENERALE**

Con Delibera n. 163 del 10/02/2015 la Giunta Regionale ha proceduto alla nomina dell'Avv. Stefano Rossi quale Direttore Generale pro-tempore dell' Azienda Sanitaria Locale di Taranto, con l'assistenza del segretario verbalizzante e su proposta del Dott. Vito Giovannetti, Direttore della Struttura Complessa Socio Sanitaria che ne attesta la regolarità della istruttoria e il rispetto della legalità:

**PREMESSO CHE:**

- L'assistenza domiciliare sanitaria e socio-sanitaria ai pazienti con patologie oncoematologiche eleggibili per le cure domiciliari rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza, secondo quanto indicato dal D.P.C.M. del 29 novembre 2001, e successivi atti di aggiornamento quali: "La nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi domiciliari" (2006), le prestazioni residenziali e semiresidenziali" (2007), il Decreto M.S. del 22 febbraio 2007, n. 43
- vi è obbligo informativo a carico delle Aziende ed Istituti Pubblici, delle Strutture Private Accreditate come da Legge Regionale n.4/ 2010 art.39;
- la registrazione degli eventi per l'assistenza domiciliare di presa in carico, valutazione, eventuale rivalutazione, sospensione, accesso, conclusione deve essere effettuata con tempistiche tali da consentire alle Strutture Regionali e Locali di estrarre in automatico il flusso SIAD, da inviare al Ministero della Salute, entro i 45 giorni successivi al termine del trimestre nel quale si è verificato l'evento, come previsto dal D.M. 17/12/2008 e s.m.i.;
- i dati conferiti attraverso Edotto (Area Domiciliare) costituiscono la base per la liquidazione degli operatori economici che forniscono assistenza domiciliare;

## **VISTA:**

La legge Quadro n. 328/2000, che contiene importanti indicazioni alle Regioni, finalizzate al raggiungimento della piena integrazione tra interventi sanitari, socio-sanitari e socio assistenziali, soprattutto nell'ambito delle cure e dell'assistenza domiciliare;

Il Piano della Salute 2008/2010 della Regione Puglia, che al punto 3.1.3., prevede l'integrazione con le Organizzazioni No Profit ed il Volontariato;

in analogia alla Deliberazione del 12/07/2006, n. 1061, con cui la Giunta regionale della regione Puglia definisce l'assistenza domiciliare in favore dei pazienti oncologici e approva lo schema di convenzione tipo tra le AA.SS.LL. e le Organizzazioni di Volontariato, a parziale copertura dei costi sostenuti dalle associazioni stesse;

Il "Regolamento disciplinante l'attività delle organizzazioni di volontariato presso le strutture dell'Azienda Sanitaria di Taranto" come approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 2357 del 23 giugno 2009;

## **TENUTO CONTO CHE:**

-L'AIL, Associazione Italiana contro le Leucemie, i Linfomi e il Mieloma, costituita a Roma l'08.04.1969 è riconosciuta con D.P.R. n. 481 del 19.09.1975, ed a Taranto, come sezione autonoma il 12 gennaio del 1994, al fine di migliorare la qualità della vita dei malati portatori di patologia oncoematologica in fase terminale di malattia e non, organizza il Servizio di Assistenza Domiciliare erogata da equipe multi professionale (medici, infermieri, psicooncologo, fisioterapisti e volontari) che assistono il paziente a casa mantenendo un costante collegamento con l'Ospedale dove il paziente è curato per la sua malattia oncoematologica;

-rispetto all'anno precedente (2014), ci sarà un incremento pari al 15% di assistenza ai pazienti oncologici presenti in tutti i Distretti che afferiscono all'ASL Taranto;

-la Spending Review obbliga a risparmi economici nella Pubblica Amministrazione nonostante la richiesta di aumento fondi progettuali da parte dell'AIL;

-la stessa AIL è titolare di Convenzione con la ASL di Taranto per l'assistenza specialistica domiciliare in favore di pazienti oncoematologici, residenti nel territorio della ASL di Taranto, giusta Deliberazione del Direttore Generale n. 173 del 17 febbraio 2014;

La predetta Convenzione, sottoscritta dal legale rappresentante dell'AIL e dal Direttore Generale, scade il 31/12/2014

## **VISTA:**

La nota dell'AIL, sezione di Taranto con cui l'Associazione ha richiesto il rinnovo della Convenzione in essere nota acquisita agli atti di Ufficio;

Il parere favorevole del Direttore Sanitario della ASL di Taranto al rinnovo della Convenzione ASL/AIL, come apposto a margine della precitata nota dell'AIL e acquisito agli atti di Ufficio;

## **RICHIAMATA :**

la nota del 05/09/2014 , prot. n. 0098181 della Struttura complessa di Farmacia Ospedaliera , avente per oggetto " Percorsi operativi impiego farmaci H-OSP" , che diviene parte integrante della Convenzione;

## **CONSIDERATO CHE**

E' intenzione dell'Azienda assicurare la prosecuzione delle prestazioni dell'AIL, in coerenza con le necessità assistenziali ed al fine di garantire la continuità della presa in carico, senza soluzioni di continuità, procedendo quindi al rinnovo della Convenzione tra la ASL e l' AIL sezione di Taranto;

## **RITENUTO:**

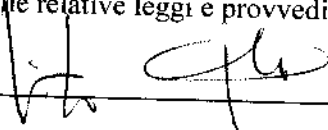
per quanto innanzi premesso, visto, considerato e acquisito di definire i rapporti giuridici, organizzativi ed economici tra la ASL di Taranto e l' AIL sezione di Taranto e, quindi approvare la Convenzione, per il periodo compreso tra 01 gennaio 2015 ed il 31 dicembre 2015, tra la stessa ASL e l' AIL "per l'assistenza specialistica domiciliare in favore di pazienti con patologie oncoematologiche eleggibili per le cure domiciliari residenti nell'ambito territoriale della ASL di Taranto", Convenzione che, in uno con i suoi allegati A), B), C), D), ed E), è unita alla presente Deliberazione come ALLEGATO - 1 - a formare parte integrante e sostanziale;

Funzionario Istruttore  
CPS Dr.ssa Eva Velardi



Io sottoscritto Dott. Vito Giovannetti, Direttore della S.C. Socio Sanitaria, attesto la regolarità dell'istruttoria della proposta ed il rispetto delle relative leggi e provvedimenti di riferimento.

Dott. Vito Giovannetti



**VISTA** la registrazione contabile sottoscritta dal Direttore dell'Area Gestione Risorse Finanziarie posta a tergo del provvedimento;

**ACQUISITO** il parere favorevole del Direttore Amministrativo, sottoscritto in calce al presente provvedimento;

**ACQUISITO** il parere favorevole del Direttore Sanitario, sottoscritto in calce al presente provvedimento;

## **DELIBERA**

Per tutto quanto in narrativa, che si intende integralmente richiamato nel presente dispositivo per farne parte sostanziale:

**1. DI APPROVARE**, la "Convenzione, tra Associazione Italiana contro le Leucemie, i linfomi e il Mieloma (AIL) sezione di Taranto e l' Azienda Sanitaria di Taranto, per l' assistenza domiciliare specialistica in favore dei pazienti con patologie oncoematologiche eleggibili per le cure domiciliari residenti nell'ambito territoriale della ASL di Taranto , secondo il testo dello schema che, in uno con i suoi allegati A),B),C),D), ed E), è allegato alla presente Deliberazione - Allegato 1, quale parte integrante e sostanziale della stessa;

**2. DI DISPORRE** che il contenuto della Convenzione avrà vigore per il periodo compreso tra il 01.01.2015 ed il 31.12.2015;

**3. DI PREVEDERE** che alla spesa necessaria per l'attuazione Deliberazione si farà fronte tramite la registrazione della spesa di € 232.500,00 (duecentotrentadueemilacinquecento/00) sul conto 706.112.000.2001 - "Assistenza Domiciliare Integrata da privati" - del Bilancio 2015 in corso di elaborazione;

**4. STABILIRE** che la liquidazione delle prestazioni dell'AIL avverrà da parte della S.C. Socio Sanitaria , cui i Distretti Socio Sanitari, invieranno i relativi documenti contabili pervenuti dall' AIL; con la autorizzazione alla liquidazione e che, conferiti attraverso Edotto (Area Domiciliare), costituiscono la base per la liquidazione degli operatori economici che forniscono assistenza domiciliare.

**5. DI DICHIARARE** il presente provvedimento immediatamente esecutivo, per motivi di urgenza;

**6. DI NOTIFICARE**, a cura della S.C. " Affari Generali ", copia della presente deliberazione:

- Al Responsabile legale dell' AIL, sezione di Taranto, Dott.ssa Paola D' ANDRIA.
- Ai Direttori dei Distretto Socio Sanitari;
- Al Direttore Medico P.O. Centrale
- Al Direttore della U.O.C. di Ematologia del Presidio Ospedaliero "S.S. Annunziata" di Taranto

Parere favorevole del Direttore Amministrativo

Dott. Andrea Chiani

Parere favorevole del Direttore Sanitario

Dott.ssa Maria Leone

Il Segretario  
Dott.ssa Paola Fischetti

IL DIRETTORE GENERALE  
Avv. Stefano Rossi

Area Gestione Risorse Finanziarie  
Esercizio 20015

La spesa relativa al presente provvedimento è stata registrata sui seguenti conti:

Conto economico n. 706 112.00028<sup>1</sup> per € 232500,00

Conto economico n. \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_

Conto economico n. \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_

(rigo da utilizzare per indicare finanziamenti a destinazione vincolata)

Il Funzionario

Il Dirigente dell'Area

### SERVIZIO ALBO PRETORIO

PER COPIA CONFORME AD USO AMMINISTRATIVO

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Taranto .....

AFFISSA E PUBBLICATA ALL'ALBO  
PRETORIO DI QUESTA AZIENDA ASL

IL Direttore AA. GG.....

Dal 26.3.2015 Al 10.4.2015

Data 26.3.2015 .....

L'Addetto all'Albo

Gerardo Vito .....

Ai sensi della vigente normativa, la presente deliberazione - con nota n. .... del ..... -  
è stata/non è stata trasmessa alla Regione Puglia per gli adempimenti di competenza.



**CONVENZIONE PER L' ASSISTENZA DOMICILIARE SPECIALISTICA IN FAVORE DI PAZIENTI ONCOEMATOLOGICI RESIDENTI NELL' AMBITO TERRITORIALE DELLA ASL DI TARANTO.**

L'anno 2015 , addì \_\_\_\_\_ del mese di \_\_\_\_\_ , in Taranto,

TRA

L'Azienda Sanitaria Locale di Taranto, p.iva/c.f. 0202669731, rappresentata dal Direttore Generale pro tempore Avv. Stefano Rossi, nato a Lecce, il 20/09/1964 e domiciliato, per la carica, presso la sede dell'ASL di Taranto in V.le Virgilio n. 31 a Taranto, giusta Deliberazione della Giunta Regionale n. 2829 del 30 dicembre 2014,

E

**L' Associazione Italiana contro le Leucemie, i linfomi e il Mieloma (A.I.L.) . sezione di Taranto**, con sede a Taranto alla via De Cesare n. 3, Codice Fiscale/Partita IVA 90035400739, legalmente rappresentata dal Presidente Dott.ssa Paola D' ANDRIA nata a Taranto il giorno 24 aprile 1947, che in qualità di presidente pro tempore, agisce in nome e per conto della AIL Sezione di Taranto;

**PREMESSO CHE:**

- Il modello di assistenza domiciliare per le cure palliative definito dalle linee guida, da garantire prioritariamente, è ad alta intensità e specificatamente rivolto a pazienti, in fase terminale di malattia, che richiedono un intervento coordinato ed intensivo;
- Il medico di medicina generale è il responsabile dell'assistenza al singolo paziente e si integra con l'equipe distrettuale con la quale è stabilito il piano assistenziale;
- La presenza di problematiche non solo fisiche, ma anche psicologiche e sociali richiede l'organizzazione di un supporto adeguato sia per il malato, sia per la famiglia, attraverso una stretta collaborazione anche con i servizi sociali e, quando possibile con le risorse di volontariato;
- L' assistenza domiciliare sanitaria e socio-sanitaria ai pazienti oncoematologici rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza, secondo quanto indicato dal D.P.C.M. del 29

novembre 2001, e successivi atti di aggiornamento quali: “La nuova caratterizzazione dell’assistenza territoriale domiciliare e degli interventi domiciliari a domicilio” (2006), Le Prestazioni residenziali e semiresidenziali (2007), il Decreto M.S. del 22 febbraio 2007, n. 43- Regolamento recante la definizione degli standard relativi all’assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell’art. 1 comma 169 della Legge 30/12/04 n. 311;

- La legge Quadro n. 328/2000 contiene importanti indicazioni alle Regioni, finalizzate al raggiungimento della piena integrazione tra interventi sanitari, socio-sanitari e socio assistenziali, soprattutto nell’ambito delle cure e dell’assistenza domiciliare;
- Il Piano della Salute 2008/2010 della Regione Puglia, al punto 3.1.3., esplicita la Rete di Cure Palliative come flessibile e prevede l’ integrazione con le Organizzazioni No Profit ed il Volontariato;
- Con deliberazione del 12/07/2006, n. 1061, la Giunta Regionale della regione Puglia definisce l’assistenza domiciliare in favore di pazienti oncologici e approva lo schema di convenzione tipo tra AA.SS.LL. e le Organizzazioni di Volontariato, a parziale copertura dei costi sostenuti dalla Associazioni stesse.
- L’ AIL Associazione Italiana contro le Leucemie, i Linfomi e il Mieloma, costituita a Roma l’ 08.04.1969 e riconosciuta con D.P.R. N. 481 DEL 19.09.1975, al fine di migliorare la qualità della vita dei malati portatori di patologia oncoematologica come da successivo art. 11 della presente convenzione, organizza il Servizio di Assistenza Domiciliare erogata da equipe multi professionale (medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi e volontari) che assistono il paziente a casa mantenendo un costante collegamento con l’ospedale dove il paziente è curato per la sua malattia oncoematologica;
- La stessa AIL, ha svolto con efficacia e adeguatezza le attività di assistenza domiciliare specialistica in favore di pazienti oncologici in fase terminale avanzata residenti nell’ambito territoriale della ASL di Taranto, per gli anni 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013 secondo quanto previsto dai relativi accordi convenzionali tra ASL di Taranto e la stessa AIL;
- La stessa AIL, ha ottenuto la Certificazione di Qualità, documentazione acquisita agli atti dalla Struttura Complessa Socio Sanitaria

Per tutto quanto riportato in premessa si conviene quanto segue:

## **ARTICOLO 1 – OGGETTO**

La presente convenzione disciplina il Servizio di Assistenza Domiciliare specialistica in favore di pazienti oncoematologici, residenti nell’ Ambito territoriale dell’ ASL di Taranto, secondo i principi della medicina palliativa e dell’ospedalizzazione domiciliare, giusta previsione degli “standard qualificanti i LEA – Cure Domiciliari”.

Il prestatore di servizi (Associazione Italiana contro le Leucemie, i Linfomi e il Mieloma, d’ora innanzi semplicemente AIL) ad erogare le prestazioni indicate in detta convenzione secondo le modalità ivi descritte.

## **ARTICOLO 2 – DESTINATARI DEL SERVIZIO**

Destinatari delle attività oggetto del servizio sono i pazienti con patologie ematologiche, residenti nei Comuni dell'ASL.

In casi eccezionali, il contenuto della presente convenzione si potrà estendere a pazienti microcitemici impossibilitati a muoversi dal proprio domicilio per le cure del loro caso.

L'assistenza di cui alla presente convenzione è gratuita per i cittadini richiedenti e non prevede alcun onere a carico degli stessi.

Conferma per l'AIL l' inserimento dei pazienti Talassemici o comunque anche non oncologici per trasfusioni e per cicli di terapia anche inferiori a sei mesi, ai fini esclusivi dell'autorizzazione al trattamento.

## **ARTICOLO 3 – FINALITA' ED OBIETTIVI**

La finalità del servizio è quella di fornire l'assistenza ai pazienti presso il proprio domicilio, garantendone la permanenza, attraverso un sostegno multidisciplinare che assicuri interventi di supporto globale allo stesso e alla stessa famiglia.

In particolare, l'assistenza viene erogata tramite interventi coordinati di cure mediche, infermieristiche, riabilitative e psicologiche qualificate e adeguate alle necessità della specifica situazione di bisogno, nel rispetto della dignità e della libertà personale, della riservatezza, della individualità e delle convinzioni religiose.

L'obiettivo è quello di evitare ricoveri ospedalieri impropri e garantire la continuità assistenziale e terapeutica tra le cure ospedaliere, le strutture sanitarie dedicate e le cure domiciliari.

## **ARTICOLO 4 – DURATA, PROROGA ED OPZIONI**

La presente convenzione avrà inizio il 1 gennaio 2015 e terminerà con lo scadere del giorno 31 dicembre 2015 e potrà essere rinnovata, per la durata che si determinerà, previa verifica da parte della ASL della adeguatezza e corrispondenza delle prestazioni effettuate e conseguente atto deliberativo in merito.

Non è ammesso il rinnovo tacito.

## **ARTICOLO 5 – CONDIZIONI PER L' EROGAZIONE DEL SERVIZIO E RESPONSABILITA'**

Nel corrispettivo economico, di cui oltre, che verrà corrisposto all' AIL, a parziale ristoro dei costi effettivamente sostenuti, si intendono incluse quelle componenti di costo occorrenti e necessarie per assicurare:

- Le spese di coordinamento per la gestione complessiva delle attività oggetto della presente convenzione;
- La reperibilità medica ed infermieristica di 24 ore al giorno per tutti i giorni della settimana compresi i giorni festivi, nei territori di Taranto città, dei Distretti Socio Sanitari della ASL di Taranto.

In caso di chiamata per motivi urgenti l'operatore è tenuto a raggiungere il domicilio del paziente entro 60 minuti dalla chiamata;

- La disponibilità di operatori qualificati per l'assistenza specialistica domiciliare (medici esperti in cure palliative, infermieri, personale esperto in terapie palliative, psicologi). L'AIL garantisce l'esecuzione di tutte le prestazioni nel rispetto delle norme vigenti e secondo le condizioni, le modalità, i termini e le prescrizioni contenute nella presente convenzione, pena la risoluzione della convenzione.

La ASL si riserva la facoltà di procedere, con proprio personale in qualsiasi momento e senza preavviso, a verifiche, di concerto con il Responsabile dell'Associazione, in merito alla piena e corretta esecuzione delle prestazioni oggetto della convenzione.

In particolare tali verifiche riguarderanno la qualità delle prestazioni erogate.

Ai fini della valutazione della qualità delle prestazioni, si farà riferimento agli standard ed Agli indicatori di verifica previsti dal Documento Ministeriale sulle Cure Domiciliari.

## **ARTICOLO 6 – OBBLIGHI SPECIFICI DEL PRESTATORE DI SERVIZI**

L'AIL si obbliga, oltre a quanto previsto nelle altre parti della convenzione a :

- Tenere indenne la ASL dalle pretese che i terzi dovessero avanzare in relazione ai danni derivanti dalla mancata corretta esecuzione delle prestazioni oggetto della convenzione;

- Erogare, con proprie risorse, nei confronti dei soggetti ammessi alla fruizione del servizio:

1. prestazioni di assistenza medica;
2. prestazioni di assistenza infermieristica e riabilitativa;
3. supporto psicologico al paziente e alla famiglia;

- garantire il coordinamento operativo in grado di assicurare la pianificazione degli interventi ed un adeguato supporto informativo;

- garantire la continuità dei servizi prestati assicurando la regolare presenza degli operatori. Le sostituzioni del personale assente devono essere effettuate con tempestività e con personale in possesso di pari requisiti;

- inviare mensilmente al Direttore del Distretto Sociosanitario competente territorialmente, la documentazione attestante la situazione dei pazienti in assistenza (entrati, usciti, in linea di assistenza), al fine di una comparazione dei dati in possesso degli stessi per una loro omogeneizzazione;

- Altresì, il Direttore Socio Sanitario, a campione, verificherà, quanto dichiarato.

- Inviare alla Direzione Sanitaria della ASL, e alla Struttura Socio Sanitaria, i riepiloghi degli elenchi dei pazienti in assistenza ed i relativi movimenti, le performance status, la quantità e qualità delle prestazioni effettuate aggregate per tipologia.

- Gli stessi dati, disaggregati per territorio di appartenenza dei pazienti, saranno inviati ai rispettivi Direttori dei Distretti Socio Sanitari di competenza su supporto informatico.

- la registrazione degli eventi per l'assistenza domiciliare di presa in carico, valutazione, eventuale rivalutazione, sospensione, accesso, conclusione deve essere effettuata con tempistiche tali da consentire alle Strutture Regionali e Locali di estrarre in automatico il flusso SIAD, da inviare al Ministero della Salute, entro i 45 giorni successivi al termine del trimestre nel quale si è verificato l'evento, come previsto dal D.M. 17/12/2008 e smi;

- i dati conferiti attraverso Edotto (Area Domiciliare) costituiscono la base per la liquidazione degli operatori economici che forniscono assistenza domiciliare;

## ARTICOLO 7 – PERSONALE IMPIEGATO

L' AIL, assicura l'attività di assistenza medica, infermieristica/riabilitativa, psicologica o sanitaria in genere, con professionisti, in possesso di idonei e adeguati titoli professionali e abilitanti, che collaborano con l' AIL in forza di contratto d'opera libero professionale con impiego orario a tempo pieno, i cui corrispettivi sono liberamente determinati dalle parti e, comunque, detti professionisti non devono avere rapporti di dipendenza in essere con Enti pubblici e privati.

L' AIL si impegna a fornire l'elenco dettagliato di detto personale entro 10 giorni dalla firma della presente convenzione e successivamente ad ogni variazione convenuta.

La ASL di Taranto è sollevata da ogni genere di responsabilità e dovere nei confronti del personale impegnato dall' AIL, in tale servizio, talchè non è possibile ricondurre in capo alla ASL alcun tipo di rapporto con tale personale.

## ARTICOLO 8 – REQUISITI E QUALITA' DELLE PRESTAZIONI

L' AIL garantirà, per ogni singolo paziente e la sua famiglia, il sostegno psicologico secondo il bisogno e un numero settimanale di almeno n. 2 (due) accessi del medico esperto in cure palliative e dell'infermiere.

Il Piano Assistenziale Individuale, d'ora innanzi semplicemente PAI, determinerà ulteriori accessi. Il personale incaricato dovrà erogare le prestazioni necessarie alla attuazione del PAI tra quelle elencate nell' "Allegato 3 dei LEA – La nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi domiciliari a domicilio", che, a sua volta, allegato alla presente convenzione come **Allegato – A -**, ne costituisce parte integrante e sostanziale, relativamente ai profili di interesse.

Prestazioni strumentali (ove possibile): elettrocardiogramma, esami radiologici, ecografia di supporto alle procedure strumentali invasive, ecodoppler vascolare, saturimetria.

Prestazioni diagnostiche di laboratorio.

## ARTICOLO 9 – PERCORSI AGEVOLATI PER LE PRESTAZIONI

Il personale dell' AIL potrà accedere in maniera diretta ai laboratori di analisi, ai servizi ambulatoriali e radiologici presso le strutture della ASL, senza prenotazione e senza attesa (previo accordo tra i rispettivi responsabili), senza richiesta del medico di famiglia.

Si attiverà apposita conferenza di servizi con il Servizio Farmaceutico Aziendale al fine di verificare la possibilità di:

- Ritirare, i farmaci prescritti e il materiale sanitario necessario all'assistenza domiciliare, direttamente presso la Struttura Complessa Ospedaliera o la Struttura Complessa di Farmacia Territoriale;
- Consentire, quando trattasi di farmaci (H.O.S.P. 1) che, secondo il D.L. 30.12.1992 n. 539, art. 1, comma 9, "*sono utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile*", l'assimilazione del domicilio del paziente alla struttura ospedaliera. Richiamata la nota del 05/09/2014, prot.n.0098181 della S.C. di Farmacia Ospedaliera, avente per oggetto " Percorsi operativi impiego farmaci H-OSP", che diviene parte integrante della Convenzione.

## ARTICOLO 10 - PERSONALE

L' AIL, assicura l'assistenza medica, infermieristica/riabilitativa, psicologica e sanitaria in genere.

Il numero dei professionisti impegnati, in rapporto al numero dei pazienti in carico, sarà quantificato in ottemperanza a quanto indicato dai LEA – “ Allegato E” – Standard qualificanti I LEA Cure domiciliari”, che, a sua volta allegato alla presente convenzione come Allegato – B ne costituisce parte integrante e sostanziale, in riferimento ai profili di cura 4 e 5.

Dovrà essere inoltre previsto la figura di un Medico Responsabile dell’ Assistenza specialista domiciliare per pazienti oncoematologici, che assuma un ruolo di coordinamento degli operatori impegnati e di referente nei confronti dell’ ASL.

E’ ammessa per gli operatori e soci della Fondazione, previo rispetto delle relative autorizzazioni e procedure aziendali, la frequenza volontaria delle strutture aziendali finalizzata al perfezionamento professionale.

## **ARTICOLO 11 – CRITERI DI ELEGGIBILITA’**

La ASL assicura tramite l’ AIL l’assistenza domiciliare specialistica a pazienti portatori di patologia oncoematologica secondo i seguenti criteri di ammissibilità:

### **1. Paziente in fase avanzata**

- Fase avanzata della malattia in cui sia possibile controllare i sintomi solo con cure palliative o stadio della malattia in cui sia possibile praticare terapie tendenti a stabilizzare l’evoluzione e tecnicamente eseguibili a domicilio;
- Presenza di sintomi invalidanti con una riduzione della performance-status uguale o inferiore al 50% secondo la Scala di Karnofsky.

### **2. Pazienti cronici stabili** per i quali, sulla base della patologia e della terapia somministrata è prevedibile un aumento del rischio di infezioni.

### **3. Pazienti in dimissioni protette**, per i quali, fermo restando la presa in carico degli stessi tramite il PAI, deve essere garantita, all’interno del trattamento la fruibilità del livello ospedaliero sia in termini di prestazioni che di ricovero.

Rappresenta elemento prioritario per l’eleggibilità alle cure domiciliari dell’ AIL la particolare situazione socio economica del paziente e/o della sua famiglia.

Sono ammessi al servizio i residenti nei Comuni della provincia di Taranto.

La residenza rappresenta il riferimento per determinare, al fine della presa in carico del paziente e dell’attribuzione dei costi il Distretto Socio Sanitario di appartenenza.

## **ARTICOLO 12 – MODALITA’ DI ACCESSO**

La segnalazione del caso, alla PUA del Distretto Socio Sanitario in cui risiede il paziente, potrà essere effettuata dal:

- Medico di Medicina Generale del paziente;
- Medico Specialista della Struttura Complessa di Ematologia dell’ Azienda;

Previo compilazione della “Scheda segnalazione proposta Percorsi Assistenziali”, che si allega alla presente come Allegato – C – e ne costituisce parte integrante e sostanziale.

La “Scheda segnalazione proposta percorsi assistenziali”, di cui al comma precedente, dovrà essere corredata da:

1. Valutazione sanitaria della SVAMA;

## 2. Scala di Karnousky.

In ogni caso è necessario il consenso dell'assistito e/o dei suoi familiari.

La segnalazione del caso alla PUA del Distretto di competenza potrà essere effettuata dal familiare o dai Servizi Sociali sull'apposita Scheda di Accesso, che si allega alla presente come **Allegato – D** e ne costituisce parte integrante e sostanziale.

Il Distretto seguirà le procedure previste, con la redazione del PAI, da parte dell' UVM, e concorderà con l' AIL, le prestazioni domiciliari di competenza per la presa in carico.

L'inserimento del paziente verrà effettuato dal Distretto, sentita la disponibilità dell' AIL che dovrà motivare l'eventuale rifiuto entro 3 giorni lavorativi dalla data di ricezione dell'istanza scritta, previa verifica della completezza e della congruità della documentazione di cui sopra.

Nel caso di pazienti cronici stabili, la richiesta di assistenza domiciliare, per lo più di tipo prestazionale, è effettuata dai medici dell' Ematologia, previa compilazione da parte dei Distretti del modello di cui all' **Allegato – D** – trasmessa al Distretto che, dopo averla inviata al medico di Medicine Generale interessato. La inoltrerà con autorizzazione all' AIL.

Per la tipologia dei pazienti cronici stabili, di cui al comma precedente, si deroga all'indice di Karnofsky come criterio di eleggibilità, di cui al precedente art. 11.

L' AIL non potrà in nessun caso accettare pazienti che richiedono specificatamente l'individuazione a propria scelta di personale medico, infermieristico o tecnico;

le dimissioni potranno essere disposte esclusivamente dal Distretto sulla base della segnalazione del Referente dell' AIL, sentito il MMG del paziente; nel corso dell'espletamento del Servizio il personale AIL registrerà le prestazioni sul diario clinico assistenziale integrato, presente al domicilio del paziente e attivato dal Distretto di competenza.

Il Distretto oltre all'assorbimento dei compiti innanzi descritti, si impegna ad assicurare tutto il supporto necessario per la fornitura di farmaci, presidi sanitari, ausili sanitari, assistenziali, di protesi, di diagnostica strumentale e di laboratorio attraverso le strutture aziendali, i predetti materiali saranno quelli che la vigente normativa prevede a carico della ASL per l'assistenza farmaceutica. Il ritiro dei beni di cui sopra potrà essere effettuato dai familiari del paziente o dal personale del prestatore di servizi debitamente individuato.

## ARTICOLO 13 – CORRISPETTIVI ECONOMICI

A fronte dell'impegno assunto con la presente convenzione dell' AIL per l'assistenza specialistica oncoematologica domiciliare, erogata secondo le modalità ed in conformità a quanto previsto nella presente convenzione, in favore degli assistiti della ASL di Taranto, residenti nel territorio della provincia di Taranto, la ASL TA corrisponderà la somma forfettaria ed omnicomprensiva fissa ed invariabile di € 1.500,00 (MILLECINQUECENTO/00) per paziente assistito per anno assistenziale o frazione di esso decorrente dalla data di presa in carico, con un limite massimo complessivo di € 232.500,00 (DUECENTOTRENTADUEMILACINQUECENTO/00) per i dodici mesi di vigenza della convenzione. Detta somma è da considerarsi tetto di spesa annuo invalicabile.

Qualora il numero dei pazienti iscritti nelle cure domiciliari oncologiche dell' AIL eccede la capienza complessiva del tetto di spese annuo di cui al comma precedente, l' AIL garantirà, con oneri a proprio carico, il servizio delle cure domiciliari oncologiche secondo gli standard della presente convenzione, facendo ricorso alle risorse volontarie della Associazione nonché alle ulteriori risorse di cui l' AIL beneficia con le meritorie manifestazioni pubbliche e donazioni.

## **ARTICOLO 14 – MODALITA' DI PAGAMENTO**

Il pagamento del corrispettivo economico stabilito è effettuato su base trimestrale e in relazione al numero dei pazienti,

L' AIL invierà la relativa fattura al Distretto Socio Sanitario di competenza il quale, previa verifica apporrà la seguente formula: "I pazienti sono stati presi in carico per il regime assistenziale previsto dalla Convenzione".

L' Azienda tramite il Servizio Socio Sanitario provvede, entro 90 giorni dal ricevimento delle fatture, alla liquidazione dei relativi importi.

Unitamente alla fattura, fatto salvo quanto previsto al precedente articolo 6, l' AIL dovrà documentare il numero degli accessi effettuati, per ogni singolo paziente, distinto per singolo operatore intervenuto. Laddove previsto, l'AIL si atterrà a quanto previsto dalla normativa nazionale con il Decreto Legge n.66/2014 che introduce l'obbligo della fatturazione elettronica nei rapporti con le Pubbliche Amministrazioni, al fine di garantire l'effettiva tracciabilità dei pagamenti.

## **ARTICOLO 15 – RISERVATEZZA**

L'AIL ha l'obbligo di mantenere riservati i dati e le informazioni di cui venga in possesso e, comunque, a conoscenza, di non divulgarli in alcun modo ed in qualsiasi forma e di non farne oggetto di utilizzazione, a qualsiasi titolo, per scopi diversi da quelli strettamente necessari all'esecuzione della convenzione.

L'obbligo di cui al comma precedente non concerne i dati che siano o divengano di pubblico dominio.

L'AIL è responsabile per l'esatta osservazione da parte dei propri dipendenti degli obblighi di segretezza anzidetti.

In caso di inosservanza degli obblighi di riservatezza l' ASL ha facoltà di dichiarare risolta di diritto la convenzione, fermo restando che l' AIL sarà tenuta a risarcire tutti i danni che ne dovessero derivare.

L'AIL s'impegna, altresì, a rispettare quanto previsto dalla Legge 675/96 e s.m.i. e dai relativi regolamenti di attuazione in materia di riservatezza.

## **ARTICOLO 16 – DANNI E RESPONSABILITA' CIVILE**

L' AIL assume in proprio ogni responsabilità per infortunio o danni eventualmente subiti da dipendenti, pazienti e /o terzi causati nel corso dell'esecuzione della convenzione, ovvero in dipendenza di omissioni, negligenze o altre inadempienze relative all'esecuzione delle prestazioni oggetto della convenzione o ad essa riferibili.

## **ARTICOLO 17 – DIVIETO DI CESSIONE DELLA CONVENZIONE**

E' fatto assoluto divieto all' AIL di cedere, a qualsiasi titolo, la convenzione.

## **ARTICOLO 18 – RESPONSABILE DEL SERVIZIO**

Alla data di stipula della convenzione l' AIL dovrà comunicare i recapiti (numeri di telefono e indirizzo e-mail) del proprio referente alla ASL.

La ASL, a sua volta, nominerà un proprio referente che dovrà essere comunicato all' AIL.

## **ARTICOLO 19 – RINVIO E RICHIAMO ALLE NORME DEL REGOLAMENTO DISCIPLINANTE L'ATTIVITA' DI VOLONTARIATO PRESSO LE STRUTTURE DELLA ASL**

Per l'attività riferibile alla presente convenzione, e svolta dall' AIL tramite l'azione volontaria dei suoi aderenti, l' AIL s'impegna all'osservanza delle disposizioni contenute nel "Regolamento disciplinante l'attività delle organizzazioni di volontariato presso le strutture dell'Azienda Sanitaria Locale di Taranto" come approvato con Deliberazione del D.G. n. 2357 del 23 giugno 2009.

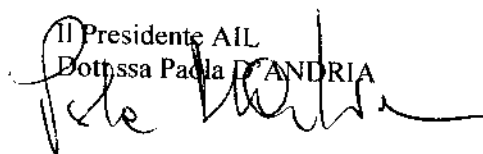
In particolare, con la sottoscrizione della convenzione, l' AIL, per l'attività di volontariato di cui al comma precedente, è obbligata al rispetto dei sotto elencati articoli del "Regolamento" di cui alla DDG n. 2357/09:

- Articolo 2: Attività di volontariato;
- Articolo 5: Modalità di svolgimento delle attività volontarie nelle strutture della ASL;
- Articolo 8: Copertura assicurativa;
- Articolo 12: Obblighi dei volontari ed eventuali sanzioni;
- Articolo 13: Sospensione del volontario.

Letto, approvato e sottoscritto

Taranto \_\_\_\_\_

Il Presidente AIL  
Dot.ssa Paola D'ANDRIA



Il Direttore Generale ASL di Taranto  
Avv. Stefano Rossi





Regione Puglia  
Azienda sanitaria Locale di Taranto

ΔUEGAT o A



**REGOLAMENTO DISCIPLINANTE L'ATTIVITÀ DELLE  
ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO PRESSO LE STRUTTURE  
DELL'AZIENDA SANITARIA DI TARANTO**

## **Articolo 1**

### **(Finalità ed oggetto)**

L'Azienda Sanitaria Locale di Taranto compatibilmente con la concreta, realtà organizzativa aziendale, sulla base della normativa vigente in materia e nel rispetto dei principi di imparzialità e trasparenza, si impegna, con il presente regolamento, ad ammettere presso le proprie strutture le organizzazioni di volontariato, riconoscendo e favorendo la loro attività come libera espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo e come apporto complementare e non sostitutivo del compito di garantire la promozione e la tutela della salute dei cittadini.

## **Articolo 2**

### **(Attività di volontariato)**

Per attività di volontariato si intende quella prestata in modo personale, spontaneo e gratuito, tramite l'organizzazione di cui il volontario fa parte, senza fini di lucro anche indiretto ed esclusivamente per fini di solidarietà. L'attività del volontario non è retribuita in alcun modo deve garantire il rispetto dei diritti e della dignità degli utenti ed assicurare la qualità delle attività volontarie in conformità alle finalità dell'organizzazione di volontariato di appartenenza.

## **Articolo 3**

### **(Organizzazioni di volontariato) .**

E' considerata organizzazione di volontariato ogni organismo liberamente costituito al fine di svolgere le attività di cui all'articolo 2, che si avvalga in modo determinante e prevalente delle prestazioni personali, volontarie e gratuite, dei propri aderenti.

## **Articolo 4**

### **(Attività di volontariato nelle strutture della ASL)**

Le organizzazioni, oltre alla loro autonoma attività, possono richiedere di essere ammesse a svolgere le attività di volontariato all' interno delle strutture dell'Azienda Sanitaria Locale di Taranto, a tale scopo dovranno:

- a) Essere costituite ai sensi dell'articolo 3 della Legge n.266 dell'11 agosto 1991 (Legge quadro sul volontariato).
- b) Essere iscritte nel "**Registro Regionale delle organizzazioni di volontariato**" presso la Regione Puglia di cui alla Legge Regionale 16 marzo 1994, n.11 e successive modificazioni ed integrazioni.

- c) Attenersi al rispetto delle modalità di svolgimento delle attività come previste ed individuate al successivo articolo 5).
- d) Presentare un progetto di attività coerente con la natura del servizio della Struttura Aziendale presso cui si chiede di impegnarsi. Il progetto, tra l'altro, deve indicare i tempi di attività, gli operatori impegnati e le loro credenziali.
- e) Stipulare con l'Azienda Sanitaria Locale di Taranto apposita convenzione di cui all'articolo 6) del presente regolamento.

### **Articolo 5**

#### **(Modalità di svolgimento delle attività volontarie nelle strutture della ASL)**

Le attività devono essere svolte dal volontario in conformità alle finalità dell'organizzazione di volontariato contenute nello Statuto e nell'atto costitutivo presentati all'atto della domanda di iscrizione nel Registro regionale richiamato all'articolo precedente e nel rispetto della convenzione di cui all'articolo 6) .

- ✓ Le attività rese dalle organizzazioni di volontariato devono essere caratterizzate da una continuità operativa e non possono essere rese attività estemporanee. Laddove la natura delle attività ponga in essere situazioni centrate sul rapporto umano, la rotazione degli operatori deve essere subordinata a privilegiare tale rapporto .
- ✓ Il volontario dovrà svolgere esclusivamente attività di supporto di carattere non sanitario ai pazienti ed eventualmente ai loro parenti.
- ✓ Il volontario deve operare esclusivamente nell'ambito del settore di intervento per il quale l'organizzazione di volontariato ha ottenuto l'iscrizione. In particolare il singolo volontario deve svolgere esclusivamente le attività affidategli. L'organizzazione di volontariato risponde dei singoli operatori.
- ✓ Il volontario deve essere immediatamente riconoscibile rispetto al resto del personale operante nella struttura presso la quale presta la propria attività, deve esibire apposito cartellino di riconoscimento, rilasciato dalla organizzazione di appartenenza, che contenga la denominazione dell'organizzazione e la dicitura "Volontario", il numero identificativo e foto grafia.
- ✓ Il volontario deve attenersi a norme di comportamento socialmente condivise, garantire il rispetto e la dignità di tutti i soggetti con cui viene in contatto. L'organizzazione si impegna a promuovere attività di formazione, in collaborazione con l'Azienda Sanitaria Locale di Taranto, sulle predette regole comportamentali e vigilare sul rispetto delle stesse.

- ✓ Sarà cura del volontario utilizzare un abbigliamento funzionale alle attività inesplesate nel luogo di cura. E' fatto divieto utilizzare divise non concordate con la Struttura di destinazione, nel caso in cui le attività svolte dal volontario dovessero richiedere l'utilizzo di indumenti specifici.
- ✓ I volontari dovranno rispettare le disposizioni vigenti presso la Struttura di destinazione .
- ✓ la presenza di volontari presso la Struttura verrà accertata mediante un registro presenze sul quale i volontari dovranno indicare, di volta in volta, la data, il cognome e nome, l'ora di entrata e uscita ed apporre la propria firma.

## **Articolo 6**

### **(Requisiti e criteri di priorità)**

1. I requisiti che danno titolo a priorità ai fini della scelta delle organizzazioni di volontariato per la stipula delle convenzioni di cui all'art. 6 del presente regolamento sono i seguenti:
  - a) Coerenza del progetto presentato con gli obiettivi che si pone l'ASL e garanzia di competenza, esperienza e qualità dell'attività svolta dagli operatori volontari impegnati nello stesso progetto;
  - b) Disponibilità da parte dell'organizzazione di strutture e servizi idonei ed adeguati ad assicurare lo svolgimento dell'attività oggetto della convenzione;
2. Alle organizzazioni di volontariato, in possesso dei requisiti di cui al comma 1), sono attribuiti titoli di priorità secondo i seguenti criteri:
  - a. Attivazione di sistemi di formazione e aggiornamento dei volontari negli specifici settori di intervento;
  - b. Collocazione della sede dell'organizzazione nel territorio di competenza della Struttura Aziendale presso cui si chiede di svolgere l'attività;
  - c. Qualità delle attività previste, comprovata da esperienze precedenti;
  - d. Quantità delle attività previste.
3. L'attività convenzionata deve essere svolta direttamente e non può essere oggetto di affidamento a terzi.

## **Articolo 7**

### **(Modalità di attivazione del rapporto convenzionale)**

Le organizzazioni di volontariato interessate a prestare l'attività di cui al precedente articolo 4) del presente regolamento dovranno presentare preventiva richiesta all'Azienda Sanitaria Locale di Taranto, purché iscritte da almeno sei mesi nel registro di cui all'art. 3 della Legge Regionale 16 marzo 1994, n. 11 e sue modificazioni ed integrazioni. La richiesta deve contenere elementi sufficienti a delineare il progetto per cui si vuole svolgere l'attività, ai sensi della lettera d) del precedente articolo 4), oltre all'impegno per il rispetto del contenuto del precedente articolo 5) e la richiesta di stipula della relativa convenzione secondo schema tipo predisposto dall'ASL di Taranto;

Ai fini della scelta delle organizzazioni per la stipula delle convenzioni l'ASL di Taranto tiene conto dei requisiti e dei criteri di priorità di cui al precedente articolo 6), anche in relazione ai vari settori d'intervento. Laddove non sia diversamente stabilito da specifiche normative, accordi e/o protocolli d'intesa stipulati a livello regionale, le convenzioni hanno durata minima di un anno e massimo di tre anni, non sono tacitamente rinnovabili e si procede ad eventuale rinnovo su espressa richiesta dell'organizzazione di volontariato presentata almeno quattro mesi prima della scadenza della convenzione, previa verifica positiva dell'attività svolta dalla organizzazione, su relazione del dirigente della Struttura presso cui l'attività di volontariato è stata svolta.

Il rapporto convenzionale viene attivato secondo la seguente procedura:

- ✓ Il Rappresentante legale dell'organizzazione di volontariato formalizza la richiesta di cui al 1° comma del presente articolo;
- ✓ La Struttura Complessa Socio Sanitaria ricevuta la documentazione dalla Direzione Generale Aziendale avvia l'istruttoria ed il seguente iter amministrativo:
  - Acquisisce il parere del Direttore della Struttura di destinazione dell'attività di volontariato ed anche il parere del Servizio Prevenzione e Protezione, quando particolari situazioni lo richiedano;
  - Verifica la documentazione ricevuta, nonché l'iscrizione al Registro regionale dell'organizzazione richiedente;
  - Valuta la coerenza del progetto presentato con la complessiva programmazione degli obiettivi aziendali e con quelli del servizio in cui si svolgerà l'attività di volontariato. Dette valutazioni sono effettuate d'intesa con la Direzione Sanitaria Aziendale e con la direzione della struttura interessata;
  - Valuta la coerenza delle dichiarazioni dell'associazione in riferimento ai contenuti del precedente articolo 5);
  - Valuta il progetto presentato nei suoi diversi aspetti.

Tale istruttoria deve concludersi entro il termine di 90 gg. Previa nomina di un responsabile del procedimento.

In caso detta istruttoria non si conclude con il diniego motivato dell'attività di volontariato nelle strutture aziendali da parte del Direttore Generale, la Struttura Complessa Socio Sanitaria prosegue secondo il seguente iter:

- Predispone la bozza di convenzione in base allo schema tipo aziendale;
- Acquisisce la condivisione della bozza di convenzione da parte dell'organizzazione di volontariato;
- Predispone e propone alla Direzione Generale dell' Azienda ASL, l'atto deliberativo di approvazione della bozza di convenzione;
- Adottato l'atto deliberativo, provvede a predisporre quanto necessario per la sottoscrizione della convenzione, sottoponendola prima alla organizzazione di volontariato e successivamente al Direttore Generale dell' Azienda;
- Provvede all'annotazione nel repertorio aziendale per le associazioni di volontariato, appositamente istituito e alla conservazione della convenzione stipulata;
- Trasmette copia della convenzione nonché del relativo atto deliberativo di approvazione ai seguenti destinatari:
  - Direzione delle Strutture destinataria dell'attività di volontariato;
  - Organizzazione di volontariato;
  - Ufficio Relazioni con il Pubblico;
  - Servizio Prevenzione e Protezione (eventualmente);

E' fatto divieto a tutti i Dirigenti dell'Azienda di concedere autorizzazioni, nulla-osta, rilasciare attestazioni o intraprendere altre iniziative non contemplate dal presente regolamento.

L'Azienda Sanitaria Locale di Taranto assicura l'osservanza delle disposizioni in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro ai sensi del Decreto Legislativo n. 81 del 9 aprile 2008 (attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro), provvedendo in particolare:

- valutazione dei rischi attinenti alle attività svolte in Azienda dai volontari;
- All'informazione ed alla formazione in relazione ai rischi evidenziati;
- All'attuazione delle misure di prevenzione e protezione individuate come necessarie in rapporto ai rischi evidenziati;

L'Azienda Sanitaria Locale di Taranto e le organizzazioni di volontariato garantiscono reciprocamente l'osservanza di quanto sancito dal Decreto Legislativo 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

I volontari sono individuati, relativamente al trattamento dei dati personali e sensibili, quali incaricati nelle strutture destinate all'attività di volontariato e sono sottoposti alle disposizioni e regolamenti interni per la privacy come qualunque dipendente "incaricato".

### **Articolo 8**

#### **( Copertura assicurativa)**

Le organizzazioni di volontariato debbono assicurare i propri aderenti, che prestano attività di volontariato, per la responsabilità civile verso terzi il cui costo sarà rimborsato dall'Azienda sanitaria Locale di Taranto in conformità al comma 3 dell'articolo 7 della Legge 2.66/91. Inoltre le organizzazioni di volontariato provvedono ad assicurare i volontari per danni in infortunio correlati allo svolgimento dell'attività stessa.

### **Articolo 9**

#### **(Norme di tutela per volontario)**

Le attività tipiche del volontario, trattandosi delle sole attività di supporto morale e sociale e/o riguardanti le piccole incombenze della vita quotidiana del degente, qualora non riservate da norme di legge al personale con una particolare qualificazione, non sono soggette ad alcuna delle disposizioni previste in materia dalla normativa occupazionale. Anche l'eventuale possibilità di esposizione ad agenti biologici va ritenuta di tipo generico e paragonabile alle esposizioni a cui va soggetto il pubblico che a vario titolo accede nella struttura sanitaria. Pur nella considerazione di quanto sopra, si prevedono le seguenti azioni di tutela per il volontario:

a) L'organizzazione di volontariato, su richiesta del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Taranto, dovrà dimostrare, per il tramite del rappresentante legale, che i volontari sono stati sottoposti a formazione, qualificazione ed aggiornamento.

L'Azienda Sanitaria si riserva la facoltà di organizzare, direttamente o tramite il Centro Servizi Volontariato di Taranto, corsi di qualificazione rivolti alle organizzazioni di volontariato. La frequenza ai detti corsi costituirà titolo preferenziale per l'accesso alle convenzioni con l'ASL di Taranto.

b) E' fatto in ogni caso divieto al volontario di:

- Accedere per qualsiasi motivo nelle aree segnalate e delimitate da cartelli riportanti la dicitura "Zona controllata" e/o "Zona Sorvegliata" per quanto riguarda il rischio da radiazioni ionizzanti e in qualsiasi altra zona con limitazione di accesso;

- Assistere in qualsiasi forma il paziente sottoposto ad indagine di medicina nucleare con impiego di radioisotopi. Dovrà essere cura del caposala, o persona delegata, informare il volontario della presenza di individuo iniettato con materiale radioattivo e fornire le adeguate indicazioni.

#### **Articolo 10**

##### **(Verifica e controllo delle attività)**

L'Azienda ASL, mediante i Direttori della Struttura in cui è prestata attività del volontario, potrà accertare, concordando tempi e modalità con il rappresentante legale dell'organizzazione di volontariato (o un suo delegato) il regolare svolgimento e la qualità del servizio oggetto della convenzione stipulata, al fine di verificarne i risultati.

#### **Articolo 11**

##### **(Rapporti con il Centro Servizi Volontariato)**

La ASL Taranto svilupperà apposite intese con il Centro Servizi Volontariato (CSV)

finalizzate a:

- Favorire processi di innovazione nella collaborazione ASL/ODV, prevedendo anche appositi progetti, al fine di rendere più coerente e rispondente l'azione del volontariato in funzione dei nuovi bisogni legati soprattutto alla non autosufficienza;
- Sviluppare azioni di formazione mirate alle ODV in ragione della natura omogenea dell'attività ma anche delle peculiarità progettuali delle associazioni;
- Creare e sostenere forme di collaborazione tra le ODV;
- Valorizzare le piccole ODV;
- Promuovere una cultura dell'autovalutazione testando strumenti validati e condivisi di monitoraggio e valutazione delle attività di volontariato

Le eventuali intese con il CSV in merito a progetti rispondenti agli obiettivi sopra espressi saranno oggetto di apposita informativa al Comitato Consultivo Misto.

#### **Articolo 12**

##### **(Obblighi del volontari ed eventuali sanzioni)**

Ogni volontario è tenuto:

- Al rispetto della dignità e dei diritti degli utenti;
- Ad osservare un comportamento conforme al principio che ispirino la missione del volontario, mantenendo con gli altri volontari un rapporto di collaborazione che possa contribuire al buon andamento del servizio;

- Ad osservare il più rigoroso segreto sulle notizie e sui fatti dei quali può venire a conoscenza nel corso delle attività svolte ed improntare ogni servizio alla più assoluta discrezione e riservatezza;
- Ad attenersi agli eventuali accordi progettuali intervenuti con i Responsabili delle Unità Operative e/o Direzione della Struttura, per quanto di rispettiva competenza ed operare con il massimo spirito di collaborazione con il personale aziendale e con i destinatari del servizio;
- Ad intrattenere con il personale sanitario in servizio presso l'Unità Operativa di destinazione un efficace flusso di in supporto effettuato nei confronti dei pazienti;
- Ad accettare incondizionatamente le regole organizzative dell'Azienda;
- Apporre la firma di presenza nell'apposito registro;
- Rispettare le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro ed i regolamenti interni dell'Azienda;
- Mantenere la necessaria riservatezza per quanto attiene ai dati, informazioni, o conoscenze acquisiti durante la frequenza;
- Tenere un comportamento corretto verso il personale e i beni dell'Azienda;
- Indossare in maniera visibile il tesserino di riconoscimento.

### **Articolo 13**

#### **(Sospensione del volontario)**

Nel caso in cui un volontario non rispetti gli obblighi contenuti nel presente regolamento, il Responsabile dell'Unità Operativa provvede a contattare il Responsabile dell'Organizzazione per concordare l'eventuale allontanamento del volontario, dandone comunicazione alla Direzione della Struttura. Nel caso in cui emergessero elementi di gravità tali da determinare la sospensione del volontario, il Direttore Generale invierà formale lettera al Presidente dell'Organizzazione ed il volontario non potrà più avere accesso alle Strutture aziendali in qualità di volontario, salvo la eventuale successiva revoca della sospensione da parte del Direttore Generale.

### **Articolo 14**

#### **(Entrata in vigore)**

Il presente Regolamento entra in vigore alla data di approvazione del provvedimento di recepimento. Si intendono abrogate tutte le disposizioni emanate dall'Azienda Sanitaria Locale di

Taranto in contrasto con il presente Regolamento.

### **Articolo 15**

#### **(Disposizione finale)**

Ogni rapporto in essere, a qualsiasi titolo tra ASL Taranto e associazioni di volontariato cessa con l'approvazione del presente regolamento.

È garantita la prosecuzione dei progetti in essere che avessero una validità pluriennale, qualora regolamentati da apposita convenzione tra ODV e ASL e il cui termine non sia scaduto. L'instaurarsi di nuovi rapporti è soggetta alle norme del presente regolamento.

### **Articolo 16**

#### **( Norma di rinvio)**

Il presente Regolamento è integrato dalla vigente legislazione nazionale e regionale in materia di volontariato e da quella generale applicabile alle attività nello stesso previste.

## ALLEGATO 1 prestazioni previste

| <b>PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' CLINICA DI TIPO VALUTATIVO</b>                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DIAGNOSTICO</b>                                                                                                                                  |
| Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica +anamnesi + esame obiet + rilevazione parametri vitali, valutazione parametri nutrizionali) |
| Visita programmata di controllo (esame obiettivo+ rilevazione parametri vitali+monitoraggio segni e sintomi)                                        |
| Visita in urgenza                                                                                                                                   |
| Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)                                                                        |
| Compilazione diario clinico (monitoraggio segni e sintomi)                                                                                          |
| Prelievo ematico                                                                                                                                    |
| Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie ( es. urine, esame colturale ecc.)                                                                  |

| <b>PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' EDUCATIVO/RELAZIONALE/AMB</b>                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Educazione del care giver alla attività di nursing (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari ecc.)                                              |
| Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente                                                                  |
| Educazione del care giver alla corretta mobilizzazione / corretta postura del paziente                                                               |
| Educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee                                                                                        |
| Educazione del care giver alla gestione di derivazioni urinarie                                                                                      |
| Educazione del care giver alla gestione di enterostomie                                                                                              |
| Istruzione del care giver alla gestione di una terapia                                                                                               |
| Educazione del care giver alla gestione di dispositivi per la somministrazione di farmaci (pompe, elastomeri, altro) o nutrienti (tramite SNG o PEG) |
| Applicazione di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance                                                                               |
| Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi                                                             |

|                                                   |
|---------------------------------------------------|
| Colloquio con familiare / care giver              |
| Colloquio con il medico di medicina generale      |
| Colloquio con medico specialista                  |
| Supporto psicologico e supervisione delle équipes |
| Supporto psicologico per il paziente              |
| Supporto psicologico per la famiglia              |
| Visita di cordoglio - Supporto al lutto           |

|                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' CLINICA DI TIPO TERAPEUTICO</b>                                                           |
| PRESTAZIONI RELATIVE AI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI E AL MANTENIMENTO                                                             |
| DELL'OMEOSTASI                                                                                                                  |
| Prescrizione terapeutica                                                                                                        |
| Terapia iniettiva intramuscolare                                                                                                |
| Terapia iniettiva sottocutanea                                                                                                  |
| Terapia iniettiva sottocutanea in infusione                                                                                     |
| Terapia iniettiva endovenosa                                                                                                    |
| Terapia infusionale con necessità di sorveglianza medica                                                                        |
| Terapia iniettiva endovenosa in infusione                                                                                       |
| Posizionamento catetere venoso periferico                                                                                       |
| Posizionamento cateterino sottocutaneo                                                                                          |
| Gestione cateterismo sottocutaneo/ venoso periferico                                                                            |
| Gestione cateterismo venoso centrale/ sist. Port-a-cath/ PICC                                                                   |
| Assistenza/gestione pompa infusionale                                                                                           |
| Gestione cateteri spinali                                                                                                       |
| Emotrasfusione                                                                                                                  |
| Gestione drenaggi                                                                                                               |
| Paracentesi                                                                                                                     |
| Gestione tracheostomia                                                                                                          |
| Broncoaspirazione                                                                                                               |
| Verifica parametri nutrizionali ed eventuale formulazione dieta personalizzata                                                  |
| Valutazione della disfagia                                                                                                      |
| Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale enterale                                                  |
| Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parentera                                                 |
| Istruzione alla preparazione di diete a consistenza modificata                                                                  |
| Istruzione alla somministrazione di pasti con posture facilitanti                                                               |
| Posizionamento/sostituzione SNG                                                                                                 |
| Gestione SNG                                                                                                                    |
| Gestione PEG                                                                                                                    |
| Posizionamento/sostituzione/ gestione Cateterismo Vescicale                                                                     |
| Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie                                                                   |
| Gestione alvo (intervento educativo igienico-alimentare)                                                                        |
| Gestione alvo (Clistere evacuativo/evacuazione manuale)                                                                         |
| Esplorazione rettale                                                                                                            |
| Gestione enterostomie                                                                                                           |
| Irrigazione intestinale                                                                                                         |
| Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.) |
| Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche,                                                   |

|                                     |
|-------------------------------------|
| chirurgiche, post attiniche ecc.)   |
| Toilette lesione superficiale       |
| Toilette lesione profonda           |
| Sutura ferite                       |
| Rimozione dei punti/graff di sutura |

|                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE</b>                      |
| Confronto con l'équipe (riunioni periodiche- passaggio di informazioni - consegn |
| Compilazione della cartella clinica e conservazione                              |
| Segnalazione dei bisogni socio-assistenziali                                     |
| Segnalazione di cambio di setting assistenziale                                  |
| Richiesta di visita specialistica                                                |



# **SCHEDA SEGNALAZIONE - PROPOSTA PERCORSI ASSISTENZIALI**

*ΔUEGΓIO C*

**Alla Porta Unica di Accesso**

**Distretto Socio - Sanitario n. \_\_\_\_\_**

|                   |  |            |                |                                                                     |
|-------------------|--|------------|----------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Paziente</b>   |  |            | <b>Nato il</b> |                                                                     |
| <b>Cod. Fisc.</b> |  | <b>età</b> | <b>sesto</b>   | <b>M</b> <input type="checkbox"/> <b>F</b> <input type="checkbox"/> |
| <b>Residenza</b>  |  |            |                |                                                                     |
| <b>Via</b>        |  |            |                |                                                                     |
| <b>Care giver</b> |  |            |                |                                                                     |

| Indicare fino a 3 patologie principali                         | ICPC    | Descrizione |
|----------------------------------------------------------------|---------|-------------|
| MALATTIE GENERALI <input type="checkbox"/>                     | A _____ |             |
| MALATTIE SANGUE/ LINFATICI / MILZA <input type="checkbox"/>    | B _____ |             |
| MALATTIE SISTEMA DIGERENTE <input type="checkbox"/>            | D _____ |             |
| MALATTIE OCCHIO <input type="checkbox"/>                       | F _____ |             |
| MALATTIE ORECCHIO <input type="checkbox"/>                     | H _____ |             |
| MALATTIE SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO <input type="checkbox"/>   | K _____ |             |
| MALATTIE SISTEMA MUSCOLO SCHELETRICO <input type="checkbox"/>  | L _____ |             |
| MALATTIE SISTEMA NERVOVO <input type="checkbox"/>              | N _____ |             |
| DISTURBI MENTALI / PSICOLOGICI <input type="checkbox"/>        | P _____ |             |
| MALATTIE SISTEMA RESPIRATORIO <input type="checkbox"/>         | R _____ |             |
| MALATTIE CUTE E ANNESSI <input type="checkbox"/>               | S _____ |             |
| MALATTIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO <input type="checkbox"/> | T _____ |             |
| MALATTIE SISTEMA URINARIO <input type="checkbox"/>             | U _____ |             |
| MALATTIE SISTEMA GENITALE FEMMINILE <input type="checkbox"/>   | X _____ |             |
| MALATTIE SISTEMA GENITALE MASCHILE <input type="checkbox"/>    | Y _____ |             |

| Valutazione deficit                                                                          | Ausili in dotazione                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Articolari                                                          | <input type="checkbox"/> Ausili di assorbimento   |
| <input type="checkbox"/> Disturbi del linguaggio                                             | <input type="checkbox"/> Catetere                 |
| <input type="checkbox"/> Morfo - statici                                                     | <input type="checkbox"/> Sedia a rotelle          |
| <input type="checkbox"/> Sensoriali                                                          | <input type="checkbox"/> Deambulatore             |
| <input type="checkbox"/> Motori                                                              | <input type="checkbox"/> Letto con sponde         |
| <input type="checkbox"/> Disturbi dell'emoattività                                           | <input type="checkbox"/> Materasso antidecubito   |
| <input type="checkbox"/> Disturbi del sonno                                                  | <input type="checkbox"/> Ortesi                   |
| <input type="checkbox"/> Deterioramento cognitivo                                            | <input type="checkbox"/> Protesi (arto sup./inf.) |
| lieve <input type="checkbox"/> medio <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Altro                    |

|                          |                           |                          |                 |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------|
| Paziente portatore di    |                           | Lesioni da decubito      |                 |
| <input type="checkbox"/> | PEG                       | <input type="checkbox"/> | I - II stadio   |
| <input type="checkbox"/> | BNG                       |                          | sede            |
| <input type="checkbox"/> | CVC                       |                          |                 |
| <input type="checkbox"/> | Accesso Venoso Periferico | <input type="checkbox"/> | III - IV stadio |
| <input type="checkbox"/> | Catetere vescicale        |                          | sede            |

| Terapia in corso         |  | Altro                    |                        |
|--------------------------|--|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | Terapia infusionale    |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | Terapia parenterale    |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | Nutrizione enterale    |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | Nutrizione parenterale |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | Tracheostomia          |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | Colostomia             |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | Ureterocutaneostomia   |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | OLT                    |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | Altro                  |

| Esami ematochimici (risultati di rilievo) |  | Indagini strumentali di rilievo |  |
|-------------------------------------------|--|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/>                  |  | <input type="checkbox"/>        |  |
| <input type="checkbox"/>                  |  | <input type="checkbox"/>        |  |
| <input type="checkbox"/>                  |  | <input type="checkbox"/>        |  |
| <input type="checkbox"/>                  |  | <input type="checkbox"/>        |  |

| INDICE DI BARTHEL ( Vedi situazione funzionale SVAMA )     |                                                                          |    |    |    |           |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----|----|----|-----------|
| ATTIVITA' DI BASE                                          |                                                                          |    |    |    | PUNTEGGIO |
| ALIMENTAZIONE                                              | 0                                                                        | 2  | 5  | 8  | 10        |
| BAGNO / DOCCIA (lavarsi)                                   | 0                                                                        | 1  | 2  | 4  | 5         |
| IGIENE PERSONALE                                           | 0                                                                        | 1  | 2  | 4  | 5         |
| ABBIGLIAMENTO                                              | 0                                                                        | 2  | 5  | 8  | 10        |
| CONTINENZA INTESTINALE                                     | 0                                                                        | 2  | 5  | 8  | 10        |
| CONTINENZA URINARIA                                        | 0                                                                        | 2  | 5  | 8  | 10        |
| USO DEL WC                                                 | 0                                                                        | 2  | 5  | 8  | 10        |
| TOTALE                                                     |                                                                          |    |    |    |           |
| MOBILITA'                                                  |                                                                          |    |    |    | PUNTEGGIO |
| TRASFERIMENTO LETTO SEDIA O CARROZZINA                     | 0                                                                        | 3  | 7  | 12 | 15        |
| DEAMBULAZIONE                                              | 0                                                                        | 3  | 7  | 12 | 15        |
| USO CARROZZINA (compilare se punteggio DEAMBULAZIONE = 15) | 10                                                                       | 11 | 12 | 14 | 15        |
| SCALE                                                      | 0                                                                        | 2  | 5  | 8  | 10        |
| TOTALE                                                     |                                                                          |    |    |    |           |
| Recupero clinico-funzionale previsto                       |                                                                          |    |    |    |           |
| <input type="checkbox"/>                                   | Buone probabilità di recupero funzionale                                 |    |    |    |           |
| <input type="checkbox"/>                                   | Buone probabilità di recupero funzionale ad elevato rischio di recidiva  |    |    |    |           |
| <input type="checkbox"/>                                   | Minime probabilità di recupero funzionale                                |    |    |    |           |
| <input type="checkbox"/>                                   | Minime probabilità di recupero funzionale ad elevato rischio di recidiva |    |    |    |           |

**Bisogni rilevati**

|                          |                                        |                          |                                            |
|--------------------------|----------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ASSISTENZA PROTESICA                   | <input type="checkbox"/> | ASSISTENZA SPECIALISTICA                   |
| <input type="checkbox"/> |                                        | <input type="checkbox"/> |                                            |
| <input type="checkbox"/> |                                        | <input type="checkbox"/> |                                            |
| <input type="checkbox"/> | ASSISTENZA RIABILITATIVA DOMICILIARE   | <input type="checkbox"/> | ASSISTENZA SOCIO SANITARIA                 |
| <input type="checkbox"/> | ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE | <input type="checkbox"/> | ASSISTENZA RESIDENZIALE O SEMIRESIDENZIALE |

**TIMBRO E FIRMA**

Medico

Struttura Proponente ASL TA

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ informato/a sulla su esposta proposta per il trattamento di cure rivolto alla mia persona, acconsento alla sua attuazione con l'intervento del personale specificato nei tempi e nei modi previsti dallo stesso. Autorizzo / non autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 del D. Lgs 196/2003.

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

( firma dell'interessato o di chi ne fa le veci)

**RISERVATO AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LS**

| PERCORSO ASSISTENZIALE PROPOSTO |                            | PREST. PARTICOLARE IMPEGNO PROFESSIONALE |  |
|---------------------------------|----------------------------|------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/>        | ADP                        | <input type="checkbox"/>                 |  |
| <input type="checkbox"/>        | ADI                        | <input type="checkbox"/>                 |  |
| <input type="checkbox"/>        | ADT                        | <input type="checkbox"/>                 |  |
| <input type="checkbox"/>        | STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE | <input type="checkbox"/>                 |  |
| <input type="checkbox"/>        | STRUTTURA RESIDENZIALE     | <input type="checkbox"/>                 |  |
| <input type="checkbox"/>        | ALTRO                      | <input type="checkbox"/>                 |  |

**Motivazione richiesta**

|                          |                                                                                                             |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Impossibilità permanente a deambulare                                                                       |
| <input type="checkbox"/> | Impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni                                         |
| <input type="checkbox"/> | Patologie che necessitano di controlli frequenti e/o integrati per condizioni cliniche e/o socio-ambientali |

**ACCESSI PROPOSTI DAL MMG O PLS**

**ACCESSI CONCORDATI**

|                          |              |                          |              |
|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Settimanali  | <input type="checkbox"/> | Settimanali  |
| <input type="checkbox"/> | Quindicinali | <input type="checkbox"/> | Quindicinali |
| <input type="checkbox"/> | Mensili      | <input type="checkbox"/> | Mensili      |
| <input type="checkbox"/> | Altro        | <input type="checkbox"/> | Altro        |

**TIMBRO E FIRMA**

Del Medico di MG o PLS

**TIMBRO E FIRMA**

Del DIRIGENTE U.O. Medicina Generale

## KARNOFSKY · PERFORMANCE STATUS

| ATTIVITA' LAVORATIVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ATTIVITA' QUOTIDIANE                                       | CURA PERSONALE               | SINTOMI/ SUPPORTO SANITARIO                                                 | PUNTEGGIO |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| COMPLETA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | COMPLETA                                                   | COMPLETA                     | COMPLETA                                                                    | 100       |
| DIFFICOLTA' LIEVE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | LIEVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE                              | COMPLETA                     | SEGNI/SINTOMI MINORI<br>Calo ponderale < 5%<br>Calo energie *               | 90        |
| DIFFICOLTA' LIEVE - GRAVE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | DIFFICOLTA' LIEVE - MODERATA<br>(camminare/guidare)        | LIEVE DIFFICOLTA'            | ALCUNI SINTOMI<br>Calo ponderale < 10%<br>Calo moderato di energie**        | 80        |
| INABILE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | DIFFICOLTA' MODERATA<br>(si muove prevalentemente in casa) | MODERATA DIFFICOLTA'         | ALCUNI SEGNI E SINTOMI<br>(calo grave di energie)                           | 70        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | GRAVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE/ GUIDARE                     | DIFFICOLTA' MODERATA - GRAVE | SEGNI/SINTOMI MAGGIORI<br>Gravè calo ponderale >10%***                      | 60        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ALZATO PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA                     | GRAVE DIFFICOLTA'            | SUPPORTO SANITARIO FREQUENTE<br>Paziente ambulatoriale                      | 50        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | A LETTO PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA                    | LIMITATA CURA DI SE'         | ASSISTENZA SANITARIA STAORDINARIA<br>(frequenza e tipo di intervento)       | 40        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | INABILE                                                    | INABILE                      | INDICATO RICOVERO OSPEDALIERO/ DOMICILIO<br>SUPPORTO SANITARIO INTENSIVO    | 30        |
| <b>ASSEGNARE IL LIVELLO COMPLESSIVO IN BASE AL CRITERIO MAGGIORITARIO TENENDO CONTO DELLA VALENZA MAGGIORE (PRIORITA') DI "ATTIVITA' QUOTIDIANE" E "CURA PERSONALE":</b><br><br>* saltuari: non condizionanti supporti terapeutici continuativi<br>** saltuari o costanti: spesso supporto terapeutico<br>*** costanti - invalidanti condizionanti: supporto terapeutico |                                                            |                              | GRAVE COMPROMISSIONE DI UNA O PIU' FUNZIONI VITALI<br><b>IRREVERSTIBILE</b> | 20        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                            |                              | RAPIDA PROGRESSIONE PROCESSI BIOLOGICI MORTALI                              | 10        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                            |                              | DECEDUTO                                                                    | 0         |

AUEGATO D



AMBITO TERRITORIALE N. \_\_\_\_\_

COMUNI: \_\_\_\_\_

A.S.L. TARANTO

**DOMANDA DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI INTEGRATI**

Alla P.U.A.

c/o il Distretto Socio-Sanitario n. \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_ A.S.L. TA

Per tramite di \_\_\_\_\_

Il/La richiedente \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_  
(Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
Domiciliato (se diverso dalla residenza) in Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Tel./cell. \_\_\_\_\_  
Sesso: M ☐ F ☐ Stato civile \_\_\_\_\_

*In caso di rappresentante legale (genitore, tutore, curatore, amministratore di sostegno, etc..) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/2000):*

Il Sig./La Sig.ra \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
Tel./cell. \_\_\_\_\_

In qualità di: ☐ rappresentante legale del richiedente (specificare) \_\_\_\_\_  
☐ persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela) \_\_\_\_\_

TIPO DI PRESTAZIONE RICHIESTA: Domiciliare ☐ Semiresidenziale ☐ Residenziale ☐  
Altro ☐ (specificare) \_\_\_\_\_

MMG/PLS dell'utente \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Studio medico, Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Altro Medico Proponente: (specificare nome e cognome, struttura di appartenenza) \_\_\_\_\_

In caso di urgenza contattare \_\_\_\_\_ Tel./fax \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ 11/2 \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



**Consenso informato privacy**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
in qualità di (specificare) \_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**

il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del d.lgs 196/03

SI ☐

NO ☐

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

2/2

# Allegato 1 STANDARD QUALIFICANTI I LEA CURE DOMICILIARI

| Profilo di cura                                       | Natura del bisogno         | Intensità                    | Durata Media | Complessità                                                                                                                                                                      |                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                       |                            | (CIA= GEA/GDC) <sup>17</sup> |              | Mix delle figure professionali / impegno assistenziale                                                                                                                           | Operatività del servizio (fascia oraria 8-20)                                                                         |
|                                                       |                            |                              |              | Figure professionali previste in funzione del PAI <sup>28</sup> e tempo medio in minuti per accesso domiciliare                                                                  |                                                                                                                       |
| CD Prestazionali (Occasionali o cicliche programmate) | Clinico Funzionale         |                              |              | Infermiere (15-30')<br>Professionisti della Riabilitazione (30')<br>Medico (30')                                                                                                 | 5 giorni su 7<br>8 ore die                                                                                            |
| CD Integrate di Primo Livello                         | Clinico Funzionale Sociale | Fino a 0,30                  | 180 giorni   | Infermiere (30')<br>Professionisti della Riabilitazione (45')<br>Medico (30')<br>Operatore sociosanitario (60')                                                                  | 5 giorni su 7<br>8 ore die                                                                                            |
| CD Integrate di Secondo Livello                       | Clinico Funzionale Sociale | Fino a 0,50                  | 180 giorni   | Infermiere (30-45')<br>Professionisti della Riabilitazione (45')<br>Dietista (30')<br>Medico (45')<br>Operatore sociosanitario (60-90')                                          | 6 giorni su 7<br>10 ore die da lunedì a venerdì<br>6 ore il sabato                                                    |
| CD Integrate di Terzo Livello                         | Clinico Funzionale Sociale | Superiore a 0,50             | 90 giorni    | Infermiere (60')<br>Professionisti della Riabilitazione (60')<br>Dietista (60')<br>Psicologo (60')<br>Medico e/o Medico Specialista (60')<br>Operatore sociosanitario (60-90')   | 7 giorni su 7<br>10 ore die da lunedì a venerdì<br>6 ore die sabato e festivi<br>Pronta disponibilità medica ore 8/20 |
| Cure Palliative malati terminali                      | Clinico Funzionale Sociale | Superiore a 0,60             | 60 giorni    | Infermiere (60')<br>Professionisti della Riabilitazione (60')<br>Dietista (60')<br>Psicologo (60')<br>Medico e/o Medico Specialista (60')<br>Operatore sociosanitario (60 - 90') | 7 giorni su 7<br>10 ore die da lunedì a venerdì<br>6 ore die sabato e festivi<br>Pronta disponibilità medica 24 ore   |

<sup>17</sup> CIA = Coefficiente Intensità Assistenziale; GEA= Giornata Effettiva Assistenza; GDC= Giornate Di Cura (durata PAI)  
<sup>28</sup> PAI = Programma Assistenziale Individuale

## Anno 2014

Pazienti in Cure Domiciliari AIL fatturati alla ASL n. **155**, come da convenzione n. 173 del 17.02.2014.

Pazienti trattati dal Servizio di Cure Domiciliari AIL al di fuori della Convenzione n. **72**

**TOTALE 227**

La Presidente  
Paola D'Andria  


Taranto 22.01.2015

**Organico Servizio di Cure Domiciliari AIL sez. di Taranto ONLUS**

- **3 medici ( 2 palliativisti e 1 ematologo ), con un rapporto di lavoro libero professionale:**

Dr Roberto Brundisini, Direttore Sanitario Cure Domiciliari Ta,  
Palliativista

Dr Giovanni Dell'Erba, Ematologo

Dr Mariano Bruni, Palliativista

- **4 infermieri:**

Dott. Cosimo Marco Frascella, assunto a tempo indeterminato

Dott.ssa Roberta Grassi, assunta a tempo indeterminato

Dott.ssa Sara Lamanna, assunta a tempo indeterminato

Dott. Gabriele Modeo, assunto a tempo indeterminato

- **1 psiconcologo, con rapporto di lavoro libero professionale:**

Dott.ssa Carmela Tanese, iscritta all'albo nazionale degli  
Psiconcologi ( II livello )

- **1 segretaria, assunta a tempo indeterminato part-time:**

Dott.ssa Federica Melca

- **1 informatico, assunto a tempo indeterminato part-time:**

Sig. Francesco Buttari

- **1 responsabile degli approvvigionamenti, assunto a tempo indeterminato part-time:**

Sig. Giuseppe Di Maggio

- 2 tecniche di laboratorio, distaccate presso Laboratorio Analisi dell'Ematologia di Taranto, **assunte a tempo indeterminato a tempo pieno:**

Sig.ra Stefania De Pasquale

Dott.ssa Simona Scafa

La Presidente  
Paola D'Andria  


Taranto, 22.01.2015

## **CONTINUITA' ASSISTENZIALE di CURE DOMICILIARI SPECIALISTICHE A.I.L. DESTINATE A PAZIENTI EMATOLOGICI**

### **Premessa**

Dalla pratica clinica e da diverse esperienze riportate in letteratura è noto che la cura della persona affetta da malattia del sangue richiede l'integrazione fra soluzioni organizzative diverse.

**Le Cure domiciliari AIL** – sistema di gestione attivo del paziente ematologico, basato sulla continuità e sull'umanizzazione della cura – hanno dimostrato di svolgere un ruolo essenziale in tutte le fasi del percorso assistenziale ( terapie causali attive, di contenimento, palliative e di supporto ).

Oltre agli indiscutibili vantaggi di ordine sociale e agli effetti positivi sulla qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie, sono evidenti benefici sia di carattere economici sia in termini sanitari ( possibile riduzione di complicanze infettive da germi ospedalieri resistenti ).

È stata inoltre dimostrata la possibilità di applicazione domiciliare di programmi di cure efficaci nel contenimento di sintomi di maggiore complessità, che possono complicare il decorso del paziente ematologico con malattia in fase avanzata e progressiva.

È altresì assodato in letteratura che il paziente ematologico presenta caratteristiche cliniche e bisogni peculiari tali da richiedere strette sinergie fra figure professionali e competenze specialistiche; da qui la necessità di modelli assistenziali

specificamente dedicati, non sostituibili da servizi territoriali operanti per altri pazienti cronici.

## **Le Cure Domiciliari Ematologiche a Taranto e Provincia**

A Taranto e Provincia, dal 1997, l'AIL ONLUS ha condotto esperienze significative di Cure Domiciliari, grandemente anticipatorie dell'evoluzione a cui il SSN è attualmente giunto, in termini di valorizzazione clinico assistenziale e sociale dell'assistenza domiciliare.

Cogliendo un bisogno sempre più pressante di qualificazione e di umanizzazione dell'assistenza da parte dei pazienti ematologici e delle loro famiglie, l'AIL di Taranto, soprattutto nell'ultimo decennio, ha sviluppato un progetto di continuità assistenziale in ematologia **che ci vede assistere annualmente oltre 160 pz, con un servizio in rete con la struttura ospedaliera di provenienza dei pz e la medicina territoriale.**

L'Equipe è composta da:

- **3 medici ( 2 palliativisti e 1 ematologo ), con un rapporto di lavoro libero professionale:**

Dr Roberto Brundisini, Direttore Sanitario Cure Domiciliari Ta, Palliativista

Dr Giovanni Dell'Erba, Ematologo

Dr Mariano Bruni, Palliativista

- **4 infermieri:**

Dott. Cosimo Marco Frascella, assunto a tempo indeterminato

Dott.ssa Roberta Grassi, assunta a tempo indeterminato

Dott.ssa Sara Lamanna, **assunta a tempo indeterminato**

Dott. Gabriele Modeo, **assunto a tempo indeterminato**

- 1 psiconcologo, **con rapporto di lavoro libero professionale:**

Dott.ssa Carmela Tanese, iscritta all'albo nazionale degli Psiconcologi  
( II livello )

Il servizio è supportato da un ufficio amministrativo composto da:

- 1 segretaria che provvede alla rendicontazione mensile ai DSS, all'archivio delle cartelle cliniche cartacee e a tutte l'aspetto burocratico, **assunta a tempo indeterminato part-time:**

Dott.ssa Federica Melca

- 1 informatico che cura la cartella clinica elettronica, **assunto a tempo indeterminato part-time:**

Sig. Francesco Buttari

- 1 responsabile degli approvvigionamenti, **assunto a tempo indeterminato part-time**

Sig. Giuseppe Di Maggio

La Sezione AIL TA sostiene, inoltre, il costo dell'**assunzione a tempo indeterminato** di 2 tecniche di laboratorio che da 14 anni prestano il loro servizio presso il Laboratorio Analisi dell'Ematologia di Taranto, che, altrimenti ne sarebbe privo, per diminuire i tempi di attesa:

Sig.ra Stefania De Pasquale

Dott.ssa Simona Scafa

**Il Servizio di Cure Domiciliari di TA** ha ottenuto la certificazione di qualità ( SISTEMA GESTIONE DI QUALITA' Cert. N. 932/A/2014, attestante la conformità ai requisiti della norma UNI EN ISO9001:2008 e certificazione SW/IT/A 103/2014 di conformità al protocollo SWINET SASDO )

L'esperienza ci ha consentito di individuare, per le diverse tipologie di pz, distinti modelli operativi descritti nel documento della Commissione Nazionale del Ministero della Salute per la definizione e l'aggiornamento dei LEA ( nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare ), organizzata per differenti obiettivi e finalità di intervento:

**1. Persone con patologie ematologiche croniche non autosufficienti ( C.D. di 1° e 2° livello )**

Pazienti che non sono in grado di accedere autonomamente alle prestazioni offerte dalle strutture ambulatoriali e di Day Hospital della S. C. di Ematologia a causa dell'età avanzata, di invalidità o di impedimenti sociali. Il trattamento consiste nella somministrazione periodica e programmata di farmaci ( anche chemioterapici ) e di emocomponenti. La terapia trasfusionale è erogata a domicilio, garantendo al paziente un " percorso protetto " che va dalla richiesta dell'emocomponente ( globuli rossi, piastrine ) alla comunicazione al paziente della acquisizione della sacca, alla trasfusione a domicilio.

**2. Persone con malattia in fase avanzata e terminale ( C. D. di 3° livello e Cure Palliative )**

Sono pazienti in fase avanzata di malattia che beneficiano di un programma a domicilio di cure palliative specialistiche ematologiche con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita e di accompagnare la progressione irreversibile della patologia primitiva e delle complicanze quali infezioni, emorragie, astenia oltre che all'attività neoplastica e alle sindromi dolorose fino al decesso in condizioni di dignità e di contenimento del quadro sintomatologico.

**3. Persone in trattamento chemioterapico attivo e post-trapianto di cellule staminali emopoietiche ( C. D. di 3° livello )**

Questa ultima modalità assistenziale è rivolta a:

- Pazienti sottoposti a chemioterapia di induzione e di consolidamento della remissione, dimessi precocemente in fase di citopenia

- Pazienti sottoposti ad alte dosi di chemioterapia e trapianto di cellule staminali, dimessi precocemente in fase di citopenia
- Pazienti temporaneamente non autosufficienti che ricevono a domicilio trattamenti causali con finalità eradicanti, ma non intensivi (antiblastici per via orale e/o combinazioni terapeutiche comprendenti antiblastici per via endovenosa il cui impiego sia consentito a domicilio).
- Pazienti clinicamente stabili che necessitano di terapie di supporto, quali terapie antibiotiche, antivirali, ed antifungine, somministrazione di emocomponenti, terapia nutritiva e di idratazione, ecc., per complicanze di trattamento (infezioni, mucositi, citopenie).

Il team di cure domiciliari esegue in questa fase controlli clinici e di laboratorio con cadenza periodica, erogando prestazioni secondo protocolli definiti. Gli obiettivi sono rappresentati dal miglioramento della qualità di vita, dalla prevedibile riduzione sia delle complicanze infettive sia del numero delle giornate di degenza non strettamente necessarie al conseguimento dell'obiettivo terapeutico, in strutture ospedaliere ad alta specializzazione.

Per tali pazienti è assicurata una reperibilità infermieristica e medica nelle 24 ore, **integrata da un necessario rapporto di collaborazione continua con le Ematologie di riferimento, per la gestione condivisa delle problematiche e per una pronta ospedalizzazione in caso di complicanze non gestibili con le stesse garanzie di sicurezza e di efficacia in ambito domiciliare.**

A tutti i pz viene assicurato un monitoraggio dei sintomi, con interventi programmati e d'urgenza nelle 24 ore, garantiti da una pronta reperibilità medica e infermieristica.

**Il servizio è rivolto a tutti i pazienti aventi diritto, residenti a Taranto e Provincia.**

## Dati relativi alle prestazioni ( anno 2014 )

- pazienti seguiti n. 227 ( anno 2013 pazienti seguiti n. 195 )
- pazienti in linea al giorno ( media annua ) n. 69
- accessi medici n. 1943
- accessi infermieristici n. 7022
- trasfusioni n. 2019
- chemioterapie n. 586
- visite psicologiche n. 245
- interventi fisioterapici n. 66

## Obiettivi

### **Implementare le Cure Domiciliari Ematologiche.**

- **migliorare** la qualità di vita dei pazienti assistendoli con un approccio multidisciplinare nel loro ambiente familiare.
- **ridurre** il ricorso ai ricoveri impropri e promuovere le dimissioni anche precoci dai Reparti di degenza ordinaria con conseguente risparmio sulle spese di ricovero ed eliminando parte delle passività registrate in ragione della ormai accertata sottostima delle tariffe DRG rispetto ai costi effettivi di assistenza.
- **attuare** la continuità assistenziale ospedale-territorio, assicurata da un rapporto diretto tra medici che si traduce in una lista d'attesa inesistente, visto che nel 99% dei casi l'attesa è pari a zero.
- **registrare** la soddisfazione dei pazienti e delle loro famiglie nell'avere un chiaro punto di riferimento con reperibilità h 24 per tutti i giorni dell'anno
- **svolgere** un'attività di formazione in Cure palliative e in organizzazione delle Cure Domiciliari per gli operatori interessati

## Conclusioni



La cura a domicilio è sicuramente la nuova frontiera della medicina, proprio perché permette di attribuire agli interventi la caratteristica del “prendersi cura”.

La decennale esperienza dell’AIL di Taranto ci ha insegnato che la persona malata e la famiglia si riappropriano nel proprio domicilio del ruolo di protagonisti della vicenda che li ha così pesantemente coinvolti e il rapporto con gli operatori diventa “paritario”, esclusivo ( non c’è nessuna altra persona malata accanto a me ), non frettoloso, forte.

Presto la persona ammalata e la famiglia, quasi sempre all’inizio timorosi di lasciare l’ospedale e di vivere un abbandono, si ricredono e scoprono i vantaggi della cura a domicilio.

Questo non è comunque un risultato banalmente scontato.

Gli operatori devono essere formati ( si deve garantire loro realmente una formazione professionale continua ), sostenuti, motivati e garantiti in questo difficile lavoro. La struttura ospedaliera protegge l’operatore che, a domicilio, perde questa “protezione” e deve potersi avvalere di strumenti professionali e umani.

L’AIL, quando ha deciso di offrire questo Servizio alle persone affette da malattie ematologiche, lo ha fatto come solo una Associazione di Volontariato no profit può fare: ha messo in campo la forza che viene dallo spirito di solidarietà e condivisione organizzando un servizio che vede al centro di ogni intervento il paziente.

**E’ per questo che abbiamo chiesto e ottenuto la convenzione con la ASL ( che ci autorizza a prendere in cura il paziente e ci sostiene, in parte, economicamente ), abbiamo lavorato per ottenere la certificazione di qualità, abbiamo garantito ai nostri operatori un rapporto di lavoro stabile e sicuro, garantiamo loro un aggiornamento e una formazione continua.**

Riteniamo che questi siano gli strumenti che abbiamo per garantire ai nostri pazienti un servizio efficace ed efficiente.

E poi c'è l'aspetto più esaltante: quello di tanti volontari sempre mobilitati a raccogliere fondi per sostenere questo servizio, certi di fare una cosa buona e utile, ma difficile tanto più in un momento come questo e in una città martoriata come la nostra, che però merita l'attenzione di tutti.

La Presidente  
Paola D'Andria

