regione campania

aslnapoli3sud

Torre Del Greco

ORIGINALE

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

N.000463 DEL

§§

OGGETTO: REVOCA DELIBERA N. 110/2014 AD OGGETTO "CURE DOMICILIARI – REGOLAMENTO AZIENDALE" E PRESA D' ATTO ED APPROVAZIONE NUOVO REGOLAMENTO AZIENDALE DELLE CURE DOMICILIARI.

PUBBLICAZIONE		ESECUTIVITA'	
AFFISSIONE ALBO	RELATA	ORDINARIA	IMMEDIATA
La presente deliberazione sarà affissa all'Albo Pretorio informatico dell' Azienda dal 07 AGO. 2015 e vi permarrà per 15 giorni consecutivi. L'incaricato	La presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio informatico dell' Azienda per 15 giorni consecutivi dalla data della sua pubblicazione L'incaricato	La presente deliberazione ha efficacia a decorrere dal Il Dirigente	La presente deliberazione per l'urgenza, è resa immediatamente esecutiva. 04 AGO. 2015 Il Commissario Straordinario (Dott. Salvatore Panaro)

Nell'anno, giorno e mese sopra specificati,

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Salvatore Panaro, nominato con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 13 del 16 gennaio 2015 in esecuzione della legge Regionale n. 16 del 28.11.2008 e n. 16 del 07.08.2014 con l'assistenza del Segretario verbalizzante, ha adottato la deliberazione in oggetto di cui al testo che segue:

U.O.C. Fasce Deboli
N. 01

Oggetto: Revoca delibera n. 110/2014 ad oggetto "Cure Domiciliari - Regolamento aziendale" e presa d'atto ed approvazione Nuovo Regolamento Aziendale delle Cure Domiciliari

Il Dirigente responsabile della U.O.C. Servizio Fasce Deboli

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Dirigente responsabile della predetta U.O.C. Servizio Fasce Deboli e dalle risultanze degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa dal medesimo Dirigente proponente a mezzo di sottoscrizione della presente;

dichiarata altresì espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di responsabile del trattamento, anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi di cui al D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, con consequenziale esclusiva assunzione di responsabilità;

dichiarata, infine, la conformità del presente atto ai principi di cui alla Legge 6 novembre 2012, n. 190;

VISTI

- il D.C.A. Regione Campania n.49/2010 con il quale sono definite le aree prioritarie di intervento per la riorganizzazione della rete territoriale con particolare riguardo al sistema delle cure domiciliari;
- la D.G.R.C. n.41 del 14.02.2011, che definisce il sistema dei servizi domiciliari in Campania ed approva le linee di indirizzo recanti profili di cura e standard assistenziali;
- la D.G.R.C. n.1826 del 04.05.2001 "Linee di programmazione regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- il documento del Ministero della Salute - Comitato Ospedalizzazione a Domicilio (D.M. del 12/04/2002) - Sperimentazione di un sistema di Ospedalizzazione Domiciliare;
- il documento del Ministero della Salute - Comitato Ospedalizzazione a Domicilio - Documento Conclusivo: "Caratterizzazione dei Servizi di Cure Domiciliari" del 30.11.2002;
- la D.G.R.C. n.3329 pubblicata sul B.U.R.C, n. 58 del 09 dicembre 2003 - Area Generale di Coordinamento N. 20 - Assistenza Sanitaria - "Linee guida per l'attivazione della rete integrata di Assistenza ai Malati terminali tra gli Hospice, i Servizi e le strutture esistenti sul territorio preposto alle Cure Palliative" (DGRC n .4408 del 26.09.2001);
- la Legge Regionale n.11 del 23.10.2007 "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della Legge 8.11.2000, n. 328";
- il documento del Ministero della Salute ottobre 2006 "Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA: nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio";
- il documento del Ministero della Salute anno 2007: "Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche";
- la D.G.R.C. n.1098 del 22.06.2007 - Approvazione del documento "Linee guida per l'Assistenza Domiciliare Oncologica";
- il D.M. del 17.12.2008 "Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare";

- il Decreto Regione Campania n.22 del 22.03.2011 "Approvazione Piano Sanitario Regionale 2011-2013";
- la Legge n.38 del 15.03.2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore";
- la D.G.R.C. n.41 del 14.02.2011 "Approvazione del documento recante linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari: Il Sistema dei Servizi Domiciliari in Campania";
- la Delibera del Commissario Straordinario ASL Napoli 3 Sud n.772 del 27.06.2011 ad oggetto: Documento di valutazione "Cure Domiciliari" ASL Napoli 3 Sud;
- il D.C.A. n.128 del 10.10.2012 "Presa d'atto del parere ministeriale n. 146 del 18.05.2011 Modifica del decreto 4 del 10 gennaio 2011 - Determinazione tariffe prestazioni residenziali per l'assistenza al Malato terminale. Rif. punto 16 Deliberazione Consiglio dei Ministri del 24.07.2009 e approvazione del documento recante Linee d'indirizzo per l'accesso alla rete delle cure palliative, standard e profili professionali ";
- il D.C.A. n.1 del 07.01.2013 – Approvazione documento recante "Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania" – che tra l'altro declina per livelli di complessità e intensità assistenziale ciascun profilo di cure domiciliari e determina il sistema tariffario per le cure domiciliari;

PREMESSO CHE

- dall'adozione della delibera aziendale n.110/2014 ad oggetto: "Cure Domiciliari – Regolamento aziendale" sono stati emanati, dalla Regione Campania, diversi D.C.A. che hanno stabilito nuove modalità organizzative e di presa in carico per alcune importanti tipologie di pazienti, assistiti in modo prevalente al loro domicilio:

  - Decreto Commissario ad Acta n.21 del 09.03.2015 "Approvazione delle linee di indirizzo regionali - Percorso per la presa in carico assistenziale e riabilitativa del paziente con disordini della coscienza da grave cerebrolesione acquisita";
  - Decreto Commissario ad Acta n.22 del 10.03.2015 – Applicazione Legge n. 38/2010- Costituzione della Rete Regionale di terapia del dolore. Approvazione documento "Rete di terapia del dolore in Regione Campania: Individuazione dei nodi della rete, requisiti, compiti, funzioni";
  - Decreto Commissario ad Acta n.46 del 25.05.2015 Oggetto: "Cure domiciliari malati terminali. L.R. n. 5/2013 art. 1 c. 59 – modalità attuative";
  - Decreto Commissario ad Acta n.51 del 27.05.2015 Oggetto: "Approvazione di indirizzi operativi per l'implementazione della rete territoriale dei servizi socio-sanitari e percorsi integrati in favore di persone adulte affette da Sclerosi laterale Amiotrofica (SLA) e malattie del motoneurone";

RILEVATO

- che il Regolamento aziendale sulle Cure Domiciliari, di cui alla delibera aziendale n.110/2014, debba essere necessariamente revocato a motivo delle recenti normative emesse dalla Regione Campania in tema di Cure Domiciliari;

RITENUTO

- di dover revocare la delibera aziendale n.110/2014 ad oggetto: "Cure Domiciliari – Regolamento aziendale", aggiornando i percorsi definiti con le norme regionali emanate a tutt'oggi;

- di realizzare un modello organizzativo delle Cure Domiciliari uniforme, su tutto il territorio aziendale, secondo la determinazione del livello, del profilo e dell'intensità assistenziale, ai sensi del D.C.A. n.1/2013;

PROPONE AL COMMISSARIO STRAORDINARIO

- di revocare la delibera aziendale n.110/2014 ad oggetto: "Cure Domiciliari – Regolamento aziendale";
- di prendere atto ed approvare il Nuovo Regolamento Aziendale delle Cure Domiciliari, che si allega alla presente deliberazione per farne parte integrale e sostanziale;
- di conferire mandato al Dirigente responsabile della U.O.C. Servizio Fasce Deboli, proponente la presente deliberazione, di procedere alla adozione di tutti i necessari provvedimenti per la piena applicazione del presente Nuovo Regolamento delle Cure Domiciliari ed alla più ampia diffusione dello stesso presso tutte le articolazioni aziendali coinvolte.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Preso atto della dichiarazione resa dal dirigente proponente con la sottoscrizione, in ordine alla regolarità tecnica ed amministrativa del presente atto, nonché relativa alla conformità dello stesso atto alle disposizioni vigenti in materia di tutela della privacy.

D E L I B E R A

- di revocare la delibera aziendale n.110/2014 ad oggetto: "Cure Domiciliari – Regolamento aziendale";
- di prendere atto ed approvare il Nuovo Regolamento Aziendale delle Cure Domiciliari, che si allega alla presente deliberazione per farne parte integrale e sostanziale;
- di conferire mandato al Dirigente responsabile della U.O.C. Servizio Fasce Deboli, proponente la presente deliberazione, di procedere alla adozione di tutti i necessari provvedimenti per la piena applicazione del presente Nuovo Regolamento delle Cure Domiciliari ed alla più ampia diffusione dello stesso presso tutte le articolazioni aziendali coinvolte;
- atto non soggetto a controllo.

Il Dirigente proponente sarà responsabile in via esclusiva della esecuzione della presente deliberazione, che viene resa data l'urgenza immediatamente esecutiva, curandone tutti i consequenziali adempimenti.

Nuovo Regolamento Aziendale delle Cure Domiciliari

Indice

Riferimenti normativi..... pg.3
Art. 1 Definizione..... pg.7
Art. 2 Obiettivi principali delle Cure Domiciliari..... pg.7
Art. 3 Tipologia delle Cure Domiciliari..... pg.7
Art. 4 Tipologia di Cure Domiciliari e prestazioni connesse..... pg.8
Art. 4. 1 Cure domiciliari di tipo prestazionale occasionale o ciclico programmato... pg.8
Art. 4. 2 Cure domiciliari Integrate di primo e secondo livello..... pg.8
Art. 4. 3 Cure domiciliari Integ. di terzo livello e cure palliative a malati terminali.. pg.10
Art. 5 I soggetti ed i ruoli nell'ASL Napoli 3 Sud..... pg.14
Art. 5. 1 Ruolo, funzioni e attività dell'U.O.C. Servizio Fasce Deboli..... pg.15
Art. 5. 2 Ruolo, funzioni e attività dell'U.O.S. Assistenza Domiciliare Integrata..... pg.15
Art. 5. 3 Ruolo, funzioni e attività dell'U.O.S. Assistenza Domiciliare Ospedaliera.. pg.16
Art. 5. 4 Ruolo, funzioni e attività dell'UU.OO. Distrettuali..... pg.18
Art. 5. 5 Ruolo, funzioni e attività dei M.M.G./P.L.S..... pg.19
Art. 5. 6 Ruolo, funzioni e attività dell' Assistenza Specialistica Ambulatoriale..... pg.19
Art. 5. 7 Ruolo, funzioni e attività delle UU.OO. Terapia del Dolore e Cure Palliative a Pazienti terminali..... pg.20
Art. 5. 8 Unità Operative Semplici di Nutrizione Artificiale Domiciliare – N.A.D..... pg.22
Art. 5. 9 Ruolo, funzioni e attività della Rete Aziendale Riparazione Tessutale nelle Cure Domiciliari..... pg.25
Art. 5. 10 Ruolo, funzioni e attività delle UU.OO. Ospedaliere pg.26
Art. 5. 10. 1Consulenze specialistiche ospedaliere a domicilio..... pg.26
Art. 6 Procedure per l'attivazione delle Cure Domiciliari..... pg.27
Art. 6.1 Richiesta di presa in carico attraverso la Porta Unitaria di Accesso-P.U.A. pg.27
Art. 6. 2 La proposta di ammissione alle cure domiciliare integrate..... pg.28
Art. 6. 3 Criteri di ammissione alle cure domiciliari..... pg.29
Art. 6. 4 La valutazione multidimensionale delle Unità Valutazione Integrata-U.V.I. pg.29
Art. 6. 5 Il Piano di Assistenza Individualizzato – P.A.I..... pg.31
Art. 6.6 La gestione del progetto person.:Piano Esecutivo Individualizzato-P.E.I... pg.32
Art. 7 La dimissione..... pg.33
Art. 7. 1 Procedura Dimissioni protette dai Centri di Rianimazione dei P.O. azien. pg.33
Art. 7. 2 Procedura Dimissioni protette da altre UU.OO. Ospedaliere..... pg.35
Art. 8 La rete territoriale servizi sociosanitari persone affette da part. Patologie.... pg.36
Art. 8.1 Percorso integrato in favore di persone adulte affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e malattie del motoneurone, ai sensi del D.C.A. n. 51/15 pg.36
Art. 8.2 Percorso per la presa in carico assistenziale e riabilitativa del paziente con disordini della coscienza da grave cerebrolesione acquisita nella fase degli esiti: la presa in carico territoriale, ai sensi del D.C.A. n. 21 del 09/03/2015 pg.40
Art. 9 Emergenze/Urgenze..... pg.45
Art. 10 Strumenti informativi..... pg.45
Art. 11 Richieste di ausili, apparecchi elettrom., esami lab., esami strumentali..... pg.46
Art. 11. 1 Richieste di ausili ed apparecchiature elettromedicali..... pg.46
Art. 11. 2 Richieste di esami di laboratorio pg.46
Art. 11. 3 Organizzazione dell'assistenza farmaceutica per le cure domiciliari integrate di I, II, III livello e cure palliative a malati terminali pg.47
Art. 12 Oneri Finanziari..... pg.49

Prestazioni erogate nelle cure domiciliari..... pg.49
Assistenza medica..... pg.49
Tab. 1 Prestazioni dei M.M.G./P.L.S..... pg.49
Tab. 2 Prestazioni dei Medici Specialisti.....pg.51
Tab. 2.1 Prestazioni di Geriatria, Medicina Interna, Anestesia e Rianimazione, Nefrologia, Chirurgia, Oncologia, Urologia, Gastroenterologia, Medicina fisica riab pg.51
Tab. 2. 2 Prestazione di Medicina fisica e riabilitativa..... pg.52
Tab. 2. 3 Prestazione del Medico spec. esperto in cure palliative-anestesista rian..... pg.53
Assistenza Infermieristica..... pg.54
Tab. 3 Prestazioni infermieristiche..... pg.54
Assistenza Riabilitativa.....pg.55
Tab. 4 Prestazioni Riabilitative.....pg.55
Tab. 4.1 Prestazioni Fisioterapiche..... pg.55
Tab. 4.2 Prestazioni di Logopedia..... pg.56
Tab. 4.3 Prestazioni di Terapia Occupazionale..... pg.56
Educazione all'alimentazione..... pg.56
Tab. 5 Prestazioni del Dietista..... pg.56
Assistenza Psicologica.....pg.57
Tab. 6 Prestazioni dello Psicologo..... pg.57
Assistenza alla persona..... pg.57
Tab. 7 Prestazioni dell'Operatore Socio Sanitario..... pg.57

Riferimenti normativi

La normativa principale di riferimento Nazionale e Regionale per le cure domiciliari è la seguente:

1. D.Lgs n.502 del 30.12.1992 - Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 D.Lgs n. 517 del 1993 - Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
2. D.Lgs. n.229 del 19/06/1999 - Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale a norma dell'art 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419;
3. Progetto Obiettivo Anziani approvato dal Parlamento il 30.01.1992;
4. Legge n.328/2000 - "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
5. D.G.R.C.n.5744 del 28/11/2000 Approvazione del Progetto obiettivo regionale "Potenziamento dell'assistenza domiciliare all'anziano fragile ed attivazione della rete di assistenza geriatrica;
6. D.P.R. del 03.05.2001 "Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003";
7. L.R. n.29/81 recante "Interventi a favore degli anziani";
8. L.R. n.5/84 recante "Interventi a favore degli anziani";
9. L.R. n.46/85 recante "Interventi a favore degli anziani";
10. L.R. n.21/89 recante "Interventi a favore degli anziani";
11. L.R. n.17/91 recante "Interventi a favore degli anziani";
12. L.R. n.32/94 recante "D.Lgs 30/12/1992, n.502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del Servizio Sanitario Regionale";
13. L.R. n.5/97 - "Istituzione del servizio di Telesoccorso-Telecontrollo";
14. D.P.R. 8 marzo 2000: "Progetto obiettivo A.I.D.S. 1998/2000";
15. D.P.C.M. 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";
16. D.G.R.C. n.1826 del 04.05.2001 "Linee di programmazione regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali";
17. Conferenza Unificata (ex art. 8 del d.lgs. 28 agosto 1997, n. 281) Accordo 19 aprile 2001 D.P.C.M. Accordo tra il Ministro della Sanità, le regioni, le province autonome di Trento e Bolzano e le province, i comuni e le comunità montane, sul documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative;
18. D.P.C.M. 29 novembre 2001- "Definizione dei Livelli di Assistenza Sanitaria";
19. Ministero della Salute - Comitato Ospedalizzazione a Domicilio (DM 12/04/2002) – Sperimentazione di un sistema di Ospedalizzazione Domiciliare;
20. Ministero della Salute - Comitato Ospedalizzazione a Domicilio – Documento Conclusivo: "Caratterizzazione dei Servizi di Cure Domiciliari" del 30.11.2002;
21. D.G.R.C. n.6467 del 30/12/2002 con la quale la Giunta Regionale ha emanato gli indirizzi regionali di programmazione a Comuni ed ASL per un sistema integrato di interventi e servizi socio-sanitari anno 2003;
22. P.S.R. 2002/2004;
23. B.U.R.C. n.22 del 03 maggio 2003 - Linee Guida per le Attività di Riabilitazione in Regione Campania;
24. Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale - Deliberazione n.2128 del 20.06.2003;

25. D.G.R.C. n.3329 del 21.11.2003 Approvazione delle linee guida per l'attivazione della rete integrata di Assistenza ai malati Terminali tra gli Hospice, i Servizi e le strutture esistenti sul territorio preposti alle cure palliative (DGRC n.4408 26.09.2001);
26. P.S.N. 2003/2005;
27. Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni;
28. Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni;
29. D.G.R.C. n.2128/2003 "Accordo integrativo regionale della medicina generale ai sensi del capo VI del D.P.R. n. 270/2000: "Norme riguardanti l'approccio generale al trattamento ai malati terminali";
30. Ministero della Salute Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei L.E.A.: Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio, ottobre 2006;
31. Decreto Ministero della Salute n.43 del 22 febbraio 2007;
32. D.P.C.M. 5 marzo 2007 Modifica del D.P.C.M. del 29 novembre 2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";
33. Ministero della Salute Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche anno 2007;
34. D.G.R.C. n.1098 del 22 giugno 2007 - Approvazione del documento "Linee Guida per l'Assistenza Domiciliare Oncologica";
35. D.G.R.C. n.1155 del 29 giugno 2007- Programmazione del potenziamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, utilizzando anche la riconversione dei presidi ospedalieri dismessi;
36. Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulle cure palliative nell'età neonatale, pediatrica e adolescenziale del 27.06.2007 ai sensi dell'art. 4 del D.lgs n. 281 del 28.08.1997;
37. D.G.R.C. n.460/2007 Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004;
38. D.G.R.C. n.2310/2007 Azioni di supporto tecnico alle AA.SS.LL. in materia di riqualificazione del sistema di erogazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, per l'attuazione degli obiettivi previsti dal Piano di Rientro approvato con D.G.R.C. 460 del 20 marzo 2007;
39. L.R. n.11 del 23 ottobre 2007 "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. attuazione della legge 8 novembre 2000, n.328";
40. D.G.R.C. n.2105/2008 "Monitoraggio ed Informatizzazione delle prestazioni erogate dalle AA.SS.LL." ai sensi del D.P.C.M. 29.11.2001. Presa d'atto dei risultati del Progetto di monitoraggio LEA SOCIOSAN e definizione del percorso di stabilizzazione del sistema di rilevazione denominato LEA SOCIOSAN";
41. Decreto Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali del 17.12.08, istituzione flusso informativo SIAD, caratteristiche obblighi informativi per il monitoraggio delle cure domiciliari;
42. P.S.N. 2006/2008;

43. P.S.N. 2009/2011;
44. P.S.N. 2011/2013;
45. Patto della Salute 2014/2016;
46. D.G.R.C. n.210/2009 Piano di Azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio del Quadro Strategico Nazionale 2007 – 2013;
47. D.G.R.C. n.694/2009 "Piano Sociale Regionale" ;
48. D.P.G.R. n.16/2009 "Regolamento di Attuazione della L.R.11/2007";
49. Patto per la salute 2010-2012 approvato dall'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009;
50. D.C.A. n.49/2010 "Riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e cli efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza: conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del Piano Ospedaliero regionale in coerenza con il piano di rientro";
51. D.C.A. n.4 del 11.01.2011 "Determinazione tariffe prestazioni residenziali per l'assistenza al Malato terminale Rif. punto 16 Deliberazione Consiglio dei Ministri del 24.07.2009 e approvazione del documento recante "Linee d'indirizzo per l'accesso alla rete delle cure palliative, standard e profili professionali" nella quale sono contenute indicazioni utili per la costruzione di un sistema territoriale di presa in carico nell'ambito delle cure palliative;
52. Accordo Stato Regioni del 5 maggio 2011 (Rep. Atti N.44/CU) sul documento "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in Stato Vegetativo (S.V.) e Stato di Minima Coscienza (S.M.C.)"
53. D.G.R.C. n.41/2011 Approvazione del documento recante linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari: "Il Sistema dei Servizi Domiciliari in Campania" con allegato;
54. D.G.R.C. n.625/2011 modifica alla D.G.R.C. n.41/2011 con sostituzione della "Tabella prestazioni sanitarie";
55. D.G.R.C. n.320/2012 "Modifica degli Ambiti Territoriali sociali e dei Distretti Sanitari - provvedimenti a seguito della deliberazione di Giunta Regionale n.40/2011;
56. D.C.A. per il piano di rientro n.77 del 09.07.2012;
57. D.G.R.C. n.323/2012. "Adozione della scheda di valutazione multidimensionale per le persone adulte ed anziane -S.Va.M.A. Campania. modifiche ed integrazioni della D.G.R.C. n. 1811/2007";
58. D.G.R.C. n.324/2012 "Adozione della scheda di valutazione multidimensionale per le persone adulte disabili - S.Va.M.Di. Campania";
59. Legge n.38 del 15 marzo 2010 che tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore;
60. Intesa stato regioni del 25.07.2012 Intesa sulla proposta del Ministro della salute, di cui all'articolo 5 della legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore;
61. D.M. n.197/2012 - Modifiche al decreto del 17 dicembre 2008, recante Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare che contiene indirizzi specifici relativi al trattamento dei dati e all'utilizzo degli stessi per la definizione degli indicatori;
62. Decreto Commissariale n.128/2012 presa d'atto del parere ministeriale n. 146 del 18.05.2011, modifiche al decreto 4/2011 "Determinazione tariffe prestazioni residenziali per l'assistenza al Malato terminale Rif. punto 16 Deliberazione Consiglio dei Ministri del 24.07.2009 e approvazione del documento recante Linee d'indirizzo per l'accesso alla rete delle cure palliative, standard e profili professionali";

63. Accordo Stato-Regioni Rep n.151 del 25.07.2012 – Definizione dei requisiti necessari per l'accreditamento delle strutture che assicurano l'assistenza ai malati terminali e delle unità di cure palliative e di terapia del dolore domiciliari;
64. D.G.R.C. n.790 del 28.12.2012 "Linee operative per l'accesso unitario ai servizi socio-sanitari Porta Unica di Accesso – D.C.A. n.70 del 25.06.2012";
65. D.C.A. n.1 del 07.01.2013 – Approvazione documento recante "Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania – definizione dei livelli di complessità e intensità assistenziale per ciascun profilo di cure domiciliari, e determinazione del sistema tariffario per le cure domiciliari;
66. D.G.R.C. n.34/2013 "Assegno di cura alle persone con S.L.A. e malattia del motoneurone";
67. L.R. n.5 del 2013 – "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2013 e pluriennale 2013 – 2015 della Regione Campania (legge finanziaria regionale 2013)", che all'art. 1 c. 59 dispone "Per uniformare e garantire su tutto il territorio della Regione Campania l'accesso alla rete delle cure palliative in ottemperanza della legge 15 marzo 2010, n. 38;
68. Accordo Stato Regioni Rep. N. 87 del 10.07.2014 "Individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e terapia del dolore nonché delle strutture sanitarie ospedaliere territoriali, e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore";
69. D.C.A. n.21 del 09.03.2015 "Approvazione delle linee di indirizzo regionali - Percorso per la presa in carico assistenziale e riabilitativa del paziente con disordini della coscienza da grave cerebrolesione acquisita";
70. D.C.A. n.22 del 10.03.2015 – Applicazione Legge n. 38/2010- Costituzione della Rete Regionale di terapia del dolore. Approvazione documento "Rete di terapia del dolore in Regione Campania: Individuazione dei nodi della rete, requisiti, compiti, funzioni";
71. D.C.A. n.46 del 25.05.2015 "Cure domiciliari malati terminali. L.R. n. 5/2013 art. 1 c. 59 – modalità attuative";
72. D.C.A. n.51 del 27.05.2015 "Approvazione di indirizzi operativi per l'implementazione della rete territoriale dei servizi socio-sanitari e percorsi integrati in favore di persone adulte affette da Sclerosi laterale Amiotrofica (SLA) e malattie del motoneurone".

Art. 1 Definizione

Le Cure Domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizione di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Nell'ambito delle cure domiciliari integrate risulta fondamentale l'integrazione con i servizi sociali dei comuni. Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale deve essere valutato attraverso idonei strumenti che consentano la definizione del programma assistenziale ed il conseguente impegno di risorse.

Utilizzare la denominazione **"cure domiciliari"** anziché **"assistenza domiciliare"** risponde alla necessità di distinguere in modo esclusivo le cure sanitarie e sociosanitarie integrate dalle forme di assistenza domiciliare di natura socio-assistenziale e tutelare.

Art.2 Obiettivi principali delle Cure Domiciliari

- l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio per evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;
- la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- il supporto alla famiglia;
- il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale.

Art. 3 Tipologia delle Cure Domiciliari

Le Cure Domiciliari si distinguono, in relazione ai bisogni ed in base a modelli gestionali-organizzativi in:

1. **"Cure Domiciliari Prestazionali"** caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato;
2. **"Cure Domiciliari Integrate di primo, secondo e terzo livello".** Le cure di primo e secondo livello comprendono quelle già definite **A.D.I.** (Assistenza Domiciliare Integrata), mentre quelle di terzo livello comprendono l'**A.D.O. o O.D.** (Assistenza Domiciliare Ospedaliera o Ospedalizzazione Domiciliare). Questa tipologia di cure domiciliari - in funzione della differente complessità / intensità – è caratterizzata dalla formulazione del Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) redatto in base alla valutazione globale multidimensionale ed erogate attraverso la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale;
3. **"Cure domiciliari palliative a malati terminali",** assorbono "l'assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale" e l'**O.D.-C.P.** (Ospedalizzazione Domiciliare – Cure Palliative) e sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità definita dal P.A.I. ed erogata da un'équipe in possesso di specifiche competenze.

La collocazione elettiva delle cure domiciliari, anche dove vengono offerti apporti ospedalieri, è nel **LEA ASSISTENZA DISTRETTUALE.**

Quando l'équipe che eroga le cure domiciliari è di provenienza ospedaliera è in ogni caso superata la denominazione "Ospedalizzazione Domiciliare".

Tale tipologia assistenziale è infatti erogata attraverso le Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e le Cure Domiciliari palliative a malati terminali.

Art. 4 Tipologia di Cure Domiciliari e prestazioni connesse

Art. 4.1Cure domiciliari di tipo prestazionale occasionale o ciclico programmato

Si intende una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, non presupponga la presa in carico del paziente, né una valutazione multidimensionale e l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare.

Sono richieste dal medico, responsabile del processo di cura del paziente, e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali.

La gamma di prestazioni di questa tipologia di intervento professionale comprende :

1. Prelievo ematico
2. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.)
3. Terapia iniettiva intramuscolare sottocutanea
4. Terapia iniettiva sottocutanea
5. Cateterismo vescicale (sostituzione periodica)
6. Istruzione all'utilizzo di ausili per la deambulazione
7. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente
8. Educazione del care giver alla attività di nursing (cure igieniche, sommin.di terapie, ecc.)
9. Educazione del care giver alla gestione di derivazioni urinarie
10. Educazione del care giver alla gestione di enterostomia
11. Educazione del care giver alla corretta mobilizzazione/corretta postura del paziente
12. Educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee
13. Prescrizione di ausili o protesi
14. Consulenza medico specialistica
15. Visita Programmata del Medico di Medicina Generale (Assistenza Domiciliare Programmata)

Art. 4. 2 Cure domiciliari Integrate di primo e secondo livello

Sono ricompresi in questa tipologia assistenziale interventi professionali rivolti ai malati e alle loro famiglie previsti dal PAI.

L'attivazione dell'assistenza richiesta dal medico responsabile delle cure del paziente prevede il coinvolgimento del medico di Medico di Medicina Generale nella definizione degli obiettivi e dei processi assistenziali attraverso la valutazione multidimensionale.

Si rivolge a malati che pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni (I livello) o 6 giorni (II livello). Le cure integrate di primo e secondo livello prevedono un ruolo di centralità del Medico di Medicina Generale che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura.

La gamma di prestazioni che riguardano questa tipologia di intervento professionale comprende prestazioni medico infermieristiche, riabilitative mediche e medico specialistiche.

Prestazioni relative all'attività clinica di tipo valutativo diagnostico

1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica, anamnesi, esame obiettivo, rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmata di controllo (esame obiettivo,rilevazione parametri vitali, monitoraggio segni e sintomi)
3. Visita in urgenza
4. Rilevazione di test/scale di valutazione (dolore, grado di autonomia, ecc.)
5. Compilazione diario clinico (monitoraggio segni e sintomi)
6. Prelievo ematico
7. Prelievo ematico da sangue capillare
8. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.)
9. E.C.G.
10. Consulenze specialistiche
11. Visite Programmate del Medico di Medicina Generale

Prestazioni relative l'attività educativo/relazionale/ambientale

12. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
13. Educazione del care giver alla attività di nursing (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari ecc.)
14. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente
15. Educazione del care giver alla gestione di derivazioni urinarie
16. Educazione del care giver alla gestione di enterostomie
17. Educazione del care giver alla corretta mobilizzazione/corretta postura del paziente
18. Educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee
19. Applicazione di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance
20. Igiene a persone allettate o con lesioni cutanee, bagno assistito
21. Istruzione del paziente o del care giver all'utilizzo di ausili per la deambulazione e valutazione ambientale
22. Colloquio con familiare/care giver
23. Colloquio con il medico di medicina generale
24. Colloquio con medico specialista
25. Prescrizione protesica

PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA'CLINICA DI TIPO TERAPEUTICO

Prestazioni relative ai trattamenti farmacologici e al mantenimento dell'omeostasi

26. Prescrizione terapeutica
27. Terapia iniettiva intramuscolare
28. Terapia iniettiva sottocutanea
29. Terapia iniettiva endovenosa
30. Gestione cateterismo venoso periferico
31. Gestione cateterismo venoso centrale/sist. Port-a-cath

Prestazioni relative alle funzioni escretorie

32. Posizionamento/sostituzione/ gestione cateterismo vescicale.
33. Valutazione del ristagno vescicale
34. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
35. Gestione alvo (intervento educativo igienico-alimentare)
36. Clistere evacuativo/evacuazione manuale)
37. Gestione enterostomie

Prestazioni relative al trattamento delle lesioni cutanee ed alterazioni dei tessuti molli

38. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
39. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
40. Anestesia locale
41. Sutura ferite
42. Rimozione dei punti/graff di sutura
43. Courettage chirurgico
44. Bendaggio elasto-compressivo

Prestazioni relative ai trattamenti di tipo riabilitativo

45. Trattamento di rieducazione motoria
46. Rieducazione respiratoria
47. Rieducazione del linguaggio
48. Recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane

PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE

49. Stesura di un piano assistenziale
50. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche- passaggio di informazioni - consegne)
51. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile
52. Rendicontazione dell'attività svolta

Art. 4.3 Cure domiciliari integrate di terzo livello e cure domiciliari palliative a malati terminali

Questa tipologia di cure consiste in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche.

- malati terminali (oncologici e non);
- malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);
- fasi avanzate e complicate di malattie croniche;
- pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale;
- pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza.

Tra questi, per i malati terminali, è individuato un profilo specifico di cure palliative che richiede l'intervento di una équipe dedicata di cui fa parte il medico di medicina generale.

La Legge n.38/2010 prevede l'istituzione delle Reti nazionali, regionali ed aziendali di cure palliative e di terapia del dolore. Nell'ASL Napoli 3 Sud sono operative quattro UU.OO. di terapia del dolore ma non è ancora stata formalmente deliberata la rete e le stesse UU.OO. non dispongono di personale dedicato.

Dal recente D.C.A. n. 22/2015 sono stati identificati gli Spokes di I e II livello della rete ospedaliera di terapia del dolore e le funzioni sono dettagliate nel paragrafo dedicato.

Prima che la rete di cure palliative raggiunga la sua completa realizzazione e funzionalità, considerato anche che le unità operative di cure palliative, previste dalla legge n.38/2010, sono parzialmente operative, in via transitoria e nelle more della loro completa attivazione con personale dedicato, la U.O.S.A.D.O. svolgerà la funzione di coordinamento degli interventi sanitari, socio-sanitari ed assistenziali che garantiscono l'erogazione di cure palliative e di terapia del dolore al domicilio del cittadino, per ciò che riguarda le attività specialistiche domiciliari di cure palliative erogate dal personale medico delle UU.OO. di terapia del dolore e le altre figure professionali necessarie per garantire percorsi tempestivi ed omogenei su tutto il territorio aziendale

A determinare la criticità e l'elevata intensità assistenziale concorrono l'instabilità clinica, la presenza di sintomi di difficile controllo, la necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o al care giver, colui che all'interno del nucleo familiare partecipa all'esecuzione del PAI.

Presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione di un piano di cura con intervento di tipo multidisciplinare. Tali interventi sono richiesti dal medico responsabile delle cure del paziente.

Si tratta di interventi programmati sui 7 giorni settimanali e per le cure palliative è prevista la pronta disponibilità medica sulle 24 ore di norma erogata dall'équipe di cura e, comunque, da medici specificatamente formati.

La gamma di prestazioni che riguardano questi profili comprende prestazioni mediche, infermieristiche, dietologiche, riabilitative fisioterapiche e logopediche, psicologiche e medico specialistiche:

Prestazioni relative all'attività clinica di tipo valutativo diagnostico

1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica, anamnesi, esame obiettivo, rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmata di controllo (esame obiettivo, rilevazione parametri vitali, monitoraggio segni e sintomi)
3. Visita in urgenza
4. Rilevazione di test/scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
5. Compilazione diario clinico (monitoraggio segni e sintomi)
6. Prelievo ematico
7. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.)
8. Prelievo ematico da sangue capillare
9. E.C.G.
10. Valutazione delle alterazione del linguaggio di tipo afasico
11. Valutazione delle alterazione del linguaggio di tipo disartrico
12. Consulenze specialistiche
13. Visite Programmate del Medico di Medicina Generale

Prestazioni relative all'attività educativo/relazionale/ambientale

14. Educazione del care giver alla attività di nursing (cure igieniche, assist.ai bisogni primari ecc.)
15. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente
16. Educazione del care giver alla corretta mobilizzazione/corretta postura del paziente
17. Educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee
18. Educazione del care giver alla gestione di derivazioni urinarie
19. Educazione del care giver alla gestione di enterostomie

20. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
21. Educazione del caregiver alla gestione dispositivi per somm. farmaci (pompe,elastomeri, ecc.)
22. Applicazione di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance
23. Igiene a persone allettate o con lesioni cutanee, bagno assistito
24. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
25. Prescrizione ausili e protesi
26. Istruzione del paz. o del caregiver all'utilizzo di ausili per deambulazione e valut. ambientale
27. Educazione del care giver alla broncoaspirazione
28. Colloquio con familiare/care giver
29. Colloquio con il medico di medicina generale
30. Colloquio con medico specialista
31. Supporto psicologico e supervisione delle équipes
32. Supporto psicologico per il paziente
33. Supporto psicologico per la famiglia
34. Visita di cordoglio - Supporto al lutto

Prestazioni relative all'attività clinica di tipo terapeutico

Prestazioni relative a trattamenti farmacologici e mantenimento dell'omeostasi

35. Prescrizione terapeutica
36. Terapia iniettiva intramuscolare
37. Terapia iniettiva sottocutanea
38. Terapia iniettiva sottocutanea in infusione
39. Terapia iniettiva endovenosa
40. Terapia infusionale con necessità di sorveglianza medica
41. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
42. Terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed in infusione continua.
43. Posizionamento catetere venoso periferico
44. Posizionamento cateterino sottocutaneo
45. Gestione cateterismo sottocutaneo/ venoso periferico
46. Gestione cateterismo venoso centrale/sist. Port-a-cath
47. Assistenza/gestione pompa infusionale
48. Gestione cateteri spinali
49. Istillazione genito-urinaria
50. Irrigazione dell'occhio
51. Irrigazione dell'orecchio
52. Emotrasfusione
53. Gestione drenaggi
54. Impostazione dialisi peritoneale
55. Paracentesi
56. Toracentesi
57. Artrocentesi

Prestazioni relative alla funzione respiratoria

58. Gestione tracheostomia
59. Sostituzione cannula tracheale
60. Bronco-aspirazione
61. Impostazione ventilazione meccanica domiciliare
62. Controllo parametri ventilatori

Prestazioni relative alla funzione alimentare

63. Verifica parametri nutrizionali
64. Anamnesi dietologica
65. Formulazione dieta personalizzata
66. Valutazione della disfagia
67. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale enterale
68. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale
69. Istruzione alla preparazione di diete a consistenza modificata
70. Istruzione alla somministrazione di pasti con posture facilitanti
71. Posizionamento/sostituzione SNG
72. Sostituzione di PEG con sistema di ancoraggio a bottone
73. Gestione SNG
74. Gestione PEG
75. Somministrazione di terapia tramite SNG-PEG
76. Controllo periodico del sistema di ancoraggio della PEG
77. Valutazione del ristagno gastrico

Prestazioni relative alle funzioni escretorie

78. Posizionamento/sostituzione/ gestione Cateterismo Vescicale
79. Valutazione del ristagno vescicale
80. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
81. Gestione alvo (intervento educativo igienico-alimentare)
82. Gestione alvo (clistere evacuativo/evacuazione manuale)
83. Esplorazione rettale
84. Gestione enterostomie
85. Irrigazione intestinale

Prestazioni relative al trattamento delle lesioni cutanee ed alterazioni dei tessuti molli

86. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
87. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
88. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
89. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
90. Toilette lesione/ferita superficiale
91. Toilette lesione/ferita profonda
92. Courettage e/o rimozione unghia/matrice ungueale
93. Svuotamento di ematomi
94. Incisione con drenaggio sottocutaneo
95. Drenaggio raccolta ascessuale
96. Anestesia locale
97. Anestesia periferica tronculare
98. Infiltrazione punti trigger
99. Sutura ferite
100. Rimozione dei punti/graff di sutura

Prestazioni relative ai trattamenti di tipo riabilitativo

101.Trattamento di rieducazione motoria (paziente neurologico, ortopedico, amputato, ecc)
102.Rieducazione respiratoria
103.Rieducazione alla tosse assistita
104.Rieducazione del linguaggio
105.Rieducazione disturbi neuropsicologici (memoria ed attenzione)
106.Recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane

Prestazioni relative all'attività di programmazione

107.Stesura di un piano assistenziale
108.Confronto con l'équipe (riunioni periodiche- passaggio di informazioni - consegne)
109.Rendicontazione dell'attività svolta
110.Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile

Art. 5 I Soggetti e i Ruoli nell'ASL NAPOLI 3 SUD

Il sistema di Cure Domiciliari Integrate, finalizzato alla presa in carico di bisogni complessi sanitari e sociali, presuppone un elevato livello di coordinamento e di integrazione tra i diversi attori del sistema, che consenta di considerare l'unicità della persona in tutte le sue dimensioni, superando l'approccio settoriale e specialistico ed integrando competenze e servizi diversi.

Tenendo presente l'attuale assetto organizzativo-gestionale dell'Azienda e le direttive regionali si possono definire i principali attori del sistema territoriale di assistenza domiciliare ed i loro ruoli e funzioni:

Area sanitaria

- **Unità Operativa Complessa Servizio Fasce Deboli**
- **Unità Operativa Semplice Assistenza Domiciliare Integrata**
- **Unità Operativa Semplice Assistenza Domiciliare Ospedaliera**
- **Unità Operative Distrettuali**
- **Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta**
- **Assistenza Specialistica Ambulatoriale**
- **Unità Operative Semplici di Terapia del Dolore e Cure Palliative**
- **Unità Operative Semplici di Nutrizione Artificiale Domiciliare**
- **Rete Aziendale Riparazione Tessutale e Domicilio**

Area sociale

- **Servizi Sociali Professionali dell'Ambito Territoriale**
- **Segretariato Sociale dell'Ambito Territoriale**
- **Altri servizi sociali dell'Ambito Territoriale**
- **Enti gestori dei servizi sociali**
- **Rete familiare e parentale**
- **Volontariato**

Art. 5. 1 Ruolo, funzioni e attività dell'U.O.C. Servizio Fasce Deboli

L'organizzazione delle Cure Domiciliari varia a seconda della realtà già esistente nelle varie aziende, ma in tutte le AA.SS.LL. è stata definita l'azione di regia delle cure domiciliari che fa capo ad una specifica unità operativa o ad una struttura tecnica dedicata, nell'ASL Napoli 3 Sud, tale struttura si identifica nell'U.O.C. Servizio Fasce Deboli.

L'U.O.C. Servizio Fasce Deboli ha la competenza del coordinamento di tutte le Cure Domiciliari aziendali di I, II, III livello e le Cure Palliative ai malati terminali.

Le funzioni finalizzate a garantire le cure domiciliari sul territorio sono realizzate attraverso:

1. trasmissione di report al Ministero della Salute ed alla Regione per le cure domiciliari aziendali;
2. interazione con le strutture regionali competenti alla redazione dei percorsi e delle linee guida inerenti le cure domiciliari e la riprogrammazione regionale delle cure domiciliari in corso nelle attività territoriali tese a garantire la loro corretta applicazione;
3. trasmissione periodica di report informatizzati ai Servizi Aziendali competenti;
4. elaborazione di percorsi di presa in carico e la successiva applicazione delle procedure e linee guida aziendali nelle cure domiciliari;
5. erogazione delle cure domiciliari integrate sul territorio aziendale;
6. individuazione delle tipologie di cure da erogare in funzione delle risorse economiche, di personale e definizione delle priorità assistenziali;
7. elaborazione di protocolli condivisi per una reale integrazione ospedale-territorio, con l'obiettivo specifico di una migliore presa in carico del paziente in dimissione protetta;
8. adeguare le procedure, i percorsi assistenziali e linee guida delle cure domiciliari in ottemperanza agli aggiornamenti ed indicazioni regionali sulle cure domiciliari;
9. implementare la modalità di verifica delle procedure e della valutazione degli indicatori di attività e di risultato, individuati nelle normative regionali, delle cure domiciliari;
10. interazione con i Servizi Aziendali preposti per la realizzazione, secondo la programmazione regionale ed aziendale, di posti letto alternativi al domicilio per i pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza in Speciali Unità di Accoglienza Permanenti (S.U.A.P.) ubicate nel territorio aziendale;
11. coordinamento delle attività assistenziali, dalla presa in carico alla erogazione delle cure, per i pazienti con particolari patologie (S.L.A., C.V., stati di min. coscienza, ecc.);
12. collaborazione alle redazione di procedure di risk management e di appropriatezza nelle cure domiciliari;
13. collaborazione, con le strutture aziendali preposte, ai programmi aziendali di verifica della qualità sia erogata dall'azienda che percepita dai cittadini in cure domiciliari;
14. collaborazione ai programmi aziendali di selezione e formazione del personale impegnato nelle cure domiciliari;
15. collaborazione all'implementazione tecnologica e telematica nella rete delle cure domiciliari.

Art. 5. 2 Ruolo, funzioni e attività dell'U.O.S. Assistenza Domiciliare Integrata

L'U.O.S. A.D.I., afferente all'U.O.C. Sevizio Fasce Deboli, ha la competenza del coordinamento delle Cure Domiciliari aziendali di I e II livello, con le funzioni di:

1. collaborazione con il Servizio Fasce Deboli alla redazione dei percorsi e delle linee guida inerenti le cure domiciliari di primo e secondo livello e nelle attività territoriali tese a garantire la loro corretta applicazione;
2. collaborazione, con il Servizio Fasce Deboli, alla trasmissione di report al Ministero della Salute ed alla Regione per le cure domiciliari di competenza;

3. interazione con le UU.OO. distrettuali per la corretta presa in carico dei pazienti e l'erogazione delle cure domiciliari di I e II livello di cure domiciliari;
4. verifica dell'attuazione dei protocolli condivisi di integrazione ospedale-territorio, con l'obiettivo specifico della ottimizzazione della presa in carico del paziente in dimissione protetta, per il I ed il II livello di cure domiciliari;
5. seguire l'adeguamento delle procedure, i percorsi assistenziali e linee guida delle cure domiciliari, di I e II livello, in ottemperanza agli aggiornamenti ed indicazioni regionali sulle cure domiciliari;
6. seguire l'implementazione della modalità di verifica delle procedure e della valutazione degli indicatori di attività e di risultato, individuati nelle normative regionali, delle cure domiciliari di I e II livello;
7. collaborazione alla redazione di procedure e linee guida aziendali sulle cure domiciliari
8. collaborazione alla redazione di procedure di risk management e di appropriatezza nelle cure domiciliari;
9. collaborazione, con le strutture aziendali preposte, ai programmi aziendali di verifica della qualità sia erogata dall'azienda che percepita dai pazienti nelle cure domiciliari;
10. collaborazione ai programmi aziendali di selezione e formazione del personale impegnato nelle cure domiciliari;
11. collaborazione all'implementazione tecnologica e telematica nella rete delle cure domiciliari;
12. trasmissione periodica di report informatizzati ai Servizi Aziendali competenti.

Art. 5.3 Ruolo, funzioni e attività dell'U.O.S.Assistenza Domiciliare Ospedaliera

L'U.O.S.A.D.O., afferente all'U.O.C. Servizio Assistenza Ospedaliera, ha la competenza del coordinamento e dell'erogazione delle Cure Domiciliari integrate di terzo livello e delle cure domiciliari palliative a malati terminali, in rete con le UU.OO. di Terapia del Dolore e Cure Palliative e, in raccordo con il Servizio Fasce Deboli, con le funzioni di:

1. collaborazione con il Servizio Fasce Deboli e le sovrastrutture regionali alla redazione dei percorsi e delle linee guida inerenti le cure domiciliari di terzo livello e le cure domiciliari palliative a malati terminali e nelle attività territoriali tese a garantire la loro corretta applicazione;
2. collaborazione con il Servizio Fasce Deboli alla trasmissione di report al Ministero della Salute ed alla Regione per le cure domiciliari di competenza;
3. interazione con le UU.OO./P.U.A. distrettuali e partecipazione alle U.V.I./U.V.M.D. per la corretta presa in carico dei pazienti e la redazione dei P.A.I. finalizzati all'erogazione delle cure domiciliari di terzo livello e delle cure domiciliari palliative a malati terminali;
4. attivazione e coordinamento delle figure professionali impegnate nella realizzazione dei piani esecutivi di assistenza (P.E.I.) per i pazienti affidati all'U.O. dalle UU.OO./P.U.A. distrettuali o ospedaliere;
5. attivazione e coordinamento delle figure professionali impegnate nella realizzazione dei piani provvisori di assistenza (P.A.P.) per i pazienti affidati all'U.O per garantire le cure domiciliari relative a bisogni sanitari urgenti dalle Direzioni Sanitarie distrettuali o ospedaliere;
6. verifica dell'attuazione dei protocolli condivisi di integrazione ospedale-territorio, con l'obiettivo specifico della ottimizzazione della presa in carico del paziente di III livello in dimissione protetta;
7. interazione con le Direzioni Sanitarie di Presidio Ospedaliero e di Distretto e con le UU.OO. ospedaliere e distrettuali per la realizzazione del percorso ordinario "dimissioni

protette" per i pazienti con patologie afferenti alle cure domiciliari di III livello o terminali che necessitano di cure palliative a domicilio;

8. interazione con i Servizi Aziendali preposti per la realizzazione, secondo la programmazione regionale ed aziendale, di posti letto alternativi al domicilio per i pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza in S.U.A.P. ubicate nel territorio aziendale;
9. coordinamento delle attività assistenziali, dalla presa in carico alla erogazione delle cure, per i pazienti affetti da S.L.A.;
10. collaborazione con le strutture preposte alla redazione ed applicazione di procedure e linee guida aziendali nelle cure domiciliari;
11. collaborazione alle redazione di procedure di risk management e di appropriatezza nelle cure domiciliari;
12. collaborazione, con le strutture aziendali preposte, ai programmi aziendali di verifica della qualità sia erogata dall'azienda che percepita dai cittadini in cure domiciliari;
13. collaborazione ai programmi aziendali di selezione e formazione del personale impegnato nelle cure domiciliari;
14. collaborazione all'implementazione tecnologica e telematica nella rete delle cure domiciliari;
15. trasmissione periodica di report informatizzati ai Servizi Aziendali competenti;

Al fine di chiarire quali pazienti debbano essere gestiti dalla U.O. A.D.O., e quali dalle UU.OO. distrettuali, in integrazione di rete con l'U.O. A.D.O. è utile fare riferimento all'elenco di patologie afferenti alle cure domiciliari di III livello indicate dalla D.G.R.C. 41/2011:

- malati terminali (oncologici e non);
- malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);
- pazienti con necessità di nutrizione artificiale enterale e parenterale;
- pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza
- fasi avanzate e complicate di malattie croniche

ed alle patologie incluse nel terzo livello dal D.C.A. n.1/2013:

- Malattie degenerative del S.N.C. con ventilazione assistita
- Malattie dell'apparato cardio-respiratorio con ventilazione assistita
- Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici con ventilazione assistita
- Miopatie gravi con ventilazione assistita
- Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica
- Malattie oncologiche e non, che necessitano di terapia del dolore-cure palliative e/o NAD e/o trasfusioni di sangue ed emoderivati.

Pertanto, in sintesi, saranno di competenza dell'U.O.S. A.D.O.:

- i pazienti in ventilazione polmonare invasiva per via tracheostomica, affetti da qualsiasi patologia, sia per la presenza di Specialisti Pneumologi nella struttura che per possibilità di accesso diretto alla rete assistenziale di III livello con le UU.OO. Ospedaliere di Rianimazione;

- i pazienti affetti da S.L.A. per la necessità di monitoraggio costante e multidisciplinare dell'evoluzione clinica e della compromissione funzionale multi organo legata alla malattia;
- i pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata con grave compromissione funzionale e/o tracheostomia e/o ventilazione di supporto (invasiva o non);
- i pazienti gravemente cerebrolesi e/o affetti da malattie rare, con grave compromissione funzionale e/o tracheostomia e/o ventilazione di supporto (invasiva o non);
- i pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza;
- i pazienti tetraplegici con tracheostomia e/o ventilazione di supporto (invasiva o non);
- i minori affetti da patologie oncologiche portatori di CVC/PORT a Cath o PICC e/o in fase avanzata di malattia;
- i minori con sindromi che richiedono nutrizione artificiale domiciliare per via parenterale;
- i minori ai quali viene erogata assistenza rianimativa domiciliare in convenzione con l'A.O. Santobono-Pausilipon (in genere minori già inseriti nelle categorie precedentemente descritte)

La presa in carico dei minori comporterà la partecipazione, per le competenze specifiche, dei P.L.S., dei Dipartimenti Aziendali Materno Infantili, delle U.O.M.I. distrettuali, delle UU.OO. Ospedaliere di Pediatria competenti per territorio e del Referente Aziendale in caso di malattie rare.

Le altre tipologie di pazienti affetti dalle patologie compatibili con l'inserimento in cure domiciliari di terzo livello e per le cure palliative a pazienti terminali, dopo la presa in carico distrettuale da parte della U.O.P.U.A. competente, saranno gestiti dalle stesse U.O. con la collaborazione istituzionale dell'U.O.S.A.D.O. per le competenze specifiche e l'integrazione ospedale-territorio.

I pazienti con necessità di nutrizione artificiale enterale e parenterale appartengono ad una categoria con un ampio spettro di gravità e stabilità ed il criterio della instabilità e della diagnosi prevalente guiderà, a livello di U.V.I. distrettuale, la presa in carico e l'attribuzione delle competenze assistenziali. La indicazione specifica alla gestione da parte dell'U.O.S.A.D.O. dovrà, in tali casi, tener conto delle indicazioni fornite dal Responsabile del Centro di Nutrizione Artificiale Domiciliare competente per territorio.

Art. 5. 4 Ruolo, funzioni e attività dell'UU.OO. Distrettuali

Le UU.OO. distrettuali sono le strutture aziendali deputate alla presa in carico dei pazienti, per tutti i livelli di complessità, compresi quelli per le Cure Palliative, ed alla erogazione delle cure domiciliari prestazionali e delle Cure Domiciliari di I, II livello ed integrare il personale che eroga quelle di III livello e le cure palliative a malati terminali per le prestazioni che non richiedono specifiche competenze.

Alle UU.OO. distrettuali, oltre alla domanda di presa in carico territoriale, deve pervenire anche la richiesta di dimissione protetta da parte della struttura ospedaliera, che richiede la valutazione dei bisogni assistenziali e la complessità delle prestazioni da erogare.

L'assistenza viene attivata, su richiesta del M.M.G./P.L.S., dalle P.U.A.. presenti nelle UU.OO. distrettuali competenti per fasce di età.

Le UU.OO. distrettuali svolgono le seguenti attività:

- ricezione, analisi ed evasione delle richieste di ammissione alle cure domiciliari presentate dai M.M.G./P.L.S., attività realizzata in genere da un coordinatore infermieristico; dopo la fase di accettazione informatizzata della procedura LEA socio-san, è prevista, nell'ambito dell'applicazione dei livelli e dei profili assistenziali previsti dal D.C.A.n.1/2013 l'implementazione di un sistema di triage nella presa incarico a livello delle P.U.A.

- partecipazione alla valutazione assistenziale dei casi, preliminare all'U.V.I., con la presenza del responsabile dell'U.O. che eroga le prestazioni di cure domiciliari, del coordinatore infermieristico e di tutte le risorse utili alla definizione del P.A.I.;
- tale attività è realizzata all'inizio dell'arruolamento del paziente nel sistema delle cure domiciliari ed è ripetuta, per analizzare gli esiti sullo stato di salute del paziente, con frequenza variabile in relazione al piano assistenziale. Per i P.A.I. di 180gg. (cure di I e II livello si compie circa tre volte/anno per caso, mentre per i P.A.I. di 90 gg. (cure di III livello) si realizza circa 4 volte/anno per caso; per i P.A.I. delle cure palliative per malati terminali che coprono 60gg., si compie una sola volta, o in relazione al cambiamento dello stato di bisogno espresso dal paziente; per i P.A.I. dei pazienti affetti da S.L.A., è commisurata alla intensità assistenziale, ma nel caso di disabilità gravissime e di cronicità si determina in 12 mesi; per i P.A.I. dei pazienti con disordini della coscienza da grave cerebrolesione acquisita in SUAP/domicilio la valutazione si espleta ogni 12 mesi, resta inteso che il P.A.I. può essere rivalutato su istanza del caregiver e/o dei familiari, dell'équipe operativa e/o degli specialisti, in ogni caso al verificarsi di variazioni delle condizioni del paziente;
- l'U.O. distrettuale che effettua la valutazione ed attiva l'erogazione delle cure domiciliari non corrisponde necessariamente alla P.U.A. Per un utilizzo efficace ed efficiente delle risorse professionali, evitando inutili sovrapposizione di percorsi e, nell'autonomia gestionale distrettuale, potrebbe essere opportuno indirizzare le risorse professionali in una unica U.O. di "Cure Domiciliari" distrettuale che coordina la fase di valutazione ma, coordina ed eroga anche le prestazioni previste nel P.E.I. con le risorse distrettuali/interne all'Azienda o esternalizzate;
- gestione del personale e dei materiali, farmaci ed alimenti utilizzati per l'assistenza di I e II livello;
- attività di monitoraggio del livello di soddisfazione del paziente e dei suoi familiari per il servizio stesso.

Art. 5. 5 Ruolo, funzioni e attività dei M.M.G./P.L.S.

L'Accordo integrativo Regionale per la Medicina Generale – Approvazione - di cui al D.C.A. n.87, pubblicato sul B.U.R.C. n. 46 del 22/08/2013, definisce il ruolo, i compiti, le responsabilità ed i compensi dei Medici di Assistenza Primaria (M.A.P.), ad esclusione dei casi nei quali la presa in carico è urgente, e caratterizza l'assistenza domiciliare essenzialmente in due modalità:

- Cure Domiciliari di tipo prestazionale definite Assist. Domiciliare Programmata – A.D.P.
- Cure Domiciliari Integrate di I e II livello definite Assist. Domiciliare Integrata – A.D.I.

Il ruolo dei M.A.P. nella presa in carico del paziente affetto da patologie che necessitano di cure domiciliari di III livello e dei malati terminali in cure palliative, è rilevante, anche se non ben precisato nel contratto, in quanto anche in questi casi è indispensabile la loro richiesta, quale responsabile del caso, per l'attivazione delle cure, la valutazione dei bisogni e, rimane una parte integrante nella gestione del caso per assicurare pronta e competente risposta ai bisogni della persona assistita.

Art. 5. 6 Ruolo, funzioni e attività dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale

Gli specialisti ambulatoriali partecipano per le proprie competenze a tutte le cure domiciliari. L'attivazione delle consulenze deve seguire un percorso preferenziale, in quanto le cure domiciliari si possono assimilare ad un regime di ricovero vero e proprio, superando la lista d'attesa. La richiesta del M.A.P., inoltre, va fatta su modulistica specifica e non su ricettario del S.S.N.

Art. 5. 7 Ruolo, funzioni e attività delle UU.OO.S. di Terapia del Dolore e Cure Palliative per Pazienti Terminali

Le strutture residenziali denominate Hospice, i cui requisiti professionali, organizzativi e assistenziali, sono stati disciplinati dai D.C.A. n. 4/11 e n.128/12, presentano le caratteristiche professionali adeguate per le cure palliative da assicurare in condizioni di terminalità nella modalità assistenziale residenziale.

Nelle more dell'attivazione di tali strutture, pubbliche e private sul territorio dell'Azienda, le UU. OO. di Terapia Antalgica e Cure Palliative esistenti hanno le competenze e le professionalità giuste per poter svolgere adeguatamente i compiti che la legge n.38/2010 e i Decreti regionali prevedono ed assicurare tali cure a livello ospedaliero e territoriale.

Per poter meglio provvedere a disciplinare la modalità per l'attuazione della normativa di cui alla L.R. n. 5/13, in coerenza con la disciplina regionale vigente per la valutazione, l'accesso e l'erogazione di prestazioni, il sistema delle cure domiciliari rappresenta il setting assistenziale da privilegiare, anche per i malati terminali, come sancito dalla L. n. 38/10.

La Terapia del Dolore e le Cure Palliative sono assicurate con percorsi integrati socio-sanitari.

Recentemente nel D.C.A. n. 22/2015 sono stati ufficialmente individuati a livello regionale ed aziendale i nodi della rete per la terapia del dolore.

I Centri Spoke assicurano l'insieme degli interventi sanitari ed assistenziali di terapia del dolore erogati in regime ambulatoriale, di day hospital e di ricovero ordinario .

Compiti specifici degli Spoke sono:

- attività di diagnosi e cura (compresi gli strumenti per la registrazione dl dolore da inserire nella pratica e ad integrazione della documentazione clinica in uso), differenziazione per ambito di patologia;
- conferimento agli Hub dei casi a maggiore complessità ed impegno diagnostico-tecnologico;
- collaborazione con il volontariato e le Istituzioni.

Inoltre, i Centri Spoke individuati svolgeranno la loro funzione anche per la rete di terapia del dolore in età pediatrica.

Sul nostro territorio i Centri Spoke di I livello sono i seguenti:

- U.O.S. Terapia del Dolore e Cure Palliative degli Ospedali Riuniti della Penisola Sorrentina;
- U.O.S. Terapia del Dolore e Cure Palliative degli Ospedali Riuniti Area Stabiese;
- U.O.S. Terapia del Dolore e Cure Palliative degli Ospedali Riuniti Area Vesuviana.

Sul nostro territorio il centro Spoke di II livello, invece, è:

- U.O.S. Terapia del dolore e Cure Palliative degli Ospedali Riuniti Area Nolana.

Dalla disamina dell'attuale organizzazione nella gestione della terapia del dolore è prevista la riorganizzazione della rete con la formalizzazione della Rete stessa e l'istituzione del Coordinamento delle attività ospedaliere di Terapia del Dolore e Cure Palliative da affidare allo SPOKE di II livello aziendale.

Pertanto, in considerazione della capillare distribuzione dei Centri Spoke di I e II livello, individuati nel D.C.A. n. 22/2015, e della necessità di potenziare tali cure anche a livello domiciliare sarà garantito il potenziamento alle UU.OO. di Terapia del Dolore e Cure Palliative, attraverso l'implementazione dell'integrazione Ospedale/Territorio, la condivisione di diverse professionalità nell'ambito dei P.O. e l'utilizzo delle progettualità a finanziamento regionale.

Tale potenziamento deve essere assolutamente attuato in quanto sarà compito del coordinamento regionale valutare, ad un anno dal decreto n. 22/2015, se i requisiti di cui sono in possesso tali centri sono stati mantenuti e, quindi, per poter essere confermati con il livello individuato nel D.C.A. n.22/2015, garantendo appieno anche l'assistenza domiciliare a tale tipologia di pazienti.

Risulta, pertanto, necessario rafforzare e incrementare le capacità operative e la dotazione di personale delle UU.OO. di Terapia del Dolore per metterle nella possibilità di garantire un percorso di reale umanizzazione delle cure con la continuità assistenziale tra Ospedale, strutture residenziali e domicilio.

Per facilitare, per quanto possibile, i percorsi di presa in carico a domicilio e la pianificazione assistenziale si puntualizzano le fasi del percorso di presa in carico in urgenza, mentre in assenza sarà attivato il percorso ordinario di presa in carico.

Richiesta di attivazione della presa in carico urgente da parte del MMG/PLS, su ricettario non S.S.N., al Direttore del Distretto di competenza che autorizza l'immediata presa in carico all'U.O.S.A.D.O. e contestualmente attiva la P.U.A. di competenza del cittadino per la presa in carico e l'attivazione del percorso U.V.I./P.A.I., rispettando i tempi previsti nella D.G.R.C. n. 41/2011.

L'U.O.S.A.D.O.:

- trasmette la richiesta di valutazione urgente ai responsabili delle UU.OO. identificate quali SPOKE di I e II livello nella rete aziendale, per i territori di competenza, per le competenze medico-specialistiche;
- attiva tutte le altre risorse necessarie a garantire la tempestiva risposta ai bisogni assistenziali evidenziati dal MMG/PLS con specifica modulistica;
- trasmette al Direttore del Distretto gli esiti delle valutazioni assistenziali ed il piano di assistenza provvisorio attivato ai fini della pianificazione assistenziale definitiva e dell'inserimento delle prestazioni pianificate nei flussi L.E.A. SocioSan;

La tipologia specifica di prestazioni domiciliari erogate dalle UU.OO. di Terapia del Dolore e Cure Palliative, oltre a quelle previste per il profilo di medico palliativista, è la seguente:

- programma i ricoveri in day surgery e day hospice per impianti di CVC, PORT, PICC, sistemi infusivi esterni ed interni di infusione spinale (peridurale e subaracnoidea), elettrocateteri per stimolazione in radiofrequenza;

- prima visita urgente, entro 48h lavorative dalla ricezione della richiesta, con successiva disponibilità telefonica (necessaria la dotazione di SIM abilitate al traffico in entrata ed in uscita e dati per la ricezione delle domande via email ed eventuale cellulare aziendale dedicato);

- visita algologica programmata di controllo in base alla pianificazione in U.V.I. distrettuale e monitoraggio della sintomatologia algica su diario clinico con scale predisposte e validate;

- trattamenti infiltrativi locali e loco regionali (punti trigger, infiltrazioni per e intra-articolari);

- gestione di impianti vascolari, gestione di sistemi (pompe) interni ed esterni di infusione spinale (peridurale e subaracnoidea).

Art. 5. 8 Unità Operative Semplici di Nutrizione Artificiale Domiciliare – N.A.D.

Sul nostro territorio vi sono due UU.OO.N.A.D. quella afferente la P.O. di Nola e quella afferente all'U.O.C. Servizio Assistenza Ospedaliera, che hanno la competenza sugli aspetti clinici e gestionali per l'inizio del trattamento, per la fase di cura e per la fine del trattamento, nonché del training del paziente e dei familiari in N.A.D. Tali UU.OO. operano in collaborazione con le altre strutture aziendali competenti e con il Centro di Coordinamento Regionale, istituito con D.G.R.C. n° 236/2005 e s.m.i., assumendo all'interno dell'Azienda, compiti di programmazione, informazione, organizzazione, coordinamento e controllo sulle attività aziendali di nutrizione clinica e nutrizione artificiale ospedaliera e domiciliare.

Le UU.OO. N.A.D. aziendali sono state accreditate dalla Regione Campania come Centro NAD di II livello, ma attualmente le risorse umane sono ben lontane dalla norma che prevede delle risorse professionali minime quali:

- n° 1 medico nutrizionista con funzioni di responsabile
- n° 1 medico
- n° 1 farmacista
- n° 1 dietista e n° 2 infermieri
- n° 1 amministrativo

Questo a fronte, invece, di un medico ed un infermiere per l'U.O.S.N.A.D., afferente all'U.O.C. Servizio Assistenza Ospedaliera e due medici e un infermiere, un farmacista parzialmente dedicato per quella afferente al P.O. di Nola.

La normativa prevede, anche, un organico in rapporto al carico assistenziale:

- 1 unità di medico per 8 ore su cinque gg. a settimana per ogni 30 pazienti/giorno di trattamento
- almeno 1 farmacista consulente esperto in N.A.
- 1 unità dietista per 8 ore su 5 gg. a settimana per ogni 60 pazienti/giorno di trattamento
- 1 unità infermieristica per 8 ore su 5 gg. a settimana per ogni 30 pazienti/giorno di trattamento

Il carico assistenziale dell'U.O.S.N.A.D., afferente all'U.O.C. Servizio Assistenza Ospedaliera, in particolare, è passato da n. 488 pazienti nel 2008 a 1450 nel primo semestre del 2015, con 748 consulenze domiciliari a 791 al primo semestre del 2015.

Risulta chiaro che è necessario rafforzare e incrementare le capacità operative e la dotazione di personale delle UU.OO.N.A.D. per garantire l'assistenza domiciliare ad un particolare target di pazienti.

Le norme regionali, regolando i compiti e le funzioni, demandano alla U.O. di N.C. e N.A.D. la prescrizione delle soluzioni nutrizionali e di tutti i presidi necessari alla nutrizione artificiale per via parenterale ed enterale nonché la prescrizione degli integratori alimentari.

Le UU.OO.S.N.A.D. esplicano attività assistenziale nell'ambito delle Cure Domiciliari integrate di terzo livello e delle cure domiciliari palliative a malati terminali, in collaborazione con U.O.S.A.D.O., per i pazienti di secondo e primo livello assistenziale in rete con le competenti UU.OO. distrettuali e, in raccordo con il Servizio Fasce Deboli, con funzioni di:

- collaborazione con le strutture preposte alla redazione ed applicazione di procedure e linee guida aziendali nelle cure domiciliari;
- programmazione di specifici percorsi per garantire una continuità assistenziale ospedale–territorio in campo nutrizionale;
- consulenza tecnica per la valutazione di specifiche esigenze assistenziali-nutrizionali non erogabili direttamente dall'Azienda (es. sacche per nutrizione parenterale personalizzate per adulti o pediatriche) per le quali è necessario l'affidamento a servizi di Service extraziendali.

Nello specifico le U.O.S.N.A.D. effettuano attività di :

1. identificazione del paziente malnutrito o a rischio di malnutrizione;
2. definizione dei fabbisogni;
3. definizione del programma nutrizionale (Nutrizione Parenterale(N.P.), Nutrizione Enterale (N.E.), Nutrizione Artificiale Domiciliare (N.A.D.),
4. prescrizione del programma nutrizionale;
5. addestramento del paziente e dei familiari;
6. posizionamento e sostituzione programmata di sonde naso-gastriche;
7. sostituzioni programmate di Gastrostomie Endoscopiche Percutanee:
8. monitoraggio clinico;
9. valutazione dell'efficacia del trattamento nutrizionale;
10. indicazione alla sospensione del trattamento;
11. periodica valutazione della corretta applicazione della N.A..

I pazienti candidati alla nutrizione artificiale

I criteri di selezione dei pazienti, candidati alla N.A., sono stati definiti da società scientifiche nazionali ed internazionali, in particolare per la:

1) NUTRIZIONE ENTERALE

Impossibilità o controindicazione all'alimentazione per via orale conseguente a:

Disfagia funzionale:

- patologie neurologiche con gravi turbe della deglutizione (coma, esiti di ictus cerebrale, demenze, SLA, etc.)
- alterazioni della motilità delle prime vie digestive (acalasia)

Disfagia meccanica :

- da ostruzione al transito delle prime vie digestive
- neoplasie non operabili della regione capo-collo con ostacolato transito degli alimenti

2) SUPPLEMENTAZIONE ORALE

- condizioni con elevata richiesta energetica (traumi, ustioni gravi)
- patologie intestinalj in fase terapeutica
- substenosi intestinali (m. di Crohn)
- fistole digestive a bassa portata
- Disturbi del Comportamento Alimentare (D.C.A.)
- malnutrizione nelle patologie degenerative del S.N.C.

2) NUTRIZIONE PARENTERALE

Insufficienza intestinale reversibile o irreversibile conseguente a:

- Sindrome dell'intestino corto (resezioni intestinali che riducono la superficie di assorbimento);
- Alterazioni della motilità intestinale (pseudo-ostruzione; esiti tardivi di enterite attinica, etc.);
- Patologie rare;
- Patologie Oncologiche.

MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO

La D.G.R.C. n. 236 del 16 febbraio 2005 e s.m.i. precisa che le UU.OO. aziendali di N.C. e di N.A.D. sono responsabili della gestione nutrizionale, assicurando al paziente un trattamento di standard adeguato alla patologia e garantendo anche il monitoraggio periodico ed il trattamento delle eventuali complicanze anche in collaborazione con altre strutture sanitarie idonee.

Ricevuta la proposta di arruolamento, le UU.OO. di N.C. e N.A. Aziendale valutano la congruità della stessa ed attivano la consulenza di N.A.

L'attività di consulenza, secondo quanto indicato dalle Linee Guida della Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale (SINPE) recepita dalle direttive regionali in materia di NA, si svolge dal lunedì al venerdì, dalle 8,00 alle 14,00.

Sono di competenza dell'U.OS.N.A.D. solo le attività di posizionamento/sostituzione di S.N.G. e sostituzione di P.E.G. programmate.

Le consulenze di N.A.D. non rivestono mai carattere di urgenza, pertanto, vanno evase secondo l'ordine cronologico di richiesta.

La presa in carico dei minori comporterà attività assistenziale coordinata, per le relative competenze, con il Centro di Riferimento Regionale per la Nutrizione Artificiale Pediatrica, con i P.L.S., i Dipartimenti Aziendali Materno Infantili, le U.O.M.I. distrettuali, le UU.OO. Ospedaliere di Pediatria competenti per territorio e, in caso di malattie rare, con il Referente Aziendale per tali patologie.

Per tutti i pazienti con necessità di un supporto nutrizionale artificiale di tipo integrativo o sostitutivo che non rientrano nelle competenze specificate dalle relative strutture aziendali la presa in carico distrettuale avviene da parte della U.O. P.U.A. competente.

Tali pazienti saranno seguiti dalla U.O.S.N.A.D. con la collaborazione istituzionale dell'U.O.S.A.D.O, delle UU.AA./ADI, U.O.M.I., etc. per le competenze specifiche e l'integrazione ospedale-territorio.

Le consulenze di dietetica (obesità, malattie metaboliche, alimentazione comunitaria, etc.) non rientrano nell'ambito delle competenze dell'U.O.S.N.A.D. e, pertanto, vanno inoltrate alle relative strutture aziendali.

La nutrizione artificiale deve intendersi come una componente del trattamento medico e del programma terapeutico individuale ed è realizzata sotto la responsabilità dell'equipe che ha in cura il paziente e/o del M.A.P.

Art. 5. 9 Ruolo, funzioni e attività della Rete Aziendale Riparazione Tessutale nelle Cure Domiciliari

Il preesistente Centro Aziendale di Riparazione Tissutale (C.A.R.T.) attualmente converge nella nuova rete aziendale ed ha assunto la denominazione di Rete Aziendale Riparazione Tessutale e Domicilio (R.A.R.T.e D.) come da delibera commissariale aziendale n. 30 del 05/02/2015 ad oggetto: "Costituzione Rete Aziendale "Ospedale – Territorio - Domicilio" per il management delle ulcere correlate al Piede Diabetico e delle Ulcere di Vario Genere".

La R.A.R.T.e D. è funzionalmente collegata agli ex ambulatori di riparazione tissutale ed agli ambulatori di chirurgia generale distrettuali per l'attività domiciliare.

Protocollo operativo delle attività del team per assistenza domiciliare

Il M.A.P. valuta in prima istanza la possibilità di trattare una L.C.C. presso il domicilio del paziente e, segnala alla P.U.A. competente, il bisogno del cittadino per accedere alle cure domiciliari con valutazione in sede U.V.I. e la successiva presa incarico.

Nel caso di L.C.C. complesse di III e IV grado l'U.O. di Cure Domiciliari richiede via posta elettronica l'intervento della Rete Aziendale Riparazione Tessutale Domiciliare, con le seguenti procedure:

- richiesta motivata da parte dell'U.O. di Cure domiciliari inoltrata via posta elettronica al coordinamento R.A.R.T.e D.;
- visita domiciliare dello specialista chirurgo del Centro Chirurgico Territoriale che redige il Piano Terapeutico, decide il timing di eventuali prestazioni chirurgiche da effettuare presso il domicilio del paziente, trasmette il referto specialistico e la prescrizione, relativi alla prima valutazione, alla U.O. che ha richiesto la consulenza;
- il Centro Chirurgico Territoriale provvede alla prescrizione del materiali per medicazioni nel rispetto della normativa vigente e consegna ai familiari del paziente la stessa per l'attivazione dell'iter autorizzativo ed erogativo distrettuale;
- l'ambulatorio di chirurgia, competente per territorio, per la cura delle ulcere cutanee in cure domiciliari aggiorna l'U.O., che ha in carico il paziente, trasmettendo periodicamente a mezzo posta elettronica le relazioni specialistiche (prima visita, controlli e visita di concluso trattamento);
- nel caso lo specialista chirurgo valuti necessario l'impiego della NPWT (apparecchiature a pressione negativa), elettrostimolazione e successive implementazioni tecnologiche è direttamente il R.A.R.T.e D. – che coordina il parco di questi device – ad erogare le prestazioni, tramite il personale infermieristico afferente alla rete o coordinato dalle UU.OO. di cure domiciliari distrettuali. Il personale infermieristico del R.A.R.T.e D. funge da supporto, sia clinico che logistico, ai colleghi degli ambulatori di chirurgia e delle U.O.AA., coadiuvandoli nei trattamenti più impegnativi ed assicurando la presenza delle apparecchiature su tutto il territorio aziendale;
- le consulenze, il piano terapeutico e la valutazione degli obiettivi sono riportati nel fascicolo sanitario domiciliare del paziente;

- i controlli e la verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti vengono effettuati dal R.A.R.T.e D. secondo i tempi e i modi previsti dal P.A.I., utilizzando le schede di monitoraggio predisposte e il sistema di raccolta dati informatizzato. Le informazioni sono raccolte ad ogni intervento;
- la famiglia, costantemente informata sull'evoluzione della terapia, viene formata per la corretta gestione del paziente durante il trattamento della L.C.C.;
- al momento della dimissione si compila una scheda che raccoglie tutti i trattamenti ai quali il paziente è stato sottoposto, seguiti da una serie di misure atte a prevenire le recidive delle L.C.C., in particolar modo l'educazione del caregiver alla prevenzione delle stesse;
- il R.A.R.T. e D. comunica all'U.O., che ha in carico il paziente, la tempistica e modalità della dimissione dalle cure per le LCC.

A supporto di tali procedure è stata elaborata specifica modulistica, allegata alla delibera aziendale n. 30 del 05/02/2015, in particolare per:

- la richiesta di consulenza chirurgica della rete aziendale di riparazione tessutale
- il piano terapeutico specifico per L.C.C.
- la prescrizione dei prodotti per medicazione
- la richiesta di utilizzo di terapia ad alta tecnologia
- la comunicazione al Direttore del Distretto, di competenza del paziente, di inizio e fine trattamento con terapia a pressione topica negativa

Art. 5. 10 Ruolo, funzioni e attività delle UU.OO. Ospedaliere

Il personale che garantisce in ospedale la gestione del paziente complesso trasferisce le proprie competenze al domicilio del paziente, affiancando il M.M.G./P.L.S. nella complessità dei percorsi assistenziali ad alta intensità.

E' competenza delle UU.OO. ospedaliere il compito dell'attivazione delle dimissioni protette e di garantire la disponibilità del personale dell'U.O. per l'erogazione di prestazioni specialistiche previste dal P.A.I. temporaneo proposto e che il personale distrettuale non riesce ad erogare.

La presa in carico e la responsabilità, anche nel caso di interventi di personale ospedaliero, rimangono a carico del M.M.G./P.L.S., ma l'integrazione tra ospedale e territorio è uno degli obiettivi più qualificanti aziendali. Tale attività viene considerata dall'Azienda come attività istituzionale, se assolta nell'ambito del regolare orario di servizio, oppure svolta al di fuori dell'orario di servizio come attività concordata e regolamentata dai Servizi aziendali preposti, ma resta un obiettivo privilegiato che comporta, specie per l'anno in corso, l'erogazione dei fondi di risultato per il personale dipendente.

Art. 5. 10. 1 Consulenze specialistiche ospedaliere a domicilio

Le necessità di consulenze specialistiche ospedaliere relative ai pazienti in Cure Domiciliari Integrate di III livello ed ai pazienti terminali in Cure Palliative sono attivate secondo le necessità assistenziali e successivamente inserite nel P.A.I. con comunicazione scritta.

Le necessità di consulenze specialistiche ospedaliere a domicilio per i pazienti in cure domiciliari di I e II livello, da limitare alle competenze specialistiche non disponibili a livello distrettuale, in genere emergono o direttamente dalla valutazione domiciliare del personale delle UU.OO. di cure domiciliari o dalle richieste dei M.M.G./P.L.S.

La necessità di consulenze specialistiche, che il distretto per assenza di figure professionali o di professionisti autorizzati a fare specifiche prescrizioni, per pazienti impossibilitati a raggiungere le strutture ospedaliere, ma non in cure domiciliari, ci si può avvalere delle stesse con un percorso specifico d'integrazione ospedale-territorio.

Il percorso ordinario per l'attivazione delle prestazioni prevede l'inserimento delle stesse in occasione della seduta U.V.I. e trascritte nel P.A.I..

Le stesse devono essere richieste con modulistica specifica ed adeguata motivazione/relazione all'U.O.S.A.D.O. per la successiva attivazione. Sarà cura della predetta U.O. attivare lo specialista identificato per l'esecuzione della prestazione.

Il percorso in urgenza, come ad esempio la necessità di consulenza domiciliare dello specialista di terapia del dolore e cure palliative per l'aggravarsi delle condizioni cliniche di un paziente in cure domiciliari, differisce esclusivamente per l'assenza dell'inserimento della prestazione specialistica nel P.A..I. redatto in sede di U.V.I. distrettuale e la modalità di attivazione, è descritta nello specifico paragrafo.

Ricevuta la richiesta, lo specialista effettua la prima prestazione a domicilio, in genere entro 48-72 ore lavorative dal ricevimento della stessa, relaziona sul diario clinico e trasmette all'U.O.S.A.D.O. richiedente, entro 48 ore dall'esecuzione della prestazione domiciliare, la documentazione relativa alla stessa controfirmata dall'utente.

Le prestazioni domiciliari successive alla prima visita in urgenza devono essere inserite nel P.A.I. che identificherà la necessità, la risorsa professionale e la frequenza degli accessi consentiti in conformità alla programmazione regionale.

La sospensione o la fine dell'assistenza pianificata per ricovero, dimissione o exitus vanno comunicati in forma scritta all'U.O. che ha in carico assistenziale il paziente.

Art. 6 Procedure per l'attivazione delle Cure Domiciliari

Il servizio di Cure Domiciliari Integrate si realizza attraverso procedure unitarie e condivise tra ASL e Comuni associati dell'Ambito Territoriale, per l'accesso, la valutazione e la presa in carico.

In ottemperanza alla D.G.R.C. n.41/2011 le funzioni integrate per l' accesso e la presa in carico si articolano secondo il seguente percorso:

a. la richiesta presentata ad uno degli attori della P.U.A. (Porta Unica di Accesso), con modulistica specifica e adottata con regolamento congiunto da ASL e Ambito Territoriale (come previsto anche dalla L.R. 11/07 all'art. 41)
b. la proposta di ammissione alle Cure Domiciliari formulata sulla base di requisiti essenziali dei Servizi Sociali e/o dell'U.O. Distrettuale P.U.A., in raccordo con il M.A.P.
c. la valutazione multidimensionale a cura delle U.V.I. (Unità di Valutazione Integrata)
d. La redazione del Progetto Personalizzato o P.A.I. (Piano Assistenziale Individuale) e l'individuazione del Case Manager in sede U.V.I., con definizione del P.E.I. (Piano Esecutivo Individuale) attuato dall'Equipe Operativa e la definizione della durata dello stesso
e. La dimissione

Art. 6.1 Richiesta di presa in carico attraverso la Porta Unitaria di Accesso – P.U.A.

La P.U.A., articolata su più punti di accesso dislocati sul territorio dell'Ambito e del Distretto Sanitario, svolge compiti di informazione, decodifica dei bisogni, orientamento, trasmissione delle richieste ai servizi competenti, consentendo la simultaneità delle risposte da parte dei soggetti chiamati ad intervenire su problematiche complesse e l'avvio della "presa in carico" del cittadino.

La P.U.A., quindi, si configura come uno sportello unico di accoglienza per il recepimento unitario della domanda per tutti i servizi sociali e sanitari a gestione integrata e compartecipata (di natura domiciliare, residenziale e semiresidenziale).

I punti di accesso delle P.U.A. sono organizzati sul territorio del Distretto/Ambito Territoriale in modo uniforme per operatività e funzioni.

Alla P.U.A. si accede nei giorni e negli orari prefissati, in un contesto tale da assicurare il rispetto della riservatezza, e garantire:

1) Accoglienza
2) Ascolto
3) Informazione ed orientamento
4) Decodifica del bisogno
5) Avvio della presa in carico

La richiesta di accesso o una segnalazione alla P.U.A. può essere attivata:

- dal singolo cittadino interessato;
- da un familiare, parente o componente della rete informale (es. vicinato)
- da un tutore giuridico;
- da Servizi sanitari (UU.OO ospedaliere, UU.OO. distrettuali, strutture residenziali, etc) da altri servizi sociali dell'ambito territoriale.

La P.U.A. è un servizio gratuito a cui si accede attraverso la predisposizione e compilazione, da parte gli operatori, di una specifica modulistica (modulistica allegata alla delibera aziendale n.19/2015), la richiesta effettuata deve contenere le seguenti informazioni:

- Dati anagrafici del cittadino e recapiti (nome e cognome, codice fiscale, n. telefono, ecc.)
- Indicazione di chi ha effettuato la segnalazione (cittadino, familiare ecc.)
- Tipo di bisogno/domanda espressa/verbalizzata (in sintesi)
- Invio diretto ai servizi sanitari o sociali nel caso di bisogno semplice
- Attivazione del percorso integrato di presa in carico nel caso di bisogno complesso

I responsabili/incaricati della P.U.A., ricevute le segnalazioni, effettuano l'accettazione delle domanda, attraverso la compilazione e registrazione della scheda d'accesso, discriminano il bisogno espresso dal cittadino *(valutazione di primo livello)* ed avviano un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle situazioni problematiche espresse, semplici o complesse, possa prevedere l'invio ai servizi sanitari o sociali o l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata.

Infatti, ad un **bisogno semplice** corrisponde l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o sociali che non richiedono una valutazione multidimensionale; ad un **bisogno complesso**, invece, l'erogazione di prestazioni integrate sociali e sanitarie per le quale è necessaria la definizione di un progetto personalizzato in sede di Unità di Valutazione Integrata che preveda il coinvolgimento di molteplici professionalità.

Art. 6. 2 La proposta di ammissione alle cure domiciliare integrate

Successivamente alla valutazione di primo livello, nel caso di risposta complessa, viene formulata la proposta di ammissione alle cure domiciliari di I, II, III livello o Cure Palliative a malati terminali.

La proposta di ammissione formulata dal M.M.G./P.L.S. o dal medico ospedaliero, in caso di dimissione protetta, e con il consenso informato ed il rispetto della privacy del diretto interessato, è inviata alla P.U.A. distrettuale, con modulistica, anche informatizzata.

La proposta di ammissione deve contenere, oltre alle informazioni già presenti nella richiesta di acceso, le seguenti informazioni:

- bisogno/problema rilevato
- prima valutazione sulla presenza dei requisiti per l'attivazione delle Cure Domiciliari Integrate
- prima ipotesi di intervento
- tempi di attivazione dell'U.V.I.

Art. 6. 3 Criteri di ammissione alle Cure Domiciliari

I requisiti indispensabili per l'attivazione delle Cure Domiciliari Integrate sono:

- Condizione di non autosufficienza (disabilità) e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio.
- Potenzialità e disponibilità della famiglia o della rete parentale o informale tale da fornire un concreto supporto al Progetto personalizzato.
- Idonee condizioni abitative in grado di consentire la concreta erogazione delle prestazioni previste nel progetto personalizzato.
- Consenso informato da parte della persona o suo tutore giuridico.
- Presa in carico da parte del M.A.P. (garanzia degli accessi concordati, disponibilità telefonica dalle ore 8.00 alle 20.00).

La proposta di ammissione è inviata al Direttore del Distretto Sanitario (o suo delegato) e al Coordinatore dell'Ufficio di Piano, ai quali è affidata la responsabilità di attivare l'U.V.I., come disciplinato dall'apposito regolamento già emanato dal Coordinamento Socio-sanitario aziendale.

Lo strumento per la gestione della richiesta alla P.U.A. e per la proposta di ammissione al servizio di cure domiciliari costituisce un unico modello, compilato per la prima parte - in fase di accesso - dagli attori della P.U.A., per la seconda parte dall'U.O. distrettuale competente o dal Servizio Sociale Professionale, sempre in raccordo con il MMG/PLS.

Sulla base della proposta per l'ammissione alle Cure Domiciliari Integrate, dopo la prima fase di valutazione, viene convocata l'U.V.I.

Sono esclusi da questa procedura tutti quei casi per i quali si renda necessaria una presa in carico immediata, dato il prevalente bisogno sanitario. In questi casi l'accesso alle cure domiciliari dovrà essere in un primo momento esclusivamente sanitario e, successivamente, sarà effettuata la valutazione integrata in sede di U.V.I. per rispondere a bisogni di natura sociale.

In tal caso il Direttore del Distretto Sanitario o suo delegato, al quale è pervenuta la proposta di ammissione alle cure domiciliari urgenti, attiverà la U.O. di competenza per l'assistenza: la U.O. distrettuale che si occupa dell'erogazione delle cure domiciliari, la U.O.S.A.D.O., la U.O. di Terapia Antalgica e Cure Palliative per i pazienti terminali competente per territorio)

Art. 6. 4 La valutazione multidimensionale della Unità di Valutazione Integrata - U.V.I.

La valutazione multidimensionale è attivata nel caso in cui si ravvisino problemi complessi che richiedono una valutazione delle diverse dimensioni sanitario-assistenziali-sociali. Rappresenta l'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni dell'assistito ed è l'atto prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del Progetto Personalizzato.

La valutazione multidimensionale viene effettuata da un team multiprofessionale, l'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.), con competenze multi-disciplinari, in grado di leggere le esigenze di persone che presentano situazioni problematiche complesse, in cui è inscindibile il bisogno sanitario da quello sociale.

L' U.V.I. è coordinata dal Direttore del Distretto Sanitario o suo delegato e/o dal responsabile distrettuale delle attività socio-sanitarie

All'UVI devono partecipare i seguenti componenti:

1) I responsabili della presa in carico del cittadino/utente
- M.M.G./P.L.S.
- assistente sociale individuato dall'Ambito Territoriale

2) I delegati alla spesa per le parti di ciascuna competenza, su provvedimento, rispettivamente, del Direttore del Distretto Sanitario e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano:
- Medico dell'U.O. distrettuale competente
- Referente per l'integrazione sociosanitaria dell'Ufficio di Piano

L'UVI può essere integrata, con le modalità previste nel regolamento, da altre figure specialistiche legate alla valutazione del singolo caso.

L'atto di convocazione delle U.V.I. deve prevedere i nomi dei componenti e i loro ruoli, anche in funzione dell'autonomia decisionale in ordine alla spesa o ai tempi di attivazione delle diverse prestazioni.

L'UVI svolge i seguenti compiti:

- effettua la valutazione multidimensionale del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del suo nucleo familiare (valutazione di 2° livello);
- elabora il Progetto Personalizzato, che deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela;
- verifica e aggiorna l'andamento del Progetto Personalizzato

La valutazione multidimensionale dell'U.V.I. deve essere effettuata con uno strumento specifico, per rendere omogenei e confrontabili i criteri di valutazione, con le schede ufficialmente validate dai competenti uffici regionali (S.Va.M.A. e S.Va.M.Di.)

Considerato che, di norma, la presa in carico deve avvenire entro 30 giorni dalla richiesta di accesso, per garantire il rispetto di tale tempistica, la valutazione multidimensionale a cura dell'U.V.I. deve concludersi, con la redazione del Progetto Personalizzato, entro 20 gg. dalla proposta di ammissione e dall'attivazione del percorso integrato, salvo i casi di urgenza.

In sede U.V.I. viene individuato il *Case Manager o Responsabile del caso*, un professionista che opera come "riferimento" e "facilitatore" per la persona in carico al servizio. Il Case Manager ha il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale, per coordinare le risorse e migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza. Il Case Manager è quindi una figura di raccordo con l'Equipe Operativa, che è il nucleo operativo che svolgerà nel concreto il percorso assistenziale domiciliare, garantendone l'integrazione, tenendo le fila della comunicazione tra i suoi membri e assicurando che gli interventi assistenziali sul singolo caso siano effettuati in maniera coordinata, senza sovrapposizioni, intralci reciproci e/o vuoti di assistenza.

È importante distinguere tra la responsabilità clinica del caso, che rimane in capo al MMG/PLS (il naturale referente sanitario dell'assistito che coordina comunque gli interventi sanitari) e la responsabilità del Progetto Personalizzato, che è appunto del Case Manager. Il ruolo di Case manager è assunto da figure assistenziali diverse a seconda della tipologia e complessità del bisogno del paziente: può quindi essere una figura sanitaria o sociale, in base ai bisogni prevalenti del soggetto e alle scelte organizzative.

Il responsabile del caso viene individuato in sede U.V.I. ed è all'U.V.I. che deve direttamente rispondere del suo operato.

Il percorso di adozione delle schede profili, ai sensi del D.C.A. n.1/2013, inizia dopo la segnalazione di presa in carico del paziente nella P.U.A. alla quale segue la convocazione dell'U.V.I.

Nell'ambito dell'U.V.I., nella quale si completa la valutazione multidimensionale del paziente attraverso la scheda S.Va.M.A. o S.Va.M.Di., il Responsabile dell'U.O. che ha in carico il paziente e che è uno degli attori del processo di valutazione multidimensionale del paziente, compila le schede sui profili di cura in raccordo con l'équipe che seguirà il paziente.

Per l'inquadramento clinico/diagnostico del paziente si possono usare tutte le schede/strumenti ritenuti utili dai singoli professionisti competenti; tuttavia, per l'individuazione del profilo sanitario di cura e l'ammissione ai servizi di tipo sanitario e socio-sanitario nell'ambito delle cure domiciliari e palliative, allo stato attuale, i due strumenti approvati e validati dalla Regione Campania sono le scheda S.Va.M.A. e S.Va.M.Di. Le scheda S.Va.M.A. e S.Va.M.Di. sono utili per l'individuazione dei profili ed eventuali ambiti di auto-sufficienza o non auto-sufficienza ed identificare il setting assistenziale più appropriato per il paziente: residenziale, semiresidenziale, domiciliare.

Art. 6. 5 Il Piano di Assistenza Individualizzato – P.A.I.

In sede di U.V.I. si elabora il P.A.I. tenendo conto della normativa vigente e delle linee d'indirizzo regionali in tema di cure domiciliari, dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e del suo ambito familiare, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari.

I componenti dell'U.V.I. sono responsabili del P.A.I. e ne verifica l'attuazione mediante il Case manager, individuato nella seduta U.V.I., gli obiettivi e i risultati attesi, sia riguardo alla persona assistita che ai suoi familiari.

Il P.A.I. deve definire esplicitamente e in maniera analitica, in rapporto al bisogno accertato:

- la tipologia di servizi e prestazioni sociali e sanitarie da erogare;
- modalità di erogazione ed i relativi obiettivi;
- livello di intensità (alto, medio, basso) dell'intervento e le figure professionali impegnate;
- la titolarità, le competenze e le responsabilità di spesa;
- le competenze e le funzioni delle figure di riferimento;
- le competenze e funzioni del referente familiare (care giver);
- data di avvio e durata del progetto, con la previsione di una verifica intermedia e finale;
- le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi;
- il consenso del cittadino interessato, o dei familiari, o di un tutore giuridico disponibili a partecipare al progetto, anche per l'eventuale quota di compartecipazione alla spesa.

Con il consenso informato e la firma del verbale U.V.I., che approva il P.A.I., si conclude la fase preliminare della presa in carico del cittadino. Nel caso di un cambiamento sostanziale degli elementi in base ai quali è stato elaborato il P.A.I. (bisogni, preferenze, menomazioni, abilità-disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative, priorità etc.), esso deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori. Tutte le proposte di modifica strutturale dello stesso vanno ratificate dall'U.V.I.. Copia del P.A.I. è conservata presso l'U.V.I in un fascicolo personale, nel quale è conservata tutta la documentazione relativa all'assistito nel rispetto della normativa sulla privacy (D.lgs. n.196/2003). Copia dello stesso progetto è inviata agli uffici competenti del Distretto Sanitario e all'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale, sia per l'attivazione del servizio integrato, sia per le funzioni di monitoraggio.

Art. 6. 6 La gestione del progetto personalizzato: il Piano Esecutivo Individualizzato – P.E.I.

All'interno del Progetto Personalizzato deve essere previsto il Piano Esecutivo condiviso con l'Equipe Operativa che svolgerà nel concreto il percorso assistenziale domiciliare.

Questa parte esecutiva del Progetto Personalizzato, che descrive in maniera puntuale il trattamento del caso, riporta:

- azioni specifiche, tipologia delle prestazioni e figure professionali impegnate;
- quantità, modalità, frequenza e durata di ogni tipologia di intervento/prestazione necessari al raggiungimento degli esiti desiderati: n.di accessi MMG/PLS e tipologia di assistenza domiciliare attivata (ADI/ADP), consulenze specialistiche programmate, n. ore giornaliere e settimanali di assistenza domiciliare per figura professionale, ecc.;
- fornitura di presidi e materiali vari;
- strumenti e tempi per il monitoraggio e per la valutazione del piano: risultati osservati in relazione ai risultati attesi.

La composizione dell'équipe operativa è specifica e variabile per ogni singolo caso ed è costituita da tutti gli operatori del pubblico e del privato che provvedono all'attuazione del progetto personalizzato, si prendono cura a livello domiciliare del paziente e della sua famiglia, ed è coordinata in genere dal MMG per la parte sanitaria e dall'assistente sociale dell'ambito territoriale per la parte sociale.

A differenza dunque dell'U.V.I., che è un team "rappresentativo" della complessità del bisogno dell'assistito e che, per essere funzionale, deve essere agile e opportunamente ristretta, l'équipe operativa integrata è necessariamente costituita in ogni momento dall'insieme degli operatori che in quel momento si prendono cura del soggetto: questo pone in rilievo la necessità e l'importanza della figura del Case Manager e la complessità dei suoi compiti.

L'Équipe Operativa dovrà disporre di un diario unico/fascicolo sanitario, che deve rimanere a domicilio dell'assistito, fino a chiusura del caso. In tale diario devono essere riportati tutti gli accessi, con indicazione dei tempi e gli interventi effettuati, e la stessa va periodicamente inviata al responsabile dell'U.O. distrettuale competente che avrà cura di registrare le prestazioni effettivamente erogate nel sistema informativo per ottemperare agli obblighi informativi (S.I.A.D.).

Il diario unico/fascicolo sanitario deve restare presso il domicilio dell'assistito.

Le informazioni necessarie al case manager e all'UVI devono essere registrate dagli operatori che intervengono a domicilio utilizzando format di back office. All'atto della dimissione il diario unico va completato mediante la compilazione della Scheda di Dimissione dalle Cure Domiciliari e va archiviato a cura dell'U.O. distrettuale competente per il target di paziente che corrisponde alla P.U.A..

L'erogazione delle prestazioni specificate nel P.A.I., definito nell'U.V.I,. deve avvenire entro le 24/48 ore dall'attivazione delle cure domiciliari.

L'erogazione delle prestazioni sociali, qualora gestite dall'Ambito Territoriale, deve avvenire entro 5 giorni lavorativi dall'arrivo del progetto personalizzato all'Ufficio di Piano.

Un ruolo strategico nel percorso di assistenza domiciliare integrata socio-sanitaria è quello del *Referente Familiare o Care Giver*, cioè di colui che si prende cura per più tempo dell'assistito, essendo più frequentemente in "relazione" con lui.

In genere è un familiare o comunque un soggetto convivente con l'assistito stesso; in qualche caso può essere un amico o un vicino di casa o un volontario.

Svolge quindi una funzione di assistenza diretta, provvedendo ad aiutare il paziente.

È importante che, in sede di stesura del P.A.I., si individui la persona che svolge questo ruolo e se ne valutino capacità, competenze ed esigenze di supporto, in quanto costituisce una risorsa operativa preziosa, contribuendo all'efficacia del P.A.I.

La scelta del Care Giver avviene, spesso, attraverso un meccanismo di selezione spontaneo da parte di un familiare che volontariamente si assume l'impegno di supportare ed assistere la persona malata. L'azione del Care Giver deve essere formata in modo che lo stesso sia istruito sulle tecniche ottimali da parte del personale sanitario specializzato addetto alle cure domiciliari, per poter affrontare le difficoltà quotidiane che caratterizzano la vita nell'ambiente domestico.

Il supporto psicologico ed affettivo costituisce il cardine del ruolo del Care Giver a cui si affiancano una serie di funzioni concrete:

- soddisfare le necessità primarie della persona;
- aiutare il personale sanitario e sociale a portare avanti il progetto personalizzato;
- occuparsi delle necessarie questioni burocratiche ed economiche.

Art. 7 La dimissione

All'atto della dimissione va compilata una apposita scheda che, in analogia con la scheda di dimissione ospedaliera, raccoglie tutti i dati relativi alle Cure Domiciliari Integrate.

I dati delle suddette schede sono raccolte su supporto informatico, nel rispetto della vigente normativa sulla Privacy, ai fini della realizzazione del flusso informativo regionale.

Si individuano le seguenti modalità di dimissione:

- Dimissione per raggiungimento degli obiettivi previsti dal P.A.I., a seguito di verifica da parte della U.V.I.
- Dimissione per trasferimento ad altro regime assistenziale di tipo diverso dal domiciliare, disposta dalla U.V.I. in seguito a riscontro, in sede di valutazioni intermedie o finali, di impossibilità di raggiungimento degli obiettivi del Progetto Personalizzato, con l'assistenza domiciliare, o a seguito di mutate condizioni sociosanitarie.
- Dimissione per ricovero in ospedale a seguito del verificarsi di condizioni cliniche non gestibili a domicilio.
- Dimissione per decesso della persona assistita.
- Dimissioni per volontà dell'assistito, con precisazione della motivazione, se espressa.

Art. 7. 1 Procedura Dimissioni protette dai Centri di Rianimazione dei P.O. aziendali

Le articolazioni ospedaliere già coinvolte nei percorsi di dimissioni protette:

- U.O.C. Anestesia e Rianimazione OO.RR. Area Stabiese
- U.O.C. Anestesia e Rianimazione OO.RR. Penisola Sorrentina
- U.O.C. Anestesia e Rianimazione OO.RR. Area Nolana

Il Direttore dell'U.T.I.R valuta la stabilità delle condizioni cliniche e la soddisfazione dei seguenti criteri necessari per il trasferimento in cure domiciliari:

- la stabilità dei parametri emodinamici;
- la stabilità dello stato respiratorio (paziente estubato, con emogasanalisi arteriosa stabile);

- le richieste di ossigeno non eccedano le linee guida di cura dei normali reparti di degenza;
- l'assenza di necessità di supporto inotropo endovenoso continuo;
- l'assenza di necessità di monitoraggio della pressione intracranica o di altre tecniche di monitoraggio invasivo quali il monitoraggio emodinamico;
- la presenza di stabilità neurologica con controllo delle crisi convulsive;
- la stabilità delle vie aeree artificiali (tracheostomie);
- la disponibilità preferenziale di vie aeree artificiali con cannule tracheostomiche dotate di controcannula, per garantire la sicurezza della gestione domiciliare del paziente;

Il Direttore dell'U.T.I.R, inoltre:

- acquisisce il consenso informato al trattamento dei dati personali ed alla dimissione protetta;
- esegue la formazione dei familiari alla gestione domiciliare ed all'utilizzo dei presidi/ausili necessari per la stessa e certifica in forma scritta le competenze acquisite dal/dai care givers;
- effettua tutte le eventuali consulenze specialistiche preliminari alla dimissione protetta;
- acquisisce gli esiti degli esami di laboratorio e radiologici di complessa realizzazione al domicilio;
- segnala alla Direzione del P.O. ed alla Direzione del Distretto di residenza dell'utente la dimissibilità a domicilio del paziente, indicando la data presunta per la dimissione;
- redige il piano di assistenza domiciliare temporaneo e lo trasmette, congiuntamente alle necessità pianificate durante il ricovero, relative ad ausili, farmaci ed alimenti, alla Farmacia Ospedaliera (per il I primo ciclo di cura) ed alla Direzione del Distretto, che garantisce la trasmissione della documentazione ricevuta alla P.U.A. Distrettuale Cure Domiciliari, ed alla U.O.S.A..D.O.;
- identifica, nell'ambito della propria equipe, gli specialisti responsabili delle cure e dei rapporti con le varie UU.OO.;
- raccoglie le disponibilità del proprio personale per l'assistenza domiciliare;

La PUA distrettuale:

- attiva la procedura per la presa in carico con la definizione del livello assistenziale e del livello previsto di erogazione delle cure;
- attiva l'U.O.A.R. per la erogazione degli ausili, inclusi nel nomenclatore tariffario, necessari per garantire la dimissione protetta;
- attiva l'U.O.A.F. per la erogazione di farmaci, ausili, materiale di medicazione ed alimenti richiesti nella proposta di dimissione protetta;
- attiva l'U.O.P.C. per la valutazione dell'idoneità del domicilio alla ricezione del paziente in cure domiciliari;
- comunica alla U.O.S.A..D.O. le attività svolte e gli esiti delle stesse.

L'U.O.S.A.D.O.:

- partecipa alla valutazione dell'U.O.C. di Rianimazione ed alla pianificazione assistenziale;
- partecipa al colloquio di informazione dei familiari sulla proposta di dimissioni protette ed illustra le modalità previste di cure domiciliari, i ruoli delle UU.OO. e le rispettive competenze;
- attiva il percorso aziendale per l'erogazione di tutti gli ausili necessari a garantire le dimissioni protette;
- esprime parere sulla dimissione proposta, confermando alla U.O.C di Rianimazione la dimissibilità nella data concordata ed autorizzando contestualmente il personale sanitario dell'U.O.C al trasferimento del paziente al domicilio con ambulanza.

In genere l'assistenza medica è programmata su base settimanale nel primo mese ed in relazione alle necessità nei mesi seguenti mentre l'assistenza infermieristica ospedaliera ed O.S.S. sarà garantita con frequenza quotidiana secondo le indicazioni del D.C.A. n.1/2013 nei primi 15-30 gg successivi alla dimissione.

La successiva rivalutazione delle necessità assistenziali del piano sarà effettuata a domicilio dal personale delle UU.OO. distrettuali e/o dell'U.O.S.A..D.O.

In sede di U.V.I. Distrettuale, pianificata dalla P.U.A, sin dal rientro a domicilio del paziente, sarà approvato il piano assistenziale definitivo che individua anche la durata in base al livello di cure domiciliari (365/180/90/60 gg.) e la conseguente data della rivalutazione.

L'assistenza, particolarmente nelle fasi successive alla stabilizzazione del paziente a domicilio, può passare dalle competenze centrali integrate (U.O.S.A.D.O. - U.O.C. Rianimazione) alle competenze distrettuali (UU.OO. Cure Domiciliari distrettuali) e potrà utilizzare le risorse appositamente formate e competenti in qualsiasi fase del percorso assistenziale.

L'assistenza medica specialistica di rianimazione al paziente resta garantita, se le condizioni cliniche lo richiedono, per tutta la durata delle cure domiciliari.

Il personale medico ed il personale infermieristico compilano presso il domicilio una scheda di accesso, controfirmata dall'utente o da un familiare, ed inseriscono le prestazioni erogate nel sistema informatizzato delle Cure Domiciliari; una copia resta a domicilio del paziente nel fascicolo sanitario domiciliare per il MMG/PLS.

Alla fine del piano di assistenza temporaneo di dimissione protetta il Responsabile Ospedaliero delle cure specialistiche a domicilio relaziona in forma scritta all'U.O.S.A.D.O. sull'assistenza erogata e sugli obiettivi attesi e raggiunti.

Art. 7. 2 Procedura dimissioni protette da altre UU.OO. Ospedaliere

La dimissione protetta si pone i seguenti obiettivi:

- riduzione della durata della degenza;
- contenimento dei ricoveri impropri;
- creare una interrelazione tra il ricovero ospedaliero ed il reinserimento nel territorio;
- promuovere attività congiunte e di raccordo tra il personale socio-assistenziale e sanitario, ospedaliero e del territorio.

Possono essere candidati alla dimissione protetta soggetti ospedalizzati, indipendentemente dall'età, affetti da patologie che, superata la fase acuta, necessitano ancora di particolari prestazioni sanitarie, socio-assistenziali e riabilitative, effettuabili a domicilio ma in maniera coordinata e continuativa.

Il Medico di Reparto, definita la eleggibilità clinica del paziente per l'assistenza domiciliare, ne informa il paziente e la famiglia e valuta la possibilità della stessa ad accogliere il paziente a domicilio.

In caso positivo, contatta il M.A.P. ed il referente della P.U.A. 5 giorni prima, ma non meno di tre giorni lavorativi prima, della prevista dimissione; la dimissione non dovrà avvenire in giorni festivi o prefestivi, salvo specifici casi concordati.

Il Medico di Reparto si attiva quindi, con il Caposala o l'incaricato, per la compilazione e la trasmissione alla P.U.A. distrettuale del modello di richiesta di dimissione protetta.

La P.U.A. attiva la U.O. distrettuale o l'U.O.S.A.D.O. per la presa in carico in cure domiciliari. La valutazione del caso e la stesura del P.A.I. temporaneo, in collaborazione con lo Specialista ospedaliero, vengono effettuate di norma entro le 48 ore.

Il trasporto dell'assistito a domicilio va effettuato, quando le condizioni cliniche lo richiedono e secondo le disponibilità di mezzi, mediante ambulanza fornita dalla Azienda.

Nel caso in cui le condizioni cliniche lo impongano, deve essere previsto un percorso preferenziale per il rientro presso il reparto di provenienza.

Necessaria la massima integrazione con il medico ospedaliero del reparto di provenienza, anche con programmazione, riportata nel P.A.I., di consulenze domiciliari o telefoniche.

Le procedure di attivazione sono le stesse utilizzate per la dimissione protetta dalla rianimazione, con alcune piccole differenze riguardo alle figure specialistiche coinvolte ed alla durata dell'assistenza in regime di dimissione protetta ma, senza variazioni della procedura e delle responsabilità identificate.

Art. 8 La rete territoriale dei servizi sociosanitari per persone affette da particolari patologie

Art. 8. 1 Percorso integrato in favore di persone adulte affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e malattie del motoneurone, ai sensi del D.C.A. n. 51/2015

Dal momento della diagnosi il paziente con S.L.A., come ogni paziente con malattia neuromuscolare progressiva e non curabile, deve essere posto al centro di un progetto assistenziale che lo accompagni lungo il corso evolutivo della malattia fino alla fase terminale e all'exitus.

Necessaria una presa in carico globale ed un'assistenza prevalentemente a domicilio, in quanto patologia ingravescente ad altissimo impatto di disabilità, ma anche per questioni di politica economico-sanitaria.

Ai sensi del recente D.C.A. n.51/2015, l'organizzazione a rete prevede che:

1. il Centro Diagnostico Certificatore invii il paziente con diagnosi di S.L.A. all'attenzione del medico di famiglia e contestualmente informi ufficialmente anche il Referente Aziendale per la S.L.A., indipendentemente dallo stadio di malattia, quindi un invio programmato;
2. il Referente Aziendale per la S.L.A., il cui ruolo è quello di evitare duplicazioni di passaggi e al contempo facilitare il percorso, attivi la P.U.A. ed il percorso di accesso alle cure domiciliari ed i servizi sociali, si relazioni con il Direttore del Distretto di competenza, e/o suo delegato sanitario, il quale dispone la convocazione di una U.V.I., entro e non oltre 20 giorni dalla ricezione della segnalazione/richiesta di accesso, per effettuare la valutazione multidimensionale e redigere un P.A.I. sulla base dello stadio di malattia e dei bisogni socio-sanitari del paziente.

Le fasi per l'arruolamento nel sistema delle cure domiciliari sono:

1. segnalazione/richiesta di ammissione alle cure domiciliari-formulata dal Centro Certificatore e inviata al referente S.L.A. e al direttore del distretto;
2. formazione ed addestramento del familiare/caregiver a carico del Centro Certificatore e/o Referente aziendale;
3. valutazione multidisciplinare e multidimensionale effettuata in sede di U.V.I.;
4. redazione ed elaborazione del P.A.I., in sede di U.V.I.;

5. definizione del Piano Esecutivo a seguito di valutazione multidimensionale ed in raccordo con il centro certificatore, équipe multidimensionale ed équipe di cure domiciliari;

6. fornitura di presidi, ausili, farmaci, di cui il referente S.L.A. e il Centro Certificatore avvieranno la procedura impegnando direttamente il distretto, nelle sue articolazioni.

Il percorso comprende, inoltre, la fase di valutazione/rivalutazione periodica del P.A.I.

L'U.V.I., configurata e convocata secondo le modalità della D.G.R.C. n. 41/2011, deve prevedere la presenza del professionista della riabilitazione, del referente S.L.A., del medico prescrittore per la fornitura di ausili e protesi e la farmacia distrettuale, del M.M.G., dell'assistente sociale del comune/ambito e di ogni altro specialista o figura professionale che si ritenga utile.

In sede di U.V.I., per l'ammissione alle cure domiciliari, si dovrà determinare il livello di cure domiciliari e successivamente il profilo di cura e l'intensità del livello assistenziale.

Ogni componente, convocato in U.V.I., compila la scheda di valutazione multidimensionale S.Va.M.Di. per le parti di propria competenza e, confermata la proposta di ammissione alle cure domiciliari, è necessario valutare l'adeguatezza degli ambienti in cui il paziente dovrà essere domiciliato, nel rispetto delle normative sulle barriere architettoniche.

All'atto dell'invio a domicilio, il direttore di distretto e/o il referente S.L.A. informa la centrale operativa del 118 ed il Medico di continuità assistenziale, comunicando le informazioni cliniche utili alla eventuale presa in carico in caso di emergenza.

Fornitura di ausili -presidi

Il referente S.L.A. e l'équipe distrettuale devono prevedere e pianificare i tempi di fornitura di presidi, eventualmente indicati dal C.C.R. o che si ritengano utili, quali possono essere: il letto articolato elettrico, il materasso antidecubito, l'aspiratore secrezioni, l'unità posturale, il sollevatore.

L'indicazione di ausili e protesi del CCR è trasmessa al referente S.L.A. che provvederà a renderla eseguibile, in modo che le procedure di prescrizione, assegnazione e pianificazione della fornitura di presidi/ausili, anche monouso, avvengano contestualmente alla Valutazione Multidimensionale nella seduta U.V.I., attivando un percorso veloce e snello ed evitando duplicazioni di attività onerose per l'utente e la sua famiglia.

Nelle fasi successive della presa in carico territoriale e in sede di rivalutazione effettuata in U.V.I., il rinnovo della prescrizione di ausili e protesi può essere effettuata direttamente dal medico specialista prescrittore, convocato in U.V.I., senza ulteriori passaggi.

Per le procedure di rinnovo basta acquisire la certificazione da parte del M.A.P. di sussistenza delle condizioni ed esistenza in vita. I M.A.P. opportunamente informati sulle procedure dall'U.O. Assistenza di Base distrettuale, sono tenuti a comunicare tempestivamente l'eventuale decesso del paziente.

Per tutto quanto risulti necessario e non previsto in fase di valutazione e certificazione della malattia, ma che si rendesse necessario nelle fasi successive alla ammissione alle cure domiciliari l'équipe che prende in carico l'utente provvede a segnalarlo al referente S.L.A. per la fornitura/il rinnovo o la modifica della fornitura stessa.

Criteri per l'accesso alle cure domiciliari e individuazione dei livelli e profili assistenziali

Per poter individuare il miglior profilo di cure domiciliari per un paziente affetto da S.L.A. si fa riferimento al D.C.A. n.1/2013 ed alla tabella per la definizione dell'assegno di cura per pazienti affetti da tale patologia, in applicazione alla D.G.R.C. n. 34/2013.

La scheda profili del decreto commissariale n.1/2013 suddivide i livelli di cure domiciliari in tre profili: basso, medio, alto carico assistenziale, per un totale di 12 profili di cure domiciliari.

I profili/livelli sono caratterizzati da intensità assistenziali diverse misurate mediante il CIA – Coefficiente di Intensità Assistenziale – che deriva dal rapporto tra giorni di effettiva assistenza e periodo di cura.

Nel D.C.A. n.1/2013 sono ricompresi tutti i profili di cura che possono interessare generalmente tutti i potenziali pazienti utenti di cure domiciliari, non è contemplata una specifica patologia.

L'inserimento in un determinato livello e quindi profilo di cura è successivo alla valutazione multidimensionale e conseguentemente alla valutazione dell'équipe che garantirà, la presa in carico, generalmente la valutazione multidimensionale è effettuata con la scheda di valutazione S.Va.M.Di.

La tabella profili del D.C.A. n. 1/13 serve per verificare la intensità assistenziale e il numero minimo-massimo di prestazioni erogate/erogabili per ogni paziente affetto da S.L.A e va utilizzata per dettagliare il piano esecutivo.

L'inquadramento, anche se suscettibile di modifiche, garantisce un adeguato livello di assistenza in relazione al bisogno, che va rivalutato periodicamente, di norma in sede di U.V.I., ogni 180 giorni/90 giorni (se collocato rispettivamente in I o II livello di cure domiciliari), comunque su richiesta del paziente del familiare e, ogni volta che si verifichino sensibili mutamenti delle condizioni e dei bisogni.

Necessario è il supporto della rete e il punteggio assegnato, dalla valutazione sociale con la scheda C della S.Va.M.Di, che forniscono indicazioni adeguate sulla effettiva presa in carico.

Il case manager monitora costantemente l'evoluzione clinica della malattia così da poter rideterminare tempestivamente il livello assistenziale.

Il P.A.I. ed il P.E.I.

Il P.A.I è. elaborato dall'U.V.I. che ne verifica l'attuazione mediante il case manager, e definisce esplicitamente ed in maniera analitica:

- la tipologia di servizi e prestazioni sociali e sanitarie da erogare, la modalità di erogazione, il livello di intensità dell'intervento e le figure professionali impegnate, in rapporto al bisogno accertato;
- la titolarità, le competenze e la responsabilità di spesa fra sanità e sociale;
- le competenze e le funzioni del responsabile della presa in carico e delle figure di riferimento;
- le competenze e le funzione del care giver;
- la data di avvio e la durata del progetto, con la previsione di verifica intermedia;
- gli obiettivi del P.A.I. saranno quelli del mantenimento della stabilità clinica, del recupero funzionale raggiunto nella struttura che dimette o eventuali ulteriori recuperi funzionali possibili;
- il consenso della famiglia, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al P.A.I., anche per l'eventuale quota di compartecipazione della spesa.

Inoltre, il P.A.I. deve contenere informazioni relative al Centro di Riferimento/Ospedale o medico specialista al quale rivolgersi in caso di necessità.

Il responsabile dell'U.V.I. raccoglie il consenso al P.A.I. da parte del familiare, al quale saranno illustrati obiettivi, fasi, tempi del progetto assistenziale sia in sede di U.V.I. sia in modo continuativo durante tutta la fase della presa in carico da parte del MAP e dell'équipe individuata per la presa in carico del paziente.

Al P.A.I. segue il piano esecutivo, redatto solo dopo aver definito il profilo di cura e l'intensità assistenziale delle cure domiciliari, esso contiene:

- le azioni specifiche, la tipologia di prestazioni ed intervento
- la quantità, la durata e la frequenza di ogni tipologia di intervento (accessi, consulenze, ore giornaliere e settimanali, ecc.);
- la fornitura di presidi e materiali;
- la somministrazione di farmaci;
- gli strumenti e i tempi per il monitoraggio del piano.

Le figure di riferimento nell'impianto del progetto assistenziale e del suo monitoraggio sono il M.A.P., il medico specialista, il referente aziendale S.L.A. ed il Responsabile dell'U.O.S.A.D.O.

Il M.A.P., considerato che le necessità cliniche si modificano notevolmente nel corso della malattia, verificherà e controllerà la corretta applicazione, in accordo con il responsabile delle cure domiciliari, di tutte le procedure atte a salvaguardare la salute del paziente. Nel caso si verifichino problematiche di tipo etico, riguardanti interventi che il paziente rifiuta, il Referente Aziendale per la S.L.A. e l'U.V.I distrettuale, in assenza di normative specifiche, dovranno tenere in considerazione la legislazione vigente.

L'équipe ed il case manager predispongono un diario unico/fascicolo sanitario che deve rimanere a domicilio dell'assistito e deve riportare tutti gli accessi con indicazioni dei tempi e della durata. Sul fascicolo sanitario vanno, inoltre, registrate tutte le informazioni utili di tipo clinico-medico, le variazioni osservate, gli episodi occorsi e eventuali manovre, somministrazioni di farmaci che si dovessero verificare.

Tale strumento può essere consultato dal medico ospedaliero in caso di ricovero, dal medico di Continuità Assistenziale nel caso di un accesso a casa del paziente e, da tutti gli specialisti e gli operatori che concorrono alla realizzazione del P.A.I..

La raccolta e la consultazione di tutti i dati clinici del paziente nonché tutte le informazioni relative al P.A.I., al P.E.I, al fascicolo sanitario/diario ecc., sono oggetto di informatizzazione per una più efficace ed efficiente gestione delle Cure Domiciliari.

La famiglia resta la protagonista essenziale della presa in carico territoriale, specie nella figura del care giver.

Per le urgenze ed emergenze è necessaria la disponibilità di mezzi di trasporto idonei, percorsi specifici con le rianimazioni territoriali.

Nel caso siano necessari accertamenti diagnostici o trattamenti terapeutici da effettuarsi in ambiente ospedaliero, viene programmata la consulenza Specialistica in Ospedale, garantendo un accesso preferenziale ed idoneo mezzo di trasporto.

In entrambi i caso si deve garantire la assistenza/presenza del care giver familiare e dei dispositivi di comunicazione.

Durata del P.A.I. tempi e modi di rivalutazione

La durata del P.A.I. è di norma commisurata alla intensità assistenziale, ma nel caso di disabilità gravissime e di cronicità, si determina in 12 mesi, alla scadenza dei quali in automatico viene convocata la seduta dell'U.V.I. per la conferma del P.A.I. stesso o per eventuali integrazioni e/o modifiche.

Ad ogni modo il P.A.I. ed il relativo P.E.I. può essere rivalutato su istanza del care giver e/o dei familiari, dell'équipe operativa e/o degli specialisti, quando si verificano variazioni delle condizioni del paziente. Ma, comunque, dovrà essere ratificato e valutato in sede di U.V.I., anche ai fini del monitoraggio e della condivisione con la famiglia.

I dati di presa in carico sono conferiti attraverso il sistema informativo sull'assistenza domiciliare - S.I.A.D., istituito dal Ministero della Salute e che confluisce nel sistema di rilevazione regionale Leasociosan, con regole ben definite nella tempistica e nelle modalità di invio dei tracciati.

L'U.V.I. procede periodicamente alla valutazione dei risultati via via acquisiti ed all'aggiornamento del P.A.I., man mano che la malattia, evolvendo, richiede nuove risposte assistenziali, informando contestualmente il Referente Aziendale per la S.L.A. e la famiglia.

Art. 8. 2 Percorso per la presa in carico assistenziale e riabilitativa del paziente con disordini della coscienza da grave cerebrolesione acquisita nella fase degli esiti: la presa in carico territoriale, ai sensi del D.C.A. n. 21 del 09/03/2015

Con il D.C.A. n. 21 del 09/03/2015 la Regione Campania ha definito obiettivi, responsabilità e ruoli di ciascuno nel processo di presa in carico fornendo indicazioni univoche e semplici che possono costituire l'articolazione minima del processo, evitando duplicazioni di passaggi. In particolare si analizzano i processi di presa in carico domiciliare, processo di valutazione multidimensionale del bisogno, al sostegno e supporto alla famiglia, per i soggetti in stato vegetativo, di minima coscienza, con sindrome di locked-in o con cebrolesione acquisita dalla fase della dimissione dalle strutture ospedaliere di riabilitazione intensiva nella fase post-acuta alle strutture S.U.A.P. o all'accoglienza a domicilio.

Dimissione a domicilio o presso le Speciali Unità di Accoglienza Permanente (S.U.A.P)

Fasi, attori, ruoli, funzioni e tempi della dimissione protetta e programmata

Il processo delle dimissioni protette richiede un'attenta programmazione, un coordinamento efficace e una comunicazione fluida tra i due poli del trasferimento, in questo caso la struttura che dimette e il territorio/distretto.

Caratteristica fondamentale della dimissione protetta è quella di essere una dimissione programmata, pertanto preordinata, concordata con il paziente, i suoi familiari e il MMG/PLS, oltre che con il distretto di residenza, pertanto, la dimissione protetta va preparata fin dall'atto del ricovero del paziente presso la struttura di riabilitazione.

Criteri per la dimissione protetta e per l'invio al domicilio del paziente sono:

1. la stabilità del paziente,
2. il consenso della famiglia,
3. la valutazione di un idoneo domicilio dell'utente
4. l'esistenza di una adeguata rete di assistenza.

Il primo requisito è valutato dalla struttura che dimette che utilizzerà quale strumento la scheda approvata con D.C.A.n.70/12.

Mancando il secondo requisito, la procedura di segnalazione è ugualmente attivata per effettuare la valutazione multidimensionale per l'inserimento in SUAP.

Nel processo di dimissione protetta ciascun attore ha un ruolo ed una funzione definita, nonché tempi e strumenti specifici che garantiscono la validità del processo stesso.

Fasi della dimissione protetta:

1. Segnalazione/richiesta di ammissione alle cure domiciliari integrate/SUAP
2. Formazione ed addestramento del familiare/caregiver
3. Valutazione multidisciplinare e multidimensionale
4. Redazione ed elaborazione del P.A.I.
5. Fornitura di presidi, ausili, farmaci
6. Dimissione a domicilio o in S.U.A.P.
7. Redazione del Piano Esecutivo Individuale (P.E.I.) e rivalutazione periodica e straordinaria del P.E.I./P.A.I.

Le fasi del processo possono essere anche concomitanti.

Attori

1. Direttore della struttura di riabilitazione e/o suo delegato
2. Direttore del distretto o suo delegato
3. MMG/PLS
4. Referente/responsabile delle cure domiciliari distrettuale e/o aziendale
5. Medici specialisti del distretto/A.S.L.
6. Unità di valutazione integrata (U.V.I.)
7. Familiari del paziente utente-caregiver
8. Assistente sociale dell'ambito/comune di appartenenza
9. Porta Unica di Accesso (P.U.A.)

Segnalazione/richiesta di ammissione alle cure domiciliari integrate

Il direttore della struttura di ricovero o suo delegato convoca la famiglia per verificare la disponibilità ed acquisire il consenso alla dimissione del familiare a domicilio o alla SUAP ed attiva il seguente percorso:

- Invia, almeno 20 giorni prima della data prevista per la dimissione a domicilio, al Direttore del distretto - che provvederà ad informare la P.U.A. - e il Servizio Fasce Deboli, quale referente aziendale delle cure domiciliari, la parte 3 allegato A della scheda di valutazione sanitaria-clinico-funzionale di cui al D.C.A. n. 70/12, accompagnata da una proposta di ammissione alle cure domiciliari/SUAP contenente la diagnosi, il consenso dei familiari, l'indicazione di ausili-protesi, trattamenti farmacologici e terapeutici. La stessa segnalazione/richiesta di accesso alle cure domiciliari è inviata al MMG/PLS attraverso fax, a mezzo posta certificata.
- Invia, all'atto della dimissione effettiva dalle strutture di riabilitazione, il progetto riabilitativo individuale e la scheda di valutazione aggiornata, corredata della relazione di dimissione, secondo quanto definito dal D.C.A. n.70/12. Copia della scheda può essere consegnata al familiare/caregiver del paziente/tutore.

Necessario un sostegno di tipo psicologico per i familiari ed il caregiver.

Il caregiver, individuato e formato nella fase post acuta, deve essere coinvolto nella pianificazione della dimissione, informato sul piano di assistenza, favorendo la comunicazione con gli operatori ospedalieri e gli operatori dell'equipe domiciliare.

In collaborazione ed in accordo con il direttore del distretto competente per la presa in carico del paziente, la struttura predispone il trasferimento a domicilio o in S.U.A.P. con autolettiga attrezzata secondo necessità, i cui costi sono a carico del distretto di residenza del paziente.

La struttura che dimette e il familiare-caregiver, inoltre, segnalano al gestore del servizio elettrico la dimissione a domicilio del paziente con necessità di apparecchi elettromedicali, utilizzando la specifica modulistica.

Mancando il consenso da parte del familiare di dimissione a domicilio, il Direttore del Distretto provvede ad allertare la struttura S.U.A.P. che parteciperà alla seduta U.V.I.

Valutazione multidisciplinare e multidimensionale

La valutazione multidimensionale avviene in U.V.I., ai sensi della D.G.R.C. n.41/2011.

Il direttore del distretto e/o suo delegato, che riceve la richiesta di ammissione alle cure domiciliari dalla struttura, attiva il seguente percorso:

- attiva la P.U.A. la segnalazione che convoca l'U.V.I entro e non oltre 10 giorni dalla ricezione della segnalazione/richiesta di accesso alle cure domiciliari, convoca il MMG/PLS, l'assistente sociale dell'Ambito/comune, l'U.O. Distrettuale competente per le cure domiciliari, ogni altra U.O. che si ritenga utile coinvolgere nel processo di presa in carico domiciliare, un medico specialista in riabilitazione, l'infermiere, un medico prescrittore per la autorizzazione alla spesa e all'utilizzo di protesi e ausili.
- Invia la richiesta di ausili e protesi, sulla scorta delle indicazioni contenute nella richiesta di ammissione alle cure domiciliari della struttura che dimette l'U.O. Riabilitazione per la fornitura di ausili e presidi e allerta la farmacia distrettuale per la fornitura di farmaci a domicilio affinché tutti gli ausili, protesi e farmaci siano già disponibili al domicilio dell'utente/SUAP;
- Invia a tutti i convocati a mezzo email gli atti inviati dalla struttura per la richiesta di ammissione e richiede a tutti i soggetti coinvolti per la parte di propria competenza l'utilizzo dello strumento S.Va.M.Di. con l'ausilio delle informazioni contenute nella scheda di valutazione trasmessa dalla struttura che dimette, in relazione a quanto già rilevato e valutato, al fine di definire il fabbisogno assistenziale;
- Convoca ed invita alla seduta dell'U.V.I. il direttore e/o suo delegato della U.O. della struttura inviante, per condividere gli obiettivi del piano terapeutico e che in fase successiva può contribuire all'elaborazione del piano esecutivo;
- Comunica alla Centrale Operativa del 118 e al Medico di Continuità assistenziale la dimissione a domicilio del paziente in stato vegetativo, allertandoli. Avrà cura, inoltre, successivamente di completare il raccordo con il 118 e il Medico di continuità assistenziale inviando il P.A.I., tutte le informazioni medico-cliniche ritenute utili;
- predispone un vademecum per il caregiver in caso di urgenza/emergenza contenente i riferimenti e le modalità per allertare i servizi territoriali;

L'U.V.I. si svolge presso la sede del distretto competente, oppure se possibile presso la struttura di ricovero. Una valutazione delle condizioni deve essere effettuata preventivamente dal responsabile della struttura che dimette.

Alla seduta U.V.I partecipa per la condivisione e sottoscrizione del P.A.I., il familiare/caregiver e eventualmente se nominato il tutore o amministratore di sostegno o il direttore sanitario/referente S.U.A.P.

Possibilmente si deve coinvolgere lo psicologo per definire, in attesa dell'avvio del P.A.I., il supporto e il sostegno alla famiglia e al caregiver.

Redazione ed elaborazione del P.A.I.

Il P.A.I. è elaborato dall'U.V.I. tenendo conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e del suo ambito familiare oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari, sia in caso di invio in Cure Domiciliari sia in caso di invio in S.U.A.P.

L'U.V.I. è responsabile del P.A.I. e ne verifica l'attuazione mediante il responsabile del caso o case manager.

Il P.A.I. deve definire esplicitamente e in maniera analitica in rapporto al bisogno accertato:

- la tipologia di servizi e prestazioni sociali e sanitarie da erogare, modalità di erogazione, livello di intensità dell'intervento e le figure professionali impegnate;
- la titolarità e competenze e responsabilità di spesa fra sanità e sociale;
- le competenze e le funzioni del responsabile della presa in carico e delle figure di riferimento;
- le competenze e le funzione del caregiver;
- la data di avvio e durata del progetto con la previsione di verifica intermedia;
- gli obiettivi del P.A.I. che saranno il mantenimento della stabilità clinica, il recupero funzionale raggiunto nella struttura che dimette o eventuali ulteriori recuperi funzionali possibili;
- il consenso della famiglia, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al P.A.I., anche per l'eventuale quota di compartecipazione della spesa.

Sarà compito del responsabile dell'U.V.I. raccogliere il consenso informato al P.A.I. da parte del familiare al quale saranno illustrati obiettivi, fasi e tempi del progetto assistenziale in sede di U.V.I.. L'équipe domiciliare e il MMG/PLS, in caso di invio alle cure domiciliari, o il Direttore sanitario della S.U.A.P., in caso di ricovero, aggiorneranno il familiare/caregiver/tutore dell'attuazione P.A.I.

Al P.A.I segue il piano esecutivo con:

- azioni specifiche, tipologia di prestazioni ed intervento;
- quantità durata e frequenza di ogni tipologia di intervento (accessi, consulenze, ore giornaliere e settimanali, ecc.);
- fornitura di presidi e materiali;
- somministrazione di farmaci;
- strumenti e tempi per il monitoraggio del piano terapeutico.

Il Responsabile aziendale o suo delegato delle cure domiciliari valuta l'eleggibilità del paziente nel livello di Cure Domiciliari proposto (I,II,III o Cure palliative a terminali) compila le schede sui profili di cura con l'ausilio dell'équipe, che seguirà il paziente.

Valutata e definita la collocazione del paziente in un determinato livello di assistenza e profilo, si redige il piano esecutivo su base settimanale/mensile per l'intero periodo di cura e, comunque, coerentemente con la valutazione effettuata dai singoli professionisti.

L'équipe ed il case manager disporranno di un diario unico/fascicolo sanitario che deve rimanere a domicilio dell'assistito e deve riportare tutti gli accessi con indicazioni dei tempi e della durata; sul fascicolo sanitario vanno registrate tutte le informazioni utili di tipo clinico-medico, le variazioni osservate, gli episodi occorsi e eventuali manovre, somministrazioni di farmaci che si dovessero verificare ed in modo analogo, in caso di ricovero in S.U.A.P., nel diario unico/fascicolo sanitario.

Tale fascicolo sanitario può essere consultato dal medico ospedaliero in caso di ricovero, e dal medico di Continuità Assistenziale nel caso di un accesso a casa del paziente, e da tutti gli specialisti e gli operatori che concorrono alla realizzazione del P.A.I.

Nel caso siano necessari accertamenti diagnostici o trattamenti terapeutici che obbligatoriamente essere effettuati in ambiente ospedaliero, viene richiesta la consulenza Specialistica in Ospedale, garantendo un accesso preferenziale ed il trasporto con idoneo mezzo a carico del distretto/ASL.

Durata del P.A.I.: Tempi e modi di rivalutazione.

La durata del P.A.I. è di norma commisurata alla intensità assistenziale, ma in questo caso specifico si determina in 12 mesi, alla scadenza dei quali in automatico viene convocata l'U.V.I. per la conferma del P.A.I. stesso o per eventuali integrazioni e/o modifiche.

Il P.A.I. può essere rivalutato su istanza del care giver e/o dei familiari, dell'équipe operativa e/o degli specialisti, o al verificarsi di variazioni delle condizioni del paziente.

Sarà cura del direttore del distretto di concerto con il referente delle cure domiciliari o il direttore della struttura S.U.A.P. calendarizzare valutazioni periodiche/annuali dei P.A.I. per i soggetti in stato vegetativo e di minima coscienza, senza che ciò comporti una sospensione dell'erogazione delle prestazioni.

I dati di presa in carico sono conferiti attraverso il sistema informativo definito dal Ministero della Salute: attraverso il SIAD, sistema informativo assistenza domiciliare, e il FAR, flusso assistenza residenziale, istituiti con decreti del Ministero della salute del 17.12.2008; entrambi i flussi confluiscono nel sistema di rilevazione regionale Leasociosan e rispondono a regole ben definite per la tempistica e le modalità da inviare i tracciati definiti.

Le prestazioni residenziali si contabilizzano con il file H, i modelli di rilevazione ministeriale FLS 21 riquadro H per l'assistenza domiciliare integrata ed i modelli STS 11 e 24, rispettivamente per le strutture sanitarie pubbliche e private e sociosanitarie convenzionate e per l'assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale.

Per ottemperare alle indicazioni ministeriali, per i soggetti in stato vegetativo e di minima coscienza, si indica l'avvenuta valutazione periodica/rivalutazione del caso con conseguente conferma del P.A.I con cadenza semestrale/trimestrale a seconda della collocazione dell'utente in cure domiciliari di I, II, III livello o palliative, attraverso la scheda di rivalutazione del S.I.A.D./Leasociosan mentre, l'avvenuta valutazione periodica/rivalutazione del caso con conseguente conferma del P.A.I con cadenza trimestrale in caso di ricovero in S.U.A.P. attraverso la scheda di rivalutazione del F.A.R./Leasociosan.

Il protocollo di presa in carico domiciliare e conseguentemente il P.A.I., compatibilmente con il sistema di offerta territoriale, dovrà inoltre prevedere un periodo "di sollievo per la famiglia" durante il quale il paziente potrà essere ospitato in S.U.A.P.

Fornitura di presidi - ausili - farmaci.

Il direttore del reparto che dimette si fa carico di trasmettere l'indicazione di protesi-ausili e dei farmaci necessari al trattamento domiciliare. Tali farmaci devono essere compresi nel Prontuario Ospedaliero e PTOR (salvo eccezioni motivate per iscritto e dovute a particolari necessità cliniche), in modo da consentirne la prosecuzione della fornitura gratuita, anche dopo il primo ciclo di terapia, da parte della Farmacia Ospedaliera territoriale.

La fornitura dei farmaci per il primo ciclo di terapia dopo la dimissione (almeno per una settimana) deve essere effettuata presso la Farmacia della struttura che dimette, le successive forniture, compreso il materiale per infusione ed i prodotti per il supporto nutrizionale, sono garantite dall'Azienda Napoli 3 Sud presso la Farmacia Territoriale.

Alla scadenza del P.A.I. e in sede di rivalutazione effettuata in U.V.I., il rinnovo della prescrizione di ausili e protesi può essere effettuata in U.V.I. dal medico specialista prescrittore.

Per attivare tempestivamente le procedure, si devono prevedere i tempi di fornitura di alcuni presidi, ad esempio:

- Letto articolato elettrico
- Materasso antidecubito
- Aspiratore secrezioni
- Unità posturale
- Sollevatore

Per le procedure legate al rinnovo della fornitura di ausili monouso (pannoloni, cannule ecc..) si adotta un percorso agile (es.: certificazione da parte del MMG/PLS di sussistenza delle condizioni ed esistenza in vita).

In caso di ossigenoterapia l'équipe in modo automatico provvederà ad avviare la procedura per il rinnovo della fornitura, predisponendo la saturimetria, come richiesto dalle disposizioni vigenti in materia.

Dimissione a domicilio

Il giorno della dimissione è auspicabile che il MMG/PLS con gli altri componenti dell'U.V.I. accolgano l'utente al proprio domicilio e che il medico della struttura che dimette lo accompagni in ambulanza.

Art. 9 Emergenze/Urgenze

Uno degli scopi delie cure domiciliari è di garantire la stabilità delie condizioni cliniche del paziente a domicilio; nonostante l'impegno degli operatori e della famiglia, a causa dì eventi imponderabili o per l'aggravarsi delle condizioni cliniche, si possono comunque verificare situazioni di emergenza/urgenza in cui va attivato il servizio di emergenza medica.

I nominativi dei pazienti in carico alle Cure domiciliari di III livello e cure palliative per pazienti terminali devono essere segnalati, fin dalla presa in carico in cure domiciliari, alla Centrale Operativa del 118 da parte della U.O.S.A.D.O., con la descrizione del quadro clinico e degli eventuali supporti dei parametri vitali.

Il fascicolo sanitario domiciliare deve seguire il paziente in occasione dì eventuali ricoveri ospedalieri urgenti, per assicurare agli operatori del 118 ed agli operatori del Pronto Soccorso o della Rianimazione ogni utile informazione sulle condizioni del paziente e sulle terapie in atto.

Art. 10 Strumenti informativi

Al domicilio dell'utente è conservato il fascicolo sanitario per le prestazioni domiciliari. Sul diario clinico va annotato qualsiasi tipo di intervento medico. Al fascicolo sanitario domiciliare sono allegati tutti gli atti connessi al trattamento definito per il paziente: il diario dell'assistenza psicologica, la cartella infermieristica, la cartella fisioterapica, per rendere accessibile a tutti gli operatori il piano assistenziale in atto.

L'infermiere professionale compila il diario o le schede predisposte nel fascicolo sanitario infermieristico domiciliare in base alle prestazioni previste dal piano di assistenza ed alla valutazione al domicilio.

L'operatore socio sanitario (OSS) registra le attività assistenziali e di monitoraggio predisposte dall'infermiere sul diario sanitario infermieristico.

Il fisioterapista ed il logopedista compilano il diario riabilitativo, indicando data ed ora delle prestazioni rese e progressi conseguiti o inefficacia del piano.

Il responsabile della tenuta del fascicolo sanitario è il care giver identificato in sede di UVI distrettuale.

Il fascicolo sanitario non deve essere rimosso dal domicilio dell'utente per tutta la durata del piano assistenziale. Al care giver spetta il compito del ritiro del fascicolo sanitario e la consegna dello stesso al responsabile dell'U.O. di cure domiciliari per la compilazione del foglio di dimissione e la successiva archiviazione.

Il fascicolo sanitario contenente il piano assistenziale, il verbale UVI, le rivalutazioni a scadenza, le prescrizioni e le relazioni cliniche e laboratoristiche, è conservato presso l'U.O. di cure domiciliari ed archiviato a cura della stessa U.O. competente.

Il fascicolo sanitario domiciliare non è sostituibile con analogo strumento tipo l'Electronic Medical Record, quale nuovo sistema informatizzato per la gestione del percorso clinico ed assistenziale del paziente.

Art. 11 Richieste di ausili, apparecchi elettromedicali, esami di laboratorio, esami strumentali

Art. 11. 1 Richieste di ausili ed apparecchiature elettromedicali

La richiesta degli ausili e apparecchi elettromedicali inseriti nel Nomenclatore Tariffario o affini per funzione, necessari per l'utente in cure domiciliari, deve essere fatta dai medici prescrittori o in alternativa dal medico dell'U.O. di dimissione del paziente in qualità di specialista, sull'apposito modulo regionale o su modulistica informatizzata equivalente.

Le richieste devono essere inoltrate all'U.O.A.R. distrettuale, alla quale i familiari dell'utente in cure domiciliari devono recarsi per il perfezionamento dell'iter burocratico (domanda d'invalidità, etc). In caso di necessità urgente di ausili (aspiratori per secrezioni, cannule tracheostomiche, ecc.), per il reale rischio di aggravamento imminente delle condizioni cliniche o di decesso del paziente, il medico prescrittore segnalerà l'urgenza all'U.O.A.R. che attiverà l'acquisto immediato dell'ausilio con procedura d'urgenza.

Nel caso di dimissioni protette dalle U.T.I.R. aziendali, lo specialista che ha in carico il paziente invia la richiesta all'U.O.S.A.D.O. che a sua volta attiva il percorso di urgenza.

Art. 11. 2 Richieste di esami di laboratorio urgenti o particolari

Gli esami di laboratorio non praticabili nei laboratori accreditati logisticamente più vicini al domicilio dell'utente e/o richiesti in urgenza dal MAP o dallo specialista, dovranno essere inviati all'U.O. di Cure domiciliari che ha in carico il paziente con la motivazione dell'urgenza clinica o della particolarità dell'esame, per il seguito di competenza, con l'invio su apposita modulistica ai laboratori ospedalieri/distrettuali, con ritiro dei risultati e trasmissione al MAP.

Art. 11. 3 Organizzazione dell'assistenza farmaceutica per le cure domiciliari integrate di I, II, III livello e cure palliative a malati terminali

Obiettivo del presente modello organizzativo è la regolamentazione e l'uniformità delle procedure per la fornitura di farmaci, dispositivi medico chirurgici, alimenti destinati a fini speciali etc. per l'assistenza domiciliare.

Considerato che gli attuali percorsi nell'Azienda dell'assistenza farmaceutica domiciliare sono disomogenei e, presentano numerose difformità, tenuto conto delle normative sull'erogazione diretta dell'assistenza farmaceutica, ed in particolare del D.C.A. n° 1 del 07/01/2013 e D.C.A. n. 43 del 14/07/2010, per un miglioramento dell'efficacia, efficienza ed economicità dell'intervento assistenziale, è stato elaborato il presente nuovo modello organizzativo volto a:

-ottimizzare l'uso delle risorse farmaceutiche, anche sotto il profilo dell'appropriatezza, economicità e sicurezza per il paziente

-ottimizzare ed uniformare l'approvvigionamento e lo stoccaggio dei dispositivi e farmaci

-garantire la tracciabilità dei farmaci e dei dispositivi medici impiegati in assistenza domiciliare

-monitorare la spesa farmaceutica

1. Modalità delle prestazioni farmaceutiche erogate dalle Farmacie Distrettuali nelle cure domiciliari integrate di I e II livello:

-individuazione del centro di costo distrettuale per le Cure Domiciliari I e II livello;

-richiesta informatizzata tramite gestionale aziendale (come già previsto per le UU.OO. ospedaliere) da parte dell'U.O. Distrettuale di riferimento per le Cure Domiciliari I e II livello;

-fornitura alla U.O. Distrettuale di riferimento, per le Cure Domiciliari di I e II livello, di farmaci inclusi nel PTO e dispositivi medici (garze, siringhe, cerotti, aghi cannula ecc.) presenti nelle gare gestite dal Dipartimento Farmaceutico secondo fabbisogni preventivamente concordati;

-il Responsabile dell'U.O. dispone, anche delegando a specifica professionalità interna:

a. per la gestione, anche contabile con la tenuta dei registri obbligatori di carico-scarico, di tali beni;

b. per la corretta tenuta dell'armadio farmaceutico interno;

c. per la pianificazione delle scorte sia presso l'U.O. che eventualmente, ove ritenuto necessario e per piccole scorte, a domicilio dei pazienti, evitando accumuli ed errate pianificazioni assistenziali;

d. per il rifornimento del personale incaricato delle cure domiciliari di I e II livello sia degli operatori in esternalizzazione, se nell'affidamento non è previsto il materiale farmaceutico di consumo, che degli operatori interni.

2. Modalità delle prestazioni farmaceutiche erogate nelle cure domiciliari integrate di III livello:

I pazienti di III livello e malati terminali in cure palliative domiciliari ricevono un'assistenza intensiva e specialistica di tipo ospedaliero, pertanto le modalità di fornitura sono le seguenti:

-individuazione del centro di costo distrettuale per le cure domiciliari di III livello e cure palliative a malati terminali;

-richiesta informatizzata tramite gestionale aziendale (come già previsto per le U.O. ospedaliere);

-fornitura all' U.O. A.D.O. di farmaci inclusi nel PTO e dispositivi medici presenti nelle gare gestite dal Dipartimento Farmaceutico secondo fabbisogni preventivamente concordati;

-i suddetti beni vengono affidati in custodia all'infermiere, o in alternativa considerata la frequenza degli approvvigionamenti e le continue variazioni dei piani terapeutici, al familiare del paziente ufficialmente delegato ed opportunamente formato dal servizio A.D.O. La responsabilità dell'utilizzo e del monitoraggio del consumo a domicilio dell'assistito rimane comunque del Caposala dell'U.O.S.A.D.O.;

-la richiesta di eventuali farmaci non compresi nel PTO (nei casi previsti da specifiche normative e secondo le modalità e limitazioni previste dal piano di rientro) e i dispositivi medici non presenti nelle gare in essere, devono seguire le disposizioni Aziendali (delib. 101/2011; modello richiesta farmaco fuori PTO delib. 94/2011);

-il farmacista, al fine di ogni utile contributo professionale anche connesso al tempestivo approvvigionamento di farmaci, dispositivi e/o quant'altro utilizzato per le cure domiciliari di III livello, viene individuato quale componente dell'U.V.I.

Resta inteso che gli assistiti in cura domiciliare di I, II e III livello, aventi diritto, si potranno rivolgere direttamente alle farmacie distrettuali di riferimento per l'erogazione dei seguenti prodotti farmaceutici concessi in regime S.S.N. secondo le norme distributive stabilite a livello nazionale, regionale e aziendale:

-Farmaci fascia H, PH-T, farmaci per malattie rare D.M. 18/05/01 n.279, farmaci per fibrosi cistica e malattie metaboliche congenite;

-alimenti per nutrizione artificiale e dispositivi medici relativi, come previsto dal DGRC 236 del 21/03/2005 e allegato tecnico DGRC 1643 19/10/2007;

- stomie e medicazioni avanzate

Prestazioni del Farmacista

-controllo dell'appropriatezza prescrittiva;

-verifica della presenza dei prodotti prescritti nel PTO Aziendale e nelle gare gestite dal Dipartimento Farmaceutico;

-predisposizione degli ordini secondo il P.A.I.;

-gestione della logistica;

-preparazione e controllo di conformità del fabbisogno mensile individuale come da P.T.;

-erogazione mensile all'infermiere o al familiare del paziente/care giver;

-confronto con l'Equipe Operativa (riunioni periodiche, passaggio di informazioni);

-consulenze specialistiche in materia di assistenza farmaceutica;

-counseling al familiare/care giver sui percorsi normativi e organizzativi per l'accesso all'assistenza farmaceutica;

-educazione del familiare/care giver sul corretto utilizzo e conservazione dei farmaci a domicilio;

-contatto con lo specialista;

-counseling sulle incompatibilità e interazioni tra farmaci e tra farmaci-alimenti;

-colloquio telefonico e orientamento del familiare/care giver sulla gestione del ciclo terapeutico e/o in relazione alla

gestione delle scorte;

-farmacovigilanza e dispositivo-vigilanza sulla terapia domiciliare;

-monitoraggio dei consumi;

-rendicontazione dell'attività svolta

Considerato che anche la prestazione farmaceutica - intesa non tanto come mera erogazione di farmaci e di dispositivi medici, ma caratterizzata da interventi altamente specialistici – rientra tra gli interventi previsti dall'assistenza domiciliare, la retribuzione dei farmacisti, che al pari degli altri operatori sanitari partecipano extra orario alle cure domiciliari, può essere oggetto di remunerazione con l'utilizzo di fondi istituzionali e/o progettuali.

Art. 12 Oneri finanziari

La retribuzione degli accessi domiciliari ai MMG/PLS segue quanto previsto dai contratti vigenti. Il numero degli accessi del MMG/PLS è concordato in sede di U.V.I. ed inserito nel P.A..I..

Le prestazioni di particolare impegno professionale, o prestazioni aggiuntive, sono remunerate nel rispetto del tetto mensile previsto dai contratti. Per i pazienti oncologici la tenuta di ciascuna cartella clinica ed il coordinamento del caso in A.D.I. è gratuita.

La retribuzione degli operatori sanitari dipendenti che assicurano le cure domiciliari, qualora non sia una attività istituzionale, è oggetto di remunerazione con l'utilizzo di fondi istituzionali e/o di fondi progettuali, liquidabili ai sensi delle procedure e delle disposizioni vigenti.

Per il personale dipendente, che svolge tali mansioni al di fuori dell'orario di servizio, il D.C.A. n.1/2013 ha determinato il costo orario per l'infermiere professionale ed il professionista della riabilitazione che erogano l'attività nel profilo di Cure Domiciliari Prestazionali ed il costo orario dello specialista medico/rianimatore e del MMG e PLS. Per le prestazioni in Cure Domiciliari di I, II e III livello e Cure Palliative a malati terminali erogate dalla dirigenza non medica ed il comparto ci si attiene alle tariffe di cui alla delibera aziendale n. 317/2013, ad oggetto: "Ridefinizione delle tariffe delle prestazioni per cure domiciliari, erogate da personale dipendente, ai sensi del Decreto Commissariale n. 1/2013", che rispetta la stima del costo totale del percorso, sviluppato per ogni profilo di Cure Domiciliari Integrate e Cure Palliative a malati terminali, e proposto nel succitato decreto.

PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE NELLE CURE DOMICILIARI

Tutte le prestazioni erogabili nelle cure domiciliari aziendali sono elencate di seguito ai sensi della D.G.R.C. n. 625/2011 che modifica la D.G.R.C. n. 41/2011sostituendo la "Tabella prestazioni sanitarie".

La presenza della prestazione nell'elenco non implica la certezza della sua erogazione a domicilio, in quanto la stessa è condizionata dalla disponibilità del professionista specifico per l'attuazione.

Nel caso della necessità di garantire prestazioni specialistiche o procedure non disponibili in Azienda, viene valutata la possibilità di stipulare apposite convenzioni con altre AA.OO. o AA.UU. per l'erogazione domiciliare di particolari e specialistiche prestazioni.

Si garantiscono, in tal modo, le prestazioni di rianimazione pediatrica ai bambini dimessi dall'A.O.R.N. Santobono-Pausilipon in ventilazione meccanica a domicilio.

ASSISTENZA MEDICA

Tab. 1 Prestazioni MMG/PLS

Le prestazioni dei MAP sono pianificate ed inserite nel P.A.I. compilato in sede U.V.I.

1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica, anamnesi, esame obiettivo, rilevazione parametri vitali)

2. Visita programmatica di controllo
3. Rilevazione di test/scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
4. Compilazione diario clinico (monitoraggio segni e sintomi)
5. Stesura di un piano assistenziale
6. Valutazione dell'ambiente domestico
7. Prescrizione terapeutica
8. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
9. Prelievo ematico
10. Terapia iniettiva intramuscolare
11. Terapia iniettiva sottocutanea
12. Terapia sottocutanea in infusione
13. Terapia iniettiva endovenosa
14. Terapia infusionale con necessità di sorveglianza medica
15. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
16. Posizionamento catetere venoso periferico gestione cateterismo sottoc./venoso periferico
17. Gestione cateterismo venoso centrale / sist. Port-a-cath
18. Assistenza/Gestione pompa infusionale
19. Irrigazione dell'orecchio
20. Verifica parametri nutrizionali
21. Anamnesi dietologica
22. Formulazione dieta personalizzata
23. Valutazione della disfagia
24. Medicazioni semplici(lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
25. Medicazioni complesse(lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
26. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
27. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
28. Toilette lesioni/ferita superficiale
29. Toilette lesioni/ferita profonda
30. Svuotamento di ematomi
31. Incisione con drenaggio sottocutaneo
32. Drenaggio raccolta asessuale
33. Bendaggio elastocomprensivo
34. Anestesia locale
35. Sutura ferite
36. Rimozione dei punti/graff di sutura
37. Emotrasfusione
38. Broncoaspirazione
39. Controllo parametri ventilatore
40. Prelievo di sangue capillare
41. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie(es. urine, esame colturale, ecc.)
42. ECG
43. Posizionamento/sostituzione/gestione cateterismo vescicale
45. Esplorazione rettale
46. Gestione di cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
47. Colloquio con famigliare/care giver
48. Colloquio con medico specialista
49. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche, passaggio di informazioni, consegne)
50. Consulenze specialistiche
51. Rendicontazione dell'attività svolta

Tab. 2 Prestazioni dei Medici Specialistici

Tab. 2. 1 Prestazioni di Geriatria, Medicina Interna, Anestesia e Rianimazione, Nefrologia, Chirurgia, Oncologia, Urologia, Gastroenterologia, Medicina fisica e riabilitativa

1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica, anamnesi, esame obiettivo, rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmatica di controllo
3. Rilevazione di test/scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
4. Compilazione diario clinico (monitoraggio segni e sintomi)
5. Stesura di un piano assistenziale
6. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
7. Prescrizione ausili e protesi
8. Prescrizione terapeutica
9. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
10. Prelievo ematico
11. Terapia iniettiva intramuscolare
12. Terapia iniettiva sottocutanea
13. Terapia sottocutanea in infusione
14. Terapia iniettiva endovenosa
15. Terapia infusionale con necessità di sorveglianza medica
16. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
17. Terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed infusione continua
18. Posizionamento catetere venoso periferico
19. Posizionamento cateterino sottocutaneo
20. Gestione cateterismo sottocutaneo/venoso periferico
21. Gestione cateterismo venoso centrale/sist. Port-a-cath
22. Assistenza/gestione pompa infusionale
23. Irrigazione dell'orecchio
24. Verifica parametri nutrizionali
25. Anamnesi dietologica
26. Formulazione dieta personalizzata
27. Valutazione della disfagia
28. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale entrale
29. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenteral
30. Medicazioni semplici(lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
31. Medicazioni complesse(lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
32. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
33. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
34. Toilette lesioni/ferita superficiale
35. Toilette lesioni/ferita profonda
36. Svuotamento di ematomi
37. Incisione con drenaggio sottocutaneo
38. Drenaggio raccolta asessuale
39. Bendaggio elastocomprensivo
40. Anestesia locale
41. Anestesia periferica tronculare

42. Infiltrazione punti trigger
43. Sutura ferite
44. Rimozione dei punti/graff di sutura
45. Emotrasfusione
46. Toracentesi
47. Paracentesi
48. Artrocentesi
49. Sostituzione cannula tracheale
50. Broncoaspirazione
51. Impostazione ventilazione meccanica domiciliare
52. Controllo parametri ventilatore
53. Prelievo di sangue capillare
54. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie(es. urine, esame colturale ecc.)
55. Sostituzione PEG con sistema di ancoraggio a bottone
56. Posizionamento/sostituzione SNG
57. ECG
58. Posizionamento/Sostituzione/Gestione Cateterismo Vescicale
59. Valutazione del ristagno vescicale
60. Esplorazione rettale
61. Gestione di cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
62. Impostazione dialisi peritoneale
63. Colloquio con famigliare/care giver
64. Colloquio con il medico curante
65. Confronto con l'équipe(riunioni periodiche- passaggio di informazioni – consegne
66. Consulenze specialistiche
67. Rendicontazione dell'attività svolta

Tab. 2.2 Prestazione di Medicina fisica e riabilitativa

1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica, anamnesi, esame obiettivo, rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmatica di controllo
3. Esecuzione di test/scale di valutazione (FIM)
4. Definizione del trattamento riabilitativo in sede di Unità di valutazione
5. Stesura di un piano assistenziale
6. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
7. Prescrizione ausili e protesi
8. Monitoraggio periodico dell'andamento del trattamento
9. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
10. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
11. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
12. Colloquio con familiare/care giver
13. Colloquio con il medico curante
14. Colloquio con medico specialista
15. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche, passaggio di informazioni, consegne)
16. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile
17. Consulenze specialistiche
18. Rendicontazione dell'attività svolta

Tab. 2.3 Prestazione del Medico specialista esperto in cure palliative-anestesista rianimatore

1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica, anamnesi, esame obiettivo, rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmatica di controllo
3. Visita in urgenza
4. Rilevazione di test/scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
5. Compilazione diario clinico (monitoraggio segni e sintomi)
6. Stesura di un piano assistenziale
7. Prescrizione terapeutica
8. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
9. Educazione del care giver alla gestione di dispositivi per la somministrazione di farmaci(pompe, elastomeri, altro)
10. Monitoraggio dei sintomi
11. Terapia iniettiva intramuscolare
12. Terapia iniettiva sottocutanea
13. Terapia sottocutanea in infusione
14. Terapia iniettiva endovenosa
15. Terapia infusionale con necessità di sorveglianza medica
16. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
17. Terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed infusione continua
18. Posizionamento catetere venoso periferico
19. Posizionamento cateterino sottocutaneo
20. Gestione cateterismo sottocutaneo/venoso periferico
21. Gestione cateterismo venoso centrale/sist. Port-a-cath
22. Assistenza/gestione pompa infusionale
23. Gestione cateteri spinali
24. Istillazione genitourinaria
25. Valutazione della disfagia
26. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale enterale
27. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale
28. Prelievo ematico
29. Prelievo di sangue capillare
30. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie(es. urine, esame colturale ecc.)
31. Medicazioni semplici(lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
32. Medicazioni complesse(lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
33. Svuotamento di ematomi
34. Incisione con drenaggio sottocutaneo
35. Anestesia locale
36. Anestesia periferica tronculare
37. Infiltrazione punti trigger
38. Sutura ferite
39. Rimozione dei punti/graff di sutura
40. ECG
41. Sostituzione cannula tracheale
42. Broncoaspirazione
43. Impostazione ventilazione meccanica domiciliare

44. Posizionamento/sostituzione SNG
45. Sostituzione di PEG con sistema di ancoraggio a bottone
46. Posizionamento/sostituzione/gestione Cateterismo Vescicole
47. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
48. Controllo parametri ventilatori
49. Esplorazione rettale
50. Paracentesi
51. Toracentesi
52. Artrocentesi
53. Emotrasfusione
54. Colloquio con familiare/care giver
55. Colloquio con il medico curante
56. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche, passaggio di informazioni, consegne)
57. Consulenze specialistiche
58. Visita di cordoglio – Supporto al lutto
59. Rendicontazione dell'attività svolta

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Tab. 3 Prestazioni Infermieristiche

1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica, anamnesi, esame obiettivo, rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmatica di controllo
3. Visita in urgenza
4. Rilevazione di test/scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
5. Compilazione diario clinico infermieristico
6. Stesura di un piano assistenziale
7. Educazione del care giver alle attività di nursing (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari ecc.)
8. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
9. Educazione del care giver alla gestione di dispositivi per la somministrazione di farmaci(pompe, elastomeri, altro)
10. Valutazione dell'ambiente domestico
11. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilitazione del paziente
12. Applicazioni di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance
13. Educazione del care giver alla corretta mobilizzazione/corretta postura del paziente
14. Educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee
15. Educazione del care giver alla gestione di derivazioni urinarie
16. Educazione del care giver alla gestione di enterostomie
17. Prelievo ematico da sangue capillare (dtx)
18. Prelievo ematico
19. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.)
20. Gestione tracheotomia
21. Educazione del care giver alla broncoaspirazione
22. Broncoaspirazione
23. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
24. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
25. Bendaggio con doccia di immobilizzazione

26. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
27. Toilette lesioni/ferita superficiale
28. Terapia iniettiva intramuscolare
29. Terapia iniettiva sottocutanea
30. Terapia sottocutanea in infusione
31. Terapia iniettiva endovenosa
32. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
33. Terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed infusione continua
34. Posizionamento catetere venoso periferico
35. Posizionamento cateterino sottocutaneo
36. Gestione cateterismo sottocutaneo/venoso periferico
37. Gestione cateterismo venoso centrale/sist. Port-a-cath
38. Assistenza/gestione pompa infusionale
39. Gestione cateteri spinali
40. Istillazione genitourinaria
41. Irrigazione dell'occhio
42. Irrigazione dell'orecchio
43. Valutazione della disfagia
44. Posizionamento / sostituzione SNG
45. Gestione SNG
46. Valutazione del ristagno gastrico
47. Somministrazione di terapia tramite SNG – PEG
48. Controllo periodico del sistema di ancoraggio della PEG
49. Posizionamento/sostituzione/gestione Cateterismo Vescicale
50. Valutazione del ristagno vescicole
51. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
52. Impostazione dialisi peritoneale
53. Gestione alvo (intervento educativo igienico – alimentare)
54. Gestione alvo (clistere evacuativo, evacuazione manuale)
55. Esplorazione rettale
56. Gestione enterostomie
57. Gestione drenaggi
58. Irrigazione intestinale
59. Gestione derivazioni urinarie
60. ECG
61. Colloquio con famigliare/care giver
62. Colloquio con il medico curante
63. Colloquio con medico specialista
64. Confronto con l'équipe (riunioni , passaggio di informazioni, consegne)
65. Visita di cordoglio – Supporto al lutto
66. Rendicontazione dell'attività svolta

ASSISTENZA RIABILITATIVA

Tab. 4 Prestazioni Riabilitative

Tab. 4. 1 Prestazioni Fisioterapiche

1. Esecuzione di test/scale di valutazione (FIM)
2. Valutazione dell'ambiente domestico
3. Istruzione utilizzo ausili e protesi
4. Istruzione del paziente o del care giver all'utilizzo di ausili per la deambulazione e valutazione ambientale

5. Educazione del care giver ad interventi adattivi che rendano più sicuri e fruibili gli ambienti dome stici
6. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente
7. Educazione del care giver alla corretta mobilizzazione/corretta postura del paziente
8. Applicazione di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance
9. Compilazione diario clinico
10. Trattamento di rieducazione motoria del paziente emiplegico
11. Trattamento di rieducazione motoria del paziente ortopedico
12. Trattamento di rieducazione motoria del paziente amputato
13. Trattamento di rieducazione globale del paziente portatore di patologia neurodegenerativa
14. Rieducazione respiratoria
15. Rieducazione alla tosse assistita
16. Trattamento di rieducazione respiratoria
17. Trattamento di rieducazione alla tosse assistita
18. Terapia fisica
19. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
20. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
21. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche, passaggio di informazioni, consegne)
22. Colloquio con famigliare/care giver
23. Contatto con lo specialista
24. Rendicontazione attività svolta

Tab. 4. 2 Prestazioni di logopedia

1. Valutazione delle alterazione del linguaggio di tipo afasico
2. Valutazione delle alterazione del linguaggio di tipo disartrico
3. Esecuzione di test/scale di valutazione
4. Stesura di un piano assistenziale
5. Rieducazione al linguaggio
6. Rieducazione disturbi neuropsicologici (memoria ed attenzione)
7. Monitoraggio del disturbo
8. Valutazione della disfagia
9. Colloquio con famigliare/care giver
10. Colloquio con lo specialista
11. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche, passaggio di informazioni, consegne)
12. Rendicontazione dell'attività svolta

Tab. 4. 3 Prestazioni di Terapia Occupazionale

1. Stesura di un piano assistenziale
2. Rieducazione disturbi neuropsicologici (memoria ed attenzione)
3. Recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane
4. Colloquio con famigliare/care giver
5. Colloquio con lo specialista
6. Confronto con l'équipe(riunioni periodiche, passaggio di informazioni, consegne)
7. Rendicontazione dell'attività svolta

EDUCAZIONE ALL'ALIMENTAZIONE

Tab. 5 Prestazioni del dietista

1. Anamnesi dietologica
2. Verifica parametri nutrizionali
3. Formulazione dieta personalizzata

4. Valutazione disfagia
5. Stesura di un piano assistenziale
6. Istruzione alla preparazione di dieta a consistenza modificata
7. Istruzione alla somministrazione dei pasti con posture facilitanti
8. Monitoraggio del disturbo disfagico
9. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale entrale
10. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale
11. Istruzione alla gestione domiciliare di un programma di nutrizione entrale
12. Istruzione alla gestione di una sonda nutrizionale
13. Monitoraggio del programma nutrizionale
14. Valutazione del ristagno gastrico
15. Contatti con gli specialisti
16. Colloquio con il familiare/caregiver
17. Contatti con i medici di medicina generale
18. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche, passaggio di informazioni, consegne)
19. Rendicontazione dell'attività svolta
20. Consulenze

ASSISTENZA PSICOLOGICA

Tab. 6 Prestazioni dello Psicologo

1. Terapia di supporto ai pazienti e ai familiari
2. Consulenza individuale agli operatori delle equipe
3. Attività di supervisioni di equipe
4. Colloqui per sostegno ed elaborazione del lutto

ASSISTENZA ALLA PERSONA

Tab. 7 Prestazioni dell'Operatore Socio Sanitario

1. Igiene personale a persone allettate o con lesioni cutanee
2. Bagno assistito
3. Posizionamento e mobilizzazione
4. Supporto alle prestazioni infermieristiche
5. Bagno a letto (allettato/con disabilità fisiche gravi)
6. Bagno complesso in vasca/doccia (non autosufficiente)
7. Rimessa a letto complessa (carrozzina/non deambulante)
8. Mobilizzazione passiva semplice e al letto
9. Deambulazione. Assistita
10. Vigilanza su corretta assunzione farmaci e registrazione in cartella di eventuali problemi per M.M.G.
11. Controllo stato soggettivo (salute, vigilanza, umore, lagnanze etc) e registrazione in cartella per MMG
12. Somministrazione farmaci per os e registrazione in cartella
13. Piccole medicazioni, prevenzione piaghe
14. Controllo parametri vitali e indici corporei con apparecchi sanitari di semplice uso e registrazione in cartella.
15. Prevenzione incidenti domestici
16. Lavaggio dei capelli a letto (allettato non collaborante)

Letto, confermato e sottoscritto.

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE SUPPLENTE
(Sig.ra Giovanna Raiola)

TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L. R. 03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione della G.R. n. _____ del _____

Decisione: _____

_____

_____

IL FUNZIONARIO

_____

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 04 AGO 2015 **/** _____ **A:**

	DIRETTORE SANITARIO D'AZIENDA		U.O.C. MATERNO INFANT. DISTRET.		
	DIRETTORE AMMINISTRATIVO D'AZIEN		U.O.C. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.		
✓	COLLEGIO SINDACALE		U.O.C. PATOLOGIA CLINICA		
	U.O.C. GABINETTO		U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE		
	U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE		U.O.C. PROGR. PIAN. VAL. ATTIV. SAN		
	U.O.C. AFFARI GENERALI		U.O.C. PSICOL.INTEG.DONNA E BAMB.		DISTRETTO N. 52
	U.O.C. AFFARI LEGALI		U.O.C. RELAZIONE CON IL PUBBLICO		DISTRETTO N. 53
	U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERV.		U.O.C. RISK MANAGEMENT		DISTRETTO N. 54
	U.O.C. ASSISTENZA DISTRETTUALE		U.O.S. ISPETTIVA AMM.VA		DISTRETTO N. 55
	U.O.C. ASSISTENZA OSPEDALIERA		U.O.S. ISPETTIVA SANITARIA		DISTRETTO N. 56
	U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA A		SERV. COORD.TO COMIT.ETICO CAMP. SUD		DISTRETTO N. 57
	U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA B		COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA		DISTRETTO N. 58
	U.O.C. ASSISTENZA SANITARIA		COORD.TO PROGETTI FONDI		DISTRETTO N. 59
	U.O.C. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA		COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND		OO.RR. AREA NOLANA
✓	U.O.C. FASCE DEBOLI		DIPARTIMENTO FARMACEUTICO		OO.RR. AREA STABIESE
	U.O.C. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.		DIPARTIMENTO PREVENZIONE		OO.RR. GOLFO VESUVIANO
	U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINAN		DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		OO.RR. PENISOLA SORRENTINA
	U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE		DISTRETTO N. 34		U.O.S. A.L.P.I.
	U.O.C. GEST.TECN.PATR.IMMOB.OSP.		DISTRETTO N. 48		
	U.O.C. GEST.TECN.PATR.IMMOB.TER.		DISTRETTO N. 49		
	U.O.C. GEST.TECN.SISTEMI INFORM.		DISTRETTO N. 50		
	U.O.C. MATERNO INFANT. OSPEDAL.		DISTRETTO N. 51		