

I N D I C E




1. SCOPO	3
2. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
3. RESPONSABILITÀ	3
4. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	4
5. SIGLE, ABBREVIAZIONI E ACRONIMI	4
6. LISTA DI DISTRIBUZIONE.....	4
7. DISTRIBUZIONE DEL DOCUMENTO.....	5
8. PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRITICO PRIMA DELLE DIMISSIONI OSPEDALIERE.....	5
9. CHIUSURA DELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRITICO.....	6
10. PAZIENTE PEDIATRICO (CRONICO, DISABILE, ONCOLOGICO)	7
11. PAZIENTI ONCOLOGICI ADULTI	9
11.1. COS'È L'ASSISTENZA DOMICILIARE ONCOLOGICA.....	9
11.2. ASSISTENZA DOMICILIARE ONCOLOGICA: L'IMPORTANZA DELL'AMBIENTE FAMILIARE .	9
11.3. ASSISTENZA DOMICILIARE ONCOLOGICA: CONDIZIONI NECESSARIE.....	10
11.4. LE DIMISSIONI DAGLI OSPEDALI E L'AVVIO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE	10
11.1. LE 4 FASI DELLE DIMISSIONI PROTETTE	11
12. CONTINUITÀ DELLE CURE IN CASO DI NUTRIZIONE ARTIFICIALE	12
13. GESTIONE DEL DISAGIO NEUROPSICOLOGICO.....	14
14. GESTIONE MULTICULTURALITÀ.....	15
12. GESTIONE DELLA FRAGILITÀ.....	16
12.1 CASE MANAGER.....	16
12.2 CHI È IL PAZIENTE FRAGILE.....	17
12.3 COS'È LA FRAGILITÀ	17
12.4 TIPOLOGIE DI FRAGILITÀ	18
12.5 LA COMUNICAZIONE PSICO SOCIALE	18
13. DESCRIZIONE ATTIVITA'	19
13.1 GESTIONE DEL PAZIENTE FRAGILE.....	19
13.2 VALUTAZIONE IN ITINERE DEL PAZIENTE FRAGILE.....	19
13.3 APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE NELLA PRESA IN CARICO DELLA FRAGILITÀ.....	20
13.4 MODALITÀ DI EROGAZIONE DI FARMACI, APPARECCHIATURE ELETTRONICHE E PRESIDI	21
13.5 MODALITÀ DI RIVALUTAZIONE DEL BISOGNO ASSISTENZIALE	21
13.6 VALUTAZIONE DELLE NECESSITÀ DI MODIFICA	22



PROCEDURA
ASSISTENZA DOMICILIARE PER PAZIENTI CRITICI E PER PAZIENTI CON
ESIGENZE ASSISTENZIALI SPECIFICHE

Codice documento:
PR.ADI.8.5 - 02
Emesso il 28.02.2022
Rev.02 del 31.03.2023

13.7	DECISIONE DI MODIFICA	22
13.8	TRASMISSIONE DELLA MODIFICA DEL PAI ALLA CENTRALE OPERATIVA.....	22
13.9	COMUNICAZIONE AL PERSONALE SANITARIO	22
13.10	LIMITAZIONE DEL TURN OVER.....	22
13.11	DIMISSIONI DEL PAZIENTE.....	23
13.11.1	TEMPORANEA SOSPENSIONE DELLA PRESTAZIONE.....	23
13.11.2	CHIUSURA DEL PAI.....	23
13.12	URGENZE O EVENTI IMPREVISTI	23
14.	MONITORAGGI.....	24

REV.	EMESSO DA DT		VERIFICATO DA RQ		APPROVATO DA DS	
	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA
00	28.02.2022	//	28.02.2022	//	28.02.2022	//
01	14.02.2023	//	16.02.2023	//	16.02.2023	//
02	31.03.2023		31.03.2023		31.03.2023	

1. SCOPO

Scopo della presente Procedura è di descrivere le attività e le modalità di presa in carico del paziente critico e pazienti con esigenze assistenziali specifiche.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica ai pazienti critici e fragili.

Tra i pazienti fragili si annoverano:

- Pazienti oncologici adulti
- Pazienti oncologici pediatrici,
- Pazienti anziani,
- Pazienti stranieri,
- Pazienti affetti da disturbi neuropsicologici

Per tali pazienti si definiscono delle modalità ad hoc per la presa in carico e per la relativa gestione assicurando l'attivazione dell'assistenza anche prima delle loro dimissioni dall'ospedale.

3. RESPONSABILITÀ

La responsabilità della corretta attuazione della procedura è attribuita al Direttore Tecnico e al coordinatore infermieristico di centrale.

<i>PR.ADI 8.5.02</i>	<i>Pre segnalazione Dimissione protetta</i>	<i>Richiesta al PUA di attivazione ADI</i>	<i>Valutazione eleggibilità ADI</i>	<i>Progettazione del PAI</i>	<i>Scelta erogatore ADI</i>	<i>Invio PAI all' erogatore ADI</i>	<i>Scelta operatori sanitari</i>	<i>Presa in carico e attivazione entro 24 / 48 ore</i>	<i>Valutazione in itinere e Relazione Clinica</i>	<i>Valutazione del bisogno di ricorrere ad strutture sanitarie o operatori esterni</i>	<i>Approvazione modiche al PAI</i>	<i>Redazione e rilascio CCD al domicilio</i>	<i>Autorizzazione Dimissioni</i>
<i>PZ</i>	-----	<i>R</i>	-----	-----	<i>R</i>	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
<i>SST(PUA)</i>	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
<i>SST(UVM)</i>	-----	-----	<i>R</i>	<i>R</i>	-----	<i>R</i>	-----	-----	-----	-----	<i>R</i>	-----	<i>R</i>
<i>MMG/PLS</i>	-----	<i>R</i>	<i>R</i>	<i>R</i>	-----	-----	-----	-----	-----	<i>C</i>	<i>R-</i>	<i>R</i>	<i>C</i>
<i>UU.OO</i>	<i>R</i>												
<i>Reception</i>	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
<i>DT</i>	-----	-----	-----	-----	-----	-----	<i>R</i>	-----	<i>C</i>	<i>C</i>	<i>C</i>	-----	-----
<i>CI</i>	-----	-----	-----	-----	-----	-----	<i>C</i>	-----	<i>C</i>	<i>C</i>	<i>C</i>	-----	-----
<i>URP</i>	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

PR.ADI 8.5.02	Pre segnalazione Dimissione protetta	Richiesta al PUA di attivazione ADI	Valutazione eleggibilità ADI	Progettazione del PAI	Scelta erogatore ADI	Invio PAI all' erogatore ADI	Scelta operatori sanitari	Presa in carico e attivazione entro 24 / 48 ore	Valutazione in itinere e Relazione Clinica	Valutazione del bisogno di ricorrere ad strutture sanitarie o operatori esterni	Approvazione modiche al PAI	Redazione e rilascio CCD al domicilio	Autorizzazione Dimissioni
<i>Operatore Sanitario Domiciliare</i>	-----	-----	-----	-----	-----	-----	C	R	R	C	-----	C	C
<i>Case Manager</i>	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	C	-----	R	C	-----	C

4. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Assistenza all'anziano critico - LG del Ministero della Salute
- L'anziano critico: dalla diagnosi alla prevenzione Giornale di Gerontologia
- Il paziente anziano critico: strumenti di valutazione cognitivo - funzionale in Medicina Generale.

5. SIGLE, ABBREVIAZIONI E ACRONIMI

- ADI: Assistenza Domiciliare Integrata
- PR: Presidente
- CD: Consigliere Delegato
- DS: Direttore Sanitario
- DA: Direttore Amministrativo
- DO: Direttore Operativo
- DT: Direttore Tecnico
- RF: Responsabile Formazione
- RQ: Responsabile Qualità
- CI: Coordinatore Infermieristico
- CFKT: Coordinatore Fisioterapisti
- CA: Coordinatore Amministrativo
- RU: Responsabile URP
- RIC: Responsabile Prevenzione delle ICA

6. LISTA DI DISTRIBUZIONE

- Presidente CdA
- Consiglieri Delegati
- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo

- Direttore Operativo
- Direttore Tecnico
- Responsabile Formazione
- Responsabile Qualità
- Coordinatore Infermieristico
- Coordinatore Fisioterapisti
- Coordinatore Amministrativo
- Operatori di centrale
- Operatori Domiciliari

7. DISTRIBUZIONE DEL DOCUMENTO

Le modalità di diffusione dei documenti emessi per il governo ed il controllo del sistema di gestione per la qualità sono definite nella procedura PR.7.1 *Gestione delle informazioni documentate*.

Nello specifico tutti i documenti del sistema organizzativo quindi non solo quelli inerenti il sistema di qualità sono diffusi e condivisi tra gli operatori nelle seguenti modalità:

- Avviso per mail a tutti gli operatori interessati dal tema dell'introduzione di nuovi documenti
- Condivisione del documento tramite drop boxe; il documento sarà salvato in PDF per tutelarne la protezione e l'immodificabilità
- Ogni operatore avrà delle credenziali di accesso alla cartella condivisa
- Eventuali documenti che hanno una valenza pubblica (che possono e/o devono essere conosciuti da tutti) potranno essere anche pubblicati nel sitoweb.

8. PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRITICO PRIMA DELLE DIMISSIONI OSPEDALIERE

L'attività del Consorzio Sisifo rientra nell'ambito dei servizi sanitari territoriali che possono essere attivati a seguito di una richiesta di dimissione protetta di un malato.

Sisifo garantisce le dimissioni protette attraverso un periodo di sovrapposizione tra le cure erogate in ospedale e le cure domiciliari, che allo scopo di favorire la reciproca conoscenza tra il paziente ed il personale sanitario che avrà cura di assistere lo stesso al domicilio, migliorando la qualità di vita dei malati inguaribili, riducendo il livello di sofferenza e di dolore.

Il passaggio dalle une alle altre avviene così in maniera meno traumatica, sia per il malato sia per la sua famiglia, permettendo anche di preparare il domicilio all'arrivo del paziente prima che venga dimesso dall'ospedale.

Nel caso della presa in carico di un paziente critico la CO riceve la **“*Scheda di presegnalazione*”** da parte del reparto ospedaliero e/o dall'UVM con un anticipo di almeno 48 ore dalle dimissioni del paziente.

Nella scheda vengono riportate le principali informazioni necessarie a garantire la continuità clinico assistenziale.

Inoltre, prima delle dimissioni del paziente, il DT concorda con il Responsabile Medico del reparto di provenienza la formazione specifica da far effettuare direttamente presso il reparto al personale ADI individuato per la futura gestione del paziente critico.

Tale formazione garantisce una conoscenza maggiormente approfondita e specifica dei bisogni clinico-assistenziali del paziente e consente di poter adeguatamente preparare il servizio da erogare.

Sarebbe auspicabile inoltre che dal Reparto Ospedaliero pervenga anche copia della lettera di dimissione per essere informati tempestivamente in merito alla terapia alla dimissione.

La centrale operativa si occupa di garantire le turnazioni del personale individuato per la cura e l'assistenza dei pazienti critici, riducendo al minimo le sostituzioni improvvise, grazie alla reperibilità settimanale degli stessi operatori che assistono il paziente.

Nuovi operatori verranno inseriti in turno solo in caso di effettiva necessità, e comunque, solo dopo un periodo di affiancamento ai colleghi già presenti al domicilio del paziente.

Il personale si impegna a relazionare periodicamente, al Direttore Tecnico, sulle condizioni cliniche, sulle necessità assistenziali del paziente, e sulle eventuali criticità riscontrate durante la gestione dello stesso ed in raccordo costante con il MMG/PDL.

Il personale pone particolare cura e attenzione alla compilazione della scheda di primo accesso, e alla gestione e compilazione della cartella.

9. CHIUSURA DELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRITICO

La Centrale Operativa avvenuto il primo accesso da parte dell'operatore sanitario trasmette all'UVM distrettuale la "**Scheda di presa in carico**" contenente la data, il nome ed il cognome e la qualifica dell'operatore o degli operatori incaricati con allegata "**Scheda di primo accesso e di valutazione clinica del paziente**", peraltro disponibile attraverso il sistema informativo "Dossier ADI".

La "Scheda di primo accesso", da adottare secondo modello offerto dall'ASP, potrà avere la seguente struttura:



PROCEDURA
**ASSISTENZA DOMICILIARE PER PAZIENTI CRITICI E PER PAZIENTI CON
ESIGENZE ASSISTENZIALI SPECIFICHE**

Codice documento:
PR.ADI.8.5 - 02
Emesso il 28.02.2022
Rev.02 del 31.03.2023

SCHEDA DI VALUTAZIONE PRIMO ACCESSO	
COGNOME _____	1) <input type="checkbox"/> Dolore 2) <input type="checkbox"/> Respirazione/O2 terapia 3) <input type="checkbox"/> Circolazione
NOME _____	4) <input type="checkbox"/> Alimentazione/Irradiazione (Rischio malnutrizione: <input type="checkbox"/> 0= basso <input type="checkbox"/> 1 = medio <input type="checkbox"/> = 2 = elevato
DATA DI NASCITA _____	5) <input type="checkbox"/> Eliminazione 6) <input type="checkbox"/> Igiene 7) <input type="checkbox"/> Integrità cutanea
STATO CIVILE _____	8) <input type="checkbox"/> Movimento 9) <input type="checkbox"/> Rischio caduta 10) <input type="checkbox"/> Fabbisogno educativo del care giver
PROFESSIONE _____	
RESIDENZA _____	
TELEFONO _____	Si segnala per: _____
DIAGNOSI DI RICOVERO _____	
DATA INGRESSO _____	
CF _____	
DISTRETTO DI APPARTENENZA _____	Patologie concomitanti: _____
MMG/PLS _____	
NOTE: _____ _____ _____	Terapia in corso: <input type="checkbox"/> antipertensiva <input type="checkbox"/> anticoagulante <input type="checkbox"/> cardiologica <input type="checkbox"/> diuretica <input type="checkbox"/> reidratante <input type="checkbox"/> insulina <input type="checkbox"/> ipoglicemizzante orale <input type="checkbox"/> chemioterapia <input type="checkbox"/> antiasmatico <input type="checkbox"/> analgesica <input type="checkbox"/> anticomiziale <input type="checkbox"/> lassativa <input type="checkbox"/> sedativa <input type="checkbox"/> TAO <input type="checkbox"/> stupefacente
	Cargiver autorizzata allo scambio di informazioni: Cognome _____ Nome _____ Parentela _____ Tel _____ Cell _____ Note _____

10. PAZIENTE PEDIATRICO (cronico, disabile, oncologico)

Particolare attenzione richiede la gestione domiciliare del paziente pediatrico, al fine di garantire una buona continuità assistenziale ospedale territorio.

Il Consorzio SISIFO per i pazienti pediatrici allerta il gruppo dedicato all'assistenza che il paziente è minorenne e di conseguenza va gestito con le cautele del caso.

L'arrivo dei professionisti sanitari a domicilio viene anticipato dalla centrale operativa che chiama la famiglia per prendere contatto diretto ed avvisati dell'attivazione dell'assistenza. Per questi piccoli pazienti fragili il team della centrale nel corso dell'assistenza si reca a domicilio per la verifica diretta dello svolgimento della qualità dell'assistenza domiciliare.

Inoltre il paziente minorenne viene coinvolto in iniziative di umanizzazione dell'assistenza che consistono nella partecipazione a feste e ricorrenze ed attività ricreative varie.

Il servizio è attivo per i minori (fino al compimento dei 18 anni di età) affetti da patologie croniche e/o disabilità e patologie oncologiche che richiedano bisogni assistenziali complessi.

La programmazione prevede una presa in carico globale comprensiva degli aspetti non solo clinici ma anche psicologici, sociali e delle ricadute della malattia sul nucleo familiare.

Scopo di Sisifo è di garantire la miglior qualità di vita possibile al bambino e alla sua famiglia, indipendentemente dalla gravità della malattia, cercando di evitare l'esperienza dell'ospedalizzazione quando non necessaria.

La creazione di una solida rete con i servizi territoriali (famiglia allargata, scuola, pediatra di famiglia, distretto, ospedale, etc.) rappresenta la modalità operativa guida per un'attiva presa in carico globale del corpo, della mente e dello spirito del bambino malato e della sua famiglia.

Il setting domiciliare si presta molto alla creazione di una solida alleanza terapeutica con il bambino/adolescente e la sua famiglia. Nell'ambiente a lui familiare la confidenza è maggiore,

così come l'apertura verso l'operatore. Non a caso il nostro motto, ispirato da un bambino, è: "A CASA E' PIU' MEGLIO!"

La presa in carico domiciliare diventa ancor più importate qualora la malattia prenda il sopravvento e si entri nella fase di terminalità.

In questo caso il bambino\adolescente e la sua famiglia vengono sostenuti e accompagnati attraverso un'esperienza che conduce alla morte a domicilio attraverso la presa in carico dalle cure palliative domiciliari, qualora le condizioni lo consentano e il nucleo familiare sia propenso. In quest'ultimo caso gli operatori sanitari dell' ADI si confrontano con il PLS al fine di richiedere l'attivazione delle cure palliative domiciliari a distretto di appartenenza del paziente

L'equipe domiciliare è composta da personale medico, infermieristico, psicologico e fisioterapico.

Obiettivo dell'equipe è fare in modo che gli interventi degli operatori avvengano al domicilio del paziente. In tale sede possono essere fatte visite mediche, prelievi, medicazioni, terapie antibiotiche, chemioterapie, terapie per il dolore, ecografie etc.

Larga parte delle terapie vengono concordate con i centri di riferimento di 3° livello, garantendo al meglio la continuità assistenziale.

Gli interventi vengono usualmente programmati al mattino, e comunque in accordo con la famiglia, tenendo conto delle abitudini e dei bisogni del bambino. Nelle fasce orarie diverse, l'equipe si sposta al domicilio in caso di urgenze, garantendo una reperibilità h24.

L'equipe è dotata delle migliori attrezzature necessarie per controllare il bambino a casa: monitor multiparametrici, ecografo portatile, apparecchiature per emogasanalisi ed emocromo.

Il personale utilizza un sistema di telemedicina per la programmazione e gestione dell'attività, e provvede a mantenere i contatti con i centri di riferimento e i servizi territoriali in un lavoro di rete.

Anche la presa in carico psicologica del sistema famiglia è parte della cura e prevede un protocollo di intervento rivolto a tutti i componenti del nucleo (grandi e piccoli compresi).

Per questo motivo l'equipe si avvale di due psicologhe:

- una dedicata principalmente alla presa in carico del sistema familiare (con focus sui genitori) e a continua disposizione dell'equipe stessa,
- una rivolta al sostegno psicologico di quei bambini\adolescenti malati in carico che evidenziano maggiori fragilità e bisogni, oltre che ai fratelli\sorelle sani che necessitano.

Anche la psicologia viene portata a domicilio, con colloqui psicologici e applicazione del metodo della Gestalt Play Therapy (modello terapeutico per bambini e adolescenti che utilizza numerose tecniche espressive improntate sul gioco).

- **Percorso di cura**

L'equipe prende in carico bambini\adolescenti e famiglie che hanno già ricevuto una diagnosi di disabilità o di malattia cronica e/o incurabile.

I pazienti dopo la diagnosi vengono segnalati alla UVM distrettuale per una presa in carico domiciliare.

- **Conoscenza dell'equipe**

La famiglia e il bambino\adolescente malato conoscono l'equipe multiprofessionale dopo la diagnosi, o nel reparto di pediatria o direttamente con un primo accesso a domicilio.

- **Percorso di cura in itinere**

L'equipe segue il bambino\adolescente e la sua famiglia lungo tutto il tempo di cura, che nel caso di patologie oncologiche è strutturato con fasi e tempi ben delineati, mentre nel caso di patologie croniche si configura come una presa in carico a lungo termine.

- **Dimissione**

La dimissione è nelle aspettative di tutti i pazienti. La maggior parte dei bambini\adolescenti affetti da patologie oncologiche raggiunge questo momento, che rappresenta un percorso graduale ed è individualizzato per ogni bambino e famiglia.

I pazienti affetti da patologie croniche molto spesso non vengono dimessi e sono seguiti fino alla maggiore età, con una transizione successiva all'equipe dell'adulto.

Anche questa fase è ritagliata sulla base dei bisogni del singolo paziente.

11. PAZIENTI ONCOLOGICI ADULTI

11.1. Cos'è l'assistenza domiciliare oncologica

L'assistenza domiciliare oncologica è un servizio erogato direttamente a casa dell'utente, destinato ai pazienti con tumori, patologie cerebrovascolari e neurodegenerative, ai quali viene riconosciuta una intensità sanitaria alta.

Rispetto alla assistenza domiciliare integrata per persone anziane o non autosufficienti, l'assistenza domiciliare oncologica necessita dell'intervento congiunto di tre figure solitamente coinvolte nell'erogazione di questo tipo di servizio:

- Medico;
- Infermiere;
- Assistente Sociale.

L'assistenza oncologica, infatti, rende ancora più importante l'integrazione, la comunicazione e la partecipazione di professionisti appartenenti ad unità operative diverse o a diversi livelli gestionali del SSN.

11.2. Assistenza domiciliare oncologica: l'importanza dell'ambiente familiare

L'assistenza domiciliare oncologica risulta essere la soluzione più apprezzata dai pazienti e dai familiari. Numerosi studi dimostrano come il ricevere le cure necessarie direttamente in casa,

circondati dalle proprie abitudini e dai familiari, influisce in modo positivo sul decorso della malattia, in particolare dal punto di vista emotivo e psicologico.

I pazienti malati di tumore soffrono molto spesso di depressione, ansia, isolamento, tutti sintomi che acuiscono il dolore e rendono più complesso il decorso ed il trattamento della patologia.

Ecco perché si cerca di evitare, laddove possibile, l'ospedalizzazione, per migliorare la qualità della vita del paziente e rendere il processo - molto complesso - il più indolore è possibile.

11.3. Assistenza domiciliare oncologica: condizioni necessarie

Al fine di **attivare l'assistenza domiciliare oncologica per i pazienti malati di cancro**, è necessario verificare la sussistenza di determinate condizioni necessarie.

Verifica della presenza di un valido supporto familiare: è importante individuare, all'interno del nucleo familiare del paziente, una persona più predisposta a gestire questo processo, diventando un punto di riferimento per medici, infermieri e assistenti sociali.

Verifica di una **idonea condizione abitativa** per garantire un supporto costante al paziente.

Compatibilità delle **condizioni cliniche** con la permanenza al domicilio e con gli interventi sanitari necessari.

Se sussistono queste condizioni, ed il paziente risulta non autosufficiente o a rischio di non autosufficienza, con condizioni trattabili a domicilio, **si può attivare l'assistenza domiciliare oncologica**.

Per essere efficace, **l'assistenza deve essere personalizzata** e sviluppata sulle reali condizioni del paziente e le sue esigenze cliniche, a conferma dell'importanza dell'intervento e della collaborazione tra figure differenti.

11.4. Le dimissioni dagli ospedali e l'avvio dell'assistenza domiciliare

Le dimissioni ospedaliere protette rappresentano il passaggio programmato e concordato di un paziente dal ricovero in ospedale ad un altro setting assistenziale. Si applica in accordo con il paziente e prevede un coordinamento tra il medico curante e i servizi sanitari del territorio di appartenenza. Il momento delle dimissioni dall'ospedale viene spesso vissuto dai pazienti come un passaggio critico, a seguito del quale si devono affrontare molti disagi: si passa infatti da un'assistenza h24 ad un livello assistenziale ridotto, che spesso grava sulle famiglie. L'istituzione delle dimissioni protette nasce proprio al fine di assicurare al paziente un percorso di cure anche al di fuori dell'ospedale, attraverso un lavoro integrato tra azienda ospedaliera, servizi della Asp e distretti sociosanitari, allo scopo di garantire una continuità nel processo di cura e assistenza.

La dimissione protetta dall'ospedale può avvenire in vari modi. A seconda dei servizi attivi sul territorio e delle condizioni cliniche del paziente, è possibile ricorrervi per:

- tornare al proprio domicilio, attivando un percorso di assistenza domiciliare;
- essere ospitati in strutture non ospedaliere, come gli hospice;
- essere ricoverati presso una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) o in una casa di riposo.

La definizione del setting assistenziale più adeguato emerge a seguito di una valutazione clinico-assistenziale del malato da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) in accordo con i Responsabili dell'unità operativa dell'ospedale. L'approccio multidisciplinare e multidimensionale è fondamentale per garantire il corretto livello di continuità assistenziale nei vari setting di intervento, che si intende non solo come continuità di cure, ma anche come continuità di metodologie e di gestione da parte di figure professionali differenti.

11.1. Le 4 fasi delle dimissioni protette

Possiamo individuare quattro distinte fasi che identificano il processo delle dimissioni protette e che sono funzionali alla scelta del setting di intervento più adeguato.

- **Condivisione delle informazioni durante le rivalutazioni e i follow up**

È indispensabile che gli operatori sanitari appartenenti ai diversi asset (medici di base, medici ospedalieri, infermieri, assistenti sociali) applichino dei protocolli di intervento integrati e condivisi, al fine di garantire una continuità nelle cure.

Tali figure sono coinvolte nella fasi di rivalutazione e follow up del paziente facendo attenzione a condividere esiti delle valutazioni a garanzia delle continuità delle cure.

Le valutazioni e rivalutazioni del paziente sono pianificate al momento della presa in carico, ogni due mesi e comunque in qualsiasi momento in cui si evidenzia una variazione del quadro clinico del paziente.

- **Valutazione accurata delle condizioni del paziente.**

Occorre analizzare la situazione clinica del malato, per comprenderne il grado di autonomia e quali sono le sue abilità/disabilità fisiche, ma soprattutto individuare il suo approccio nei confronti della malattia, che risulta essenziale per la buona riuscita delle cure.

- **Analisi del contesto sociale.**

La verifica delle condizioni sociali del paziente è indispensabile per stabilire qual è la tipologia di assistenza post-ospedaliera più idonea: presenza di caregivers, situazione economica ed abitativa sono solo alcune delle componenti da analizzare.

- **Definizione del setting assistenziale.**

Dalla verifica dei punti precedenti emerge l'individuazione del tipo di assistenza più adeguata a fornire cure continuative al paziente, anche a seguito della valutazione dell'offerta erogata dai servizi sanitari territoriali.

- **Metodi e strumenti validati di valutazione e rivalutazione del paziente**

Lo staff dell'ADI per eseguire le attività assistenziali previste dal PAI utilizza i seguenti strumenti di valutazione e di rivalutazione testati e validati:

- **Valutazione e rivalutazione dei bisogni**

- Bartex

- **Prevenzione ulcere cutanee**

- Barthel
- **Cura delle ulcere**
- Monitoraggio LDL
- **Valutazione della sindrome da immobilizzazione**
- Scheda di valutazione della sindrome da immobilizzazione
- **Valutazione rischio caduta**
- Conley
- **Valutazione del dolore**
- NRS
- **Valutazione dei bisogni di formazione del Caregiver**
- Scheda di rilevazione del fabbisogno del caregiver

12. CONTINUITÀ DELLE CURE IN CASO DI NUTRIZIONE ARTIFICIALE

Una corretta alimentazione è un fattore fondamentale per un buon stato di salute; la Nutrizione Clinica deve, dunque, essere inserita a pieno titolo nei percorsi di diagnosi e cura, sia del paziente ospedalizzato, sia del paziente ambulatoriale. Come documentato da numerosi dati scientifici l'alimentazione e la nutrizione svolgono un ruolo fondamentale nell'ambito della terapia e prevenzione di numerose patologie.

Le indicazioni della letteratura nazionale e internazionale e anche in ottemperanza a quanto previsto nella DGR n.1370 del 24-09-2003 e a quanto indicato dal PSR 2009- 2011 impongono un percorso omogeneo a livello regionale per garantire la qualità di cure appropriate che ottimizzano in maniera efficace la continuità assistenziale tra Servizi ospedalieri e Servizi territoriali, anche mediante l'individuazione di percorsi assistenziali - diagnostico - terapeutici condivisi.

La progettazione di percorsi integrati, l'impostazione interdisciplinare e multiprofessionale, l'integrazione ed il coordinamento delle risorse sono componenti importanti per garantire il raggiungimento di migliori livelli di appropriatezza, orientando i comportamenti professionali in modo da contrastare la variabilità negli approcci clinico -assistenziali;

L'aspetto nutrizionale è parte di una visione strategica più ampia del percorso di salute all'interno dell'attività assistenziale, come componente sia della qualità, sia dell'attività clinica svolta.

La deliberazione della Giunta Regionale n.1370, richiamata sopra, poneva già le basi di un modello articolato che prevedeva la presa in carico globale e continua dei pazienti, ma la sua applicazione riguarda solo un territorio.

La gestione della malnutrizione correlata alla malattia rappresenta uno dei campi applicativi più rilevante per l'importanza clinica della nutrizione e include, a pari importanza, sia il livello ospedaliero che territoriale.

I servizi di dietetica e nutrizione clinica dovranno operare secondo procedure specifiche per le singole realtà in cui svolgono la loro attività.

Punto nodale della lotta alla malnutrizione è garantire la continuità assistenziale per il paziente tra l'ospedale e il territorio

Obiettivi da raggiungere:

- Ridurre la prevalenza e la gravità della malnutrizione
- migliorare la qualità di vita soprattutto in quei soggetti dichiarati fragili e /o portatori di patologie che inducono uno stato di malnutrizione
- abbassare la spesa farmaceutica su prodotti e presidi per la nutrizione
- garantire il superamento delle disomogeneità territoriali nell'erogazione delle prestazioni sanitarie
- garantire l'applicazione di un sistema omogeneo per la gestione della nutrizione artificiale;
- promuovere l'integrazione, l'interazione, la cooperazione e la collaborazione dei professionisti coinvolti in particolare i MMG e i PdL anche attraverso la costituzione di gruppi multidisciplinari.
- promuovere programmi di ricerca scientifica e di studio di interesse multidisciplinare;
- promuovere piani formativi integrati per la formazione, l'aggiornamento e la riqualificazione delle varie figure professionali, inclusi anche i MMG/PLS, nonché per la ricerca e per la sperimentazione clinica;
- garantire, attraverso l'individuazione di adeguati sistemi di indicatori, il monitoraggio dell'offerta dei servizi, la verifica continua dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, il livello di efficienza dei servizi.

La prima valutazione del rischio nutrizionale deve costituire la prassi ed essere effettuata tempestivamente da personale appositamente identificato in ciascuna struttura sanitaria.

Negli ospedali il test di valutazione deve essere somministrato a tutti i pazienti entro le 48 ore successive dal ricovero e registrato nella cartella clinica.

Lo strumento o gli strumenti per il test di screening di valutazione debbono essere condivisi dal gruppo e allegati al presente documento e l'individuazione dei soggetti sottoposti a screening. La valutazione è da inserire all'interno della cartella clinica del soggetto.

In tutti questi casi, è necessaria una accurata e approfondita valutazione dello stato nutrizionale e/o metabolico a cui deve seguire l'eventuale istituzione di un piano terapeutico nutrizionale personalizzato. Il momento diagnostico e terapeutico devono essere espletati da professionisti

“ esperti in nutrizione clinica e nutrizione artificiale” per evitare inutili trattamenti, qualora non necessari con sprechi di risorse, o la mancata diagnosi di stati disnutrizionali e quindi il mancato, opportuno e necessario trattamento.

Un modello organizzativo che assicura ai pazienti interventi nutrizionali adeguati, tempestivi, efficaci, efficienti e sicuri, non può prescindere da equipe multidisciplinari specialistiche che prevedano la presenza, all’interno dei presidi ospedalieri e territoriale, degli specialisti dei servizi di nutrizione clinica , MMG, PLS e specialisti ospedalieri di presidio territoriale.

Il consorzio Sisifo si avvale di medici esperti in nutrizione clinica formati e certificati dalla SINPE (società Italiana nutrizione parenterale ed enterale) con la quale ha avviato una collaborazione al fine di garantire la formazione costante dei professionisti. In caso di dimissione protetta ospedaliera, segnalata alla centrale operativa dalla UVM, il medico nutrizionista della Sisifo avrà cura di effettuare una prima visita del paziente in ospedale, raccordandosi con gli specialisti ospedalieri sul programma nutrizionale da adottare al domicilio.

Per maggiori dettagli si rimanda al protocollo assistenziale PT.8.5.ASS_08 Nutrizione Artificiale Domiciliare e alla procedura PR.ACC.03 Gestione Continuità assistenziale per pazienti in NAD.

13. GESTIONE DEL DISAGIO NEUROPSICOLOGICO

È solo attraverso un sinergico lavoro di rete con l’équipe del C.S.M. (Centro di Salute Mentale), che vengono pianificati e realizzati specifici interventi, in relazione a quanto atteso nei Piani terapeutici-riabilitativi individualizzati.

A secondo delle specifiche condizioni psicofisiche dei pazienti presi in carico, il servizio prevede l’affiancamento di figure professionali qualificate ovvero Assistente domiciliare o Educatore/ Pedagogista (del C.S.M. Centro di Salute Mentale clinico) con la supervisione di uno psicologo.

In conformità a quanto previsto dal “Piano Strategico per la salute mentale” il servizio persegue alcuni importanti Obiettivi strategici quali:

- acquisizione di metodologie operative volte a garantire una concreta “Integrazione tra il servizio Pubblico Sanitario dell’ASP (attraverso l’équipe multi-professionali del CSM) ed - il Privato Sociale presente sul territorio” anche attraverso un diretto e costante coinvolgimento degli utenti e delle loro famiglie. Questa reale condivisione di obiettivi ed interventi attivati, tra tutti i partners coinvolti, nella co gestione dei PTI, ha di fatto reso possibile il conseguimento di significativi risultati da parte degli utenti;
- l’attivazione di specifici interventi domiciliari, calibrati a seconda delle specifiche esigenze degli utenti, ha di fatto rappresentato una significativa alternativa all’offerta assistenziale in regime di residenzialità, che ha permesso, grazie all’affiancamento per lo più quotidiano di figure professionali adeguate il raggiungimento di positivi risultati nell’ambito della promozione di maggiori livelli di autonomia : nella cura del Sé , nella gestione del contesto abitativo , nel contesto relazionale familiare ed extrafamiliare;

- promozione del benessere psico-fisico della persona attraverso la valorizzazione delle potenzialità, abilità e disponibilità della persona, lo sviluppo e il potenziamento delle autonomie di base e il mantenimento delle abilità residue, sostenendo la persona nel suo ambiente di vita;
- costruzione di relazioni con il contesto sociale di riferimento dell'utente e con le agenzie territoriali che rappresentano punti di aggregazione sociale (parrocchie, associazioni di volontariato e culturali, occasioni e momenti di ritrovo per la comunità locale), per contrastare l'isolamento e favorire percorsi di integrazione sociale.

PUNTI DI FORZA del servizio:

- la specifica tipologia di interventi attivati ovvero "interventi domiciliari" alternativi a quelli di tipo residenziale e finalizzati a favorire la permanenza dei pazienti con disturbi psichiatrici nel proprio ambiente di vita, al fine di evitare/ridurre il ricorso all'istituzionalizzazione;
- attivazione di Percorsi socio-assistenziali di tipo riabilitativo attraverso l'affiancamento di un Tutor qualificato es. Pedagogista clinico con tecniche riabilitative specifiche (CSM);
- lavoro di rete (Tra Enti Pubblici E Privati) e sperimentazione di buone prassi (es. modulistica adottata per la presa in carico o il monitoraggio degli interventi, incontri periodici di supervisione) nella co-gestione dei PTI attraverso un diretto e costante coinvolgimento (con ruolo attivo) del paziente e della famiglia.

14. GESTIONE MULTICULTURALITÀ

Negli ultimi anni anche in Italia si sono verificati forti fenomeni migratori che hanno aumentato la complessità della società.

In ambito sanitario, l'accoglienza e l'assistenza di pazienti stranieri ha posto gli operatori di fronte alla necessità di comprendere i bisogni di persone diverse da loro per culture, etnie, religioni, lingue ed usi.

Il consorzio SISIFO ha definito una politica di gestione dei pazienti fragili/critici che tiene conto anche della multietnicità ed in particolare si attiva un canale di comunicazione particolare per i soggetti stranieri con difficoltà comunicative.

Nella fattispecie per quanto riguarda i pazienti stranieri è definito un rapporto di collaborazione con un mediatore linguistico che sarà attivato dall'assistente sociale in caso di pazienti stranieri, cercando di verificare anche i bisogni socio culturali dell'assistito al di là delle mere difficoltà linguistiche.

Nelle cure domiciliari, questa criticità emerge nelle difficoltà che spesso ha il paziente straniero nel comunicare i propri vissuti e i sintomi, a causa delle differenze culturali tra lui e gli operatori sanitari, soprattutto quando si attribuiscono diversi significati simbolici allo stesso

termine. Un altro aspetto centrale nelle cure a domicilio (e che può variare in base alla cultura di appartenenza) riguarda il modo di vivere il dolore.

Per questo motivo, la presa in carico del paziente dal servizio di cure domiciliari prevede che la raccolta dei dati bio-psico-sociali del paziente includa anche le sue convinzioni religiose, etniche e linguistiche.

Inoltre, il servizio prevede la disponibilità di un mediatore linguistico-culturale.

Questa figura assume un'importanza sempre più rilevante nelle attuali società multietniche dato che permette di superare barriere linguistiche o culturali che precludono l'accesso alle cure domiciliari.

Il mediatore linguistico-culturale, infatti, aiuta la relazione tra l'equipe sanitaria e il paziente straniero e la sua famiglia, garantendo pertanto la qualità del percorso di cura. Il mediatore linguistico-culturale affianca l'equipe alla presa in carico del paziente e, su richiesta, nei momenti di criticità del percorso di cura con il paziente e la famiglia.

Ad esempio, nel caso di sintomi refrattari che necessitano l'avvio di una sedazione palliativa, il mediatore linguistico-culturale si reca a domicilio insieme all'equipe per aiutarla ad orientarsi tra gli aspetti etici, sanitari e religiosi.

Infine il consorzio provvederà a commissionare la traduzione della carta dei servizi e degli strumenti sintetici di diffusione delle informazioni all'utenza in altre lingue in primis l'inglese ed il francese.

12. GESTIONE DELLA FRAGILITÀ

12.1 Case Manager

Le ricerche disponibili e l'esperienza concreta confermano che le famiglie necessitano anzitutto di un insieme di azioni di accompagnamento che spaziano da attività informative ben strutturate a sostegni nell'accesso, alla presa in carico sino all'accompagnamento nel corso del tempo da parte di figure di riferimento (case manager).

L'elemento imprescindibile per l'efficacia degli interventi è la garanzia di una figura istituzionale di coordinamento, un case manager che sia di riferimento per la famiglia e che, valutati i bisogni, si adoperi per attivare le risposte integrate e possibili in quel territorio, ricomponendo le diverse prestazioni afferenti ai sistemi sociali, assistenziali e sociosanitari. Per tali motivi all'interno della centrale operativa è prevista la figura dell'assistente sociale quale figura di riferimento (case manager) del paziente preso in carico con le cure domiciliari.

La funzione di Case Manager è ancor più centrale nell'assistenza domiciliare; nei contesti residenziali infatti, la necessaria integrazione tra gli interventi viene più facilmente garantita dalla presenza di un interlocutore unico (la struttura residenziale e il suo staff).

Gli atti normativi dell'ultimo decennio, in ogni regione, valorizzano e attribuiscono centralità al ruolo di Case Manager che nella realtà concreta dei servizi domiciliari svolge una funzione un

coordinamento tra i diversi interventi e le progettualità al fine di rispondere ai bisogni non solo sanitari ma anche sociali, biologici ambientali e psichici.

La fragilità è una sindrome fisiologica caratterizzata da ridotta riserva funzionale e da una ridotta resistenza agli stress, causata da un declino progressivo dei meccanismi fisiologici, con conseguente progressiva instabilità clinica. Una delle caratteristiche fondamentali della fragilità è che non si tratta di una situazione occasionale, ma di un continuum, ovvero di una condizione irreversibile e spesso progressiva che non è esclusiva della popolazione anziana.

12.2 Chi è il paziente FRAGILE

La fragilità è una sindrome fisiologica ma non è condizione esclusiva della persona anziana.

Alcune tipologie di pazienti, a causa dell'età o delle loro condizioni socio-sanitarie e familiari, sono considerate più a rischio di complicanze di altre.

Fra queste, gli anziani e i pazienti pediatrici sono coloro che necessitano di una maggior presa in carico e di un'attenzione maggiore e che possono presentare condizioni di rischio, legate a fattori bio-psico-sociali.

Per i soggetti a rischio viene introdotto il concetto di "fragilità". Per definizione, l'anziano critico è un soggetto di età avanzata, affetto da patologie multiple, croniche, con uno stato di salute instabile, spesso con una disabilità e con difficoltà di tipo socio-economico.

Può essere in condizioni socio-ambientali scadenti, con una famiglia non in grado di prendersene cura oppure con un nucleo familiare che presenta criticità aggiuntive.

Per migliorare l'approccio al paziente fragile è innanzitutto fondamentale riuscire ad identificarlo già al momento della presa in carico, o addirittura, prima della dimissione ospedaliera nel caso in cui il paziente provenga dall'ospedale, definire un percorso adeguato per contrastare l'isolamento sociale, coinvolgere i servizi territoriali e comprendere se vi è un nucleo familiare in grado di sostenerlo o meno.

Un'adeguata presa in carico è fondamentale non solo per migliorare gli outcome sul paziente, ma anche per prevenire le complicanze ed evitare una re-ospedalizzazione precoce.

12.3 Cos'è La Fragilità

La fragilità è una sindrome fisiologica caratterizzata da ridotta riserva funzionale e da una ridotta resistenza agli stress, causata da un declino progressivo dei meccanismi fisiologici, con conseguente progressiva instabilità clinica.

La fragilità è secondaria ad un insieme di fattori biologici, psicologici e socio-ambientali che agiscono in modo sinergico, amplificandosi.

La fragilità in realtà non è una condizione esclusiva della popolazione anziana, anche se il fenomeno è prevalente nella fascia degli ultra settantacinquenni dove si riscontrano

maggiormente problematiche come cronicità, comorbilità, compromissione funzionale, polifarmacoterapia e difficoltà di tipo sociosanitario.

Una delle caratteristiche fondamentali della fragilità è che non si tratta di una situazione occasionale, ma di un continuum, ovvero di una condizione irreversibile e spesso progressiva.

12.4 Tipologie di Fragilità

La fragilità può essere:

- Sociale, secondaria a difficoltà legate al contorno familiare e sociale
- Biologica, secondaria a condizioni biologiche e psichiche

In ambito assistenziale si ritrovano entrambe e spesso in maniera sinergica, facendo sì che la persona si rivolga all'ospedale come unico luogo in cui può trovare risposte ai suoi bisogni.

La fragilità sociale è spesso correlata ad una condizione di povertà o comunque ad una carenza di risorse economiche o materiali, che può comportare anche l'esclusione da benefici e servizi.

La fragilità biologica è invece una fragilità organica, che richiede un supporto assistenziale medico ed infermieristico.

Il concetto di fragilità spesso coesiste con quello di disabilità, dove per disabilità si intende la perdita di una funzione, mentre per fragilità si intende una situazione di instabilità in cui è insito il rischio di perdita della funzione per l'elevata suscettibilità ad eventi stressanti.

La fragilità include:

- Dimensioni fisico-biologiche: presenza di patologie organiche, difficoltà della deambulazione, riduzione dell'integrità sensoria, perdita di autonomia
- Dimensioni psicologiche: presenza di sintomatologia depressiva, stanchezza cronica, solitudine
- Dimensioni sociali: reti di supporto sociale, isolamento, esclusione sociale

12.5 La Comunicazione Psico sociale

Sisifo definisce tramite il coinvolgimento della psicologa e dell'assistente sociale delle modalità di ascolto, di terapia e di orientamento nel territorio rivolto al paziente e alla sua famiglia, che vuole promuovere: la condivisione, la solidarietà, il valore imprescindibile della soggettività umana da cui deriva la necessità di un approccio globale ed interdisciplinare alla salute della persona. (PR.COM.7.4.02 Comunicazione con paziente e caregiver)

Il fine è quello di aiutare ad affrontare nel migliore dei modi la malattia e/o l'iter diagnostico e terapeutico, sostenendo il "reinvestimento" delle proprie energie nella vita, mettendo in atto diverse strategie di intervento psicologico e fungendo da ponte di mediazione con altre risorse presenti sul territorio.

Una diagnosi di malattia invalidante rappresenta spesso un momento di "crisi" nella vita di una persona e di chi gli sta vicino, dando luogo a reazioni emotive molteplici che possono andare da

un generale “senso di smarrimento e di confusione ” ad un “ vissuto di più o meno profondo sconvolgimento del proprio progetto esistenziale ”.

Ecco, allora, il senso di coinvolgere queste figure nel percorso assistenziale:

- Per valutare la qualità e la quantità dei sintomi percepiti;
- Per chiarire l ’influenza e il peso psichico aggiuntivo di situazioni stressanti concomitanti o immediatamente precedenti alla diagnosi di malattia;
- Per parlare insieme di pensieri e sentimenti relativi alla malattia e alla fase di vita che si sta attraversando;
- Per spiegare ed interpretare meglio eventuali comportamenti ed emozioni disadattive che peggiorano la qualità di vita;
- Per raccontare e riprendere le fila della propria storia esistenziale, in qualche modo “ interrotta, spezzata ” dall’evento “ critico ” ;
- Per affrontare insieme le preoccupazioni relative alla percezione di “trasformazione della propria immagine corporea ”l’incertezza del futuro, le paure e i dubbi esistenziali;
- Per favorire la comunicazione tra la persona, la famiglia, lo staff medico/ assistenziale, promuovendo il lavoro di rete;

13. DESCRIZIONE ATTIVITA’

13.1 Gestione del paziente fragile

Una volta identificato il paziente fragile, è necessario attivare interventi e percorsi assistenziali specifici per il suo sostegno, con l’obiettivo di ridurre l’incidenza di eventi morbosi. L’ambiente domiciliare risulta quello ideale per l’ascolto, l’osservazione e il dialogo, per poter identificare il soggetto vulnerabile e progettare un percorso idoneo.

Il percorso assistenziale e le opzioni terapeutiche vanno predisposte con la persona stessa, identificando i rischi e benefici, anche in relazione alla qualità della vita, alle potenzialità assistenziali attuabili nel territorio e a domicilio e all’aspettativa di vita.

13.2 Valutazione in itinere del paziente fragile

Durante il ricovero in cure domiciliari è utile analizzare alcuni aspetti fondamentali, come:

- Stato nutrizionale
- Rischio di caduta
- Mobilizzazione e attività fisica
- Eventuale riduzione della capacità visiva e uditiva
- Piano terapeutico farmacologico
- Equilibrio psicologico

- Fattori come la solitudine e fattori socio-ambientali possono determinare di per sé una condizione di fragilità, indipendentemente che vi siano altre problematiche associate.

13.3 Approccio multidisciplinare nella presa in carico della fragilità

La gestione ideale prevede di reinserire la persona nella propria casa, ma per fare ciò è necessaria la presenza di servizi territoriali in grado di rispondere ai bisogni della persona che invecchia.

Per affrontare i problemi del paziente critico, l'approccio deve essere multidisciplinare e deve prevedere un tipo di intervento globale definito bio-psico-sociale, che preveda anche il coinvolgimento dei familiari e di diverse figure professionali che concorrano in maniera sinergica al miglioramento della qualità della vita del paziente.

Una buona integrazione socio-sanitaria attraverso team interdisciplinari permette vantaggi significativi in termini di qualità di vita e, nel contempo, una riduzione dei costi ospedalieri grazie alla diminuzione dei ricoveri impropri.

La presa in carico al domicilio deve avvenire ad opera di un team multidisciplinare, che deve prevedere la presenza di:

- Medico di medicina generale (MMG)
- Servizi socio-assistenziali
- Assistenza domiciliare integrata e operatori del territorio: medici, infermieri e personale amministrativo
- La famiglia

Il medico di medicina generale è la figura professionale più idonea in grado di “diagnosticare” una condizione di fragilità, in quanto ha un quadro globale del paziente, riveste un ruolo nella prevenzione delle malattie tumorali, cardiovascolari e metaboliche, nella diagnosi e terapia, conosce vantaggi terapeutici e i potenziali rischi ed effetti collaterali.

I servizi socio-assistenziali entrano in gioco su segnalazione diretta della famiglia, o dal MMG o dall'ospedale, e possono essere fondamentali in caso di problematiche di tipo sociale ed economico, o qualora non siano presenti caregiver in grado di prendersi cura della persona fuori dall'ambiente ospedaliero.

L'assistenza domiciliare integrata è diretta all'anziano che ha necessità di supporto, ma nel contempo deve vivere al domicilio. Questo deve far sì che possa svolgere le sue normali attività quotidiane, come l'igiene personale.

Per assistenza domiciliare integrata si intende un'assistenza che prevede la collaborazione di infermieri, medici, operatori socio-sanitari, servizi sociali. L'assistenza fornita al domicilio presuppone preferibilmente che vi sia la presenza di un caregiver costante in grado di seguire la persona.

13.4 Modalità di erogazione di farmaci, apparecchiature elettromedicali e presidi

Al fine di ridurre al minimo ogni difficoltà di gestione domiciliare e cura dell'assistito, il Consorzio garantisce, per tutti i pazienti in ADI che ne faranno richiesta, la fornitura di presidi ed ausili con carattere di temporaneità in attesa che si completi l'iter burocratico per l'assegnazione da parte dell'ASP territoriale di riferimento.

Il Servizio, prevede la fornitura di presidi ed ausili nonché di apparecchiature per la riabilitazione domiciliare da consegnare al domicilio dell'assistito.

Di seguito i seguenti presidi:

- ✓ Letto ortopedico 1 /2 manovelle
- ✓ Coppia sponde letto ortopedico
- ✓ Kit pompa e materasso antidecubito
- ✓ Aspiratore chirurgico completo di sonde
- ✓ Deambulatore con ascellari
- ✓ Deambulatore 2 ruote ant. 2 post. con freni
- ✓ Sedia a rotelle pieghevole varie misure
- ✓ Sedia a rotelle comoda
- ✓ Cuscino antidecubito per carrozzina

In merito all'erogazione dei farmaci si rinvia alla specifica procedura. (PT.FAR.8.5 Utilizzo e somministrazione in modo sicuro dei farmaci nell'assistenza domiciliare).

Per le apparecchiature per i pazienti critici in genere sono di esclusivo appannaggio dell'ASP ed il consorzio non risponde della sostituzione in caso di guasto o rottura.

Nel caso in cui è il consorzio che si deve fare carico di questi dispositivi le misure organizzative intraprese sono le seguenti:

- la centrale dispone sempre di un back up e provvede tempestivamente alla sostituzione
- per strumenti in cui non è possibile avere un back up SISIFO è garantito da contratti di manutenzione full risk con sostituzione immediata dell'apparecchio.

13.5 Modalità di rivalutazione del bisogno assistenziale

La modalità di gestione delle informazioni, di fronte a variazioni clinico/assistenziali dei pazienti in assistenza, **richiede di una maggiore attenzione rispetto ad una gestione routinaria in quanto la loro circolazione deve** avvenire in maniera rapida e completa tra i soggetti che intervengono nel processo di trattamento.

13.6 Valutazione delle necessità di modifica

E' di competenza dell'UVM la predisposizione del PAI nonché la decisione in merito alla modifica o alla proroga di piani assistenziali già in atto. La proroga verrà richiesta dal MMG/PLS entro 7 giorni prima della scadenza del PAI. L'ATI, in linea generale, ritiene che tali modifiche si possano rendere necessarie a causa del cambio nelle condizioni dell'utente (ad esempio per insorgenza di nuovi stati patologici, modifica delle condizioni di vita dell'utente dovute a motivi familiari e simili, miglioramento delle condizioni cliniche, etc.) o a causa dell'inefficacia dell'intervento di assistenza domiciliare. Nel caso in cui l'operatore sanitario ravvisi eventuali modifiche delle condizioni clinico-assistenziali procede ad informare il RS che dopo una propria valutazione stabilirà se inoltrare all'UVM richiesta di variazione tramite l'apposita "**Scheda di Valutazione**" archiviandola nel "Dossier ADI" e condivisa con l'U.V.M.

13.7 Decisione di modifica

L'UVM potrà apportare in seguito alla segnalazione del DT le modifiche al PAI. Tali modifiche, presumibilmente, potranno riguardare il tipo di intervento da prestare, la sua entità, la frequenza settimanale, la sua durata e l'intensità. Nel determinare le valutazioni che concorrono alla modifica del PI occorrerà tenere in considerazione le informazioni indicate dai paziente dai familiari.

13.8 Trasmissione della modifica del PAI alla Centrale Operativa

La modifica, esplicitamente espressa in forma scritta nel PAI disponibile anche in via informatica, verrà trasferita dall'UVM alla Centrale Operativa. Il Coordinatore di Centrale ne prende atto e procede alla relativa pianificazione organizzativa.

13.9 Comunicazione al personale sanitario

Il Coordinatore di centrale procederà ad illustrare le modifiche del PAI e la riformulazione dei programmi di lavoro agli operatori sanitari assegnati alla prestazione.

13.10 Limitazione del turn over

La centrale operativa si occupa di garantire le turnazioni del personale individuato per la cura e l'assistenza dei pazienti critici, riducendo al minimo le sostituzioni improvvise grazie alla reperibilità settimanale degli stessi operatori che assistono il paziente. Nuovi operatori verranno inseriti in turno solo in caso di effettiva necessità, e comunque, solo dopo un periodo di affiancamento ai colleghi già presenti al domicilio del paziente. Le limitazioni al turn over favoriranno il rapporto fiduciario tra gli operatori, il paziente e il caregiver.

Il personale si impegna a relazionare periodicamente, al medico responsabile di centrale, sulle condizioni cliniche, sulle necessità assistenziali del paziente e sulle eventuali criticità riscontrate durante la gestione dello stesso. Il personale pone particolare cura e attenzione alla compilazione della scheda di primo accesso e alla gestione e compilazione della Cartella Clinica.

13.11 Dimissioni del paziente

13.11.1 Temporanea sospensione della prestazione

La tempestiva comunicazione è garantita anche nel caso di temporanea sospensione del servizio al verificarsi di determinati eventi quali:

- ricovero del paziente deciso nel corso di un accesso, in regime di urgenza, oppure in un momento in cui il personale del servizio domiciliare non si trovava al domicilio del paziente. L'evento viene registrato nel sistema informativo, vengono deallocate le risorse e fatta comunicazione all'UVM (salvo la comunicazione non provenga dallo stesso);
- richiesta con comunicazione scritta da parte dell'ASP inoltrata alla Centrale Operativa;
- richiesta da parte del paziente e/o familiari: la richiesta viene scritta sulla "Cartella Clinica" e firmata dal paziente o da uno dei familiari. La centrale operativa tempestivamente informerà attraverso specifico modulo l'UVM della sospensione richiesta dall'utente.

13.11.2 Chiusura del PAI

La Centrale Operativa si impegna a comunicare tempestivamente la **chiusura del PAI**, con validazione da parte dell'ASP, che si può verificare in seguito a:

- guarigione: l'evento viene segnalato all'ASP con una relazione redatta dal DT;
- rinuncia del paziente e/o familiari al servizio: la decisione verrà scritta sull'apposito modulo e firmata dal paziente o da uno dei familiari;
- ricovero definitivo: l'evento viene registrato nel sistema informativo, vengono deallocate le risorse e fatta comunicazione al l'UVM (salvo la comunicazione non provenga da esso);
- decesso: l'evento viene registrato nel sistema informativo, vengono deallocate le risorse e fatta comunicazione al UVM (salvo la comunicazione non provenga da esso).

13.12 Urgenze o eventi imprevisti

In caso di urgenze che intervengano in pazienti già in assistenza si eseguono le seguenti attività:

- gli operatori di Centrale devono rassicurare il paziente e/o il familiare trasferendo la chiamata al Responsabile Sanitario;
- il RS valuta le necessità del paziente per la possibile attivazione di un infermiere. Comunica alla famiglia le procedure da attuare sia in attesa dell'intervento in urgenza sia nel caso di non attivazione dell'infermiere;
- gli operatori di Centrale registreranno sul software gestionale l'accesso in urgenza e invieranno al Distretto di competenza, mediante la piattaforma, l'autorizzazione motivata e sottoscritta dal RS.

Per maggiori dettagli si rimanda alla procedura PR.ACC.8.5 - 01 Accesso alle prestazioni e continuità assistenziale.

14.MONITORAGGI

- N. segnalazioni di disservizio nella gestione dei pazienti fragili nell'anno
 - < 3 l'anno

- N. interruzioni di servizio per cause interne rivolte ai pazienti fragili nell'anno
 - < 2 l'anno

- N. eventi avversi riguardante i pazienti fragili nell'anno
 - < 1 l'anno