

I N D I C E

1. SCOPO	2
2. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	2
RESPONSABILITÀ	2
3. MODALITÀ OPERATIVE.....	2
3.1 PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE IN URGENZA DALL'OSPEDALE	2
4. CHIUSURA DELLA PRESA IN CARICO	3
5. COLLEGAMENTO CON LE UU.OO.....	4
6. MODALITÀ DI EROGAZIONE DI FARMACI, APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI E PRESIDII	4
7. MODALITÀ DI RIVALUTAZIONE DEL BISOGNO ASSISTENZIALE	5
7.1 VALUTAZIONE DELLE NECESSITÀ DI MODIFICA.....	5
7.2 DECISIONE DI MODIFICA.....	5
7.3 TRASMISSIONE DELLA MODIFICA DEL PAI ALLA CENTRALE OPERATIVA.....	5
7.4 COMUNICAZIONE AL PERSONALE SANITARIO.....	6
8. LIMITAZIONE DEL TURN OVER.....	6
9. DIMISSIONI DEL PAZIENTE.....	6
9.1 TEMPORANEA SOSPENSIONE DELLA PRESTAZIONE	6
9.2 CHIUSURA ANTICIPATA DEL PAI.....	7
10. URGENZE O EVENTI IMPREVISTI	7

REV.	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO	DATA DI EMISSIONE
0	DO -DA -DS	RQ	PR	28.02.2022

1. SCOPO

Scopo della presente Procedura è di descrivere le attività e le modalità e a presa in carico del paziente critico.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica ai pazienti critici, oncologici adulti e oncologici pediatrici prima delle dimissioni dall'ospedale.

Responsabilità

Le responsabilità è attribuita al Direttore Tecnico e ai coordinatore di centrale

3. MODALITÀ OPERATIVE

3.1 Presa in carico del paziente in urgenza 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 RS 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 ed oncologico. 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 medico responsabile di centrale, 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.

- **Regime assistenziale:**

Domicilio

- **Documentazione da produrre**

Aggiornamento sulla cartella infermieristica dell'episodio e trascrizione delle procedure BLS effettuate

- **Informazione al paziente e alla famiglia**

Il paziente ed i familiari vengono informati delle procedure effettuate

- **Traguardo dell'evento**

Controllo e mantenimento delle funzioni vitali in attesa dell'arrivo del medico che effettuerà gli st ep successivi. **“Il paziente è gestibile domiciliariamente”**

Il paziente è gestibile domiciliarmene qualora le condizioni patologiche e cliniche escludono la necessità di un trasferimento immediato

4. CHIUSURA DELLA PRESA IN CARICO

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:

SCHEDA DI VALUTAZIONE PRIMO ACCESSO	
COGNOME _____ NOME _____ DATA DI NASCITA _____ STATO CIVILE _____ PROFESSIONE _____ RESIDENZA _____ TELEFONO _____ DIAGNOSI DI RICOVERO _____ DATA INGRESSO _____ CF _____ DISTRETTO DI APPARTENENZA _____ MMG/PLS _____ NOTE: _____ _____ _____	1) <input type="checkbox"/> Dolore 2) <input type="checkbox"/> Respirazione/O2 terapia 3) <input type="checkbox"/> Circolazione 4) <input type="checkbox"/> Alimentazione/Idratazione (Rischio malnutrizione: <input type="checkbox"/> 0= basso <input type="checkbox"/> 1 = medio <input type="checkbox"/> 2 = elevato 5) <input type="checkbox"/> Eliminazione 6) <input type="checkbox"/> Igiene 7) <input type="checkbox"/> Integrità cutanea 8) <input type="checkbox"/> Movimento 9) <input type="checkbox"/> Rischio caduta 10) <input type="checkbox"/> Fabbisogno educativo del care giver Si segnala per: _____ _____ Patologie concomitanti: _____ _____ 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 Caregiver autorizzata allo scambio di informazioni: Cognome _____ Nome _____ Parentela _____ Tel _____ Cell _____ Note _____

5. COLLEGAMENTO CON LE UU.OO

Il Consorzio attraverso il proprio Comitato Scientifico (medici specialisti, infermieri, fisioterapisti, ass. sociali, psicologi) ha elaborato Percorsi Clinico Organizzativi PIC quali strumenti finalizzati all'implementazione delle raccomandazioni scientifiche di buona pratica clinica al fine di assicurare la migliore sequenza spazio-temporale possibile degli interventi da effettuare.

Tali percorsi sono rivolti a varie tipologie di pazienti presenti in ADI e intervengono per creare e mantenere attivo un costante collegamento con le UU.OO.

Sono stati definiti i "Percorsi Clinico Organizzativi relativi a:

- Nutrizione artificiale
- Trasfusione emoderivati
- Paziente critico
- Pompa elastomerica
- Scopenso cardiaco
- Patologia diabetica
- Patologia neurologica
- EGA Domiciliare
- Disturbi Neuropsicologici

6. 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.

7. MODALITÀ DI RIVALUTAZIONE DEL BISOGNO ASSISTENZIALE

La modalità di gestione delle informazioni, di fronte a variazioni clinico/assistenziali dei pazienti in assistenza, **necessita 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.

7.1 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.

7.2 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 pazienti dai familiari.

7.3 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.

7.4 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.

8. 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.

9. DIMISSIONI DEL PAZIENTE

9.1 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 CO tempestivamente informerà attraverso specifico modulo l'UVM della sospensione richiesta dall'utente.

9.2 Chiusura anticipata del PAI

La Centrale Operativa si impegna a comunicare tempestivamente la **chiusura anticipata 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 RS;
- 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 de-allocate 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).

10. 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 assicurare 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.

RQ

DT

Direzione Sanitaria





PROCEDURA
ASSISTENZA DOMICILIARE PER PAZIENTI FRAGILI

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