



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

DELIBERA N. 545

OGGETTO: Riorganizzazione Cure Domiciliari Integrate dell'ASP di Crotone, in seguito all'adozione del nuovo atto aziendale giusta delibera n°253 del 21.07.2016.

STRUTTURA PROPONENTE: Distretto Unico Aziendale;

Data di presentazione della proposta ____/____/2018

16 NOV. 2018

In data _____, nei locali della Sede Legale dell'ASP in via Mario Nicoletta n.95, Crotone, il Direttore Generale, Dr. Sergio Arena, adotta la seguente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

Il Direttore del Distretto Unico Aziendale su conforme proposta nonché sulla base della espressa dichiarazione di regolarità e legittimità e di conformità dell'atto alla normativa vigente resa dal responsabile del procedimento designato

PREMESSO CHE l'ASP di Crotone, con delibera n. 13 del 02/02/2010, ha riorganizzato il sistema delle cure domiciliari e l'accesso ai servizi territoriali; DATO ATTO CHE la Regione Calabria, con DPGR n. 12 del 31/01/2011, ha emanato le linee guida sul sistema di cure domiciliari;

CONSIDERATO CHE con determina n. 334/DCTAAAD del 27/05/2011, l'ASP di Crotone ha istituito il Punto Unico di Accesso (P.U.A.) per il Distretto di Crotone, che ha assunto funzioni di unico P.U.A (Back-office) per tutta l'Azienda;

CHE, con delibera n. 260 del 27 /05/2013, l'ASP di Crotone, ha proceduto alla

costituzione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.);

ATTESO CHE il DCA n. 76, del 6 Luglio 2015, avente ad oggetto: "P.O. 2013-2015. Programma 14.8 - Riequilibrio Ospedale territorio - Approvazione documento di riorganizzazione della rete Territoriale", ha individuato una proposta di riorganizzazione della rete territoriale, ivi comprese le cure domiciliari;

CHE nella sez. I° del summenzionato documento di riorganizzazione territoriale, denominata " il territorio nella gestione strategica della erogazione dei servizi sanitari e socio sanitari" prende in esame alcuni aspetti legati alla sanità territoriale;

DATO ATTO CHE l'ASP di Crotone, con prot. n. 20249, del 24/02/2016, ha provveduto a trasmettere alla Regione Calabria opportuna proposta inerente il "Piano di Riorganizzazione della nuova rete territoriale in coerenza con le indicazioni della Legge 135, del 07/08/2012: conversione in Legge, con modificazione, del decreto Legge 6 Luglio 2012, n. 95, recanti disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai Cittadini",

VISTO il DCA n°9, del 02/04/2015 avente ad oggetto "Approvazione documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete delle Emergenza urgenza e delle reti tempo di dipendenti", che consente , tra l'altro, di recuperare risorse da destinare anche alla rete territoriale;

VISTO il Patto per la Salute per gli anni 2014/2016 ed, in particolare, il comma 8 dell'art.5 'Assistenza territoriale" che prevede incisivi interventi di riorganizzazione, sia della rete e del ruolo' strategico dei Distretti sanitari, sia del sistema dell'Assistenza primaria, con l'istituzione della rete AFT/UCCP ed il suo orientamento verso la medicina d'iniziativa, per contribuire ad ottimizzare la risposta nell'assistenza territoriale per i soggetti affetti da patologia cronica che hanno scarsa necessità di accessi ospedalieri ma che richiedono interventi di tipo ambulatoriale o domiciliare nell'ambito di PDTA predefiniti e condivisi;

VISTO la delibera 253 del 21.07.2016 avente ad oggetto " Atto Aziendale" dell'ASP di Crotone, nel quale si istituisce un Distretto Unico a fronte dei tre distretti presenti nella precedente organizzazione;

CONSIDERATO che la delibera n 82 del marzo 2016 avente ad oggetto "Riorganizzazione Assistenza Domiciliare Integrata dell'ASP di Crotone" era precedente all' istituzione dell'Atto Aziendale con delibera n 253 del Luglio

2016, per cui teneva conto della presenza dei tre distretti di Crotone e del Dipartimento territoriale;

RITENUTO pertanto, in ottemperanza alle previsioni di cui sopra, necessario procedere alla riorganizzazione delle Cure Domiciliari Integrate dell'ASP di Crotone, in conformità con l'ATTO AZIENDALE giusta delibera n253 del 21.07.2016, così come descritto nell'allegato 1 che è parte integrante e sostanziale del presente atto.

VISTE le leggi in materia;

VISTO il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario Aziendale,

PROPONE

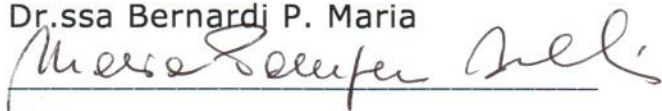
Per i motivi di cui in premessa che qui si intendono integralmente riportati e confermati:

1. Di revocare la determina n. 082 del 02 MER 2016 e successive modifiche ;
2. Di istituire e recepire una nuova riorganizzazione dell'assistenza territoriale dell'ASP di Crotone, così come descritto nell'allegato n. 1 e n. 2 che sono parte integrante e sostanziale del presente atto;
3. Di dare atto che tutti gli aspetti operativi e d attuativi del presente atto restano in capo al Direttore DUA che provvederà, con propria determina;
4. Di trasmettere il presente atto al Dipartimento regionale Tutela della salute e Politiche Sanitarie all'indirizzo mail-pec:

dipartimento.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it

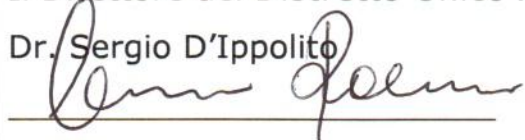
Il Responsabile del Procedimento

Dr.ssa Bernardi P. Maria



Il Direttore del Distretto Unico Aziendale

Dr. Sergio D'Ippolito



Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la proposta di deliberazione che precede e che s'intende qui di seguito integralmente riportata e trascritta.

Visti i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore

Sanitario.

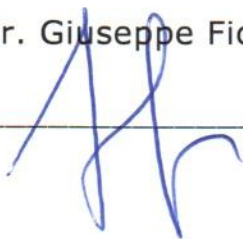
Ritenuto di condividerne il contenuto.

DELIBERA

1. di revocare la determina n. 082 del 02 MER 2016 e successive modifiche ;
2. di istituire e recepire una nuova riorganizzazione dell'assistenza territoriale dell'ASP di Crotone, così come descritto nell'allegato n. 1 e n. 2 che sono parte integrante e sostanziale del presente atto;

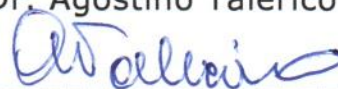
Il Direttore Amministrativo

Dr. Giuseppe Fico



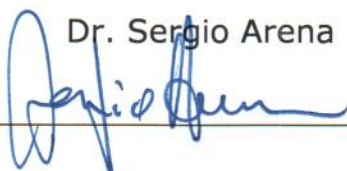
Il Direttore Sanitario

Dr. Agostino Talerico



Il Direttore Generale

Dr. Sergio Arena



UFFICIO AFFARI GENERALI
SEGRETERIA GENERALE

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge all'Albo pretorio dell'Azienda in data 16 NOV. 2018 con protocollo n. 145

Crotone lì, 16 NOV. 2018

Il Responsabile del procedimento



Il Direttore U.O. Affari Generali



Allegato 1

RIORGANIZZAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE ASP CROTONE

Le cure domiciliari sono costituite da un insieme di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e assistenziali che vengono erogate direttamente a casa di quei cittadini che, per particolari condizioni cliniche o di non autosufficienza, non sono in grado di recarsi presso l'ambulatorio del proprio medico o per gravità di patologia clinica. È un modello di cura alternativo al ricovero in ospedale o in struttura residenziale, per permettere alla persona di rimanere il più possibile nel proprio ambiente abituale di vita.

Questa Azienda intende avere un'unica organizzazione di cure domiciliari per garantire univocità di comportamenti organizzativi aziendali.

La diversità delle forme di assistenza è legata alla tipologia e complessità del bisogno e all'intensità dell'offerta assistenziale; altri fattori discriminanti sono legati alle tipologie di prestazioni/interventi che sono erogati. In base alla complessità assistenziale, relativa alla natura del bisogno espresso esistono diverse tipologie di cure domiciliari:

- **Cure domiciliari integrate (ex A.D.I.):** assicurano alle persone affette da patologie gravi, in condizioni di non autosufficienza, cure sanitarie presso il proprio domicilio. Si tratta di interventi di assistenza sanitaria e sociale che prevedono trattamenti medici, infermieristici, farmacologici, riabilitativi ed abilitativo-educativi prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di "fragilità", con patologie in atto o esiti delle stesse, finalizzati a stabilizzare il quadro clinico, a limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Richiede la definizione di un PAI (Piano Assistenziale Individuale), basato su una valutazione globale di tutti i bisogni della persona (valutazione multidimensionale) prodotto dall'UVM. Comprende visite del medico di medicina generale e dei medici specialisti, prestazioni infermieristiche,

riabilitative e di assistenza alla persona. Può essere attivato per consentire la continuità delle cure dopo un ricovero o essere proposto in alternativa al ricovero stesso, e prevede l'integrazione di diverse figure professionali, secondo un piano clinico concordato e sotto la responsabilità del medico di famiglia. È indispensabile la collaborazione dei familiari o di altre persone (come per esempio volontari) che si prendano cura del paziente (care-giver). La proposta di attivazione viene formulata dal medico di famiglia MMG/PLS, oppure direttamente dall'Ospedale. Possono essere di primo, secondo e terzo livello.

- **Cure domiciliari programmate (C.D.P.):** Si tratta di interventi occasionali o a ciclo programmato che costituiscono una risposta "prestazionale", professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico. Le prestazioni, ancorché siano ripetute nel tempo, rispondono quindi ad un bisogno sanitario che può essere definito "semplice" in quanto non presuppone né una valutazione multidimensionale né richiede una "presa in carico globale" della persona da parte di una équipe multi professionale. E' rivolta a pazienti non deambulanti e deambulanti, con particolari patologie croniche o invalidanti, che non sono in grado di recarsi o di essere trasportati presso l'ambulatorio del medico o sono affetti da patologie complesse. Tale tipologia di intervento è limitata nel tempo ed è in relazione alla terapia da effettuare. La proposta di attivazione viene formulata dal medico di famiglia e valutata dal medico del PUA.
- **Cure domiciliari prestazionali occasionali (C.D.P.O):** si tratta di prestazioni prevalentemente di natura infermieristiche (medicazioni semplici, terapie iniettive, prelievi occasionali, rimozione di catetere ecc.) rivolte a pazienti che, a causa di limitazioni fisiche e/o ambientali, non sono in grado di recarsi presso gli ambulatori del Distretto. La proposta di attivazione viene formulata dal MMG, e valutata concordemente con il medico del back-office del PUA. Le prestazioni del MMG, la dove necessarie, si intendono di tipo ADP cioè con assistenza programmata. (allegato

Le C.D.P.O comprendono:

- Prestazioni infermieristiche estemporanee (P.I.E.) che sono prestazioni occasionali (prelievo ematico, elettrocardiogramma, eccetera) effettuate a soggetti per i quali

non è prevista una presa in carico continuativa. La proposta di attivazione viene formulata dal MMG, e valutata concordemente con il medico del back-office del PUA.

DIRIGENTE MEDICO TITOLARE DI STRUTTURA SEMPLICE AFFERENTE AD UNA AREA DEL SUB DISTRETTO

La Struttura Semplice, dedicata al governo manageriale delle C.D.I., deve perseguire gli obiettivi di cui sopra, attraverso la predisposizione e la condivisione, con il direttore del Distretto, di linee guida e protocolli assistenziali omogenei per la standardizzazione della qualità dei servizi e delle prestazioni rese dai sub distretti per tutto il distretto. Avrà il compito di coordinare, monitorare, governare sia la domanda che l'erogazione delle prestazioni nonché tutti i servizi territoriali ad esse inerenti, compreso il controllo del corretto inserimento dei flussi.

La Struttura Semplice, dedicata al governo manageriale delle C.D.I. deve programmare annualmente la formazione di tutti gli operatori inseriti in questo processo.

MMG/PLS | art 53, allegati G ed H, A.C.N.]

Il MMG/PLS, assume ruolo centrale in quanto, unico responsabile del percorso clinico del paziente, partecipa a tutte le fasi del processo assistenziale: dalla valutazione multidimensionale della persona alla pianificazione ed attuazione degli interventi.

Collabora con l'UVM, e con il referente del PUA, assumendo la responsabilità clinica dei processi di cura. Il MMG/PLS viene anche sentito dal medico del P.U.A. in merito all'azione di filtro delle domande da inviare all'U.V.M.

In relazione alla rivalutazione del paziente entro i 10 giorni antecedenti la data di fine trattamento, sollecitato dal referente infermieristico, deve presentare eventuale proposta di nuovo PAI al PUA, per la prosecuzione dell'assistenza.

Il medico del PUA insieme al MMG decideranno se proseguire il regime di presa in carico e in che modo. Se si decide per un nuovo PAI verrà inviato il tutto all'UVM.

DIRIGENTE MEDICO REFERENTE PER IL PUA E PER L'UVM

Il Dirigente medico del PUA rappresenta l'anello di congiunzione sanitario tra il PUA front office e l'UVM. E' responsabile dell'attivazione di tutto il processo di presa in carico del paziente.

Istruisce la cartella dell'assistito quale strumento di continuità dell'assistenza e dovrà provvedere alla corretta tenuta della stessa.

E' responsabile dell'immissione dei dati dei verbali e dei PAI prodotti dall'UVM nei flussi SIAD e FARR, tramite personale dedicato.

Deve provvedere a promuovere l'analisi della cartella clinica di ogni singolo paziente con l'infermiere, l'assistente sociale e il MMG.

Valuta con il MMG la necessità di attivazione di specialistica al domicilio del paziente.

E' responsabile dell'invio dei documenti sanitari all'UVM per l'attivazione del PAI.

Il Dirigente Medico dell'UVM ha l'obbligo di attivare entro e non oltre 7 giorni dalla presentazione della domanda di servizio domiciliare, l'Unità di valutazione multidimensionale, per la definizione del PAI.

Ha l'obbligo di inviare tutta la documentazione sanitaria comprensiva del PAI al Medico del PUA immediatamente dopo la definizione.

INFERMIERE COORDINATORE e REFERENTE INFERMIERISTICO

La funzione degli infermieri in seno all'organizzazione delle C.D.I. è assolutamente di rilievo considerato che tutta la parte assistenziale è a loro carico.

Il coordinatore infermieristico, deve progettare l'organizzazione dell'attività infermieristica del distretto dando anche indicazioni di massima per la gestione in ogni singola area sub distrettuale. E' responsabile del monitoraggio di tutta la presa in carico assistenziale delle CDI. Sovrintende al controllo dell'inserimento dei dati dei flussi territoriali:

- risponde personalmente o tramite sostituto alle telefonate dei MMG per accordi inerenti le CDI o alle telefonate delle famiglie attraverso il PUA;
- Coordina l'attività dei referenti infermieristici.
- Organizza e vigila sulla corretta esecuzione dello smaltimento dei rifiuti speciali nel rispetto delle norme vigenti.
- Assicura l'approvvigionamento e la fornitura periodica di farmaci, presidi e materiale per la nutrizione tenendo conto delle esigenze delle aree sub distrettuali.
- Collabora con il dirigente medico titolare della Struttura Semplice nella revisione della qualità dell'assistenza.
- Controlla e verifica l'inserimento dati nel programma informatizzato aziendale.

Il referente infermieristico per ogni area sub distrettuale è responsabile dell'attività assistenziale nel singolo sub distretto e deve avere una funzione di ascolto e di punto di riferimento per le famiglie, per gli utenti e per tutti gli operatori infermieristici dell'area sub distrettuale, garantendo un servizio di qualità che sia un grado di essere percepito come vicino ed amico degli utenti attenuando se non annullando il senso di abbandono che pervade chiunque si trovi ad affrontare un evento di questo tipo. Individua il responsabile infermieristico di ogni singolo paziente.

- in caso di necessità contatta l'Infermiere responsabile del caso;
- Verifica il rientro dei presidi dopo la chiusura dell'ADI (assistenza domiciliare infermieristica);
- Coordina l'attività degli Infermieri domiciliari;
- Relaziona al coordinatore circa l'approvvigionamento e la fornitura periodica

di farmaci, presidi e materiale per la nutrizione e ne controlla la corretta sistemazione;

- Collabora con il coordinatore nella revisione della qualità dell'assistenza;
- Controlla e verifica dopo l'exitus del paziente o la chiusura dell'assistenza domiciliare, il recupero della Cartella integrata con le schede modulari degli accessi e ne predispone l'archiviazione, previa collaborazione con il dirigente medico referente per il PUA;
- Collabora con il coordinatore circa la vigilanza per il corretto smaltimento dei rifiuti speciali nel rispetto delle norme vigenti.

L'infermiere:

- Garantisce l'attività infermieristica domiciliare integrando le proprie funzioni sanitarie di assistenza con il medico del PUA, i MMG, con i servizi che erogano prestazioni sociali e con consulenti specialistici;
- Interviene al domicilio dell'utente, attivato dal medico del PUA e coordinato dal referente Infermieristico, non su necessità urgenti ma su necessità programmabili, individuandone le priorità;
- Si presenta al MMG, con il quale garantirà la presa in carico del paziente;
- Svolge turni di attività secondo il modello organizzativo in essere;
- Gestisce i farmaci ed i materiali sanitari al domicilio del paziente;
- Contribuisce all'approvvigionamento dei farmaci e dei materiali sanitari;
- Partecipa agli aggiornamenti obbligatori programmati ed alle riunioni di équipe, proposte dal Coordinatore e dal referente Infermieristico;
- Somministra la scheda Cognitiva Funzionale per la valutazioni o rivalutazione del paziente al domicilio;
- esegue l'attività infermieristica prevista dal PAI e la documenta sulla diario clinico presente al domicilio del paziente;
- coinvolge il paziente e il care-giver nella realizzazione del PAI, anche per quanto concerne il corretto utilizzo degli ausili e dei presidi;
- istruisce le persone assistite e i loro familiari ad apprendere metodi di autocontrollo, tecniche ed abilità di autocura;
- favorisce il recupero delle attività residue di autonomia e relazionali;

- segnala al MMG le problematiche che non è in grado di risolvere autonomamente;
- definisce con l'équipe eventuali modifiche del PAI;
- definisce con l'équipe il momento di uscita del paziente dal programma assistenziale infermieristico.

I punti salienti del management infermieristico quindi sono:

- Il coinvolgimento e quindi il lavoro con e sulla famiglia che deve avere lo scopo di individuare un care giver e di mobilitare con esso tutte le forze positive della famiglia e dell'assistito in modo da creare un ambiente favorevole al progetto di cura ;
- una progettazione complessiva e personalizzata del processo di assistenza, la valutazione della sua efficacia ed eventuali modifiche necessarie a raggiungere gli obiettivi previsti nel PAI;

Il modello organizzativo infermieristico che più si adatta a questo scopo (stante a tutt'oggi l'assenza di un modello organizzativo dedicato all'assistenza territoriale), è quello del primary nursing che pur non nascendo da un impostazione territoriale soddisfa le necessità di presa in carico del paziente ed appare il più idoneo a soddisfare le necessità di infermieristica di famiglia legate a questa attività.

L'attività di assistenza infermieristica deve essere abbastanza elastica tanto da poter apportare i giusti correttivi, in itinere, alla parte assistenziale del PAI del paziente, adattandolo a seconda delle circostanze che si presentano in modo da renderlo congruo rispetto alle esigenze del paziente e che sia accettato e sottoscritto sia dal paziente che dal care giver.

LA FIGURA DEL CARE GIVER

E' rappresentata comunemente da una persona di famiglia che si prende cura del paziente. Rappresenta un tassello fondamentale in quanto punto di raccordo tra il servizio di assistenza domiciliare ed il paziente stesso.

Il care giver segue il paziente ed è in grado di rappresentare le esigenze man mano che si presentano; è una figura che va **supportata e formata**, fino a diventare una vera e propria interfaccia che permetta di applicare appieno e con efficacia il piano assistenziale programmato. Facilita e supporta il lavoro dei vari operatori: una figura essenziale, per cui è importante che entri in pieno nel suo ruolo, che sia motivato e supportato dall'organizzazione stessa del servizio. L'ASP di riserva di organizzare un corso formativo ad hoc, per quanti saranno interessati ad un approfondimento socio sanitario.

L'ASSISTENTE SOCIALE

Provvede alla visita presso il domicilio del paziente ed ad interviste telefoniche successive per monitorare la situazione sociale dello stesso nonché per fornire una valutazione dei bisogni sociali in seno all'UVM e/o al PUA per l'individuazione del corretto percorso socio-sanitario del paziente. Qualora si ravvedesse la necessità di valutare un paziente fuori ex area distrettuale allora si chiederà la collaborazione del collega dell'area distrettuale dove insiste il domicilio/ residenza del paziente delegando le funzioni proprie.

Nei casi in cui ne ravveda la necessità segnalerà agli uffici competenti (Comune, Procura della Repubblica ecc.), previa condivisione con il dirigente titolare della Struttura Semplice, la situazione del singolo paziente:

- Progetta e gestisce interventi individuali e collettivi, volti a promuovere il benessere e generare soluzioni in situazione di disagio di singoli, gruppi e comunità ;
- Effettua analisi socio-familiare finalizzata a valutare l'idoneità logistica e la volontà del nucleo familiare di riferimento ad accogliere il paziente a domicilio;
- Osserva, analizza e gestisce le problematiche che costituiscono fattori di rischio e di esclusione sociale ;
- Ricerca soluzioni alternative per la dimissione del paziente al proprio domicilio;
- Reperisce, promuove e coordina tutte le risorse che possono essere utilizzati per migliorare la situazione sociale del paziente;
- Contribuisce alla diffusione delle strategie d'informazione sociale sui servizi e sui diritti del cittadino/utente;

- Promuove e diffonde la conoscenza delle possibilità o dei servizi presenti nella ASP che possono risultare utili per il paziente;
- Compartecipa al lavoro di equipe della U.O ospedaliera volto a valutare la dimissibilità del paziente (Assistenti Sociali inseriti in ambito ospedaliero);
- Ricorre al Giudice Tutelare, in caso di necessità, per promuovere la nomina di un Amministratore di Sostegno in favore del paziente.
- Fa da tramite con il servizio sociale del comune.



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Il Percorso Sanitario del paziente in assistenza domiciliare

Il servizio di cure domiciliari avrà come referente la struttura semplice all'uopo dedicata, la quale si avvarrà del supporto dei referenti medici del PUA delle tre aree sub distrettuali, con responsabilità organizzativa del processo assistenziale, fermo restando la responsabilità clinica diagnostica e terapeutica dell' MMG e PLS ed i tre referenti medici dell'UVM. Il Dirigente medico titolare di Struttura Semplice all'uopo dedicato, si avvarrà anche del supporto del Coordinatore infermieristico e del referente infermieristico di ogni area sub distrettuale. La posizione organizzativa infermieristica territoriale è infatti responsabile oltre che dell'attività assistenziale al domicilio del paziente anche del **monitoraggio degli ausili e della protesica**, e della **restituzione degli stessi**, cessato il bisogno iniziale, nonché dell'inserimento dei dati di governo assistenziale dei pazienti nel flusso SIAD tramite l'infermiere responsabile del processo assistenziale di ogni singolo paziente.

Nell'ambito delle cure domiciliari integrate si individuano quattro livelli assistenziali:

- **CDI di livello di base** prestazioni di basso livello di complessità (**CURE DOMICILIARI PRESTAZIONALI OCCASIONALI, CDPO**) che necessitano della presenza dell'infermiere distrettuale e occasionalmente del MMG; vi si rivolgono persone che presentano bisogni con basso livello di complessità.

Sono prestazioni sanitarie di tipo occasionali. Non sempre necessita il PAI.

- **CDI di primo livello:** prestazioni di base che necessitano della presenza del MMG e dell'infermiere distrettuale oltre che del care-giver ; vi si rivolgono persone che presentano bisogni con medio - basso livello di complessità.
- **CDI di Secondo livello:** prestazioni che necessitano della presenza oltre che del MMG, dell'infermiere e del care giver, nel caso di polipatologie complesse, anche dello specialista . Vi si rivolgono persone che presentano bisogni con un medio-elevato livello di complessità senza criticità specifiche .
- **CDI di Terzo livello:** comprendono prestazioni che necessitano della presenza oltre che del MMG e dell'infermiere, anche dello specialista. Vi si rivolgono



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

persone che presentano bisogni con un elevato livello di complessità e con criticità specifiche legate alla instabilità clinica e alla presenza di sintomi di difficile controllo:

- Malati portatori di malattie neurologiche degenerativo progressivo in fase avanzata
- Fasi avanzate e complicate di malattie croniche
- Pazienti con necessità di nutrizione artificiale
- Pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo
- Pazienti in stato vegetativo e in stato di minima coscienza

Tutte e tre le fasi necessitano comunque di continuità assistenziale e gli interventi programmati, al domicilio, multi professionali si articolano su 5 giorni (primo livello), su 6 giorni (secondo livello); su 7 giorni (terzo livello) e si caratterizzano per la formulazione di un Piano Assistenziale degli Interventi (PAI) redatto in base alla valutazione globale multidimensionale e alla necessità del paziente e dalla presa in carico multidisciplinare e multi professionale globale.

Dal punto di vista organizzativo le CDI sono caratterizzate da un modello organizzativo di rete che non può prescindere dall'integrazione socio-sanitaria riguardante tutte le fasi dell'intervento assistenziale:

- La valutazione multidimensionale
- La progettazione personalizzata (PAI)
- La programmazione ed erogazione degli interventi e La valutazione dei risultati.
- Organizzazione delle attività dell'assistenza al domicilio

Il PAI è lo strumento attraverso il quale i diversi soggetti che concorrono a costruire la rete dei servizi alle persone nell'ambito di ciascun distretto socio sanitario, determinano obiettivi e priorità dell'assistenza domiciliare integrata, in attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza riferiti alle necessità del paziente sul territorio.

Fase della ricezione della richiesta

P.U.A. (Punto Unico di Accesso) manca il personale

Il primo momento dell'integrazione è rappresentato dal Punto Unico d'accesso (PUA) dove la domanda viene "accolta", il bisogno viene "individuato" e viene effettuata la presa in carico della persona nel percorso di rete con un progetto personalizzato.

Al PUA competano sia funzioni di **front office** che di **back office**.

Il **front office** assicura le funzioni di prima accoglienza, di informazione di primo livello e di orientamento; L'attività di front-office rappresenta il primo contatto con il cittadino, capace di fornire risposte dirette a bisogni semplici. Il compito principale di tale organismo è:

- A) orientare le richieste dell'utente
- B) dare informazioni in merito alla funzionalità dell' ADI
- C) istituire la pratica in oggetto, spiegando la modulistica e controllando che sia completa

Il PUA **front-office**, costituito da un amministrativo e da un assistente sociale, assicura adeguate informazioni sull'offerta dei servizi, anche a sostegno di una scelta consapevole dell'utente e/o della sua famiglia. I PUA front-office rimarranno in ogni area sub-distrettuale. La collaborazione con il Sindaco del territorio competente, potrebbe facilitare l'apertura di altri PUA front-office, qualora se ne riscontrasse la necessità, nei comuni afferenti all'area distrettuale che ne facessero motivata richiesta (DPGR n 12 del 31.01.2011 par. 2.2).

L'attività del PUA **back-office**, riferibile ad un bisogno di tipo complesso, rappresenta l'inizio della presa in carico, dopo il colloquio, l'istruttoria tecnica della domanda, la decodifica e la prima valutazione del bisogno fatta in front-office. Assicura l'unitarietà delle procedure (cabina di regia), garantendo il necessario raccordo tra tutti i soggetti direttamente e/o indirettamente coinvolti nella presa in

carico dell'utente. E' costituito dal dirigente medico aziendale referente per il PUA, da un' infermiera, da un' assistente sociale che è la stessa che lavora al PUA front-office e da un amministrativo.

- E il punto di raccolta e conservazione di tutte le segnalazioni del bisogno e delle richieste di intervento che possono derivare dal MMG, dal PLS, dal responsabile dell' Unità Operativa ospedaliera all'atto della dimissione, dai servizi sociali comunali, direttamente dai familiari e/o da altri soggetti della rete informale, anche favorendo l'integrazione tra le diverse figure professionali dell'équipe multi professionale, nonché rappresenta punto di conservazione dei verbali che vengono inviati dall'UVM dopo la valutazione specifica, perché il PUA back-office è anche gestore della banca dati degli assistiti. Deve garantire, inoltre, la segreteria amministrativa dell'ADI e dell'UVM .
- Nel caso in cui la segnalazione del bisogno sia effettuata da una figura **diversa** dal MMG, o dal PLS, l'amministrativo del PUA dovrà provvedere alla trasmissione tempestiva agli stessi per la presa in carico e la corretta identificazione del bisogno da condividere successivamente con il medico del PUA.
- Nel PUA **back-office**, ubicato presso ogni area sub-distrettuale, verranno valutate le istanze caricate nel PUA front-office e, solo nei casi ove sia strettamente necessaria la valutazione multidimensionale, trasmetterà il fascicolo all'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) competente per territorio, unitamente alla richiesta debitamente motivata dal medico o dall'infermiere, ed alla scheda SVAMA/SVAMDI. Questo raccordo operativo con l'UVM è necessario per permettere al referente dell'UVM di gestire l'agenda, l'organizzazione dei lavori e la calendarizzazione delle sedute della stessa.
- La scheda SVAMA (e/o SVAMDI), così come previsto dal DPGR 12/2011, costituita da scheda di valutazione sanitaria, di valutazione cognitivo funzionale, di valutazione sociale deve essere completa in ogni sua parte e arricchita dal modulo del consenso informato, da sottoporre all'attenzione del



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

paziente e, in caso di interdizione, del parente più prossimo o del giudice tutelare, durante la prima visita medica. Il modulo del consenso informato, specifico per atti medici non prevedibili in seno alla prima visita, saranno sottoposti all'attenzione del paziente ogni qual volta ne sia valutata la necessità.

- Nelle tipologie di **intervento domiciliare** a maggior impegno sanitario, i percorsi di attivazione devono prevedere modalità operative snelle, soprattutto nei casi di post-acuzie e residenzialità e di urgenza, garantendo **l'attivazione dell'assistenza infermieristica da parte del medico del PUA insieme al MMG** e riservando ad una fase successiva l'attivazione dell'UVM e quindi la predisposizione del progetto personalizzato PAI.
- Nei casi in cui la persona sia inserita in una **struttura residenziale e semiresidenziali**, la richiesta di valutazione multidimensionale, per un presa in carico domiciliare, per un primo ricovero in altra struttura idonea, o per un cambio setting, viene inviata direttamente (con consenso dell'utente o di chi ha titolo) al Punto Unico di Accesso del sub- Distretto di appartenenza almeno 4 giorni prima della data presunta di dimissione (differenziare), con obbligo da parte dell'UVM di esprimere un parere entro tre giorni dalla richiesta, onde permettere la dimissione o il cambio setting nei tempi previsti. L'UVM si rapporta con la struttura residenziale o con la struttura semiresidenziale, per la definizione dei bisogni e del percorso.
- Il Direttore del Distretto o suo delegato individuerà quattro referenti per l'UVM, tre per il territorio e uno ospedale/ territorio. **Il referente dell'ospedale** si avvarrà del personale presente nel Presidio ospedaliero e trasmetterà con cadenza giornaliera tutte le attività effettuate al referente medico del PUA di appartenenza del paziente, per gli adempimenti conseguenziali.
- La funzione più importante che il P.U.A. assume in questa ASP, riguarda l'azione di filtro delle domande ricevute. Il Medico e l'infermiere del P.U.A., sentito il MMG di riferimento del paziente, decide quali sono le pratiche da inviare all'U.V.M. per avviare le C.D.I. di primo o secondo livello e quali le pratiche da

inviare all'A.D.P, al CDPO, queste ultime direttamente dipendenti, per l'attivazione, dal medico del PUA.

- Il PUA utilizza il personale già esistente nelle aree sub- distrettuali presenti dell'ASP, che verrà coordinato dal responsabile designato.

Fase della valutazione multidimensionale

U.V.M.

La U.V.M. è coordinata da un dirigente medico, la cui funzione è di raccordo con il dirigente medico del PUA, con il MMG e il referente infermieristico delle cure primarie integrate (ex ADI).

Il Referente medico dell'UVM è responsabile della produzione e della congruità del PAI.

L'UVM è un'équipe multi professionale di tipo funzionale, nella quale è previsto anche il contributo dello specialista o degli specialisti competenti in relazione alle patologie della persona da valutare, soprattutto di quelle complesse. Indispensabile e centrale è il ruolo del MMG. Si configura, pertanto, come un'équipe multi professionale, a composizione variabile in relazione al bisogno della persona. Risulta costituito da :

- **il Direttore del Distretto Socio-Sanitario o suo delegato**
- **Assistente Sociale del Distretto**
- **il Medico di Medicina Generale**
- **nel caso di minori, il Pediatra di Libera Scelta di riferimento dell'assistito,**
- **l'assistente sociale del Comune o dell'Ambito Territoriale di residenza dell'assistito,**
- **il referente infermieristico dell'area sub distrettuale.**

Nel caso ci si trovi davanti ad un paziente polipatologico



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

- **il medico specialista di riferimento (geriatra, neurologo. fisiatra, psichiatra. neuropsichiatra infantile, ecc.);**

L'UVM assolve essenzialmente alle seguenti funzioni:

- valuta i bisogni sanitari e sociosanitari complessi, compresi i bisogni riabilitativi eseguibili in regime di ricovero.
- fornisce le risposte a detti bisogni elaborando il Progetto Assistenziale Individualizzato, necessario per garantire alla persona un percorso assistenziale nella rete dei servizi, tenuto conto delle condizioni familiari e relazionali, della documentazione sociale e sanitaria, delle indicazioni specialistiche, delle schede di valutazione e di altra documentazione acquisita, e quindi definisce:
 - l'entità e la natura del bisogno di assistenza domiciliare integrata (profilo di cura);
 - le modalità erogative degli interventi;
 - garantisce la rivalutazione del PAI;

Caratteristiche del PAI

Rappresenta la base per la programmazione sanitaria di ogni singolo paziente. Deve definire esplicitamente i seguenti punti:

- obiettivo da raggiungere (verificabile e misurabile)
- regime prestazionale
- tipologia di servizi e prestazioni da erogare
- figure professionali previste
- data di avvio, cadenza degli interventi, durata del piano con la previsione di una verifica intermedia e finale.

Su ogni PAI deve essere indicato l'infermiere e il care giver .

Attivazione della UVM

Viene attivato tramite segnalazione formale, come su detto, dal PUA back office.

Convocazione dell'UVM

Il dirigente Medico referente per l'UVM, calendarizza le sedute della commissione, attraverso modalità di convocazione definite.

Periodicità degli incontri dell'UVM

L'UVM, di norma, si riunisce più volte la settimana, secondo le richieste pervenute e comunque, con una periodicità che deve consentire la conclusione degli adempimenti di competenza entro il termine massimo di 15 giorni dalla segnalazione del caso. L'équipe multi professionale della UVM svolge, di norma, le attività connesse alla valutazione multidimensionale dei casi in agenda, negli orari ordinari d'ufficio, essendo tale attività parte integrante delle funzioni ordinarie assegnate alla struttura, nonché attività essenziale per l'esigibilità dei LEA a carattere sociosanitario.

Competenza territoriale dell'UVM

Nel caso in cui l'UVM, d'intesa con il paziente e la sua famiglia, renda necessario il ricorso alle rete dei servizi in un territorio diverso da quello di provenienza, fuori regione, per pazienti comunque residenti nella nostra ASP, le eventuali attività di aggiornamento e verifica previste dal Progetto Assistenziale Individualizzato vengono svolte dalla UVM competente per territorio (che ha redatto il PAI) previo contatto con la struttura / azienda sanitaria ospitante il paziente.

Compilato il PAI, l'UVM invierà tutta la documentazione al PUA che provvederà all'archiviazione dei documenti, e alla successiva notifica ai servizi interessati ed agli aventi diritto.

Qualora si renda necessario il ricorso alle rete dei servizi di altri distretti socio sanitari fuori ASP e fuori regione, per pazienti non residenti nella nostra ASP, l'UVM può svolgere le visite per rogatoria previa richiesta dell'ASP di appartenenza o di un qualsiasi care-giver. E' necessario in questo caso assumere accordi con il responsabile



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

del servizio individuato, presso l'altro distretto, anche per l'attuazione del PAI. La responsabilità tecnico professionale ed amministrativa nella gestione del caso è di pertinenza dell'UVM/ PUA di residenza dell'assistito.

Fase della pianificazione degli interventi e dell'erogazione del PAI

Il MMG o il referente infermieristico, sono tenuti a predisporre un documento di pianificazione degli interventi assistenziali da erogare a ciascun paziente preso in carico, secondo quanto previsto dal PAI, entro e non oltre le 48 ore dalla consegna dello stesso da parte dell'UVM.

Nel caso in cui la situazione di salute del paziente dovesse variare si richiede la massima flessibilità e velocità nel cambio del setting assistenziale.

Entro 10 giorni dalla fine del rapporto di presa in carico del paziente l'infermiere è tenuto a presentare una relazione in cooperazione con il MMG, con indicazione dei risultati raggiunti dal paziente. Questo documento farà parte integrante della cartella del paziente.

Al MMG/PLS ed all'Infermiere di riferimento compete la compilazione del diario clinico domiciliare dei singoli pazienti in CDI, nel quale sono registrate tutte le attività assistenziali, cliniche terapeutiche svolte a domicilio del paziente: tutti gli operatori coinvolti devono utilizzare il suddetto diario clinico registrando i loro interventi e controfirmando.

Il diario è a casa del paziente e deve rimanere sempre a casa del paziente e al termine della presa in carico del paziente, l'infermiere, avrà cura di consegnarlo al PUA back office .

Fase della rivalutazione

In relazione alla durata del PAI la presa in carico del paziente può essere:

- a breve termine (da 15 a 30 giorni);
- a medio termine (fino a circa 30-60 giorni);

- a lungo termine (fino a 60-90 giorni ripetibili).

Il programma proposto dalla UVM dovrà contenere la previsione di massima del successivo percorso di rete per l'assistito. Entro i 10 giorni antecedenti la data di fine trattamento, l'infermiere responsabile di quel paziente ed il MMG devono esibire al dirigente medico responsabile del PUA, la relazione clinica dell'assistito, completa degli obiettivi assistenziali raggiunti e di eventuale proposta di ulteriore PAI/PRI per la prosecuzione dell'assistenza.

Qualora allo scadere dei tempi previsti si rendesse necessario prolungare l'assistenza, l' UVM, sollecitata dal medico del PUA, si dovrà esprimere almeno tre giorni prima dalla data di scadenza del termine del PAI, con un nuovo PAI per facilitare l'organizzazione successiva

La documentazione clinico-assistenziale, appartenente al paziente, dovrà essere resa accessibile all'UVM, al fine di garantire la continuità del percorso clinico assistenziale. La condivisione della documentazione attraverso strumenti informatici, oltre che assicurare tale opportunità, dovrà rispettare le norme sulla sicurezza dei dati.

Fase della dimissione

La **dimissione** può avvenire, oltre che per decesso o per ricovero ospedaliero urgente, nei seguenti casi:

- per scadenza del Piano Assistenziale individuale;
- per miglioramento e passaggio a forme di assistenza meno intense (ADP., ecc);
- per necessità di trasferire il paziente in struttura protetta a causa del venir meno delle condizioni socio ambientali o sanitarie che consentono di mantenerlo al domicilio.

La dimissione viene effettuata dal medico del PUA, con comunicazione al responsabile dell'UVM, al MMG/PLS e con validazione finale da parte del titolare della Struttura Semplice.

In caso di decesso o trasferimento o ricovero del paziente il MMG o il care giver dovranno dare immediata comunicazione al PUA back office.

Fornitura di farmaci, ausili e presidi

Per tutti i pazienti inseriti nell'ambito delle cure domiciliari, dovrà essere prevista, da parte dei servizi di farmacia territoriale, la fornitura diretta e/o la somministrazione di prodotti farmaceutici necessari per l'assistenza infermieristica da utilizzare a domicilio, in conformità con la normativa vigente, e con oneri a totale carico dell'Az. ASP stessa. Il team assistenziale dovrà provvedere all'erogazione diretta di tutti farmaci inclusi nella fascia H e necessari all'attuazione del PAI definito dall'UVM.

Tale assistenza deve essere adeguatamente documentata nella cartella clinica dei singoli casi. Ai pazienti dovranno essere garantiti i farmaci per la terapia del dolore e i farmaci in fascia C.

La prescrizione dei farmaci deve avvenire ad opera dei **Medici di Medicina Generale** e deve sottostare alla legislazione vigente in materia (modalità prescrittive, limitazioni, note AIFA, ecc.).

Analogamente, per gli stessi pazienti si dovrà prevedere alla fornitura diretta di materiale sanitario per le cure infermieristiche, protesi, ausili e presidi sanitari, attivando procedure snelle e semplificate su richiesta del MMG validata in seno all'UVM e inserita nel PAI.

Qualora l'infermiere dovesse individuare un bisogno che insorge durante il periodo di presa in carico del paziente, si farà carico di segnalarlo al MMG ed al medico del PUA.

L'infermiere si farà carico che gli ausili e/o i presidi concessi vengano restituiti all'ASP cessato il bisogno iniziale.

Il Direttore del Distretto, supportato dal Dirigente titolare della Struttura Semplice, e dal Dirigente responsabile della farmacia territoriale, provvederà in tempi stretti, a stilare un prontuario dei farmaci fornibili direttamente ai pazienti in ADI e a regolamentare la fornitura stessa dandone preventiva comunicazione al MMG.

Adempimenti informativi

Il sistema informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), prevede in relazione agli interventi programmati di assistenza al domicilio, l'assolvimento dei seguenti debiti informativi :

- caratteristiche anagrafiche dell'assistito
- valutazione e rivalutazione e bisogni assistenziali dell'assistito
- erogazione dell'assistenza
- sospensione della presa in carico
- dimissioni del paziente o cambio setting

Vengono presi in esame tutti i pazienti inseriti nelle CDI incluse le dimissioni protette;

Non devono essere inserite nel flusso dati SIAD le ADP, le CDPO e le cure domiciliari effettuate dai medici ospedalieri.

Questi flussi dovranno essere inseriti dall'infermiere o da altro personale individuato con la supervisione del referente infermieristico di area.

Oltre ai flussi SIAD sul territorio si prevede l'assolvimento dei debiti informativi relativi alle prestazioni residenziali e semiresidenziali attraverso i flussi FAR che saranno inseriti a seconda delle competenze dal PUA, UVM ed U.O. Ricovero RSA ed RA e Riabilitazione.

Il flusso **SIAD**, che registra il Monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare, istituito con il Decreto Ministeriale 17/12/2008, prevede la raccolta dei dati relativi all'assistenza domiciliare e costituisce un elemento chiave della rete dei servizi sanitari territoriali



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

ai quali negli ultimi anni è stato attribuito un ruolo sempre più rilevante in termini di programmazione sanitaria e di risposta ai bisogni di salute della popolazione. E' in quest'ottica che il DPCM 29.11.2001 ha stabilito che l'assistenza domiciliare dovesse essere garantita dal SSN, includendola nei **Livelli Essenziali di Assistenza**. La rilevazione è mensile e la trasmissione deve avvenire entro il mese successivo al periodo di riferimento .

INTEGRAZIONE DISTRETTO / OSPEDALE

Sarà governata dalla Struttura Complessa dedicata all'integrazione ospedale territorio.

Relativamente alle CDI, l'integrazione distretto / ospedale si realizzerà attraverso:

- la dimissione protetta
- la realizzazione di percorsi preferenziali per la diagnostica e le urgenze
- la condivisione di procedure riguardanti il percorso assistenziale
- la comunicazione reciproca
- appositi accordi tra Distretto e Presidio Ospedaliero della ASP
- **Individuazione di un referente per l'UVM ospedale/territorio nella figura del direttore del dipartimento medico, attraverso determina del Direttore del Distretto;**
- Il direttore del Dipartimento Medico utilizzerà per la costituzione della commissione sia gli specialisti presenti nell'ospedale che gli infermieri del reparto e gli assistenti sociali, del reparto di geriatria ed in assenza della stessa, della Direzione medica di presidio.
- la condivisione di risorse, con le risorse territoriali quando utile, necessario e possibile finalizzate alle varie fasi del processo di presa in carico del paziente.

Il momento fondamentale per la programmazione delle attività da realizzare è costituito dall'incontro/comunicazione tra personale medico e infermieristico di reparto, operatori dell'assistenza domiciliare ed il medico di medicina generale.

Ciò può essere realizzato attraverso l'accesso del medico di medicina generale al reparto (l'attuale normativa prevede che il MMG possa accedere in ogni momento al presidio ospedaliero, sia in fase di accettazione che in quella di degenza o di dimissione del proprio paziente).

In ogni caso il MMG nell'interesse del proprio paziente può accedere, qualora lo ritenga opportuno, in tutti gli ospedali pubblici e le case di cura convenzionate o accreditate anche ai fini di evitare dimissioni improprie con il conseguente eccesso di carico assistenziale a livello domiciliare.

Il referente ospedaliero per l'UVM ospedale territorio (Direttore del Dipartimento medico pro tempore), individuato dal Direttore del Distretto, deve organizzare l'Unità di valutazione ogni qual volta lo ritenesse necessario per inviare il paziente al domicilio o in una struttura sanitaria residenziale e semiresidenziale. Non necessita la convocazione dell'UVM per le strutture socio sanitarie di lungodegenza medica (cod. 56 e cod.60).

Il Direttore del Dipartimento medico espedito le pratiche per l'UVM dovrà, per il tramite dell'assistente sociale individuata, inviare tutte le pratiche al medico del PUA competente, il quale provvederà secondo le proprie competenze.

ADEMPIMENTI DEL DIRETTORE DEL DISTRETTO

Il Direttore del distretto deve con carattere d'urgenza individuare, con atto di determina, un referente medico per l'UVM e uno per il PUA per l'area distrettuale di Crotone, un referente medico per l'UVM ed uno per il PUA per l'area distrettuale di Cirò, due referenti medici per l'UVM e due per il PUA per l'area distrettuale di Mesoraca, considerato che sul territorio dell'area distrettuale di Mesoraca insistono molte strutture residenziali e semiresidenziali;

deve inoltre individuare con atto di determina anche il referente, nella persona del direttore del Dipartimento Medico, per l'UVM dell'ospedale. Tutte le altre responsabilità sono a carico della Struttura Semplice all'uopo individuata, anche la valutazione annuale delle esigenze formative dei propri operatori impegnati nelle CDI.

In allegato a questa riorganizzazione:

La Procedura operativa per il paziente affetto da ulcere da pressione e/o vascolari; (Allegato n° 2)

Allegato 2

PROCEDURA OPERATIVA

(Paziente in ADI affetto da ulcere da pressione e/o vascolari)

Quando arriva la richiesta di inserimento in ADI di un paziente con ulcera il medico del PUA, analizzata la scheda sanitaria compilata dal Medico di medicina generale, si reca a casa del paziente accompagnato dall'infermiere del PUA e dal MMG che viene preventivamente invitato, in quanto responsabile sanitario del paziente.

Il medico del PUA visiterà il paziente insieme al Medico di medicina generale, e dopo aver analizzato la situazione sanitaria compilerà la scheda sanitaria tenendo anche conto dello stato nutrizionale, mobilità e terapia in atto del paziente tenendo conto anche delle comorbilità eventualmente predisponenti o complicati la patologia ulcerosa.

L'infermiere dovrà fare contemporaneamente una prima valutazione delle condizioni cliniche generali del paziente attraverso la scheda cognitivo funzionale.

Tutto il fascicolo sanitario verrà presentato prima possibile al medico dell'UVM il quale convocherà una seduta UVM, avendo cura di invitare anche il medico del PUA oltre all'MMG durante la quale il medico del PUA in accordo con il MMG indicherà il possibile percorso terapeutico del paziente, innanzi tutto valutando il tipo ed il livello dell'ulcera ed al di fuori dell'ulcera di terzo livello per la quale verrà richiesta la consulenza specialistica (Vulnologo, chirurgo, nutrizionista e terapeuta del dolore) individuando un percorso terapeutico preciso che sarà parte integrante del PAI.

Si stila quindi il PAI e si organizzano gli ingressi sia degli infermieri che dei MMG.

Il medico del PUA quindi provvede ad effettuare visita medica comprensiva di:

Anamnesi ed esame obiettivo

- 1) attraverso una valutazione fisica mirata.
- 2) una valutazione sul piano psico-sociale per determinare la capacità dell'assistito di comprendere il programma di trattamento e la sua motivazione ad aderirvi.
- 3) Ed una Valutazione della qualità di vita.

Valutazione dell'ulcera da pressione/ vascolare e possibile prognosi da condividere con l'infermiere

Allo scopo di pianificare il trattamento e stimarne gli effetti, valutare inizialmente l'ulcera/e in merito a:

- Stadio / profondità;
- Localizzazione
- Dimensioni (mm, cm)
- Odore
- Tratti cavi / Sottominatura / Tunnel
- Essudato
- Aspetto del letto della ferita;
- Condizioni della cute circostante (peri lesionale) e margini della lesione

Attivazione del pool di infermieri deputati alla rivalutazione delle ulcere insieme all'infermiera che ha determinato la scheda cognitivo funzionale

- 1) con frequenza almeno settimanale per determinare l'adeguatezza del piano di trattamento
- 2) Si raccomanda una valutazione di tipo vascolare (es.: Indice Pressorio Caviglia Braccio, polsi periferici e precedenti legati a malattie vascolari) per le ulcere localizzate a carico degli arti inferiori al fine di escludere una compromissione vascolare che merita un trattamento specifico e diverso dalle altre ulcere.

Valutazione e gestione nutrizionale

- 1) Il Medico del PUA assicura una dieta alimentare adeguata al fine di prevenire la malnutrizione o di correggere le carenze esistenti, nella misura in cui ciò sia compatibile con la volontà dell'individuo;
- 2) è necessario assicurarsi che al paziente venga dispensato un supporto nutrizionale ottimale mediante l'attivazione del medico nutrizionista del territorio ;

Valutazione del dolore

- 1) Valutare tutti i pazienti in merito al dolore associato all'ulcera o al trattamento dell'ulcera.
- 2) Valutare la localizzazione, la frequenza e l'intensità del dolore per determinare la presenza di patologie sottostanti, l'esposizione di terminazioni nervose, l'efficacia del trattamento locale ed i bisogni psicologici, Posizionamento e superfici di supporto : utilizzare la scala del dolore;

Valutazione del Rischio di sviluppare altre ulcere



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Valutare tutti i pazienti PORTATORI DI ULCERE per determinare il loro rischio di sviluppare ulteriori ulcere da pressione/ vascolari, utilizzando l'Indice di Braden:

- 1) Inviare in consulenza gli specialisti del team interdisciplinare (Terapista della Riabilitazione ecc),dai pazienti A RISCHIO, con esperienza per ciò che riguarda la posizione seduta. Quando un soggetto viene posizionato seduto, devono essere tenuti in considerazione l'allineamento posturale, la distribuzione del peso, l'equilibrio, la stabilità e la riduzione della pressione. Assicurarsi che le superfici di supporto siano impiegate in modo consono e mantenute correttamente.
- 2) Se il paziente permane a rischio di sviluppare altre ulcere da pressione, dovrebbe essere posizionato su un materasso in schiuma ad alta specificità invece che su un materasso standard allo scopo di prevenire lo sviluppo di ulcere da pressione nei soggetti a rischio da moderato ad alto.
- 3) Utilizzare una superficie di supporto statica se il paziente è in grado di adottare diverse posizioni senza gravare con il peso del corpo sull'ulcera da pressione e senza "toccare il fondo" .
- 4) Utilizzare una superficie di supporto dinamica nel caso in cui:
 - il paziente non sia in grado di assumere diverse posizioni senza gravare con il peso del corpo sull'ulcera da pressione;
 - il paziente comprima completamente la superficie di supporto statica;
 - l'ulcera da pressione non mostri nessun segno di guarigione.

Nel caso in cui dopo dieci giorni non si ha nessun miglioramento

- 1) il medico del PUA sollecita la valutazione dello specialista dell'ambulatorio vulnologico o del chirurgo, a seconda dell'esigenza clinica o del nutrizionista il quale darà un'opinione specialistica ed avrà cura di prendere in carico il paziente mantenendo il contatto con il medico del PUA.

IL contatto con il medico specialista può avvenire tramite l'invio di foto relative all'ulcera attraverso un app tipo telegramm o sollecitando la visita dello specialista vulnologo/ chirurgo al domicilio.

Lo specialista prescriverà una terapia che sarà seguita dall'infermiere del PUA e dal MMG con valutazioni intermedie dello stato di salute sia generale che dell'ulcera stessa da parte del medico del PUA.

Dopo un certo periodo di tempo l'infermiere valuterà la situazione terapeutica e si confronterà con il medico del PUA e con il second opinion per decidere come proseguire la valutazione.

Medicazione Avanzata

Per l'utilizzo di medicinali sperimentali e innovativi, che si auspica vengano utilizzati se veramente idonei ed utili per il paziente, si farà ricorso ad una commissione costituita dal medico del PUA, il Coordinatore dell'ADI e il second opinion oltre che dal farmacista territoriale.

I medicinali sperimentali infatti, con l'unico scopo di tutelare il paziente, andranno valutati in quanto ad efficienza, efficacia e per ultimo anche economicità.

FORMAZIONE

Deve essere effettuata attraverso corsi altamente specialistici prevedendo una formazione annuale per :

- Coordinatore ADI
- Second opinion
- Medico del PUA

Ed una formazione trimestrale per



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CROTONE



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

- Infermiere ADI
- Coordinatore infermieristico
- Medico del PUA.