

**AZIENDA SANITARIA LOCALE
AVELLINO**
Via degli Imbimbo 10/12
83100 Avellino

**REGOLAMENTO
CURE DOMICILIARI
ASL AV**

2010

A cura di:

U.O.C. ASSISTENZA ANZIANI 1
Direttore : dott.ssa Anna Marro

Indice

Premessa: Le fonti.....	pag. 2-5
Articolato.....	pag. 6-40
Bibliografia.....	pag. 41-43
Legenda.....	pag. 44
Allegati.....	pag. 45

Premessa

Le Fonti

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

- D.lgs n.502/92 e successive modifiche e integrazioni;
- D.lgs n.229/99 recante "Norme per la razionalizzazione del SSN";
- Progetto Obiettivo Anziani approvato dal Parlamento il 30/01/1992;
- Legge n.328/2000 recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- DGRC n. 5744 28/11/2000 Approvazione del Progetto obiettivo regionale "Potenziamento dell'assistenza domiciliare all'anziano fragile ed attivazione della rete di assistenza geriatrica;
- DPCM del 14/02/2001 recante "Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria";
- DPCM del 29/11/2001 che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria e sociosanitaria;
- DPR del 03/05/2001 "Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003";
- L.R. n. 29/81 recante "Interventi a favore degli anziani";
- L.R. n. 5/84 recante "Interventi a favore degli anziani";
- L.R. n. 46/85 recante "Interventi a favore degli anziani";
- L.R. n. 21/89 recante "Interventi a favore degli anziani";
- L.R. n. 17/91 recante "Interventi a favore degli anziani";
- L.R. n. 32/94 recante "D.Lgs 30/12/1992, n.502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del Servizio Sanitario Regionale";
- L.R. n. 5/97 recante "Istituzione del servizio di Telesoccorso-Telecontrollo"
- DPR 8 marzo 2000: Progetto obiettivo AIDS;
- DGRC n.1826 del 4/05/2001 "Linee di programmazione regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- Conferenza Unificata (ex art. 8 del d.lgs. 28 agosto 1997, n. 281) Accordo 19 aprile 2001



Premessa

Le Fonti



- Accordo tra il Ministro della Sanità, le regioni, le province autonome di Trento e Bolzano e le province, i comuni e le comunità montane, sul documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative;
- Ministero della Salute - Comitato Ospedalizzazione a Domicilio (DM 12/04/2002) – Sperimentazione di un sistema di Ospedalizzazione Domiciliare;
- Ministero della Salute - Comitato Ospedalizzazione a Domicilio – Documento Conclusivo: "Caratterizzazione dei Servizi di Cure Domiciliari" del 30/11/2002;
- DGRC n. 6467 del 30/12/2002 con la quale la Giunta Regionale ha emanato gli indirizzi regionali di programmazione a Comuni ed ASL per un sistema integrato di interventi e servizi socio-sanitari anno 2003;
- Piano Sanitario Regionale 2002 – 2004;
- Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. 22 del 03 maggio 2003 - Linee Guida per le Attività di Riabilitazione in Regione Campania
- Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale - Deliberazione n.2128 del 20/06/2003;
- DGRC 3329 del 21/11/2003 Approvazione delle linee guida per l'attivazione della rete integrata di Assistenza ai malati Terminali tra gli Hospice, i Servizi e le strutture esistenti sul territorio preposti alle cure palliative (DGRC n.4408 26.09.2001);
- Piano Sanitario nazionale 2003-2005
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni;
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni;
- Ministero della Salute Decreto n.43 del 22 febbraio 2007;

Premessa

Le Fonti

- DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 5 marzo 2007 Modifica del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, recante: «Definizione dei livelli essenziali di assistenza».
- Ministero della Salute Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA: Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio, ottobre 2006;
- Ministero della Salute Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche anno 2007;
- Deliberazione N. 1098 del 22 giugno 2007 - Approvazione del documento "LINEE GUIDA PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE ONCOLOGICA";
- Deliberazione N. 1155 del 29 giugno 2007- Programmazione del potenziamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, utilizzando anche la riconversione dei presidi ospedalieri dismessi;
- Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulle cure palliative nell'età neonatale, pediatrica e adolescenziale del 27/06/2007 ai sensi dell'art. 4 del D.lgs n. 281 del 28/08/1997;
- Legge Regionale n. 11 del 23 ottobre 2007 "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328"
- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008
- Piano Sanitario Nazionale 2009



Premessa

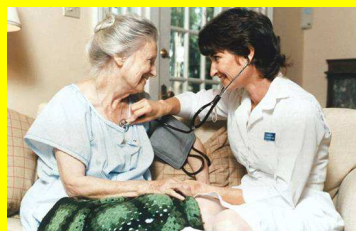
Le Cure Domiciliari

Le cure domiciliari oggetto di questo regolamento, rivolte agli assistiti di ogni età, non esauriscono l'intera gamma delle prestazioni erogabili al domicilio come, ad esempio, le prestazioni erogate dalle UU.OO. Assistenza anziani, materno infantile, psichiatria e il servizio tossicodipendenze, già previste dal DPCM 29 novembre 2001. L'utilizzo della denominazione "**cure domiciliari**" anziché "**assistenza domiciliare**" risponde alla necessità di distinguere in modo esclusivo le cure sanitarie e socio-sanitarie integrate dalle forme di assistenza domiciliare di natura socio-assistenziale e tutelare.

La **tabella 1** riassume alcune delle direttrici di classificazione degli interventi di cura. In questa logica tutti gli interventi di cura possono essere attribuiti alle diverse categorie, fra cui il luogo (la casa o la residenza protetta) è una delle possibili variabili; le altre (intensità, durata, ambito prevalente) possono essere comuni o anche sovrapponibili: non è detto che un programma di sostegno attuato in una struttura residenziale debba necessariamente essere più intenso di uno gestito al domicilio.

Tab. 1- Le direttrici di classificazione degli interventi di cura

DIRETRICE-DESCRITTORE	ESEMPI
Obiettivo	Educazione, informazione, prevenzione, tutela, riabilitazione, trattamento
Tempo	<ul style="list-style-type: none">● fase intensiva● fase estensiva● lungoassistenza
Intensità	<ul style="list-style-type: none">● alta/bassa intensità● alta/bassa intensità assistenziale● alta/bassa intensità riabilitativa
Livello	<ul style="list-style-type: none">● interventi sanitari, assistenziali, di integrazione sanitari a rilevanza sociale, sociali a rilevanza sanitaria, ad alta integrazione sociosanitaria
Luogo	<ul style="list-style-type: none">● residenziali● semiresidenziali● domiciliari● ambulatoriali-consultoriali
Produttore	<ul style="list-style-type: none">● Erogatori-produttori pubblici, privati commerciali, privati no profit, soggetti informali



Articolato

Le Cure Domiciliari

Art. 1 - Definizione

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

Art. 2 - Obiettivi

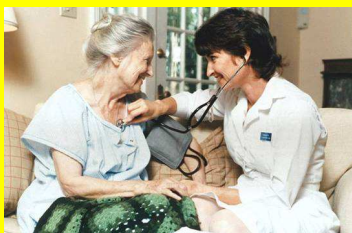
Gli obiettivi principali delle cure domiciliari sono:

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

Art. 3 - Elementi caratterizzanti

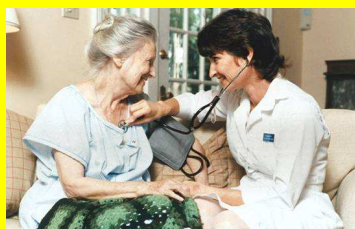
Si distinguono, in relazione ai bisogni e tenendo conto dei modelli gestionali – organizzativi stabiliti dalle leggi e documenti nazionali e regionali, i seguenti profili:

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



Articolato

Le Cure Domiciliari



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

Quando l' équipe che eroga le cure domiciliari è di provenienza ospedaliera è in ogni caso superata la denominazione "Ospedalizzazione Domiciliare ". Tale tipologia assistenziale è infatti erogata attraverso le Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e le Cure Domiciliari palliative a malati terminali.

Art. 4 – Cure domiciliari di tipo prestazionale occasionale o ciclico programmato

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

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

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

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

Articolato

Le Cure Domiciliari

* Il caregiver è colui che all'interno del nucleo familiare partecipa all'esecuzione delle cure

Art. 5 - Cure domiciliari Integrate di primo e secondo livello

Sono ricompresi in questa tipologia assistenziale interventi professionali rivolti ai malati e alle loro famiglie previsti dal PAI. L'attivazione dell'assistenza richiesta dal medico responsabile delle cure del paziente prevede il coinvolgimento del medico di Medico di Medicina Generale nella definizione degli obiettivi e dei processi assistenziali attraverso la valutazione multidimensionale. Si rivolge a malati che pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni (I^ livello) o 6 giorni (II^ livello). Le cure integrate di primo e secondo livello prevedono un ruolo di centralità del Medico di Medicina Generale che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura.

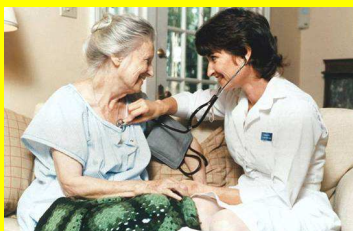
La gamma di prestazioni che riguardano questa tipologia di intervento professionale comprende prestazioni medico infermieristiche, riabilitative mediche e medico specialistiche:

PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' CLINICA DI TIPO VALUTATIVO DIAGNOSTICO

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

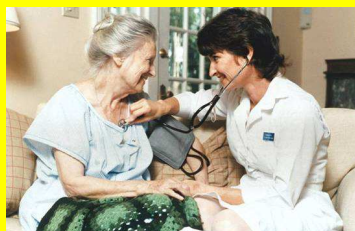
PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' EDUCATIVO/ RELAZIONALE/AMBIENTALE

12. Istruzione del caregiver alla gestione di una terapia



Articolato

Le Cure Domiciliari



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

PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' CLINICA DI TIPO TERAPEUTICO

PRESTAZIONI RELATIVE AI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI E AL MANTENIMENTO DELL'OMEOSTASI

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

PRESTAZIONI RELATIVE ALLE FUNZIONI ESCRETORIE

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

Articolato

Le Cure Domiciliari

PRESTAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE E ALLE ALTERAZIONI DEI TESSUTI MOLLI

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

PRESTAZIONI RELATIVE AI TRATTAMENTI DI TIPO RIABILITATIVO

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

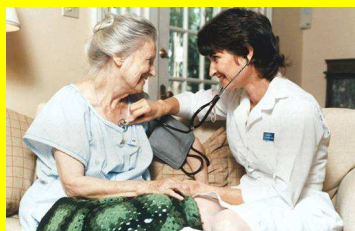
PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE

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

ART. 6 – Cure domiciliari integrate di terzo livello e cure domiciliari palliative a malati terminali

Dette cure consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche:

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



Articolato

Le Cure Domiciliari

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

A determinare la criticità e l'elevata intensità assistenziale concorrono l'instabilità clinica, la presenza di sintomi di difficile controllo, la necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o al care-giver.

Presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione di un piano di cura con intervento di tipo multidisciplinare.

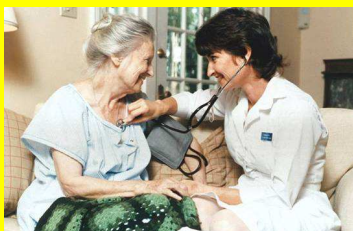
Tali cure sono richieste dal medico responsabile delle cure del paziente.

Si tratta di interventi programmati sui 7 giorni settimanali e per le cure palliative è prevista la pronta disponibilità medica sulle 24 ore di norma erogata dall'équipe di cura e comunque da medici specificatamente formati. Nella nostra ASL la disponibilità medica sulle 24 ore sarà garantita dal team di cure palliative territoriale, dai medici ospedalieri attraverso un protocollo di intesa e consisterà nella reperibilità telefonica.

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

PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' CLINICA DI TIPO VALUTATIVO DIAGNOSTICO

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

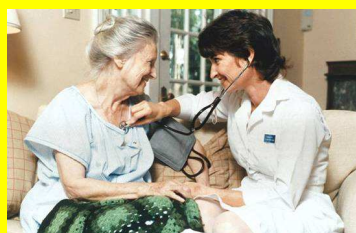


Articolato

Le Cure Domiciliari

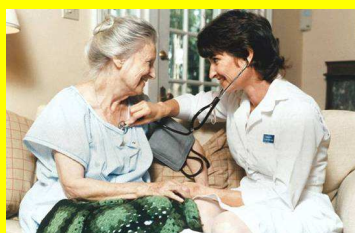
PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' EDUCATIVO/ RELAZIONALE/AMBIENTALE

14. Educazione del caregiver alla attività di nursing (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari ecc.)
15. Educazione del caregiver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente
16. Educazione del caregiver alla corretta mobilizzazione / corretta postura del paziente
17. Educazione del caregiver alla prevenzione di lesioni cutanee
18. Educazione del caregiver alla gestione di derivazioni urinarie
19. Educazione del caregiver alla gestione di enterostomie
20. Istruzione del caregiver alla gestione di una terapia
21. Educazione del caregiver alla gestione di dispositivi per la somministrazione di farmaci (pompe, elastomeri, altro)
22. Applicazione di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance
23. Igiene a persone allettate o con lesioni cutanee, bagno assistito
24. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
25. Prescrizione ausili e protesi
26. Istruzione del paziente o del caregiver all'utilizzo di ausili per la deambulazione e valutazione ambientale
27. Educazione del caregiver alla broncoaspirazione
28. Colloquio con familiare / caregiver
29. Colloquio con il medico di medicina generale
30. Colloquio con medico specialista
31. Supporto psicologico e supervisione delle équipes
32. Supporto psicologico per il paziente
33. Supporto psicologico per la famiglia
34. Visita di cordoglio - Supporto al lutto



Articolato

Le Cure Domiciliari



PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' CLINICA DI TIPO TERAPEUTICO

PRESTAZIONI RELATIVE AI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI E AL MANTENIMENTO DELL'OMEOSTASI

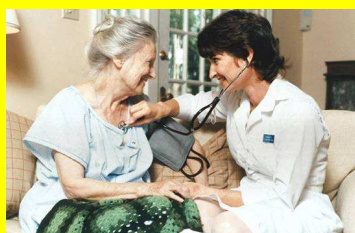
35. Prescrizione terapeutica
36. Terapia iniettiva intramuscolare
37. Terapia iniettiva sottocutanea
38. Terapia iniettiva sottocutanea IN INFUSIONE
39. Terapia iniettiva endovenosa
40. Terapia infusione con necessità di sorveglianza medica
41. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
42. Terapia iniettiva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

PRESTAZIONI RELATIVE ALLA FUNZIONE RESPIRATORIA

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

Articolato

Le Cure Domiciliari



PRESTAZIONI RELATIVE ALLA FUNZIONE ALIMENTARE

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

PRESTAZIONI RELATIVE ALLE FUNZIONI ESCRETORIE

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

PRESTAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE E ALLE ALTERAZIONI DEI TESSUTI MOLLI

86. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, postchirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
87. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, postchirurgiche, post attiniche ecc.)
88. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
89. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
90. Toilette lesione/ferita superficiale

Le Cure Domiciliari

91. Toilette lesione/ferita profonda

92. Courettage e o rimozione unghia/matrice ungueale

93. Svuotamento di ematomi

94. Incisione con drenaggio sottocutaneo

95. Drenaggio raccolta ascessuale

96. Anestesia locale

97. Anestesia periferica tronculare

98. Infiltrazione punti trigger

99. Sutura ferite

100. Rimozione dei punti/graff di sutura

PRESTAZIONI RELATIVE AI TRATTAMENTI DI TIPO RIABILITATIVO

101. Trattamento di rieducazione motoria (paziente neurologico, ortopedico, amputato, ecc.)

102. Rieducazione respiratoria

103. Rieducazione alla tosse assistita

104. Rieducazione del linguaggio

105. Rieducazione disturbi neuropsicologici (memoria ed attenzione)

106. Recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane

PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE

107. Stesura di un piano assistenziale

108. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche- passaggio di informazioni - consegne)

109. Rendicontazione dell'attività svolta

110. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile

Art. 7 – Accesso alle cure domiciliari

I requisiti indispensabili per l'attivazione delle cure domiciliari sono:

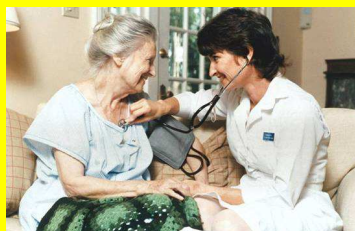
a) Condizione di **non autosufficienza** (disabilità), di fragilità e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;

b) Adeguato **supporto familiare** o informale;

c) Idonee condizioni abitative;

d) Consenso informato da parte della persona e della famiglia;

e) **Preso in carico da parte del medico di medicina generale** (garanzia degli accessi concordati, disponibilità telefonica dalle ore 8 alle 20)



Articolato

Le Cure Domiciliari

Art. 8 - Criteri di esclusione dalle Cure Domiciliari. e durata del programma di Cure Domiciliari

I criteri di esclusione dalle cure domiciliari sono i seguenti:

- Soggetti con autonomia e autosufficienza giudicate soddisfacenti;
- Gravi condizioni cliniche che richiedono elevato impegno sanitario con stretto monitoraggio clinico;
- Soggetto il cui team familiare è scarsamente o per nulla collaborante.
- Assenza di rete sociale

La durata del programma di assistenza è legata soprattutto agli obiettivi stabiliti dall' Unità di Valutazione Distrettuale (UVD) e comunque non dovrà essere superiore a tre mesi, rinnovabili dopo valutazione e verifica da parte della stessa Unità di Valutazione.

Art. 9 - Valutazione del caso e piano individuale di assistenza

La presa in carico nelle cure domiciliari si accompagna ad un approccio multidimensionale di cui sono aspetti essenziali:

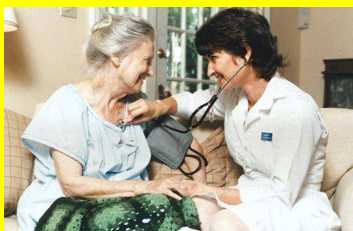
- la valutazione globale dello stato funzionale del paziente attraverso sistemi di valutazione sperimentati e validati su ampia scala, standardizzati e in grado di produrre una sintesi delle condizioni cliniche, funzionali e sociali per l'elaborazione del piano assistenziale individuale (PAI), permettendo, nel contempo, la definizione del case-mix individuale e di popolazione;
- la predisposizione del PAI;
- un approccio assistenziale erogato attraverso un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare che comprende anche operatori sociali;
- il monitoraggio periodico e la valutazione degli esiti.

All'interno dell'équipe erogatrice delle cure viene inoltre individuato un responsabile del caso (*case manager*) che, in collaborazione con il MMG, orienta e coordina gli interventi in base a quanto definito.

Art. 10 – Procedure per l'attivazione delle cure domiciliari

10.1 Richiesta intervento - segnalazione

Gli interventi di assistenza domiciliare integrata possono essere richiesti dall'**interessato** e/o **familiare** o su segnalazione dei **servizi sociali del comune/piano di zona**, dei **medici di**



Le Cure Domiciliari

medicina generale, dalle U.U.O.O. dell'ASL, strutture ospedaliere, ma sempre previo consenso dell'interessato (o del suo rappresentante legale).

Tale richiesta, contenente le generalità del possibile utente, e di chi eventualmente la presenta (compresa la causale ed il rapporto tra i due soggetti) dovrà essere presentata alla sede delle Cure Domiciliari che sarà ubicata presso il Distretto Sanitario di competenza. La segnalazione può essere anche telefonica.

Gli operatori del piano di zona e gli operatori degli uffici sociosanitari dell'ASL attraverso la porta unica di accesso daranno agli interessati tutte le informazioni connesse ai requisiti, alle modalità ed alle procedure richieste per l'accesso al servizio, anche attraverso l'attivazione dei mezzi di informazione di massa.

10.2 Modalità di ammissione alle cure domiciliari – attivazione– stesura piano terapeutico (PAI)

La segnalazione, indirizzata al Direttore del Distretto Sanitario, viene inoltrata al Coordinatore delle cure domiciliari, che sarà preferibilmente un infermiere, che entro 48 ore dalla segnalazione ricevuta, attiverà le procedure per la successiva convocazione dell'Unità di Valutazione Distrettuale, dopo aver recepito il consenso del malato o dei suoi familiari.

L'accesso alle cure domiciliari prevede:

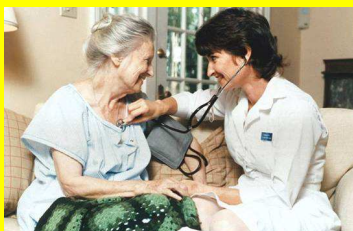
1. La compilazione da parte del MMG o del PLS dell'apposito modulo di attivazione
2. La convocazione dell'Unità di Valutazione Distrettuale (UVD) costituita da:
 - dal Medico del Distretto individuato dal direttore del distretto
 - dal MMG o PLS,
 - dal Coordinatore delle Domiciliare,

A seconda delle disponibilità delle risorse e del caso trattato:

- Assistente Sociale
- Infermiere Professionale
- fisioterapista
- o altro specialista

per la valutazione dell'elezione del paziente nelle cure domiciliari.

L'UVD si integrerà nell'intervento con il Piano di Zona, se oltre le necessità sanitarie sono presenti necessità sociali, attraverso la



Le Cure Domiciliari

convocazione dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI).

3) Se l'UVD non ritenga necessaria l'attivazione delle cure domiciliari deve darne motivata comunicazione al MMG o al PLS e ai familiari dell'assistito interessato.

4) Nel caso in cui la proposta delle cure domiciliari sia approvata, l'UVD stila il piano individuale di assistenza avvalendosi anche di altri specialisti se necessario, concordano:

- la durata presumibile del periodo di erogazione delle cure domiciliari;
- la tipologia degli altri operatori sanitari coinvolti;
- le richieste di intervento degli operatori del servizio sociale;
- la cadenza degli accessi del MMG o del PLS al domicilio del paziente in relazione alla specificità del processo morboso in corso e agli interventi sanitari e sociali necessari, tenendo conto della variabilità clinica di ciascun caso;
- i momenti di verifica comune all'interno del periodo di effettuazione del servizio.

Il PAI, pertanto, dovrà esplicitare:

- i bisogni socio-assistenziali dell'utente;
- le figure professionali coinvolte per gli specifici programmi terapeutici riabilitativi;
- le osservazioni in merito al supporto familiare;
- lo specifico piano terapeutico;
- gli eventuali trattamenti terapeutici particolari;
- gli eventuali presidi e ausili sanitari o apparecchi elettromedicali necessitanti.

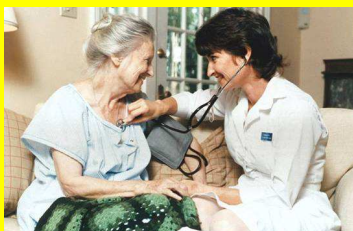
La valutazione multidimensionale dovrà concludersi entro e non oltre i 20gg dalla segnalazione. Solo in caso di dimissione protetta entro le 48 ore dalla segnalazione.

Art. 11 - Percorsi particolari necessari per l'attivazione delle cure domiciliari

● Richiesta consulenze specialistiche:

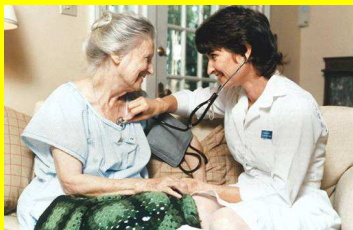
Il Direttore del Distretto, su proposta del MMG su apposito modulo, attiva la consulenza domiciliare dello specialista territoriale o del presidio ospedaliero dell'ASL.

● Richiesta farmaci, sostituti dietetici e materiale per medicazione:



Articolato

Le Cure Domiciliari



- Il MMG richiede i farmaci, le medicazioni presenti esclusivamente nel Prontuario delle cure domiciliari dell'ASL, se trattasi di assistenza di I o II livello. Per il trattamento farmacologico di pazienti di III livello e per i pazienti terminali (OD- CP) per i farmaci non inseriti nel Prontuario Cure Domiciliari si potrà fare riferimento al Prontuario Terapeutico Ospedaliero Aziendale utilizzando un'apposita modulistica, alla farmacia distrettuale di appartenenza, secondo seguenti procedure:
- i MMG/PLS effettuano, mensilmente, le prescrizioni dei farmaci e quanto altro incluso nel Prontuario delle cure domiciliari e nel prontuario ospedaliero dell'ASL.
- La prescrizione viene inoltrata alla farmacia distrettuale a cura del medico di famiglia o dell'infermiere professionale o da un familiare dell'utente.
- I farmaci non inclusi in detto prontuario (diverso principio attivo, dose, forma farmaceutica), potranno essere prescritti su ricettario del SSN (Farmaci in fascia A) in conformità alle norme di regolamentazione del servizio farmaceutico e spedite nelle Farmacie Convenzionate.
- Per la Nutrizione Artificiale Domiciliare si seguirà la procedure previste dalla normativa regionale vigente.

Erogazione:

- ◆ L'erogazione dei prodotti avviene tramite i punti distribuzione farmaci del distretto di appartenenza del paziente secondo le modalità stabilite in ciascun distretto e/o presso le farmacie dei presidi ospedalieri dell'ASL.
- ◆ Il punto distribuzione farmaci distrettuale e le farmacie ospedaliere dell'ASL provvedono a consegnare direttamente all'infermiere e o ai familiari del paziente i prodotti prescritti con possibilità di frazionamento delle consegne anche settimanale secondo necessità e tipologie di farmaci nell'ottica della migliore utilizzazione delle risorse disponibili.
- ◆ Per la fornitura di ossigeno liquido, viene fatto riferimento alla specifica procedura ad oggi seguita dalla nostra azienda, secondo la normativa vigente; lo stesso dicasi per i farmaci soggetti alla disciplina degli stupefacenti e per i farmaci per la terapia del dolore.
- **Richiesta ausili e apparecchi elettromedicali (D.M. 28/12/92):**

Le Cure Domiciliari

- ◆ La richiesta degli ausili e apparecchi elettromedicali necessari per l'utente in ADI può essere fatta dai medici prescrittori, da altri specialisti dell'ASL, dal medico dell'Unità Operativa di dimissione del paziente in qualità di specialista, sull'apposito modulo regionale.

Le richieste, raccolte dal coordinatore delle cure domiciliari, verranno trasmesse al responsabile dell'U.O. di competenza del Distretto per l'autorizzazione, attraverso corsie preferenziali che verranno concordate con la stessa U.O.

- **Richiesta di esami di laboratorio e strumentali:**

Gli esami di laboratorio richiesti dal MMG dovranno essere inviati dal Distretto di competenza ai servizi dell'ASL, su apposita modulistica. In condizioni di necessità il medico specialista può chiedere direttamente l'esecuzione dell'esame diagnostico.

Art. 12 - Dimissioni dalle cure domiciliari

L'erogazione delle cure domiciliari può essere interrotta in qualsiasi momento per:

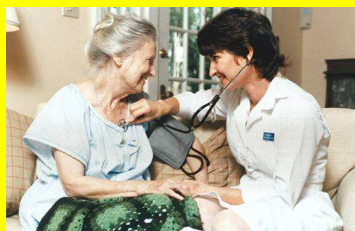
- In caso di ricovero in struttura sanitaria o sociale.
- richiesta dell'utente o dei parenti e del MMG/PLS, salvo sempre il consenso dell'interessato
- per decisione dell'UVD, per il venir meno delle condizioni che hanno determinato l'ammissione.

La sospensione o la cessazione dell'assistenza deve avvenire con preavviso al paziente e alla famiglia di almeno sette giorni.

ART. 13 – Emergenze/Urgenze

Nelle situazioni di emergenza/urgenza va attivato il servizio di emergenza medica 118.

I pazienti in carico in Assistenza Domiciliare di Terzo livello vanno segnalati alla centrale operativa del 118 da parte del Distretto di competenza.



Le Cure Domiciliari

ART. 14 – Compiti della Continuità Assistenziale

Eseguono al domicilio del paziente sia le visite da espletare per compiti istituzionali che quelle programmate ai fini ADI. Propongono, se con carattere di urgenza, trattamenti farmacologici e indagini diagnostiche e ricoveri ospedalieri.

Sono coordinati dal medico responsabile del distretto che predispone il piano di lavoro, fornendo chiara indicazione del domicilio del paziente e del familiare di riferimento.

Hanno diritto ad una retribuzione, sia legata agli accessi che alle altre voci, nella stessa misura dei medici di assistenza primaria se effettuano prestazioni non previste nel loro compito istituzionale.

ART. 15 - Strumenti informativi

Al domicilio dell'utente è conservata la cartella per le prestazioni domiciliari. Sulla cartella va annotato qualsiasi tipo di intervento, sia medico generico che specialistico, come pure infermieristico e/o riabilitativo, in modo che chiunque possa conoscere lo stato assistenziale dell'individuo. Presso il Distretto Sanitario è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico di medicina generale che eroga l'assistenza domiciliare. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti, con le relative variazioni e una copia del programma concordato per l'assistenza domiciliare.

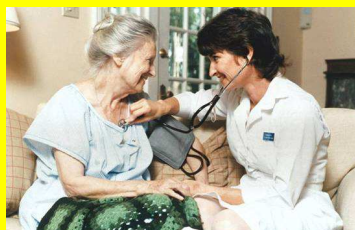
Art. 16- Oneri finanziari

1. La retribuzione degli accessi domiciliari dei MMG avverrà secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni e da quanto previsto dall'Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale - Deliberazione n. 2128 del 20.06.2003. La retribuzione degli accessi ai PLS avverrà secondo quanto previsto Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni.

2. La retribuzione degli operatori sociali è a carico dei Comuni.

3. La retribuzione degli operatori sanitari (infermieri, fisioterapisti, etc.) sarà a carico dell'A.S.L.

4. La retribuzione dell'O.S.S. (aiuto infermieristico) sarà per il 50% a carico dell'ASL e per il 50% a carico del Comune o dell'utente.



Le Cure Domiciliari

5. L'erogazione dei presidi, dei farmaci, del materiale di consumo, dei sostituti dietetici, dei presidi sanitari e l'effettuazione di prestazioni diagnostiche saranno fornite direttamente dall' A.S.L.

Il numero di accessi del MMG e del PLS viene concordato riunione dell'UVD, tenendo conto del piano assistenziale previsto per il singolo caso.

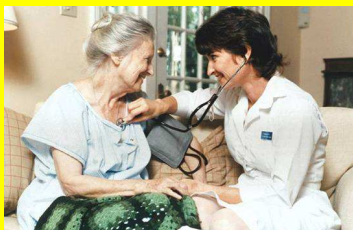
Art. 17 - Personale del servizio e relativi compiti

Il personale impiegato nel servizio è formato, così come nella stabilito dalla normativa vigente, da operatori del Piano di Zona e dell'ASL.

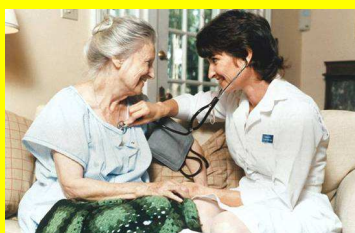
Gli interventi sono di competenza del Piano di Zona per la parte relativa al settore socio-assistenziale e dell'ASL per la parte relativa all'assistenza sanitaria.

Le figure professionali che costituiscono le strutture organizzative ed operative delle cure domiciliari sono quindi le seguenti:

- **Il Medico di Medicina Generale (MMG) o il Pediatra di Libera Scelta (PLS) componente dell'Unità di Valutazione Distrettuale:**
 - accerta che il paziente risponda ai criteri di inclusione nelle cure domiciliari;
 - **contatta il Coordinatore delle cure domiciliari** per la segnalazione e, in caso di attivazione delle cure domiciliari integrate o palliative, insieme **agli altri componenti dell' U. V.D.** concordano proporzionalmente i livelli di intensità assistenziale del paziente;
 - la durata presumibile del periodo di erogazione dell'assistenza integrata (variabile al fine di salvaguardare le esigenze socio-sanitarie del paziente);
 - la tipologia e la frequenza d'accesso degli altri operatori sanitari coinvolti;
 - la disponibilità di presidi e materiali vari;
 - l'eventuale richiesta di intervento degli operatori del servizio sociale da avanzare al responsabile distrettuale per la convocazione dell'UVI;
 - la cadenza degli accessi del medico di assistenza primaria al domicilio del paziente in relazione alla specificità del processo morboso e agli interventi sanitari e sociali



Le Cure Domiciliari



- necessari, tenendo conto della variabilità clinica di ogni caso;
- i momenti di verifica comune all'interno del periodo di effettuazione del servizio;

- **il medico di assistenza primaria nell'ambito del piano degli interventi:**

- ha la responsabilità unica e complessiva del paziente;
- tiene la scheda degli accessi fornita dall'ASL presso il domicilio del paziente sulla quale gli operatori sanitari riportano i propri interventi;
- attiva le eventuali consulenze specialistiche, gli interventi infermieristici e sociali programmati e concordati con il Medico responsabile del distretto per le cure domiciliari;
- coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente.

Le cure domiciliari non sono possibili e non possono essere considerate tali senza il coinvolgimento del MMG o del PLS che costituiscono i responsabili primari dell'assistenza stessa. Il MMG o il PLS, unici referenti clinici del proprio paziente, della cui salute hanno la responsabilità globale, fanno parte sia dell'équipe valutativa che costituisce l'UVD, sia dell'équipe operativa che è chiamato a coordinare in veste di capo équipe.

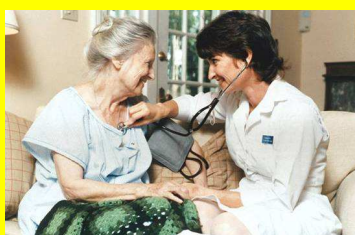
Le cure domiciliari sono una scelta professionale del MMG e del PLS che ne qualificano la figura sia perché ne evidenzia la diversa capacità assistenziale nell'ambito delle Cure Primarie rispetto all'Ospedale, ambito spesso alternativo a certe forme di ricovero, con indiscutibile vantaggi socio-economici, sia perché, anche per il ruolo che occupano nella conoscenza globale del paziente, li pongono al centro del processo assistenziale, ruotando intorno a loro le altre figure impegnate nell'assistenza, ciascuna secondo le proprie specifiche e autonome competenze.

- **Il Medico del Distretto**, componente dell'UVD, ha i seguenti compiti:

- ◆ valutazione multidimensionale (VMD) dei bisogni assistenziali dei pazienti;
- ◆ ammissioni e dimissioni relative alle cure domiciliari;
- ◆ definizione del percorso assistenziale del paziente;
- ◆ elaborazione del Piano Assistenziale Individuale Personalizzato comprendente:

Articolato

Le Cure Domiciliari



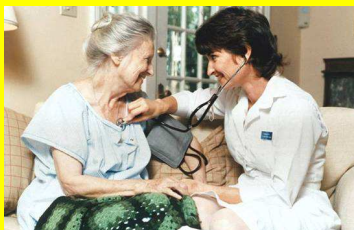
- ◆ gli obiettivi essenziali da
 - raggiungere;
 - le modalità di raggiungimento degli obiettivi assistenziali;
 - la tipologia degli interventi;
 - la frequenza degli accessi dei singoli operatori MMG, infermiere, fisioterapista e degli altri operatori sanitari;
 - la durata presumibile degli interventi assistenziali;
 - verifica dell'andamento del Piano Assistenziale;
 - riunioni con gli operatori per la verifica, eventuale modifica e miglioramento degli interventi.

- **Il Coordinatore delle cure domiciliari**, dovrà esplicitare le seguenti funzioni:

- organizzazione e coordinamento degli interventi di assistenza domiciliare;
- aggiornamento dei registri dell'utenza e delle schede individuali degli operatori;
- tenuta delle cartelle del distretto e archiviazione cartelle cliniche del distretto e domiciliari;
- organizzazione di visite domiciliari per la verifica dei bisogni, modalità di intervento e susseguenti rilievi sul buon proseguimento delle prestazioni, insieme al responsabile del Distretto per le cure domiciliari;
- Organizzazione riunioni con gli operatori per la verifica degli interventi e per la valutazione di eventuali proposte di modifica o miglioramento degli interventi, insieme al responsabile del Distretto per le cure domiciliari;
- coordinamento con i servizi domiciliari comunali;
- cura il rapporto con la famiglia dell'utente e con il referente familiare fornendo la più ampia informazione sul programma assistenziale che deve essere dalla famiglia pienamente condiviso, al fine di attivare la massima collaborazione e di raccogliere tutte le indicazioni utili e/o le richieste di aiuto e di supporto.

Il Coordinatore delle cure domiciliari, sarà supportato nella sua attività da una **figura amministrativa** per la ricerca e gestione delle seguenti informazioni:

Le Cure Domiciliari



- utenti seguiti;
- programmi terapeutici;
- modifiche programma terapeutico;
- utenti dimessi.
- **“Il referente familiare”** è colui che si prende cura per più tempo dell’assistito, stando più frequentemente in “contatto” con lui. E’ in genere un familiare o comunque un convivente con l’assistito stesso; in qualche caso può essere un amico o un vicino di casa o un volontario. Svolge quindi una funzione di assistenza diretta della persona, provvedendo ad aiutare l’assistito. E’ importante che l’équipe assistenziale e l’Unità di Valutazione Distrettuale individuino precocemente la persona che svolge questo ruolo e ne valuti capacità e competenze ed esigenze di supporto in quanto può costituire una risorsa operativa preziosa contribuendo alla realizzazione del piano assistenziale individuale.
- **Medici specialisti:** l’ASL dovrà garantire, su richiesta del MMG, l’attivazione degli specialisti ospedalieri e territoriali (ambulatoriali e non) sul progetto alla persona definito dall’UVD, con consulti a domicilio di tutte le branche potenzialmente interessate. Nell’ambito della disponibilità di tutte le discipline specialistiche, lo standard minimo deve prevedere la possibilità di interventi/consulti specialistici a domicilio almeno per le seguenti branche:
 - geriatria
 - fisiatria
 - cardiologia
 - chirurgia
 - anestesia/rianimazione/algologia
 - neurologia
 - oncologia
 - urologia
 - psichiatria
- **L’Infermiere** è quell’operatore sanitario che è responsabile dell’assistenza generale infermieristica. Detta assistenza infermieristica, preventiva, curativa, palliativa, riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le loro principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l’assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l’educazione sanitaria.

Articolato

Le Cure Domiciliari

L'infermiere:

- partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
- garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- agisce sia individualmente che in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali, avvalendosi, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;
- svolge la sua attività professionale in regime di dipendenza o libero-professionale;
- contribuisce alla formazione del personale di supporto;
- concorre direttamente all'aggiornamento relativo al suo profilo professionale e alla ricerca.

Le attribuzioni di **carattere organizzativo** ed **amministrativo** degli infermieri sono le seguenti:

- ◆ programmazione di propri piani di lavoro e di quelli del personale alle proprie dipendenze, loro presentazione ai superiori e successiva attuazione;
- ◆ annotazione sulle schede cliniche degli abituali rilievi di competenza (temperatura, polso, respiro, pressione, secreti ed escreti) e conservazione di tutta la documentazione clinica sino al momento della consegna agli archivi centrali;
- ◆ registrazione su apposito diario delle prescrizioni mediche, delle consegne e delle osservazioni eseguite durante il servizio;
- ◆ richiesta ordinaria ed urgente di interventi medici e di altro personale a seconda delle esigenze sanitarie, sociali e spirituali degli assistiti;
- ◆ compilazione dei dati sul movimento degli assistiti e collaborazione alla raccolta ed elaborazione di dati statistici relativi al servizio;
- ◆ tenuta e compilazione dei registri e dei moduli di uso corrente;
- ◆



Articolato

Le Cure Domiciliari

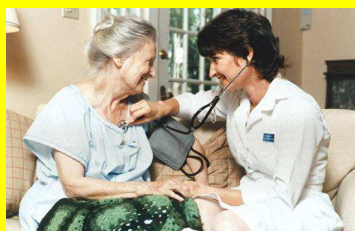
- ◆ registrazione del carico e dello scarico dei medicinali, dei disinfettanti, dei veleni e degli stupefacenti; loro custodia e sorveglianza sulla distruzione;
- ◆ custodia delle apparecchiature in dotazione;
- ◆ controllo della pulizia, ventilazione, illuminazione e riscaldamento di tutti i locali di degenza;
- ◆ sorveglianza sulle attività dei malati affinché le stesse si attuino secondo le norme di convivenza prescritte dai regolamenti interni.

Gli infermieri sono inoltre tenuti:

- ◆ a partecipare alle riunioni periodiche di gruppo e alle ricerche sulle tecniche e sui tempi dell'assistenza;
- ◆ a promuovere tutte le iniziative di competenza per soddisfare le esigenze psicologiche del malato e per mantenere un clima di buone relazioni umane con i pazienti e con le loro famiglie;
- ◆ ad eseguire ogni altro compito inerente alle loro funzioni.

L'infermiere pediatrico:

- partecipa all'identificazione dei bisogni di salute fisica e psichica del neonato, del bambino, dell'adolescente, della famiglia;
- identifica i bisogni di assistenza infermieristica pediatrica e formulano i relativi obiettivi;
- pianifica, conduce e valuta l'intervento assistenziale, infermieristico, pediatrico;
- partecipa ad interventi di educazione sanitaria sia nell'ambito della famiglia che della comunità, alla cura di individui sani in età evolutiva nel quadro di programmi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e degli incidenti, all'assistenza ambulatoriale, domiciliare e ospedaliera dei neonati, all'assistenza ambulatoriale, domiciliare e ospedaliera dei soggetti di età inferiore ai 18 anni, affetti da malattie acute e croniche, alla cura degli individui in età adolescenziale nel quadro dei programmi di prevenzione e supporto socio-sanitario;
- garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli operatori sanitari e sociali;



Le Cure Domiciliari

- si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto per l'espletamento delle loro funzioni;
- svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale;
- contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al suo profilo professionale.

- **Il Fisioterapista** è l'operatore sanitario che svolge in maniera autonoma o in collaborazione con altre figure sanitarie, gli interventi di:

- prevenzione,
- cura,
- riabilitazione,

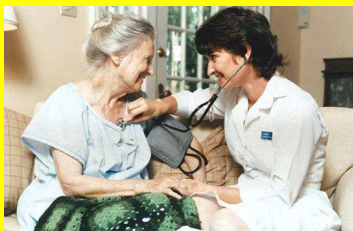
nelle aree:

- della motricità,
- delle funzioni corticali superiori,
- di quelle viscerali

conseguenti a eventi patologici a varia eziologia congenita o acquisita.

In riferimento alla diagnosi ed alle prescrizioni del medico, nell'ambito delle proprie competenze, il terapeuta della riabilitazione:

- elabora, anche in équipe multidisciplinare, la definizione del programma riabilitativo volto all'individuazione ed al superamento del bisogno di salute del disabile;
- pratica autonomamente attività terapeutiche per la rieducazione funzionale:
 - delle disabilità motorie,
 - psicomotorie,
 - cognitive
- utilizzando terapie:
 - fisiche,
 - manuali,
 - massoterapiche,
 - occupazionali;
- propone l'adozione di protesi ed ausili, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia;
- verifica le risposnde della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale.

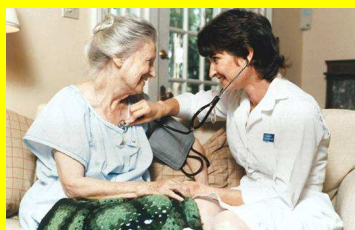


Le Cure Domiciliari

- **Il Logopedista** svolge la sua attività nella prevenzione e nel trattamento riabilitativo delle patologie del linguaggio e della comunicazione in età evolutiva, adulta geriatrica. La sua attività è volta all'educazione e rieducazione di tutte le patologie che provocano disturbi della voce, della parola, del linguaggio orale e scritto e degli handicap comunicativi. Il logopedista, in riferimento alla diagnosi e alla prescrizione del medico, nell'ambito della sua competenza, elabora, anche in équipe multidisciplinare, il bilancio logopedico volto all'individuazione ed al superamento del bisogno di salute del disabile; pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità comunicative e cognitive, utilizzando terapie logopediche di abilitazione e riabilitazione della comunicazione e del linguaggio, verbali e non verbali; propone l'adozione di ausili, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia; svolge attività di studio, didattica, e consulenza professionale; verifica le risposdenze della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale.

L'O.S.S. (Operatore Socio Sanitario) espleta tutte le attività di aiuto alla persona:

- A.** nella cura di sé e nello svolgimento delle funzioni primarie della vita quotidiana, quali:
 - alzarsi dal letto
 - igiene personale e cambio della biancheria
 - espletamento delle funzioni fisiologiche
 - vestizione
 - assunzione dei pasti
- B.** tese a favorire l'autosufficienza nell'attività giornaliera, quali:
 - mantenimento delle posture corrette
 - aiuto ad una corretta deambulazione
 - accorgimenti per una giusta posizione degli arti in condizioni di riposo
 - aiuto nel movimento di arti invalidi
 - movimenti di mobilizzazione semplici e mobilizzazione del paziente allettato



Articolato

Le Cure Domiciliari

- attività di recupero e mantenimento di capacità cognitive e manuali
- accompagnamento per visite mediche o accertamenti diagnostici, nella vita di relazione o nell'accesso ai servizi e nell'espletamento di pratiche.

C. di accadimento infermieristico e igienico-sanitario di semplice attuazione, quali:

- somministrazione di farmaci per os
- effettuazione o cambio di piccole medicazioni
- misurazione della pressione arteriosa
- prevenzione delle piaghe da decubito
- uso di presidi, ausili, attrezzature e apparecchi sanitari di semplice uso
- somministrazione delle diete
- trasporto utenti per esigenze sanitarie

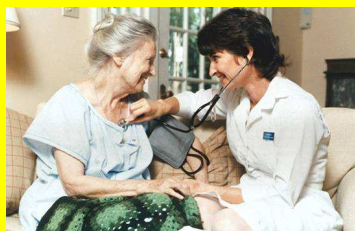
da attuarsi spesso sotto il controllo medico o sanitario, e che possono essere integrativi di interventi infermieristici o riabilitativi.

Le prestazioni, prescritte **dall'UVD (Unità di Valutazione Distrettuale) dell'ASL**, saranno considerate, sia come richiesta di erogazione che di relativi corrispettivi, in termini di accessi della durata:

- per lo **Psicologo** di **1 ora**
- per l' **Infermiere** e l' **Infermiere Pediatrico** di **20 minuti**
- per il **Fisioterapista** di **35 minuti**
- per il **Logopedista** di **35 minuti**
- per l' **O.S.S.** di **35 minuti**

I suddetti operatori sanitari dovranno essere in grado di garantire le prestazioni prescritte dal programma terapeutico elaborato dall'UVD della ASL sulla base delle indicazioni del medico di medicina generale (MMG) del paziente, secondo le rispettive mansioni.

Essi dovranno quindi recarsi presso i distretti di residenza del paziente, dove saranno consegnati loro i piani terapeutici individuali e la cartella delle prestazioni e prestare la propria attività a domicilio del paziente, presso il quale devono potersi recare con i mezzi propri.



Le Cure Domiciliari

Le prestazioni dovranno essere eseguite tendenzialmente nelle ore diurne e/o pomeridiane dei giorni feriali tranne che in casi particolari, sempre sulla base delle esigenze valutate dall'UVD dell'ASL; il servizio potrà dunque essere reso anche in orario notturno e/o festivo e con caratteristiche d'urgenza emergenza, in tal caso senza nessuna altra retribuzione (o rimborso) se non quella relativa alla prestazione effettivamente resa secondo il principio, innanzi specificato, dell'accesso.

Infine, in appositi articoli del Capitolato Speciale d'Appalto sono ulteriormente definite le caratteristiche e le modalità dell'espletamento del servizio, operatori da impiegare, loro requisiti e prestazioni richieste, l'articolazione del servizio ADI e gli obblighi degli operatori.

Le prestazioni sopra indicate dovranno – ad esclusiva richiesta del responsabile delle cure domiciliari – integrarsi, ovvero essere congiuntamente prestate, con quelle offerte dai Piani di Zona e dalle Organizzazioni del Volontariato.

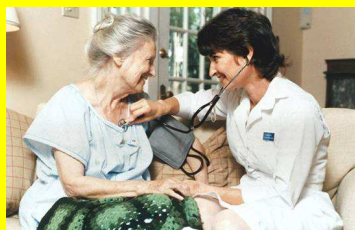
ART. 18 - Le prestazioni del sistema degli interventi e dei servizi sociali

L'organizzazione dei servizi domiciliari si ispira al modello della domiciliarizzazione delle prestazioni. Pur riconoscendosi alcune prestazioni di carattere specifico, che richiedono quindi una disponibilità di operatori adeguatamente preparati, il domicilio dell'utente deve essere inteso alla stregua di uno dei regimi in cui si effettuano le prestazioni sociali; per cui occorre offrire agli utenti un ventaglio sufficientemente ampio di opportunità.

L'attività al domicilio si iscrive precipuamente nell'area dei servizi di sostegno al nucleo familiare ed alla persona.

Le prestazioni organizzate da questo livello sono:

- Prestazioni professionali di carattere sociale, psicologico, educativo;
- Visite programmate dell'assistente sociale;
- Affidamenti familiari di minori, anziani, portatori di handicap, malati, per periodi da definire in base alle esigenze del nucleo familiare. Gli affidamenti sono supportati da una serie di interventi in ambito domiciliare o extra domiciliare;
- Attività di cura delle persone e della loro abitazione in caso di ridotta o totale non autosufficienza, permanente o temporanea, quale che ne sia la causa;



Le Cure Domiciliari

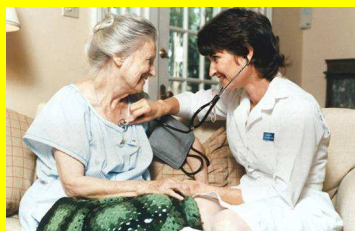
- Attività di supporto educativo;
- Attività amministrative quali certificazioni, denuncia dei redditi, domande di pensione, ecc.;
- Accompagnamento dal domicilio ai servizi sociali, sanitari, formativi;
- Organizzazione dei servizi di trasporto verso servizi, scuola, luoghi di lavoro;
- Pasti a domicilio;
- Attività di supporto al referente familiare anche attraverso servizi di sollievo quali accoglienza per periodi determinati presso strutture residenziali e semiresidenziali.

Si accede alle prestazioni domiciliari socio-assistenziali attraverso gli sportelli del Piano di Zona che individuano un'assistente sociale referente per il caso. L'assistente sociale individuato dovrebbe far parte sia del gruppo di valutazione che costituisce l'UVI sia del gruppo operativo. L'organizzazione e l'erogazione di queste prestazioni dovranno essere definite in linea programmatica di concerto tra il Distretto e attraverso il Piano di Zona.

ART. 19 - Nucleo operativo

Il livello organizzativo di tutto il sistema delle cure domiciliari coincidono con il Distretto Sanitario e con l'Ambito Territoriale. Perciò in ciascun distretto dovrà prevedersi un nucleo di operatori territoriali, che svolgono la loro attività nel distretto, cui affidare l'erogazione delle prestazioni, comprendenti:

- **FIGURE SANITARIE**
 - Il medico del Distretto
 - Medici Specialisti
 - Medico di Medicina Generale (MMG)
 - Infermieri
 - Fisioterapisti
- **FIGURE AD INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA ED A RILEVANZA SOCIALE**
 - Assistenti sociali
 - Operatore socio-sanitario (OSS)
 - Operatore socio-assistenziale (OSA)



Le Cure Domiciliari

Del nucleo operativo potrà far parte qualsiasi altra figura professionale utile alla soluzione dei problemi assistenziali della persona presa in carico, compreso il volontariato, con le modalità e nei limiti stabiliti dalla legislazione vigente.

ART. 20 - Rapporti tra il personale ed i destinatari del servizio

I rapporti tra il personale e gli utenti dovranno essere improntati al massimo reciproco rispetto ed esprimersi nelle forme di una corretta educazione, svolgersi in un clima di serena e cordiale collaborazione.

E' vietata qualsiasi diversità di trattamento tra gli utenti, e così pure non sono permesse mance, compensi o regali di nessun genere al personale da parte dei destinatari del servizio o loro congiunti.

Eventuali reclami inerenti ai servizi ed al personale devono essere presentati all'Ufficio Relazioni col Pubblico (U.R.P.) del Distretto Sanitario e comunicati per competenza al responsabile del servizio Cure Domiciliari.

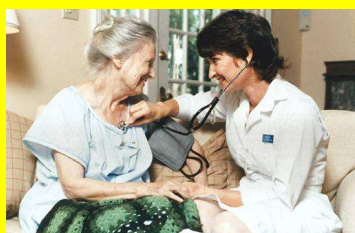
ART. 21 - Formazione del personale

Il personale sanitario e non che opera nelle cure domiciliari dovrà seguire specifici corsi di aggiornamento e qualificazione organizzati dall'ASL.

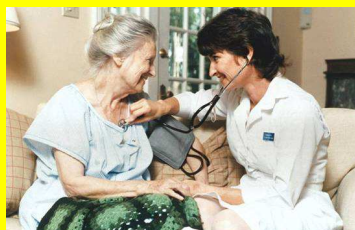
ART. 22 - Cure domiciliari: Integrazione distretto/ospedale

L'integrazione distretto/ospedale si realizza attraverso:

- la dimissione protetta
- la condivisione di risorse (ospedaliere e territoriali) quando utile/necessario/ possibile
- 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 ASL e Azienda Ospedaliera oppure tra Distretto e Presidi Ospedalieri dell' ASL)



Le Cure Domiciliari



Dimissione protetta:

Obiettivi della dimissione protetta sono:

- riduzione o eliminazione di ingiustificati prolungamenti delle degenze ospedaliere
- eliminazione di "dimissioni selvagge"
- riduzione o eliminazione di ricoveri ripetuti
- mantenimento della continuità assistenziale
- integrazione dell'ospedale con la rete assistenziale territoriale (domiciliare e residenziale)
- mantenimento/miglioramento della qualità della vita dell'assistito.

Si realizza con la dimissione di pazienti critici non stabilizzati ma comunque con i requisiti di ammissione alle cure domiciliari o con quelli di ammissione in strutture residenziali extraospedaliere. La cartella clinica ospedaliera viene chiusa al momento della dimissione e il paziente viene preso totalmente in carico dal sistema delle cure territoriali con il MMG o il PLS come unico responsabile clinico del paziente.

I momenti essenziali della stessa, da mettere in atto prima della dimissione, con un anticipo di almeno tre giorni rispetto alla data prevista di dimissione, sono:

- l'esistenza di problemi complessi o la necessità di cure palliative
- l'analisi della capacità della famiglia di prendersi cura del proprio congiunto
- la programmazione partecipata degli interventi (piano di assistenza)
- la predisposizione delle risorse e delle procedure organizzative (chi fa che cosa, come, con quali mezzi, dove e quando; chi comanda su chi; chi è responsabile di che cosa)
- l'individuazione del/dei medico/i del reparto/divisione ospedaliera referente/i per la dimissione protetta stessa
- l'individuazione degli specialisti ospedalieri disposti ad effettuare consulenze a domicilio

Procedura per le dimissioni ospedaliere programmate:

1. Gli operatori del reparto di degenza rilevano i casi con i requisiti di ammissione alle cure domiciliari per i quali attivare la procedura di "Dimissioni Programmate" e compilano la scheda di segnalazione.

Le Cure Domiciliari

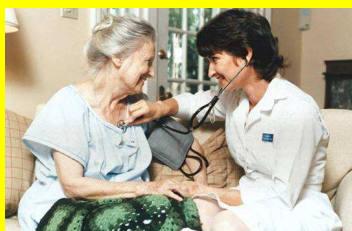
2. Il Direttore e/o il Capo Sala del reparto di dimissione, inviano al Direttore del Distretto Sanitario e/o al responsabile delle cure domiciliari e/o al MMG di residenza dell'assistito, via fax la scheda di segnalazione (la trasmissione della scheda può essere effettuata anche telefonicamente al Distretto di residenza/domicilio dell'Assistito, dettagliando integralmente le varie voci contenute, a cui deve far seguito comunque la scheda, via fax o posta interna) entro 7 giorni dalla data di ricovero e, in ogni caso, 3 giorni prima della data di dimissione.
3. Il Direttore del Distretto insieme al Coordinatore delle cure domiciliari attivano l'UVD competente, necessaria al caso.
4. In relazione alle condizioni cliniche del paziente il Direttore del Distretto comunica al Direttore della U.O. Anestesia e Rianimazione competente per territorio la necessità di una valutazione presso la sede del ricovero del paziente al fine di evitare una dimissione intempestiva.
5. Qualora non sia possibile attivare la dimissione programmata direttamente a domicilio, l' UVD valuterà la possibilità di un inserimento temporaneo in R.S.A.
6. La dimissione NON avviene mai in giorno prefestivo o festivo.

Procedura per la dimissione dalle terapie intensive:

- **Dimissione da terapia intensiva dei presidi ospedalieri dell'ASL e dell'Azienda Ospedaliera:**

Al momento che il direttore della U.O. di Terapia Intensiva (T.I.) prevede la dimissione di un utente (circa 20 giorni prima dal giorno di dimissione), viene convocata la famiglia per verificare disponibilità e consenso alla dimissione del parente. Avuta tale approvazione, il direttore della T.I. notifica al Direttore del Distretto la futura dimissione dell'utente attraverso apposita scheda di segnalazione. Il Direttore del Distretto convoca l'UVD competente per il caso clinico per illustrare il caso e predisporre il programma terapeutico, in collaborazione anche con il direttore della U.O. di dimissione. Successivamente viene indetta una riunione dalla U.O. di T.I. per la discussione del caso, alla quale parteciperanno:

- I parenti che accoglieranno l'utente a domicilio
- Il Direttore U.O. di T.I. o un suo delegato



Articolato

Le Cure Domiciliari

- Il caposala dell'U.O. di T.I.
- L'UVI (Medico del distretto, MMG o PLS, coordinatore delle cure domiciliari, Assistente Sociale)
- Ed eventualmente, se necessario, un fisiatra per il programma riabilitativo

Nella riunione verranno illustrati e valutati i bisogni socio-assistenziali dell'utente, il supporto familiare e definiti gli obiettivi del piano terapeutico. Conseguentemente alla riunione, l'UVI elabora il PAI.

Compiti di parenti ed operatori

DIRETTORE U.O. T.I. o SUO DELEGATO

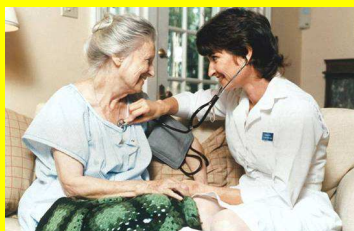
- Acquisisce l'approvazione alla dimissione da parte dei parenti.
- Informa il Direttore del Distretto competente della dimissione dell'utente telefonicamente.
- Partecipa alla stesura del programma terapeutico in collaborazione con l'UVI
- Individua il medico rianimatore di riferimento e lo comunica al Direttore del Distretto, al MMG e alla famiglia.
- Collabora con l'Ufficio Tecnico in merito alle necessità sanitarie dell'utente.

IL MEDICO DEL DISTRETTO

- Con il MMG o con il PLS e il Direttore dell'U.O. di T.I. redige il piano terapeutico
- Collabora alla stesura del PAI con il MMG o il PLS
- Autorizza le consulenze specialistiche necessarie richieste dal MMG o dal PLS
- Visiona e coordina le attività previste dal PAI

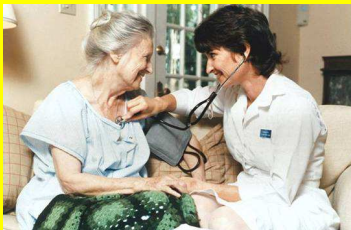
IL MMG O IL PLS

- Elabora il piano terapeutico con il direttore dell'U.O. di T.I. e con il medico del distretto
- Collabora alla stesura del PAI con il medico del distretto
- Vigila le condizioni sanitarie dell'utente attenendosi alle attività previste dal PAI
- Tiene i contatti tra la famiglia e la U.O. di T.I.
- Richiede le consulenze specialistiche necessarie



Articolato

Le Cure Domiciliari



il caposala della UO.T.I.

- Provvede all'applicazione del protocollo per l'educazione dei parenti di utenti dimessi dalla T.I. e ne verifica i risultati ottenuti
- Valuta i bisogni assistenziali dell'utente con il coordinatore delle cure domiciliari
- Stende l'elenco dettagliato dei presidi e apparecchi elettromedicali necessari all'assistenza a domicilio dell'utente, inviandone copia almeno 15 giorni prima al Direttore del Distretto che attiva le procedure per l'approvvigionamento.
- Compila e invia la scheda di segnalazione
- Informa la famiglia sulle caratteristiche igienico-architettoniche dell'ambiente che dovrà accogliere l'utente
- Provvede ad inoltrare la richiesta di materiale da fornire all'utente in dimissione all'U.O. farmaceutica almeno 15 giorni prima della dimissione
- Invita i parenti a presentare domanda di invalidità totale con accompagnamento
- Provvede ad inoltrare richiesta per la fornitura di ossigeno liquido
- Consegna elenco numeri telefonici e fax ai parenti dell'utente

il coordinatore delle cure domiciliari:

- Collabora con il caposala della U.O. di T.I. per la valutazione dei bisogni assistenziali dell'utente
- Partecipa alla stesura del PAI come componente dell'UVD
- Educa il personale per la presa in carico dell'utente
- Avverte i parenti per il recapito del materiale a domicilio e li informa sulle procedure per la richiesta e la fornitura di materiale sanitario (es. pannoloni, materiale per medicazioni, etc.)

PARENTI DELL'UTENTE

- Iniziano il periodo di addestramento sulle varie tecniche assistenziali delle quali l'utente può necessitare: broncoaspirazione, gestione sondino nasogastrico, gestione catetere vescicole, etc.
- Prendono contatti con il tecnico di fiducia per la revisione degli impianti elettrici ed idraulici

IL FARMACISTA

- Fornisce il materiale richiesto almeno 3 giorni prima della dimissione

Articolato

Le Cure Domiciliari

L'ASSISTENTE SOCIALE

- Come componente dell'UVI avvia il processo di valutazione del bisogno di assistenza. Nel caso in cui i bisogni rilevati siano esclusivamente di tipo sociale, il servizio sociale procede secondo le specifiche valutazioni professionali. Per quei casi che necessitano di una integrazione socio-sanitaria attiva:
 - l'UVI competente per la Valutazione Multidimensionale e per la Valutazione dell'autosufficienza per persone di età >65 anni;
 - per persone di età <65 anni si attiva anche l'accertamento dell'handicap secondo quanto previsto dalla L. 104/92.

L'Ufficio Tecnico:

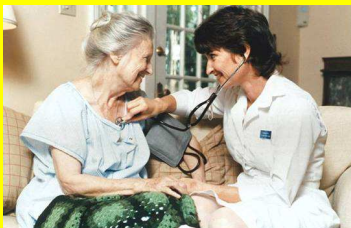
- Valuta con il direttore dell'U.O. di T.I. le necessità sanitarie dell'utente in relazione a quelle tecnico-impiantistiche
- Verifica l'impianto elettrico dell'abitazione, dopo eventuali lavori di manutenzione
- Verifica le barriere architettoniche
- Concorda le verifiche necessarie a domicilio con i parenti
- Informa la U.O. di T.I. del termine dei lavori per attivare la dimissione.

IL FISIATRA

- Il direttore della U.O. di dimissione richiede la consulenza fisiatrica durante la dimissione
- Il fisiatra in collaborazione con il medico dell'U.O. Ospedaliera redigono il programma riabilitativo e concordano la data di dimissione
- Il fisiatra, se necessario, prescrive eventuali ausili.

Oppure,

- Il MMg o il PLS richiedono la visita fisiatrica domiciliare al Direttore del distretto
- Il fisiatra effettuerà la visita domiciliare e redigerà il programma riabilitativo
- La data di dimissione viene definita, dopo che i lavori di adattamento domiciliare sono stati completati e l'Ufficio Tecnico ha dato l'avallo. Due giorni prima, il caposala della U.O.T.I. e il coordinatore delle cure domiciliari eseguono un sopralluogo a domicilio dell'utente per verificare:



Articolato

Le Cure Domiciliari

- Il percorso che deve compiere la lettiga dell'ambulanza e relative barriere architettoniche (scale, larghezza porte, piano di abitazione, etc.)
- L'arredo della stanza che è stata allestita, se esiste un tavolino a 2 piani (per locazione aspiratore e respiratore), un mobile per il necessario farmaceutico, una poltrona, un cestino per rifiuti;
- Presenza di tutto il materiale richiesto alla farmacia;
- Presenza di ossigeno liquido;
- Presenza di apparecchi elettromedicali necessari e loro funzionamento

Dimissione dell'utente

Il giorno della dimissione, il MMG con gli altri componenti dell'UVD aspettano l'utente al proprio domicilio per gli ultimi accorgimenti, mentre un medico di Terapia intensiva, accompagna l'utente in ambulanza. Con questa fase avviene la presa in carico dell'utente dalla Terapia Intensiva al Territorio.

Art. 23 - Standard qualificanti i LEA cure domiciliari

Vedi **allegato 1**

Art. 24 - Monitoraggio e verifica dei risultati

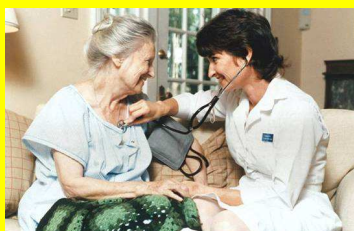
Vedi **allegato 2**

Art. 25 - Prestazioni più frequentemente erogate dalle figure professionali abitualmente coinvolte nelle cure domiciliari

Vedi **allegato 3**

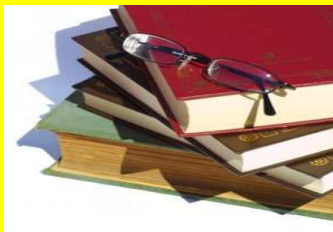
Art. 26- Norme finali

Per tutto quanto non specificato nel presente regolamento si fa riferimento a quanto previsto dall'**allegato G e H** dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni; dall'Accordo Integrativo



Articolato

Regionale della Medicina Generale; dall'**allegato E e E bis** dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni e dell'Accordo Integrativo Regionale per la Pediatria.



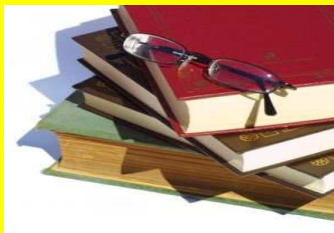
Bibliografia

1. M. A. Becchi, E. Bernini Carri. Qualità ed efficienza nell'assistenza domiciliare. Linee guida in conformità alle Norme ISO 9000. Copyright by Franco Angeli s.r.l., 1998, Milano, Italy
2. S. Beccastrini, A. Gardini, S. Tonelli. Piccolo dizionario della qualità. Centro Scientifico Editore, 2001
3. B. Androni. Assistenza domiciliare integrata. Masson, 2000
4. Scaccabarozzi G., Lovaglio P., Limonta F. et al. "DRG domiciliari. La Asl di Lecco studia i parametri del livello assistenziale unico. Il giusto peso all'home care" Sanità Management.
5. Il Sole 24 ore – Sanità 2005; 4/5 9-17. Scaccabarozzi G., Lovaglio P., Limonta F. et al. "Progetto finanziare i costi per la long term care- UO n.2 Asl Lecco. Edizione a cura Asl di Lecco Ricerca finalizzata ex art 12, 2005: 1-123.
6. Scaccabarozzi G., Lovaglio P., Limonta F. et al. "La remunerazione delle attività di assistenza domiciliare " in "La remunerazione delle attività sanitarie: caratteristiche attuali e ipotesi evolutive" a cura di Nicola Falcitelli e Tommaso Langiano, il Mulino, Collana Fondazione Smith Kline: Management, economia e politica sanitaria, pagg. 89-118, 2006.
7. Giunco F., "Cura e Assistenza a domicilio". Edizioni UTET, Divisione Scienze Mediche, 2005.
8. Crepaldi C., Giunco F., "Anziani, istituzionalizzazione e cure domiciliari – Il caso lombardo" Franco Angeli, 2005
9. Zucco F., "Aspetti economici in cure palliative e terapia del dolore. Cure palliative in Italia: stato dell'arte e proposte attuative", Centro Studi e Cultura Contro Il Dolore, stato dell'arte, anno 2005
10. Documenti di Lavoro del progetto di ricerca Finalizzata ex art 12 "La condizione dell'anziano non autosufficiente- Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive" Unità Operative: Regioni Lazio, Lombardia, Marche, Molise, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto, Provincia autonoma di Trento, Anci-Federsanità, Censis, Assr, 14 Roma, Luglio 2005.
11. Censis, "Finanziare i costi per la long term care: Strumenti, Previsioni, Esperienze: l'indagine di popolazione: Lombardia ed Italia a confronto." Roma, Dicembre 2004.



Bibliografia

12. Gori C., "Politiche sociali di centro-destra : la riforma del welfare lombardo" Carocci editore,2005
13. Ministero della Salute: "Progetto Mattoni Assistenza primaria e prestazioni domiciliari", Documento Sperimentazione della scheda "Flusso informativo nazionale: Prestazioni domiciliari, 24 ottobre 2005
14. Comitato Ospedalizzazione Domiciliare: "Caratterizzazione dei servizi di Cure Domiciliari"
15. Comitato Cure Palliative: "Il modello organizzativo per la realizzazione della rete di cure palliative"
16. Commissione Stato Vegetativo e Stati di Minima Coscienza: *Documento Conclusivo* Commissione per lo studio delle problematiche concernenti la diagnosi, la cura e l'assistenza dei pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica:*Rapporto di lavoro*
17. Trabucchi M., "I Vecchi, la città e la medicina", Il Mulino, 2005



- **ADP** = Assistenza Domiciliare Programmata
- **ADI** = Assistenza Domiciliare Integrata
- **MMG** = Medico di Medicina Generale
- **OD** = Ospedalizzazione Domiciliare
- **OD-CP** = Ospedalizzazione Domiciliare – Cure Palliative
- **O.S.A.** = Operatore Socio-Assistenziale
- **O.S.S.** = Operatore Socio-Sanitario
- **PAI** = Piano Assitenziale Individuale
- **PEG** = Gastrostomia Endoscopica Percutanea
- **PLS** = Pediatra di Libera Scelta
- **R.S.A.** = Residenza Sanitaria Assistenziale
- **SLA** = Sclerosi laterale Amiotrofica
- **SNG** = Sondino Naso Gastrico
- **T.I.** = Terapia Intensiva
- **UU.OO.** = Unità Operative
- **U.O.** = Unità Operativa
- **U.R.P.** = Ufficio Relazione con il Pubblico
- **UVD** = Unità di Valutazione Distrettuale
- **UVI** = Unità di Valutazione Integrata
- **VMD** = Valutazione Multidimensionale



Allegati

ALLEGATO 1: Standard qualificanti i LEA cure domiciliari

ALLEGATO 2: Monitoraggio e verifica dei risultati

ALLEGATO 3: Prestazioni più frequentemente erogate dalle figure professionali abitualmente coinvolte nelle cure domiciliari

ALLEGATO 4: Linee guida regionali per l'assistenza domiciliare oncologica

ALLEGATO 5: procedure Cure Domiciliari e cartella domiciliare integrata oncologica

