

REGIONE VENETO
AZIENDA U.L.S.S. 17
GRUPPO DI PROGETTO
PER L'A.D.I. SPERIMENTALE E LE DIMISSIONI PROTETTE

Scheda di progetto

Titolo del progetto

PROPOSTA DI UN MODELLO ASSISTENZIALE FONDATA SU ASSISTENZA
DOMICILIARE INTEGRATA E DIMISSIONI PROTETTE

Azienda/Struttura Sanitaria nella quale si svolge il progetto

Regione Veneto Azienda U.L.S.S. 17 Conselve – Este – Monselice – Montagnana
Indirizzo: Via Salute, 14/b 35042 ESTE (PD)

Referenti del gruppo di lavoro

Reffo Giancarlo - Responsabile U.O. Ammissioni e Dimissioni Protette
Ivis Stefano – Medico di Medicina Generale
Tecchio Marilena – Responsabile Area Territoriale del Servizio Infermieristico
Indirizzo: Monselice 35042 (PD)
Telefono: 0429788323
e-mail: ulss17medmons@libero.it

Informazioni

Del Piccolo Paola
Funzione: Continuità assistenziale Ospedale – Territorio
Indirizzo: Via Marconi, 19 - Monselice 35042 (PD)
Telefono: 0429 788817

Premessa/Motivazioni

L'Azienda ULSS 17 ha intrapreso in questi anni un profondo processo di trasformazione che ha comportato una ridefinizione delle strutture ospedaliere e dei posti letto. Per questo motivo è fondamentale garantire l'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni erogate, in particolar modo in quei casi nei quali è indispensabile l'integrazione ospedale – territorio nella gestione dei pazienti "fragili".

Partendo dalla necessità di garantire cure domiciliari adeguate, in quanto costituiscono un'opportunità importante per il recupero della salute di persone colpite da una malattia invalidante, bisogna comunque considerare sempre che il rientro al domicilio, dopo il ricovero in ospedale, può non essere una fase semplice da affrontare e per molte persone può diventare fonte di gravi disagi e difficoltà.

Per questo, sulla base delle normative nazionali e regionali che prevedono l'istituzione delle varie forme di Assistenza Domiciliare Integrata, all'interno dell'Azienda U.L.S.S. 17 è stato attivato un progetto di "Assistenza al paziente fragile in famiglia" con l'elaborazione di:

una proposta di ADI SPERIMENTALE che parte dai bisogni e dalla specificità clinica ed assistenziale propria dei pazienti domiciliari gravi e/o multiproblematici;

una procedura di Dimissioni Protette;

l'istituzione di "letti di Ammissioni Protette".

Criticità

Corsie preferenziali per i pazienti in A.D.I.

Collegamento ospedale-territorio in fase di dimissione

Trasporto del paziente in A.D.I.

Accertamento a domicilio (richiesta - esecuzione – refertazione)

Rapporto fra Medico di Medicina Generale e Infermiere Professionale territoriale

La morte a domicilio

Fornitura di farmaci e presidi

Rapporto con la Continuità assistenziale

Descrizione del progetto e delle sue caratteristiche

L'assistenza extraospedaliera, in particolare domiciliare, di malati gravi e multiproblematici, presuppone la presa in carico in condizione di sinergia di tutto il sistema d'offerta aziendale, secondo percorsi di tutela definiti e garantiti.

I processi sinergici prevedono espliciti riferimenti d'autorità e responsabilità, che debbono trovare convergenza e pienezza:

per l'aspetto organizzativo, nel Distretto Socio-Sanitario di Base, secondo la propria articolazione in responsabilità e referenze;

per l'aspetto clinico, nel medico di medicina generale, che si avvale della collaborazione, consulenza e supporto degli specialisti distrettuali e ospedalieri, nonché delle strutture residenziali extraospedaliere.

Va inoltre sottolineato come la cura di malati gravi e multiproblematici si fondi sulla costanza di tutela, con la continuità di presa in carico fino alla conclusione del percorso assistenziale, quale che sia, secondo:

referenza valutativa, progettuale e operativa esplicita e univoca;

orientamento organizzativo alla flessibilità e alla gestione dei servizi extraospedalieri secondo programmi assistenziali;

integrazione tra i componenti delle équipes nella definizione dei problemi;

programmazione secondo obiettivi e compiti, non per mansioni;

coerenza del progetto di assistenza al sistema dei problemi del malato e della sua famiglia;

flessibilità per adeguare l'assistenza alla variabilità dei problemi;

capacità valutativa d'esito e di processo, secondo approcci multidimensionali e di verifica della qualità organizzativa;

competenza tecnica certa e diffusa, periodicamente aggiornata;

capacità relazionale spiccata, supervisionata periodicamente.

Per dare compiutezza a questi principi è necessario ribadire la centralità del metodo di lavoro dell'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.), che vede riuniti coloro che, nei confronti del malato, hanno:

responsabilità istituzionale;

autorità per il ruolo professionale espresso;

possibilità d'aiuto per la competenza maturata;

che operano secondo criteri di valutazione multidimensionale dei problemi e dei loro esiti, e secondo un approccio multi e transdisciplinare, per garantire la globalità dei problemi stessi, in un progetto adeguato e compatibile con le esigenze d'accessibilità ed equità d'ogni malato grave e multiproblematico.

Per "assistenza domiciliare integrata" s'intende l'effettuazione al domicilio del paziente di prestazioni sanitarie e prestazioni socio assistenziali, coordinate tra di loro in un programma personalizzato di assistenza. Più specificatamente l'assistenza domiciliare integrata è svolta assicurando al paziente le prestazioni sanitarie:

di medicina generale;

di medicina specialistica;

infermieristiche e di riabilitazione.

Le prestazioni sanitarie (effettuate da medici dipendenti, convenzionati ed altri operatori sanitari) sono quelle previste dalla normativa di settore, contratti di lavoro, convenzioni e nomenclatori tariffari.

Le altre prestazioni di natura socio assistenziale sono assicurate dalle amministrazioni comunali, dal volontariato, dagli obiettori di coscienza, da altri operatori secondo intese da assumere con le competenti Istituzioni, tenuto conto del Piano di zona in ambito distrettuale.

Elementi di ulteriore qualificazione rispetto a quanto definito negli accordi regionali e nazionali che si è ritenuto necessario introdurre sono:

1- DEFINIZIONE DI STANDARD ASSISTENZIALI PIÙ ELEVATI PER TUTTE LE FIGURE COINVOLTE NELL'ADI

2-PARTICOLARE VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE PROPRIE DELL' I.P. TERRITORIALE E DEL SUO RUOLO DI COLLABORAZIONE STRETTA COL Medico di Medicina Generale

3-CREAZIONE DI SPAZI FORMALIZZATI ED INCENTIVATI FINALIZZATI AL LAVORO IN EQUIPE

IL PAZIENTE FRAGILE

Il paziente candidato all'ADI o alla DIMISSIONE PROTETTA (DP) si trova necessariamente in una delle seguenti condizioni:

- 1-ELEVATO RISCHIO DI INSTABILITA' CLINICA
- 2-INSTABILITA' CLINICA IN ATTO

Il rapporto tra ADI\DP, INSTABILITA' CLINICA, E RICOVERO può essere così schematizzato:



L' ADI e le DP vanno ad agire SU TUTTE LE SITUAZIONI DI ELEVATO RISCHIO DI INSTABILITA' CLINICA E SU DI UNA PARTE DELLE SITUAZIONI DI INSTABILITA' IN ATTO (LE ALTRE RICHIEDONO OBBLIGATORIAMENTE LA OSPEDALIZZAZIONE: PAZIENTE ACUTO)

PARTENDO DAL CONCETTO CHE LA FRAGILITA' (Tab. 1) SIA UNA CONDIZIONE FORTEMENTE CONNESSA O ADDIRITTURA EQUIVALENTE A QUELLA DI RISCHIO DI INSTABILITA', E RIFERENDOCI ALLE CATEGORIE ORGANIZZATIVE IN USO NEL PAZIENTE MULTIPROBLEMATICO DI DIAGNOSI, PROBLEMA E INABILITA' ABBIAMO RITENUTO DI DELINEARE LE PIU' FREQUENTI CONDIZIONI DI ELEGGIBILITA' SINGOLARMENTE SUFFICIENTI PER L'AMMISSIONE ALL'ADI SPERIMENTALE (V. Tab.2)

L' AZIONE SOPRA SCHEMATIZZATA DELL'ADI SUL PAZIENTE FRAGILE DEVE PERSEGUIRE LE SEGUENTI FINALITÀ:

FAVORIRE LA DEOSPEDALIZZAZIONE

EVITARE RICOVERI IMPROPRI

FAVORIRE LA PERMANENZA DELLA PERSONA AMMALATA NEL PROPRIO AMBIENTE DI VITA GARANTENDO UN'ASSISTENZA GLOBALE

SUPPORTARE LA PERSONA E LA FAMIGLIA NELLA FASE AVANZATA O TERMINALE DELLA MALATTIA UTILIZZANDO TUTTE LE POTENZIALITÀ DELLA PERSONA, DELLA SUA FAMIGLIA E DELL'AMBIENTE CIRCOSTANTE

Tab.1

Definizioni di "anziano fragile" apparse in letteratura negli ultimi anni.

<i>Autori</i>	<i>Criteri</i>
Vaupel 1988	Rischio di mortalità in eccesso rispetto al rischio specifico per i soggetti della stessa età nella popolazione.
Woodhouse et al. 1988	Età > 65 anni, dipendenza nelle ADL
Winograd et al. 1991	Una delle seguenti condizioni : 1) Ictus cerebrale ; 2) Malattia cronica disabilitante ; 3) Episodi confusionali ; 4) Disabilità in una o più ADL; 5) Cadute; 6) Ridotta mobilità; 7) Incontinenza; 8) Malnutrizione; 9) Farmaci multipli; 10) Piaghe da decubito; 11) Allettamento prolungato; 12) Uso di mezzi di contenzione; 13) Problemi sensoriali; 14) Problemi socio-economici o familiari.
Buchner et al. 1992	Riduzione della riserva fisiologica nei sistemi di controllo neurologico, nella performance fisica e nel metabolismo energetico. Tale condizione è associata ad un elevato rischio di disabilità.
Schulz et al. 1993	Discrepanza tra le richieste ambientali, i supporti sociali, e la capacità fisica e cognitiva del soggetto.
Bortz 1993	Disarmonia organismo-ambiente. Ciò causa una rottura nel ciclo stimolo ->reazione-crescita -> incremento della competenza funzionale -> miglioramento della risposta allo stimolo.
Ory et al. 1993	(FICSIT) Grave compromissione della forza, della mobilità, dell'equilibrio e della resistenza.
Rockwood et al. 1994	Dipendenza nelle ADL, istituzionalizzazione. I meccanismi che tendono a conservare la salute e quelli che tendono ad alterarla sono in equilibrio reciproco precario. Conseguenze: rapido deterioramento funzionale ed elevato rischio di morte.
Brown et al. 1995	Riduzione della capacità di svolgere le attività pratiche e gestire i rapporti sociali nella vita quotidiana.
Gloth et al. 1995	Età > 65 anni, istituzionalizzazione, comorbilità.
Raphael et al. 1995	Incapacità di svolgere importanti funzioni fisiche e sociali in relazione alla domanda ambientale.
Maly et al. 1997	Depressione, incontinenza urinaria, cadute, compromissione funzionale.
Brody et al. 1997	Età avanzata, condizioni di salute che ostacolano il normale svolgimento delle ADL, bisogno di aiuto nelle pulizie personali e nella gestione dei farmaci.
Carlson et al. 1998	Riduzione della capacità funzionale nel corso di un episodio di ospedalizzazione (FIM).
Chin et al. 1999	Ridotta mobilità associata ad una delle 3 seguenti condizioni : 1) Ridotto introito energetico ; 2) Riduzione del peso corporeo; 3) Basso indice di massa corporea (IMC).
Walston et al. 1999	Disfunzioni neuroendocrine, degli ormoni sessuali e del GH, e del sistema immunitario che nel loro insieme determinano una accelerazione del catabolismo muscolare. Questa condizione può essere aggravata da una riduzione dell'apporto calorico.

Pressley et al. 1999 Età avanzata, sesso femminile, razza non bianca, livello di scolarità, comorbidità, riduzione della capacità fisica

Rockwood et al. 2000 Rischio di outcome avversi dovuto ad instabilità della omeostasi fisiologica.

Roubenoff et al. 2000 Riduzione della massa e della forza muscolare.

Tab.2

PRECONDIZIONI

- 1-DISPONIBILITÀ DELLA FAMIGLIA**
2-ADEGUATEZZA DELLA FAMIGLIA
3-DISPONIBILITÀ DI RISORSE (DI STRUTTURA E DI ORGANIZZAZIONE)

SITUAZIONI CLINICHE E FUNZIONALI ELETTIVE SINGOLARMENTE SUFFICIENTI PER L'AMMISSIONE ALL'ADI SPERIMENTALE

SITUAZIONI CLINICHE	DISABILITÀ	IMPEGNO ORGANIZZATIVO
NUTRIZIONE ARTIFICIALE	<u>NUTRIZIONE ORALE DIFFICOLTOSA+</u> <u>ALLETTAMENTO +</u> CATETERE A PERMANENZA+ INCONTINENZA FECALE (ADL 4,5,6)	<u>DIMISSIONE PROTETTA</u> (V. CRITERI ELEGGIBILITÀ RELATIVI: TAB.2)
<u>PAZIENTE ONCOLOGICO CON PERFORMANCE STATUS < 50</u>		>3 ACCESSI MMG (*) >1 ACCESSI IP
TERAPIA INFUSIONALE PROGRAMMATA > 7 GG.		6 ACCESSI IP (*) 1 ACCESSO MMG
INSUFFICIENZA CARDIACA CL. IV		PAZIENTI MULTIPROBLEMATICI CON SITUAZIONI DI PARTICOLARE IMPEGNO EDUCATIVO TERAPEUTICO
DIABETE MELLITO SCOMPENSATO CON INDICAZIONE ALLA TERAPIA INSULINICA		OPZIONE DEL PAZIENTE O DEI FAMILIARI PER LE CURE DOMICILIARI IN PRESENZA DI INDICAZIONE AL RICOVERO
UDD IV STADIO		
		(*) <i>IN SEDE DI PROPOSTA DI PIANO ASSISTENZIALE</i>

Tab. 3

SITUAZIONI DI ELEGGIBILITÀ PER LE DIMISSIONI PROTETTE
1. DIPENDENZA COMPLETA NELLE ADL 4-5-6 (KATZ ET AL. 1976)
2. MALNUTRIZIONE
3. ULCERE DA DECUBITO
4. CATETERE VESCICALE
5. NUTRIZIONE ARTIFICIALE
6. RIDOTTO INTROITO ENERGETICO DA DIFFICOLTOSA ALIMENTAZIONE ORALE
7. TERAPIA INFUSIONALE IN CORSO
8. RICOVERO PER FRATTURA DEL FEMORE IN ANZIANO
9. RICOVERO PER ICTUS
10. RICOVERO PER SCOMPENSO CARDIACO
11. RICOVERO PER SCOMPENSO DIABETICO
12. RICOVERO PER INSUFFICIENZA RESPIRATORIA
13. RICOVERO DI PAZIENTE ONCOLOGICO TERMINALE
14. RICOVERO PER SCOMPENSO ASCITICO O ENCEFALOPATIA EPATICA
15. PAZIENTE CON IMMEDIATI E CONSISTENTI BISOGNI RIABILITATIVI ALLA DIMISSIONE

CRITERI ORGANIZZATIVI

Come risposta appropriata alle situazioni cliniche ed assistenziali sopra descritte si è ritenuto di progettare una forma di **ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA SPERIMENTALE** caratterizzata da standard assistenziali adeguati alle esigenze dei pazienti in trattamento.

Tale modello organizzativo è caratterizzato da un'assistenza con un alto livello di integrazione assistenziale in cui si introducono concretamente (al di là delle affermazioni di principio che hanno costellato le esperienze fin qui condotte) due elementi organizzativi a nostro avviso cruciali:

1 - L'Integrazione ma anche la **valorizzazione** delle diverse professionalità coinvolte nell' ADI (**Approccio transdisciplinare**, **Lavoro in Equipe**)

2 - L'accessibilità e la conseguente **tutela** offerta dal servizio

I principali elementi qualificanti rispetto all'ADIMED attualmente erogata sono riportati nella tabella sottostante:

Tab. 4

	ADI SPERIMENTALE	ADI ORDINARIA
ADESIONE MMG	VOLONTARIA	OBBLIGATORIA
ADESIONE IP	SU PROGETTO	ORDINARIA
INCENTIVAZIONE	SI	NO
PROPOSTA PIANO ASSISTENZIALE CONGIUNTO MMG/IP	SI	FACOLTATIVA
USO CARTELLA PER PROBLEMI	SI	SI
DISPONIBILITÀ TELEFONICA MMG DI 6 ORE	SI	FACOLTATIVA
PARTECIPAZIONE UVMD	SI	SI
RIUNIONI PERIODICHE DI EQUIPE	SI	FACOLTATIVE
ACCESSI CONGIUNTI AL	SI	FACOLTATIVI

DOMICILIO DEL PAZIENTE		
CRITERI DI DEFINIZIONE	PREDEFINITI (ES. TIPOLOGIE PAZIENTI, PUNTEGGI SOGLIA) + UVDM?	UVDM
FORMAZIONE SPECIFICA MMG	OBBLIGATORIA	FACOLTATIVA (SALVO INDICAZ. REGIONALI)

I principali aspetti qualitativi conseguenti che dovranno caratterizzare i processi di cura erogati saranno:

- La valorizzazione delle competenze e del rapporto di fiducia tra MMG e paziente
- La valorizzazione della competenza, e responsabilità dell'Infermiere territoriale
- L'integrazione con i servizi ospedalieri e distrettuali
- La creazione di un'alleanza terapeutica con la famiglia del paziente
- La continuità assistenziale e terapeutica

Gli elementi fondanti di quest'ultimo aspetto, per noi assolutamente essenziale ai fini di un'efficace erogazione di questa modalità di assistenza, sono:

A- La **personalizzazione della referenza clinica** (MMG SCELTO DAL PAZIENTE) ed infermieristica (IP RESPONSABILE DEL CASO)

B- L'**elevata accessibilità** diurna, di queste 2 figure (diretta o con meccanismi di delega e/o trasmissione di informazioni rigorosamente definiti)

A - E' appena il caso di sottolineare l'incalcolabile beneficio derivante dalla consuetudine e dalla conoscenza complessiva del caso nella gestione dei pazienti multiproblematici.

I professionisti che lavorano nell'ADI hanno sperimentato senza ombra di dubbio come tale bagaglio sia cruciale soprattutto nella gestione "ragionevole" di situazioni di instabilità clinica potenziale o già in atto.

B - L'estensione dell'accessibilità diurna, reciproca e verso l'utente, delle 2 figure più direttamente impegnate nell'ADI (v. oltre per gli standards definiti), risponde all'esigenza di una maggiore adeguatezza alle necessità cliniche ed assistenziali di questi pazienti multiproblematici.

Dati di letteratura internazionale dimostrano inoltre che un'efficace copertura diurna crea un vero e proprio "crollo" delle richieste di intervento notturno.

Nella sequenza operativa che segue vengono definiti in dettaglio i passaggi critici ai fini dell'applicazione concreta dei principi esposti più sopra.

SEQUENZA OPERATIVA

1. SEGNALAZIONE AVVIO ASSISTENZA AL DISTRETTO (1)

- ✓ Telefonicamente o via Fax vengono comunicati i dati anagrafici dell'assistito, assieme ad una prima indicazione sulle figure professionali da coinvolgere e sui presidi da erogare

2. STESURA PROPOSTA CONGIUNTA (MMG\IP) DEL PIANO ASSISTENZIALE (1,2)

- ✓ Vengono individuate le Diagnosi e definiti i Problemi assistenziali (previa formazione di tutte le figure professionali coinvolte sull'approccio per Problemi)
- ✓ Vengono proposti adeguati interventi domiciliari con l'indicazione di:
 - Figure da coinvolgere
 - Impegni e responsabilità attribuiti alle stesse
 - Presidi, Nutrizionali, Farmaci da erogare.

3. INCONTRO CON LA FAMIGLIA PER: INFORMAZIONE\VALUTAZIONE\RECEPIMENTO CONSENSO (1,2)

- Spiegazioni sulla probabile evoluzione della malattia, sui possibili problemi connessi e sui relativi quadri sintomatologici
- Esposizione del piano di cura e dei verosimili obiettivi dell'ambito terapeutico familiare \ domiciliare
- Recepimento formale del consenso

4. ORGANIZZAZIONE ED AVVIO DI TUTTA LA FASE DELL' ASSISTENZA (1-10 GG.) PRECEDENTE ALL'UVDM (1,2)

- Attuazione degli interventi proposti al punto 2

5. SEDUTA UVDM (1,2,3,4...)

- Esposizione di ulteriori valutazioni da parte dei diversi componenti
- Revisione e ratifica della proposta assistenziale
- Individuazione dell'Equipe assistenziale
- Formulazione e prioritizzazione degli obiettivi assistenziali secondo l'approccio transdisciplinare al paziente multiproblematico
- Definizione di compiti e responsabilità delle figure professionali coinvolte se non già definiti in sede di organizzazione generale dell' ADI
- Definizione degli accessi indipendenti e congiunti dei diversi professionisti coinvolti espressi come intervalli di frequenza (es. 1-3\ settimana o 3\6 settimana etc.)

6. ATTUAZIONE PIANO ASSISTENZIALE UVDM (1,2...)

- E' caratterizzato dai seguenti standard di prestazioni (di riferimento, assieme ai punti 2 , 3, 4, 5 per quanto riguarda gli aspetti incentivanti):

- Utilizzo di diario clinico integrato basato sull'approccio assistenziale per problemi e comprendente scale e griglie valutative e di monitoraggio appropriate per le diverse tipologie di pazienti
- Accessi domiciliari congiunti tra diversi componenti dell'Equipe al domicilio del paziente (2\mese)
- Incontri periodici (almeno 1\mese) al Distretto o nell'Ambulatorio del MMG dei componenti Equipe per la revisione \ valutazione del piano assistenziale
- Reciproca accessibilità delle figure coinvolte(*) definita specificamente

(*) disponibilità telefonica:

il MMG fornisce ai componenti dell'Equipe una disponibilità telefonica, distribuita tra mattino e pomeriggio, dal lunedì al venerdì, tramite telefono fisso ed eventualmente mobile, articolate in modo tale da garantire la copertura di 6 ore giornaliere. Alla definizione delle 6 ore di disponibilità, concorre il normale orario di ambulatorio del medico. La disponibilità delle 6 ore può essere fornita anche dalla forma associativa a cui il medico appartiene, o da gruppi allo scopo costituitisi.

1-MMG 2-IP 3-DIRETTORE DI DISTRETTO o DELEGATO

4-ASSISTENTE SOCIALE

COMPITI DEL M.M.G.

Il M.M.G. esplica nei confronti dell'assistito a domicilio i compiti di cura, prevenzione e riabilitazione ed effettua le prestazioni previste nella convenzione ed ogni altra prestazione di competenza del M.M.G. ed in particolare :

- mantiene la responsabilità clinica del caso
- assume compiti di coordinamento funzionale (sanitario) del personale infermieristico, tecnico e di assistenza nell'ambito e nel rispetto del programma tecnico riabilitativo elaborato dalla U.V.M.D. al fine di attuare la piena integrazione fra medici, personale non medico e l'organizzazione dei servizi assistenziali del distretto.
- formula diagnosi
- definisce i problemi assistenziali nell'ambito dell'equipe
- prescrive la terapia farmacologica
- prescrive gli accertamenti di laboratorio, strumentali, e le consulenze specialistiche
- dispone eventuale ricovero ospedaliero
- attiva e collabora con ft
- in concorso con l'Infermiere ottimizza il ruolo assistenziale della famiglia
- prescrive presidi di tipo nutrizionale
- prescrive presidi ed ausili
- dispone l'esecuzione di accertamenti urgenti secondo le modalità concordate (v.)
- dispone ed organizza, per quanto di sua competenza, l'attivazione di accertamenti \ procedure complesse in corsie preferenziali all'interno delle strutture ospedaliere come definito nel protocollo allegato "corsie preferenziali" (v.)
- garantisce adeguata informazione ai medici di continuità assistenziale per eventuali necessità che dovessero insorgere per i propri assistiti in regime di ADI

COMPETENZE INFERMIERISTICHE

L'assistenza infermieristica prestata presso il domicilio è rivolta al malato e alla sua famiglia; è finalizzata a favorire la permanenza dell'utente malato nell'ambito familiare, migliorandone la qualità di vita. Essa è impostata su un approccio globale ai bisogni in considerazione delle esigenze dell'utente e delle caratteristiche dell'ambiente domestico in ordine ai limiti e alle opportunità che questo offre.

ACCORDO DI COMPETENZE

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Dec: n. 739/1994 " Profilo Professionale ,

D.M.. U.R.S.T. 24/07/96 "Approvazione della tabella XVIII-ter recante gli ordinamenti didattici universitari dei corsi di diploma universitario dell'area sanitaria.."

Legge 42/99 " Disposizioni in materia di professioni sanitarie" ,

Codice Deontologico – febb. 1999

Legge 251/2000 " Disciplina delle professioni sanitarie Infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica"

1. L'infermiere ha la responsabilità generale dell'Assistenza Infermieristica (pianificazione, gestione, e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico)
1. Per le attività comprese nella sfera di azione specifica ha piena autonomia tecnico funzionale
2. Le aree di intervento sono: prevenzione, cura, riabilitazione ed educazione
3. Gli aspetti peculiari e la natura degli interventi infermieristici sono : tecnici, relazioni ed educativi
4. Assicura la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche

I PRINCIPALI PROBLEMI DI COMPETENZA INFERMIERISTICA IN AMBITO DOMICILIARE SONO IDENTIFICABILI COME SEGUE:

- 1) situazioni che necessitano di interventi terapeutici complessi :
 - terapia infusiva
 - terapia antalgica
 - nutrizione artificiale
 - terapia iniettiva
- 2) situazioni assistenziali connessi alla gestione di:
 - tracheotomie
 - stomie digestive
 - sondino naso gastrico e/o Peg
 - urostomie
- 3) situazioni di rischio per l'insorgenza di infezioni:
 - presenza cateteri venosi centrali e periferici
 - presenza cateteri vescicali a permanenza
 - ferite chirurgiche
 - lesioni vascolari
 - lesioni da decubito
- 4) situazioni di incontinenza (urinaria, fecale) e stipsi
- 5) situazioni di medio e alto rischio per l'insorgenza delle lesioni da decubito
- 6) situazioni a rischio di sindrome da immobilizzazione
- 7) situazioni di carenza di informazioni dell'utente e della sua famiglia:
 - educazione per la gestione familiare delle pratiche assistenziali affidate alla famiglia
 - educazione all'uso di presidi, ausili, dispositivi in dotazione in ambito familiare
 - educazione alla corretta applicazione delle indicazioni terapeutiche /farmacologiche affidate alla famiglia

PRINCIPALI INTERVENTI INFERMIERISTICI REALIZZABILI A DOMICILIO

- 1) VALUTAZIONE TECNICO PROFESSIONALE dei bisogni di assistenza infermieristica della persona in funzione della gestione dell'utente a domicilio (prot . 8)
- 2) PIANIFICAZIONE dell'assistenza infermieristica con definizione quantitative e qualitativa e frequenza degli interventi infermieristici
- 3) Esecuzione e valutazione interventi infermieristici
- 4) Principali attività realizzabili in ambito domiciliare sia dirette (assistenza, educazione, relazione),che indirette (gestione organizzativa) : Tab.5 e 6

Tab. 5

ATTIVITÀ AUTONOME	GESTIONE DIRETTA: ASSISTENZIALE ED EDUCATIVA/ RELAZIONALE	GESTIONE ORGANIZZATIVA	PROTOCOLLO INFERMIERISTICO DI RIFERIMENTO
aspirazione tracheo bronchiale	si	si	
sostituzione cannula tracheotomia	si	si	
cateterismo vescicale	si	si	Prot. n. 06
clisteri / perette	si		
counselling all'utente e alla sua famiglia	si	si	
medicazione chirurgica	si	si	
controllo / pulizia stomie	si	si	Prot. n. 07
rilevazione parametri vitali	si	si	
cure igieniche	educazione		
estrazione fecalomi		si	
lavaggio vescicale	si	si	
medicazione ulcera da decubito	si	si	Prot. n. 05
medicazione lesione da vasculopatia	si	si	Prot. n. 05
mobilizzazione semplice	si		
medicazione C.V.C.	si	si	Prot. n. 02
lavaggio C.V.C.	Si	si	Prot. n. 02
Utilizzo presidi medicali /elettromedicali		si	
Sostituzione igiene SNG	si	si	Prot. n. 03
Sostituzione igiene PEG		si	Prot. n. 03
Compilazione doc. amm./sanitari		si	
Istruzione /educazione alla famiglia sulle modalità assistenziali	si	si	Prot. 04
Istruzione /educazione alla famiglia sull'uso presidi/ausili/dispositivi	si	si	Prot. 04
Istruzione /educazione alla famiglia sull'applicazione indicazioni terapeutiche	si	si	Prot. 04
Consegna referti utenti in ADI	si	si	

Tab. 6

ATTIVITÀ LEGATE A PRESCRIZIONE	Gestione diretta Assistenziale ed Educativa/relazionale	Gestione organizzativa	Protocollo infermieristico di riferimento
irrigazioni / istillazioni	si	si	
bendaggio	si	si	
prelievi e stick venosi	si	si	
Prelievo emogasanalisi	no	si	
gestione presidi terapia antalgica	si	si	
Terapia infusione	si, secondo protocollo	si	Prot. n. 02
Terapia iniettiva (endovenosa)	no	si	
Terapia iniettiva (intramuscolo)	si	si	
trasfusioni	no	si	
Esecuzione ECG	si	si	
Terapia orale	no, solo educazione	no	
lavaggio C.V.C.	Si	si	Prot. n. 02

compiti del FT

(V. ALLEGATO SU ATTIVITÀ DI FISIOTERAPIA)

CONSULENTI SPECIALISTI

esecuzione consulenze richieste dal M.M.G.
prescrizione presidi di pertinenza specialistica

RESPONSABILITÀ E RUOLO DEL DISTRETTO

Al fine di garantire che l'ADIMED costituisca una reale alternativa al ricovero ospedaliero, le aziende sanitarie garantiscono i seguenti standard:

- A) Adozione all'interno dell'azienda di protocolli che coinvolgano il distretto e l'ospedale nella attuazione di corsie preferenziali in servizi dell'ospedale;
- B) la presenza e la continuità infermieristica e tecnico riabilitativa attraverso l'utilizzo di operatori assegnati al territorio;
- C) la fornitura di farmaci, ausili e presidi agli aventi diritto;
- E) la consulenza specialistica;
- F) un'efficace informazione ai cittadini sul progetto assistenziale.

PRESCRIZIONE E CONSEGNA ACCERTAMENTI

PROCEDURA ORDINARIA

1-MMG:

-Prescrizione

-Comunicazione al SIAD secondo 3 possibili vie:

a- Telefonica diretta

b- Telefonica tramite familiare affidabile

c- In Cartella (qualora sia in programma un accesso dell'IP in tempo utile)

2-SIAD:

Comunicazione all'IP referente

Organizzazione ed esecuzione prelievo entro:

- 72 ore per modalità di comunicazione b - ,
- come da indicazione del curante e compatibilmente con le esigenze del servizio
- per la modalità a- e c-
- Consegna campione laboratorio analisi

3-LABORATORIO ANALISI:

Esecuzione e refertazione esame

Invio referto al Distretto entro la mattina del giorno successivo

4-I.P. REFERENTE:

Consegna referto al domicilio del paziente, in caso di accesso programmato entro 48 ore, o con altra modalità concordata col MMG (Cassetta posta o fax), comunque entro 48 ore.

PROCEDURA URGENTE

1-MMG:

Prescrizione con diagnosi e dizione "URGENTE", event. N° fax in caso di richiesta di ricezione attraverso questo mezzo entro il giorno del prelievo

Tel. SIAD per concordare prelievo

Tel. Laboratorio in fascia oraria concordata per la comunicazione dell'esito

2-SIAD:

Organizzazione ed esecuzione prelievo

Consegna campione laboratorio analisi

CORSIE PREFERENZIALI PER PAZIENTI IN ADISp

Elenco abbreviazioni:

MMG: Medico di Medicina Generale
RAP: Responsabile Ammissione Protetta
UOAP: Unità Operativa Ammissioni Protette
ADISp: Assistenza Domiciliare Integrata Sperimentale

FINALITÀ:

Al fine di garantire che l'ADIMED costituisca una reale alternativa al ricovero ospedaliero, è necessario prevedere una adeguata gestione di situazioni clinico-organizzative che sono tipicamente oggetto di ricovero improprio, a tal fine l'azienda ULSS garantisce per i pazienti trattati in ADIMED, dei protocolli che coinvolgano il distretto e l'ospedale, nei quali sia definito in modo chiaro ed esplicito le modalità di passaggio dal trattamento ospedaliero all'ADIMED, nonché per converso la possibilità essere accolti attraverso corsie preferenziali in servizi dell'ospedale.

AMBITO D'INTERVENTO:

- 1- Situazioni che necessitano di DEFINIZIONE DIAGNOSTICA, da attuarsi entro le 24 ore, la cui possibile decisione operativa conseguente sia:**
 - A- Trattamento immediato in UOAP (ambulatorio o letti dedicati) e successivo invio a domicilio del paziente, sulla base di un programma concordato col MMG, per la prosecuzione del controllo clinico e/o del trattamento
 - B- Invio del paziente a domicilio, sulla base di un programma concordato col MMG, per la prosecuzione del controllo clinico
 - C- Ricovero ordinario

- 2- Situazioni che necessitano di TRATTAMENTO la cui esecuzione in ambito domiciliare non risulti sufficientemente sicura per complessità di esecuzione o per necessità di monitoraggio successivo. (Es. Paracentesi programmate, Toracentesi programmate etc.)

SEQUENZA ORGANIZZATIVA

1- M.M.G.

Contatta telefonicamente il R.A.P. (o suo delegato) descrivendo il problema e concordando l'invio presso l'UOAP
Redige richiesta scritta su ricettario SSN contenente gli elementi segnalati telefonicamente
Allega il diario domiciliare

3- R.A.P.

Attiva il trasporto del paziente (ambulanza del P.S.)
Accoglie il paziente e gestisce, anche attraverso le consulenze disponibili, il problema in atto
Redige la relativa documentazione clinica che da allega al diario domiciliare del paziente
Contatta il MMG per concordare la prosecuzione del controllo e del trattamento al domicilio del paziente (ove non sia indicato il ricovero)
Predispone il ricovero ove esso sia indicato e ne dà comunicazione al curante

4- M.M.G.

Sulla base di quanto concordato con il RAP riassume la responsabilità e la gestione del paziente al domicilio

STANDARD DI ACCESSIBILITÀ DELLE FIGURE COINVOLTE

DAL LUNEDI' AL VENERDI':

MMG: V. SEZIONE "SEQUENZA OPERATIVA ADISp"

RAP: 8-20

I.P.: 8-20 (sabato, prefestivi e festivi?)

RIABILITAZIONE DOMICILIARE

CRITERI di SELEZIONE

Pur non escludendo casi particolari, vengono considerate eleggibili le seguenti situazioni :

1. PARESI IN ICTUS CEREBRI
2. FRATTURA Omero e femore
3. PERDITA DI ALMENO 3 ADL
4. DISTURBI DELLA DEAMBULAZIONE e SDR. DA IMMOBILIZZAZIONE
5. ALTRO

ORGANIZZAZIONE DEL CASO

MMG

Convoca a casa del paziente il Fkt per una valutazione congiunta del caso
Seleziona i casi secondo diagnosi
Valutare eventuali controindicazioni assolute
Concordare con FKT il piano riabilitativo.

FKT

Valutare il caso con il MMG a domicilio entro 48 ore dalla segnalazione
Concordare con MMG un programma riabilitativo personalizzato
Iniziare la riabilitazione alla data definita
Coinvolgere al programma le figure assistenziali presenti compresi i familiari
Partecipare alla UVDM definitiva.

FISIATRA

Su richiesta:

Consulenze telefoniche per i MMG

Visite domiciliari per verificare i programmi riabilitativi già attivati .

Compito del Fisiatra Distrettuale è anche quello di definire con i MMG linee guida riabilitative sulle più comuni patologie gestibili a domicilio, nonché concordare idonei processi formativi sull'argomento.

RIABILITAZIONE E DIMISSIONI PROTETTE

Tutti i ricoverati per *fratture* e *paresi post-ictali* saranno dimessi secondo la procedura di dimissioni protette. Una valutazione fisiatrica che avrà precedentemente definito i bisogni, il piano riabilitativo e autorizzato gli ausili e presidi indispensabili sarà presentata in UVDM al momento della discussione. I casi più complessi ritenuti dalla UVDM non dimissibili, saranno trasferiti in idoneo reparto dove inizieranno il trattamento riabilitativo.

FKT E UVDM

La presenza del FKT è prevista in UVDM ogni volta che esista un bisogno riabilitativo. Al momento della discussione il FKT avrà preventivamente valutato anche la fattibilità organizzativa del piano proposto in relazione agli impegni domiciliari già in atto. Poiché tale passaggio si prospetta come punto critico sarà monitorato con specifici indicatori statistici. In caso di difficoltà è utile che gli aspetti organizzativi vengano discussi tra FKT e Responsabile di Distretto prima della UVDM, eventualmente considerando quali criteri di priorità la gravità complessiva del caso in questione rispetto agli altri già seguiti, nonché l'esistenza di potenziali supporti provenienti da altre figure o dalla famiglia. Attivato il programma, impostati gli esercizi e verificata dal FKT la corretta attuazione degli stessi, il paziente proseguirà autonomamente e sarà seguito per un certo periodo con la sola supervisione.

DECESSI A DOMICILIO

Per i soggetti in ADI e per i quali si è concordato con i famigliari la permanenza a domicilio dell'utente fino al decesso ma che il MMG e/o i famigliari ritengono opportuno che per condizioni igienico sanitarie e/o sociali il trasferimento temporaneo della salma presso un punto di osservazione (camera mortuaria), si propone l'utilizzo delle strutture già presenti nei presidi ospedalieri (Conselve Monselice Montagnana Este). Questo passaggio prevede necessariamente che sia prodotto un protocollo di lavoro in sintonia con il Dipartimento di Prevenzione (Ufficio Medico Legale) per tutte le problematiche relative alla gestione delle competenze di polizia mortuaria. Si è già contattato il Dott. Gozzi e si intende proporre un protocollo operativo per tutta l'Az. ULSS con le seguenti modalità:

Il MMG redige un certificato di avvenuto decesso con indicazione della necessità di trasferimento della salma presso la Struttura Ospedaliera più vicina.

La salma viene trasportata da una Impresa Onoranze funebri a scelta dei famigliari.

L'Obitorio del Presidio Ospedaliero garantisce il ricevimento della salma dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di tutti i giorni.

La verifica necroscopica viene effettuata da personale del S.I.P. dopo le 15 ed entro le 30 ore dal decesso.

Il servizio deve essere garantito entro congruo tempo dal decesso (due – tre ore).

Si propone che in questa fase di avvio del progetto il servizio sia attivo su tutto il territorio della nostra Az. ULSS dalle ore 08.00 alle ore 20.00 di tutti i giorni della settimana

FORNITURA PRESIDI

Per tutti i soggetti in ADI l'Az. ULSS garantisce a partire dal 01.01.2002 la fornitura a domicilio dei presidi di più frequente uso (letti a due snodi, materasso antidecubito, comoda o carrozzina, ecc. su proposta del MMG e/o specialista che segue a domicilio il paziente in ADI). La consegna viene garantita entro 48 ore dalla richiesta con modalità concordate con il responsabile del magazzino e dei servizi alberghieri.

Un magazzino centralizzato provvederà ad evadere le richieste entro i termini previsti e alle fasi di ritiro dei presidi alla fine dell'utilizzo, alla sanitizzazione degli stessi e attraverso proprio personale specializzato alla verifica dei requisiti di idoneità e conformità prima del riutilizzo.

Un tecnico specialista (corso di perfezionamento universitario: “ Tecnologie per l'autonomia e l'integrazione sociale delle persone disabili” SIVA e Università Cattolica Milano) provvederà alla verifica di idoneità dei presidi e garantirà l'efficienza. Per opportuna conoscenza si allega elenco non esaustivo dei presidi a disposizione del magazzino centralizzato e proponibili. Ogni presidio personalizzato dovrà in alternativa seguire le normali procedure di fornitura e tempi di consegna.

Risultati attesi

Il progetto verrà proseguito sino alla fine del 2003 allorchè verrà valutato l'impatto sulla riduzione di nuovi ricoveri e rientri.

Stato di avanzamento del progetto

Il progetto è partito a Maggio 2002 ed ha coinvolto tutti i reparti della Azienda Ospedaliera i due Distretti e i Medici di Medicina Generale.