



Regione Piemonte - Azienda Sanitaria Locale CN2 "Alba - Bra"

**D e t e r m i n a z i o n e   D i r e t t o r i a l e**

NUMERO GENERALE	CODICE PROPOSTA				DATA
	BUDGET	ADOTT.	ANNO	PROGR.	
938	000	DIG	12	0062	31 LUGLIO 2012

**O G G E T T O :**

**APPROVAZIONE PROCEDURE PER LE ATTIVITA' IN CURE DOMICILIARI.**

**I L   D I R E T T O R E   G E N E R A L E**

Viste le seguenti disposizioni normative:

- D.L. 107 del 04 maggio 1990 avente ad oggetto "Disciplina per le attività trasfusionali relative al sangue umano ed ai suoi componenti e per la produzione di plasma derivati"
- D.M. 27 agosto 1999 n. 332 avente ad oggetto "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale. Modalità di erogazione e tariffe"
- D.M. n. 321 del 31 maggio 2001 avente ad oggetto "Modifiche del regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale"
- Circolare Ministeriale n. 3 del 8 Maggio 2003 avente ad oggetto "Raccomandazioni per la sicurezza del trasporto di materiali infettivi e di campioni diagnostici"
- D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, avente ad oggetto "Codice in materia di dati personali"
- LEGGE n. 219 del 21 ottobre 2005 avente ad oggetto "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati"
- LEGGE n. 38 del 15 marzo 2010 avente ad oggetto "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"
- D.G.R. n. 87-29576 del 01 marzo 2000 avente ad oggetto "Decreto Ministeriale n. 332 del 28 agosto 1999 - Linee guida" e successive note esplicative ed integrative
- D.G.R. n. 41-5952 del 7 maggio 2002 avente ad oggetto "Linee guida per l'attivazione del Servizio di Cure domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte"
- D.G.R. n. 15-7336 del 14 ottobre 2002 avente ad oggetto "Approvazione delle nuove linee guida regionali inerenti l'applicazione delle cure palliative in Piemonte, la formazione degli operatori e l'attuazione del Programma Regionale per le Cure Palliative. Parziale modifica della D.G.R. n. 17-24510 del 06 maggio 1998"
- D.G.R. n. 62-9692 del 16 giugno 2003 avente ad oggetto "Ulteriori disposizioni per

*Pagina 1*

l'attivazione del servizio Cure Domiciliari ad integrazione della D.G.R. n. 41-5952 del 07 maggio 2002"

- D.G.R. n. 51-11389 del 23 dicembre 2003,avente ad oggetto "D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio-sanitaria"
- D.G.R. n. 55-13238 del 03 agosto 2004 avente ad oggetto "Ulteriori modifiche ed integrazioni della D.G.R. n. 41-5952 del 7 maggio 2002, della D.G.R. n. 15-7336 del 14 ottobre 2002 e della D.G.R. n. 62-9692 del 16 giugno 2003 inerenti rispettivamente le linee guida regionali del servizio Cure Domiciliari, le linee guida per l'applicazione delle cure palliative e le disposizioni per l'attribuzione di un peso ai casi di Cure Domiciliari correlato al consumo di risorse impiegate"
- D.G.R. n. 72-14420 del 20 dicembre 2004 avente ad oggetto "Percorso di Continuità Assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari ed assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente"
- D.G.R. n. 13-14538 del 10 gennaio 2005 avente ad oggetto "Approvazione Linee Guida per la ventilazione meccanica domiciliare a pressione positiva e le dimissioni protette del paziente pediatrico con insufficienza respiratoria cronica"
- D.G.R. n. 37-14908 del 28 febbraio 2005 avente ad oggetto "Individuazione di una nuova tipologia di cura nell'ambito delle Cure Domiciliari denominata Prestazioni Infermieristiche Estemporanee"
- D.G.R. n. 45-14975 del 07 marzo 2005 avente ad oggetto "Individuazione del percorso per l'erogazione degli ausili nell'ambito delle Cure Domiciliari"
- D.G.R. n. 44-5449 del 5 marzo 2007 avente ad oggetto "Cure domiciliari. Indirizzi per modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n. 62-9692 del 16 giugno 2003 s.m.i."
- D.G.R. n. 10-5605 del 02 aprile 2007 avente ad oggetto "Riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte - Prime direttive alle Aziende Sanitarie Regionali"
- D.G.R. n. 21-7391 del 12 novembre 2007 avente ad oggetto "Rivalutazione dei parametri di riferimento per l'attribuzione del peso ai casi di Cura domiciliare correlato al consumo delle risposte impiegate. Criteri per le procedure di addebito in ambito extraregionale per prestazioni non soggette a compensazione"
- DGR n. 13-7456 del 19 novembre 2007 avente ad oggetto "Nutrizione Artificiale a Domicilio (NAD). Programmazione della rete delle Strutture Organizzative di Dietetica e Nutrizione Clinica"
- D.G.R. n. 26-10669 del 02 febbraio 2009 avente ad oggetto "Linee guida per l'attivazione del servizio di Cure Domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte relativamente ai soggetti in età evolutiva ad integrazione della D.G.R. n. 41-5952 del 07 maggio 2002"
- D.G.R. n. 21-11426 del 18 maggio 2009 avente ad oggetto "Aggiornamento elenco materiale di medicazione avanzata. Revoca della D.G.R. n. 48-13557 del 04 ottobre 2004"
- Determina Regionale n. 172 del 16 marzo 2010 avente ad oggetto "Elenco regionale del materiale di medicazione. Aggiornamento"
- D.G.R. n. 43-1979 del 29 aprile 2011 avente ad oggetto "Attuazione Piano di Rientro. Assistenza Integrativa - Protesica. Linee di indirizzo"
- D.G.R. n. 21-2666 del 03 ottobre 2011 avente ad oggetto " Accordo ai sensi dell'art. 4 del d.vo 28 agosto 1997, n. 281 sulla disciplina concorsuale per il personale addetto alla ricerca degli ist. Zooprofilattici Sperim. E Accordo del 29 aprile 2010 concernente la formazione di persone che effettuano la tracheobroncoaspirazione a domicilio del paziente non ospedalizzato tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Recepimento"
- D.G.R. 27-3628 del 28 marzo 2012 avente ad oggetto"Attuazione Piano di rientro - D.G.R.

*Segue determinazione n. 938/000/DIG/12/0062 del 31 luglio 2012*

*Segue determinazione n. 938/000/DIG/12/0062 del 31 luglio 2012*

44-1615 del 28 febbraio 2011 e s.m.i. - La rete territoriale: criteri e modalità per il miglioramento dell'appropriatezza e presa in carico territoriale"

- Deliberazione del Consiglio Regionale n. 167-14087 del 03 aprile 2012 avente ad oggetto "Approvazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015 ed individuazione della nuova azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino e delle Federazioni sovra zonali"

Considerata la necessità di rivedere, alla luce delle recenti normative ed indicazioni regionali in materia, le procedure per le attività in Cure Domiciliari;

Vista la procedura (allegata al presente atto e dello stesso parte integrante, composta da n. 62 pagine comprensiva di allegati) che reca disciplina della materia e che è stata elaborata da un gruppo di Operatori che rappresentano le diverse professionalità che si alternano nell'assistenza a domicilio;

Su proposta conforme del Direttore della S.O.C. Cure Primarie e Domiciliari Dott.ssa Patrizia CORRADINI;

Acquisito il parere favorevole, per quanto di competenza, dei Direttori Amministrativo e Sanitario (ex art. 3, comma 1-quinquies, D.Lg.vo 30.12.92, n. 502 e s.m.i.);

#### **D E T E R M I N A**

- di approvare, per i motivi indicati in premessa, l'allegata Procedura per le attività in Cure Domiciliari, composto da n. 62 pagine comprensiva di allegati, considerati parte integrante e sostanziale del presente atto;
- di inviare copia della citata Procedura a :
  - Direzione Generale ASL CN2
  - Direzione Sanitaria ASL CN2
  - Direzione Amministrativa ASL CN2
  - Direzione Sanitaria di Presidio
  - Distretto di Alba
  - Distretto di Bra
  - S.I.T.P.R.O.
  - Direttori S.O.C./S.O.S ASL CN2
  - Coordinatori infermieristici S.O.C./S.O.S ASL CN 2
  - Operatori S.O.C. Cure Primarie e Domiciliari
  - Medici di Famiglia
  - Pediatri di libera Scelta
  - Medici di Continuità Assistenziale
  - Medici Specialisti Ambulatoriali Convenzionati Interni
  - Servizi Socio-Assistenziali
  - S.O.C. Assistenza Farmaceutica Ospedaliera
  - S.O.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale
  - S.S.D. Qualità. Risk management e relazioni con gli utenti
  - S.O.C Assistenza Legale
- di dichiarare la presente determinazione, vista l'urgenza di provvedere in merito, immediatamente esecutiva, ai sensi dell'art. 3, comma 2 della Legge Regionale 30 giugno 1992, n. 31 e s.m.i..

Letto, approvato e sottoscritto.

*Segue determinazione n. 938/000/DIG/12/0062 del 31 luglio 2012*

**Regione Piemonte - Azienda Sanitaria Locale CN2 "Alba - Bra"**

*Segue determinazione n. 938/000/DIG/12/0062 del 31 luglio 2012*



IL DIRETTORE GENERALE  
Giovanni MONCHIERO

Sottoscrizione per conferma del parere richiamato nel contesto della determinazione:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Gianfranco CASSISSA

IL DIRETTORE SANITARIO  
Francesco MORABITO

Sottoscrizione del proponente:

IL DIRETTORE S.O.C.  
CURE PRIMARIE E DOMICILIARI  
Patrizia CORRADINI


*Allegati:*

- procedura
- modulistica

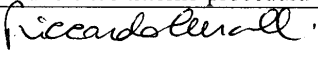
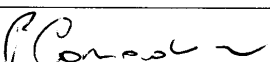
*Archivio: VII.1.9*


*TR/sg*

Segue determinazione n. 938/000/DIG/12/0062 del 31 luglio 2012

	PROCEDURE PER LE ATTIVITA' IN CURE DOMICILIARI	Codice PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 1 di 62

**PROCEDURE PER LE ATTIVITA'  
 IN CURE DOMICILIARI**

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	PROCEDURE PER LE ATTIVITA' IN CURE DOMICILIARI	Codice PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 2 di 62

Sommario


1.1	OBIETTIVI .....	6
1.2	CAMPO DI APPLICAZIONE .....	6
<b>2</b>	<b>MODIFICHE ALLE REVISIONI PRECEDENTI .....</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>DEFINIZIONI .....</b>	<b>7</b>
3.1	SIGLARIO .....	7
<b>4</b>	<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'/ATTIVITA' .....</b>	<b>8</b>
<b>5</b>	<b>DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' .....</b>	<b>10</b>
5.1	INDICAZIONI COMUNI PER LA FUNZIONALITA' DEL SERVIZIO .....	10
5.1.1	Modalità della presa in carico del paziente .....	10
5.1.2	Recapiti telefonici .....	13
5.1.3	Fornitura ausili/presidi .....	13
5.1.4	Forniture Materiali/Farmaci/Controllo Scadenze/File F .....	15
5.1.5	Trasferimento competenze/educazione al paziente e caregiver .....	18
5.1.6	Trasporti .....	19
5.1.7	Richieste di consulenze specialistiche domiciliari per persone assistite in ADI e Cure Palliative .....	19
5.1.8	Cartella Integrata: note di compilazione fino all' archivio .....	20
5.1.9	Richieste a farmacia e magazzino .....	21
5.1.10	Registrazione dei dati .....	23
5.1.11	Smaltimento rifiuti .....	24
5.1.12	Automezzi di servizio .....	25
5.1.13	Divisa di lavoro .....	25
5.2	GESTIONE DELLA FUNZIONE RESPIRATORIA .....	26
	PREVEDE LA VALUTAZIONE DEL PAZIENTE DA PARTE DEL MEDICO SPECIALISTA E/O DEL MEDICO DI FAMIGLIA. ....	26
5.3	GESTIONE DELLE FUNZIONI ALIMENTAZIONE ED IDRATAZIONE .....	27
5.3.1	Nutrizione parenterale .....	27
5.3.2	Nutrizione enterale/PEG, pazienti disfagici .....	28
5.4.1	Prescrizione e somministrazione terapeutica .....	29
5.4.2	La terapia marziale .....	30
5.4.3	Terapia infusione .....	33
5.4.4	Ipodermoclisi .....	33
5.4.5	Elastomeri .....	35
5.4.6	Terapie intramuscolari, sottocutanee .....	35
5.4.7	Trasfusioni .....	36
5.4.8	Elettrocardiogramma .....	40
5.4.9	Prelievi ematici .....	41

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

Segue determinazione n. 938/000/DIG/12/0062 del 31 luglio 2012

5.5 GESTIONE SUPPORTO ALL'ELIMINAZIONE DI SECRETI (URINE) ED ESCRETI (FECI) ORGANICI.....	43
5.5.1 Cateteri vescicali/fornitura presidi di assorbenza.....	43
5.5.2 Lavature vescicali.....	43
5.5.3 Alvo.....	43
5.5.4 Stomie (colostomie-ileostomie e urostomie)- derivazioni biliari esterne.....	43
5.6 GESTIONE DELLA MOVIMENTAZIONE.....	44
5.6.1 Trattamenti riabilitativi.....	44
5.7 GESTIONE E CURA DELLA CUTE E PROTEZIONE DEI TESSUTI.....	45
5.7.1 Prevenzione e trattamento lesioni da pressione.....	45
5.7.2 Medicazioni bendaggi elastici.....	45
<b>6 NORMATIVA, RIFERIMENTI, ALLEGATI E MODULI SUL SITO.....</b>	<b>47</b>
6.1 NORMATIVA.....	47
6.2 RIFERIMENTI.....	51
6.3 ALLEGATI.....	51
6.4 MODULI PRESENTI SUL SITO:.....	61
<b>7 INDICATORI/VERIFICA/PARAMETRI DI CONTROLLO.....</b>	<b>61</b>
7.1 INDICATORI.....	61
7.2 VERIFICA E PARAMETRI DI CONTROLLO.....	61
<b>8 LISTA DI DISTRIBUZIONE.....</b>	<b>62</b>

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	


	PROCEDURE PER LE ATTIVITA' IN CURE DOMICILIARI	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 4 di 62

**GRUPPO DI LAVORO**

<b>BATTAGLINO MARINELLA</b>	<b>Oss S.O.C. Cure Primarie e Domiciliari</b>
<b>BOARINO GABRIELLA</b>	<b>Coord. Infermieristica SITRPO</b>
<b>CESTE VALERIA</b>	<b>Inf. S.O.C. Cure Primarie e Domiciliari</b>
<b>COPETTO ELSA</b>	<b>Coord. Infermieristica S.O.C. Cure Primarie e Domiciliari</b>
<b>CUSATELLI RICCARDA</b>	<b>Medico S.O.C. Cure Primarie e Domiciliari</b>
<b>DALLORTO PAOLO</b>	<b>Medico S.O.C. Cure Primarie e Domiciliari</b>
<b>DI RUTIGLIANO DANIELA</b>	<b>Oss S.O.C. Cure Primarie e Domiciliari</b>
<b>DIONESE LUIGI</b>	<b>Inf. S.O.C. Cure Primarie e Domiciliari</b>
<b>FERIAN CINZIA</b>	<b>Inf. S.O.C. Cure Primarie e Domiciliari</b>
<b>FERRARI FLORA</b>	<b>Coord. Infer.ca e del gruppo di lavoro S.O.C. Cure Primarie e Domiciliari</b>
<b>GIACHINO ROBERTO</b>	<b>Medico Medicina Generale ASL CN2</b>
<b>GIUGALE ANNA</b>	<b>Inf. S.O.C. Cure Primarie e Domiciliari</b>
<b>GOLA LORENZO</b>	<b>Medico Medicina Generale ASL CN2</b>
<b>IANNINI ROCCO</b>	<b>Dir. S.o.c Serv. Antenna Trasfusionale</b>
<b>PERNA CRISTINA</b>	<b>Fisiot. S.O.C. Cure Primarie e Domiciliari</b>
<b>RAMBAUDI GIOVANNA</b>	<b>Ass. Sanitaria S.O.C. Cure Primarie e Domiciliari</b>
<b>RAVINA IVANA</b>	<b>Inf. S.O.C. Cure Primarie e Domiciliari</b>
<b>STEFANI SILVIA</b>	<b>Medico S.O.C. Medicina Generale Bra</b>
<b>TRIO NUCCIA</b>	<b>Inf. Servizio Antenna Trasfusionale</b>
<b>VIZZI TERESA</b>	<b>Inf. Servizio Antenna Trasfusionale</b>

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

Segue determinazione n. 938/000/DIG/12/0062 del 31 luglio 2012

	PROCEDURE PER LE ATTIVITA' IN CURE DOMICILIARI	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 5 di 62

### PREMESSA

Il Servizio Sanitario è sempre più orientato verso l'Assistenza Domiciliare. Diventa indispensabile, anche a livello locale, applicare la filosofia del modello assistenziale unico, tendendo alla realizzazione della cosiddetta " **continuità assistenziale**" ed alla maggior integrazione possibile fra le varie forme di assistenza esistenti.

Al fine di favorire questo processo, si ritiene indispensabile, una regolamentazione locale dell'attività domiciliare. Questa si basa sull'integrazione fra le professioni, specificando che l'assistenza sanitaria, **che deve avere come protagonista il paziente**, è affidata al medico di Famiglia, all'Infermiere, all'Operatore OSS, alle fisioterapiste, agli psicologi e ai medici specialisti. Essa deve essere basata su un reale approccio multidisciplinare e multiprofessionale, per il quale è indispensabile anche l'integrazione tra i Servizi Sanitari territoriali - ospedalieri e i Servizi Socio-Assistenziali.

Al medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta è affidata la responsabilità clinica del paziente<sup>1</sup>, ovvero la responsabilità di diagnosi e cura. In assenza del Medico di Famiglia ufficiale del paziente, si potrà fare riferimento ad un suo associato, al sostituto designato o al medico della continuità assistenziale. Tutti gli operatori sono tenuti ad informare, se necessario, l'assistito in merito alle associazioni mediche operanti sul Territorio.

All'Infermiere è attribuita la responsabilità dell'assistenza generale infermieristica - preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa - di natura tecnica, relazionale ed educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria<sup>2</sup>.

In questa procedura verranno riportate solo le attività che possono essere svolte a domicilio con specificati i criteri di erogazione mentre la pianificazione assistenziale dettagliata verrà descritta nella Cartella Integrata di Cure Domiciliari, che viene redatta e conservata al domicilio del paziente durante il tempo di permanenza in assistenza.

A tutte le figure professionali compete l'attività di informazione ed educazione alla salute rivolta sia al paziente, sia al familiare e/o caregiver.


L'intero documento è stato condiviso dal gruppo di lavoro che si occupa del coordinamento delle cure domiciliari, composto dagli operatori della SOC CURE PRIMARIE e DOMICILIARI, S.I.T.R.P.O, SERVIZIO TRASFUSIONALE, MEDICI DI FAMIGLIA e, pertanto, è ufficialmente considerato come documento

<sup>1</sup>CDM 06: codice di deontologia medica 2006 e s.i.

<sup>2</sup> D.M. 14/09/94 n.739

CODICE DEONTOLOGICO IPASVI 2009,  
LEGGE 42 del 1999

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	PROCEDURE PER LE ATTIVITA' IN CURE DOMICILIARI	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 6 di 62

operativo di Servizio e potrà essere modificato, integrato e rivisto in caso di necessità, oppure sulla base di motivate richieste pervenute al Coordinatore del Gruppo di lavoro.

Nelle pagine seguenti verranno descritte le procedure operative dell'assistenza domiciliare, a partire dalla modalità di presa in carico all'erogazione delle prestazioni sanitarie ed assistenziali fino alla dimissione della persona assistita.

### 1.1 Obiettivi

Uniformare le modalità operative per l'erogazione dell'assistenza a domicilio da parte di tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza.

Costruire e diffondere delle linee di indirizzo utili nell'espletamento di specifiche prestazioni a domicilio

### 1.2 Campo di applicazione

Questa procedura verrà applicata in tutti i contesti aziendali, territoriali e domiciliari che prevedono l'attivazione e l'assistenza erogata dalla SOC Cure Primarie e Domiciliari.

Al servizio di Cure Domiciliari afferiscono tutte le persone con problemi sanitari presenti nel territorio della nostra ASL.


## 2 MODIFICHE ALLE REVISIONI PRECEDENTI

Revisione	Data	Motivo dell'aggiornamento
0	Maggio 2005	Prima emissione a seguito della revisione complessiva del sistema di accreditamento della struttura.
1	Dicembre 2011	Revisione dell'intero documento

Questa procedura viene revisionata ogni tre anni, salvo l'emanazione di nuove norme o linee guida o l'emergere di fattori critici.

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD-Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

Segue determinazione n. 938/000/DIG/12/0062 del 31 luglio 2012

	PROCEDURE PER LE ATTIVITA' IN CURE DOMICILIARI	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 7 di 62


### 3 DEFINIZIONI

#### 3.1 Siglario

Sigla-acronimo-abbreviazione	Significato
ADI	Assistenza domiciliare integrata
ADP	Assistenza domiciliare programmata
CD	Cure domiciliari
DD	Determinazione Direttoriale
CP	Cure Palliative
CPD	Cure Primarie Domiciliari
D.LGS	Decreto Legislativo
H	Ospedaliero
HGT	HemoGlucoTest
K	Potassio
PLS	Pediatra di Libera Scelta
LTOT	Ossigeno Terapia a Lungo termine
MMG	Medico di Medicina Generale
MdF	Medico di Famiglia = MMG+PLS
NED	Nutrizione Enterale Domiciliare
NPT	Nutrizione Parenterale Totale
OSS	Operatore Socio Sanitario/operatore di supporto
PA	Persona Assistita
PIE	Prestazioni Infermieristiche Estemporanee
PSSR	Piano Socio Sanitario Regionale
RRF	Recupero Riabilitazione Funzionale
SIAD	Sistema informativo assistenza domiciliare
SID	Servizio infermieristico domiciliare
SIMT	Società Italiana Medicina Trasfusionale
SITRPO	Servizio Infermieristico, Tecnico, della Riabilitazione, della Prevenzione e della Professione Ostetrica
SOC	Struttura Operativa Complessa
SOS	Struttura Operativa Semplice
SSD	Struttura Semplice Dipartimentale
TRAINING	Trasferimento di competenze

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	Vedi elenco interno procedura
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

Segue determinazione n. 938/000/DIG/12/0062 del 31 luglio 2012


	PROCEDURE PER LE ATTIVITA' IN CURE DOMICILIARI	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 8 di 62

**4 MATRICE DELLE RESPONSABILITA' / ATTIVITA'**

ATTIVITÀ	MEDICO DEL SERVIZIO	MMG	MED. SPEC.	INF.	OSS	FISIATRA	FISIOT.	COORD. INF
Indicazioni comuni per la funzionalità del servizio	R	R		R	C			S
Gestione della funzione respirazione	S	R	R	R/C	C	R	R/C	S
Gestione delle funzioni alimentazione ed idratazione	S	R	R	R/C	C			S
Gestione dell'aspetto terapeutico	S	R	R	R/C	C			S
Gestione supporto all'eliminazione di secreti ed escreti	S	R	R	RC	C			S
Gestione della movimentazione	S	R/C	R	R/C	R/C	R/S	R/C	S
Gestione della cura della cute e protezione dei tessuti	S	R	R	R	C			S


Nome/funzione	Firma
Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	
Redazione	
Verifica e approvazione	
Emissione	

Segue determinazione n. 938/000/DIG/12/0062 del 31 luglio 2012

	PROCEDURE PER LE ATTIVITA' IN CURE DOMICILIARI	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 9 di 62

R=responsabile; C=collaboratore; S=supervisore

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli; Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	Vedi elenco interno procedura
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 10 di 62

## 5 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

In questo capitolo si descrivono , in sequenza, tutte le attività della procedura, definendo nel dettaglio le modalità applicative e di controllo.

### 5.1 INDICAZIONI COMUNI PER LA FUNZIONALITA' DEL SERVIZIO

#### 5.1.1 Modalità della presa in carico del paziente

La presa in carico deve essere attivata dal Medico di Famiglia, che ha la responsabilità clinica del paziente ed al quale ci si deve rivolgere negli orari previsti ( 8.00-20.00 nei giorni feriali; 8.00-10.00 il sabato e i giorni prefestivi). Negli altri orari, per ogni eventuale necessità medica, si deve fare riferimento al Servizio di Continuità Assistenziale ( ex Guardia Medica ) ai seguenti numeri telefonici:

0173/316316 per il Distretto di ALBA

0172/420377 per il Distretto di BRA

In caso di urgenza è necessario contattare direttamente il 118

L'assistenza medica è garantita dal Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta e dal Servizio di Continuità Assistenziale negli orari definiti

La presa in carico è disposta dal Medico di Famiglia (d'ora in poi denominato MdF) che redige l'apposito modulo reperibile sul sito dell'ASL e lo inoltra, anche ai fini dell'autorizzazione, alla centrale operativa della continuità assistenziale delle sedi di:

Alba al fax n. 0173599802 oppure 0173316142 - Bra al fax n. 0172420421 oppure tramite mail con firma digitale, posta certificata o consegna diretta alle sedi ambulatoriali Territoriali.


La presa in carico degli utenti si effettua dal lunedì al giovedì e, di norma, entro le 48 ore dal recepimento del modulo; nella giornata di venerdì l'apertura dell'assistenza dovrà essere valutata con i coordinatori e medici del servizio di Cure Domiciliari.

I presupposti per l'attivazione dell'assistenza domiciliare sono:

1. Residenza con scelta del medico o domicilio sanitario del paziente presso la nostra ASL, ovvero inserimento negli elenchi degli assistiti di un MdF dell'ASL CN2;
2. presa in carico da parte del MdF per le problematiche di tipo sanitario
3. presenza di un valido supporto familiare e/o di una rete di aiuto formale-informale
4. esistenza di un'ideonea condizione abitativa

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

Segue determinazione n. 938/000/DIG/12/0062 del 31 luglio 2012

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 11 di 62

5. compatibilità delle condizioni cliniche per la permanenza al domicilio
6. firma del consenso informato da parte del paziente e della sua famiglia

Requisito indispensabile per la buona riuscita dell'assistenza domiciliare è la partecipazione attiva dei familiari, con i quali verrà stilato un vero e proprio contratto di collaborazione.

Ai familiari verrà richiesta la sorveglianza del paziente e l'esecuzione di alcune delle attività di assistenza.

L'obiettivo principale è quello di rendere autonoma la famiglia nella gestione assistenziale.

**Le Prestazioni Erogate Da Tutti Gli Operatori Sono Completamente Gratuite**

Il servizio infermieristico di Cure Domiciliari è attivo su tutto il territorio dell'A.S.L. CN 2 ALBA BRA dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 16.00.

Dal lunedì al venerdì dalle 16.00 alle 20.00 ed il sabato e domenica e festivi (8-20) sono in servizio gli infermieri reperibili per pazienti già in carico. Questi operatori non sono autorizzati all'apertura di nuovi casi. Per il servizio in reperibilità gli operatori devono avere al seguito, tra il materiale occorrente per l'assistenza, l'aspiratore portatile, un ambu e la canula di guedel.


Le tipologie assistenziali sono le seguenti:

**ADP** Assistenza Domiciliare Programmata: prevede l'accesso del medico di famiglia, l'accesso degli operatori infermieristici e di supporto per attività assistenziali estemporanee come valutazioni lesioni da decubito, prelievi ematici programmati, sostituzione di cateteri vescicali;

**SID** servizio infermieristico domiciliare: prevede accessi domiciliari infermieristici e degli operatori di supporto e, occasionalmente, del MdF secondo il CCN (Contratto Collettivo Nazionale);

**ADI** Assistenza Domiciliare Integrata: tipologia assistenziale in cui è prevista l'integrazione tra figure professionali sanitarie diverse che concorrono al raggiungimento di un obiettivo di salute per il paziente e la fornitura dei farmaci previsti dal Prontuario Terapeutico Aziendale; prevede l'accesso medico (medico di Medicina Generale, Pediatri, Psicologi, Medici di Continuità Assistenziale e Specialisti), fisioterapico, infermieristico e degli operatori di supporto.

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 12 di 62

Si attiva questa tipologia quando si prevede una elevata frequenza di accessi domiciliari sia da parte del medico sia da parte dell'infermiere.

**CP** Cure Palliative: rivolte a pazienti terminali in cui è prevista l'integrazione tra figure professionali sanitarie diverse che concorrono alla promozione della qualità della vita residua e la fornitura dei farmaci previsti dal Prontuario Terapeutico Aziendale.

Questa tipologia si attiva per pazienti in condizioni terminali e prevede una elevata frequenza di accessi domiciliari sia da parte del medico sia da parte dell'infermiere.

#### ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA e CURE PALLIATIVE

in questi casi, l'orario del servizio infermieristico è programmato su 12 ore al giorno per 365 giorni all'anno come segue:

- dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 16.00 come servizio attivo
- dalle ore 16.00 alle ore 20.00 come reperibilità
- sabato, domenica e festivi dalle ore 8.00 alle ore 20.00 come reperibilità.

#### **La permanenza in tutte le tipologie di assistenza, può variare da caso a caso.**


Trimestralmente viene compiuta dal MdF o dal medico del Servizio di Cure Domiciliari una rivalutazione del paziente, al fine del mantenimento del paziente nella tipologia assistenziale aperta; eventuali variazioni di tipologia assistenziale devono essere comunicate telefonicamente o notificate via mail agli indirizzi [fferrari@aslcn2.it](mailto:fferrari@aslcn2.it) oppure [rcusatelli@aslcn2.it](mailto:rcusatelli@aslcn2.it) oppure [ecopetto@aslcn2.it](mailto:ecopetto@aslcn2.it). Tutte le tipologie assistenziali aperte vengono inserite nel Programma informatizzato SIAD per consentire l'aggiornamento delle prestazioni e degli accessi dei vari Operatori a domicilio dell'utente.

La presa in carico della persona assistita prevede l'apertura della cartella integrata, fornita dagli infermieri o dai Medici di Famiglia, che dovrà seguire sempre il paziente, tranne per situazioni particolari concordate con il Servizio, fino a chiusura dell'assistenza. Sulla base delle specifiche necessità del Paziente, viene stilato un piano di intervento personalizzato che potrà di volta in volta prevedere l'intervento a domicilio del MdF, di un Infermiere, di un Operatore Socio Sanitario, di un Fisioterapista, di un Medico Specialista o di altre figure professionali.

Poiché la cartella integrata ha valore legale, in caso di smarrimento, sarà necessario effettuare la denuncia all'autorità competente<sup>3</sup> e la copia dell'avvenuta denuncia dovrà essere archiviata in sostituzione della cartella.

<sup>3</sup> Vedi paragrafo 5.1.8

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 13 di 62

Nella cartella assistenziale c'è una pagina dedicata alle informazioni inerenti al Servizio rivolto alla PA.

Utilizzo della scheda di segnalazione dal reparto Ospedaliero alla Centrale Operativa Continuità Assistenziale ( allegato 2 ) : presso i reparti Ospedalieri di Alba e Bra è in utilizzo un modello di segnalazione delle previste dimissioni di pazienti che necessitano di assistenza a domicilio, in cui vengono riportate le principali informazioni per la continuità clinico assistenziale. E' però preferibile che dal Reparto Ospedaliero che dimette pervenga, al numero di fax della Centrale Operativa, anche copia della lettera di dimissione per comunicare la terapia alla dimissione ed eventuale dimissione Infermieristica per trasmettere in modo più completo ed immediato le informazioni di carattere assistenziale.

L'attivazione dell'assistenza però deve sempre essere effettuata dal MdF tramite apposito modulo di segnalazione presa in carico.

### 5.1.2 Recapiti telefonici

Nelle cartelle assistenziali dei pazienti deve comparire il numero del telefono di rete fissa delle varie sedi territoriali e deve essere specificato che è presente una segreteria telefonica attiva 24h.

Il telefonino di servizio dovrà essere lasciato esclusivamente dagli operatori ai pazienti in ADI e CP ed a qualunque altro paziente per il quale gli operatori stessi lo ritengano opportuno, indipendentemente dalla tipologia assistenziale.

### 5.1.3 Fornitura ausili/presidi


Per tutte le tipologie assistenziali è consentita la fornitura di protesi ed ausili su prescrizione specialistica o, limitatamente ad una selezione di presidi, su prescrizione del MdF, utilizzando il modulo reperibile sul sito aziendale<sup>4</sup>. La prescrizione di ausili deve essere effettuata dopo attenta valutazione del paziente ed eventuale confronto con Infermieri e Fisioterapista del servizio , al fine di assegnare ausili utili ed utilizzati effettivamente ed evitare spreco di risorse.

Al medico specialista Fisiatra vanno indirizzate le impegnative, raccolte dal Servizio e corredate dalla documentazione necessaria, con richiesta di valutazione domiciliare per prescrizione di ausili, diversi da quelli prescrivibili dal MdF.

Per prescrizione di presidi ed ausili a pazienti ricoverati in attesa della dimissione sono possibili due percorsi:

<sup>4</sup> Scala Barthel in allegato alla procedura, allegato 6

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 14 di 62

1. il medico del reparto ospedaliero contatta telefonicamente il medico curante e concorda le modalità ed i tempi di dimissione ospedaliera e successiva presa in carico in Cure Domiciliari; in questo caso, il MdF può prescrivere gli ausili indispensabili a domicilio previsti sul modulo disponibile sul sito dell'ASL, specificando la data programmata per la dimissione, che dovrà avvenire entro i tre giorni successivi.
2. il reparto ospedaliero invia alla centrale operativa del Servizio Cure Domiciliari il modulo di segnalazione della dimissione per la successiva presa in carico in assistenza domiciliare, con la proposta degli ausili necessari, al fine della prescrizione da parte del MdF.

Gli ausili forniti dall'ASL devono essere sottoposti a collaudo da parte del medico prescrittore.

Al medico specialista Fisiatra vanno indirizzate le richieste di valutazione domiciliare per la prescrizione di presidi individualizzati e/o diversi da quelli prescrivibili dal MdF.

Alla chiusura del caso assistenziale gli ausili concessi vanno restituiti entro 30 giorni. In caso di permanenza delle condizioni cliniche che hanno portato alla prescrizione, il mantenimento dell'ausilio è subordinato alla presentazione di domanda di Invalidità Civile finalizzata al riconoscimento d'Indennità di accompagnamento.

**INDICAZIONE PER PRESCRIZIONE MONTASCALE DI TIPO MOBILE:**


Il paziente deve essere in Cure Domiciliari oppure invalido civile o aver presentato domanda di invalidità civile finalizzata al riconoscimento della indennità di accompagnamento.

La prescrizione deve essere fatta da parte del medico specialista fisiatra; prima dell'accesso del Fisiatra, il familiare, deve acquisire la seguente documentazione, come da D.M. 332 del 27/8/1999:

- 1) dichiarazione Ufficio Tecnico del Comune di residenza, di cui al D.M. lavori pubblici 14/8/1989 n. 236 (richiesta diretta in comune da parte dell'interessato o chi per esso)
- 2) relazione del Servizio Sociale sull'assoluta indispensabilità del Presidio. (richiesta diretta al Servizio Sociale da parte dell'interessato o chi per esso).

La prescrizione del Fisiatra, unitamente a tutta la documentazione, deve essere consegnata agli sportelli protesica di via Goito/via Vida per l'autorizzazione ed il successivo invio al magazzino fornitore.

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 15 di 62

#### **5.1.4 Forniture Materiali/Farmaci/Controllo Scadenze/File F**

Le forniture di materiali ai pazienti (esempio, piantana, aspiratore, saturimetro, apparecchio per emogluco-test...), devono essere registrate su prospetto allegato o mantenendo le modalità già in uso, per il loro recupero dopo la chiusura del caso.

Tutti gli operatori, trasportatori compresi, sono tenuti al rispetto delle condizioni di conservazione dei farmaci riportate in etichetta. Occasionali e temporanee permanenze di prodotti che non riportano indicazioni specifiche in etichetta, a temperatura attorno a 40°C, sono compatibili con un regime di conservazione che non compromette la sicurezza e l'efficacia dei farmaci. Tale limite massimo, si configura come una situazione estrema nelle temperature di conservazione e va comunque evitato come condizione normale, privilegiando temperature più basse.

Tenuto conto di queste raccomandazioni, gli Operatori del servizio, che devono obbligatoriamente trasportare farmaci e presidi per l'attività assistenziale, sono tenuti a conservare gli stessi nel miglior modo possibile, agendo in scienza e coscienza. Ciò avviene compatibilmente con le condizioni atmosferiche esterne, con il mezzo di trasporto messo a disposizione e col tempo necessario per lo spostamento del materiale alle varie sedi di utilizzo. Deve però essere applicata la regola di lasciare vuota l'auto al termine del servizio.

Per favorire le operazioni di spostamento del materiale e dei farmaci dalle sedi ambulatoriali alle auto, gli operatori sono forniti di capienti borsoni che sono allestiti in base alle proprie necessità e modalità organizzative. Non sono necessarie bolle o documenti vari di trasporto.


La procedura per il controllo delle scadenze di Farmaci e Presidi utilizzati per l'Assistenza Domiciliare è descritta dettagliatamente nella Procedura Gestione Attività Ambulatoriali alla quale si rimanda.

Solo ai pazienti in ADI e Cure Palliative o comunque a persone assistite alle quali è possibile supervisionare la fornitura, è possibile fornire i farmaci e soluzioni infusionali presenti nel Prontuario Terapeutico Aziendale. Al cambio di tipologia assistenziale verrà sospeso anche l'approvvigionamento dei farmaci. Gli infermieri sono tenuti a proporre a questi pazienti la fornitura diretta dei farmaci e registrare in cartella la proposta effettuata e l'eventuale rifiuto. Il Prontuario Terapeutico Aziendale è rivisto periodicamente, seguendo le indicazioni regionali. E' consultabile sul sito Aziendale nel settore Ospedale Alba Bra, Assistenza Farmaceutica Ospedaliera.

Il MdF deve utilizzare, quando richiesto dalla Procedura Aziendale, la modulistica specifica per la prescrizione di alcuni farmaci. Tale modulistica è scaricabile dal sito Aziendale.

In applicazione del Prontuario Terapeutico Aziendale si devono rispettare le seguenti indicazioni:

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 16 di 62

- i Farmaci classificati in fascia H Osp (esempio Vancocina 500 mg fiale) e C Osp sono disponibili solo in Farmacia Ospedaliera; i Farmaci H (esempio Ferlixit fiale) sono disponibili sia in Farmacia Ospedale (SSN) sia presso le farmacie convenzionate (a carico del cittadino).

La fascia H Osp è utilizzabile solo in Ospedale o strutture assimilate (ambulatori ospedalieri e Cure Domiciliari)

- i farmaci in fascia C (es tutti i purganti, enemac ) sono erogabili solo a pazienti in ADI/CP. Alle dimissioni ospedaliere, attuando il progetto di erogazione farmaci in dimissione, non vengono consegnati.

- I farmaci stupefacenti secondo tabella II D legge 38/2010<sup>5</sup>, non sono più soggetti a registro di carico/scarico e possono essere forniti a pazienti in assistenza. Per la richiesta alla Farmacia Ospedaliera di questi farmaci è sufficiente la richiesta informatizzata.

In caso di forniture di grossi quantitativi di stupefacenti, sarà necessario compilare il modulo (allegato 3) di affidamento personale di farmaci stupefacenti, a firma dell'operatore che consegna e dell'interessato, o chi per esso, che riceve.

La prescrizione deve riportare il principio attivo del farmaco e non il nome commerciale; l'aggiornamento della stessa in cartella assistenziale è l'unica forma di autorizzazione alla fornitura dei farmaci. Non possono essere esaudite le richieste effettuate telefonicamente (ad eccezione quelle fatte dal Medico di Famiglia).

La registrazione dello scarico dei farmaci si deve effettuare sul modulo denominato FILE F, facendo riferimento alla regola che si scaricano sul FILE F tutti i farmaci e pomate di natura commerciale. Questi sono identificabili con il codice ministeriale situato sotto il codice a barre, sulla confezione, che comincia con **AO** (in numero).


Anche i galenici preparati dal nostro laboratorio della Farmacia Interna, sono da scaricare con FILE F.

Non sono da inserire tutti gli altri (es. Mustela, Olio VEA, BioClin, Tueor, Vaseline bianca, Bionect Start, Stomahesive ...)

<sup>5</sup> Al Momento: TARGIN CO vari dosaggi, DUROGESIC/MATRIFEN\*3CER MATRICE 25mcg e 50mcg MATRIFEN\*3CER 12MCG/ORA ORAMORPH\*OS 20FL 5ML 10mg; OXYCONTIN\*CPR R.P. 20mg TRANSTEC\*3CER 35mcg e 52,5 mcg; TWICE\*16CPS R.P. 10mg e 30 mg

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

Segue determinazione n. 938/000/DIG/12/0062 del 31 luglio 2012


	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 17 di 62

Il periodo di riferimento è mensile dal 16 al 15 del mese successivo e la compilazione dei moduli FILE F (allegato 5) è responsabilità infermieristica, coadiuvata dagli operatori di supporto.

I Farmaci consegnati al paziente alla dimissione dall'Ospedale non sono da scaricare sul FILE F, in quanto lo scarico, viene effettuato dalla Farmacia Ospedaliera.

Queste confezioni sono prive di fustella e, in caso di inutilizzo o di restituzione, questi non possono essere collocati nelle medicherie degli Ambulatori infermieristici ma vanno riconsegnati alla Farmacia Ospedaliera per il recupero della fustella e il conseguente ricircolo del farmaco.

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 18 di 62

### 5.1.5 Trasferimento competenze/educazione al paziente e caregiver

Nel caso sia necessario qualunque tipo di trasferimento di competenze, si potrà aprire una tipologia assistenziale a tempo determinato. E' necessario individuare un caregiver di riferimento.

In assenza di una persona di riferimento non sarà possibile aprire l'assistenza o mantenere la stessa aperta; eventuali eccezioni verranno valutate dal medico di famiglia con gli operatori del Servizio. Gli operatori sono tenuti a registrare in cartella assistenziale integrata, nell'apposita scheda, l'attività attribuita ed il grado di apprendimento del caregiver.


Il trasferimento delle competenze può essere effettuato dall'infermiere/fisioterapista nei confronti degli operatori di supporto sia del servizio stesso che dell'area sociale, oppure nei confronti del caregiver.

L'operatore di supporto, a sua volta e in considerazione del profilo professionale può effettuare attività di trasferimento di competenze.

Qualunque tipo di attribuzione deve essere prescritta.

In caso di paziente con prescrizione di NPT domiciliare con sacche, l'operatore della Ditta fornitrice effettuerà la formazione al Caregiver sulla somministrazione lasciando in cartella integrata una scheda firmata sul passaggio di competenze e sul grado di apprendimento.

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 19 di 62

### 5.1.6 Trasporti


1. Sono autorizzabili i trasporti per visite specialistiche o per accertamenti diagnostici esclusivamente per pazienti già inseriti in Assistenza Domiciliare Integrata o Cure Palliative
2. I trasporti autorizzabili sono quelli che avvengono nell'ambito dell'ASLCN2, con l'eccezione dei servizi resi per le specializzazioni non presenti nell'ASLCN2, ma comunque esclusivamente in ambito regionale. Sono autorizzabili i trasporti di persone già inserite in ADI o Cure Palliative, che necessitano di ricovero negli Ospedali della ASLCN2. Alla dimissione è altresì autorizzabile il trasporto al domicilio dello stesso paziente solo nel caso in cui sia stata preventivamente concordata con il MdF la contestuale riapertura dell'assistenza ADI o Cure Palliative
3. NON sono autorizzabili trasporti per:
  - ❖ prestazioni sanitarie di carattere privato o senza finalità di cura (es. visite per invalidità civile)
  - ❖ prestazioni ambulatoriali di riabilitazione
  - ❖ cicli di radio o chemioterapia
4. La richiesta di trasporto, redatta dal Medico di Famiglia viene consegnata ai familiari che si recheranno agli uffici distrettuali di Alba o Bra della S.O.C. Cure Primarie e Domiciliari con il necessario anticipo per l'autorizzazione da parte del Medico del Servizio. Gli accordi con l'ente che eroga il Servizio di trasporto sono a carico dei familiari. Qualunque altra modalità di trasmissione delle richieste (da parte dei medici o infermieri) è da concordare con i medici del servizio.
5. Il modulo per la richiesta dei trasporti è presente nel sito dell'ASL.

### 5.1.7 Richieste di consulenze specialistiche domiciliari per persone assistite in ADI e Cure Palliative

Gli specialisti possono provenire dai reparti ospedalieri o dagli ambulatori extraospedalieri.

Per le richieste di consulenza domiciliare rivolte agli **specialisti ospedalieri**: previo contatto telefonico con lo specialista, il MdF compila l'impegnativa regionale che verrà conservata dal paziente e consegnata direttamente allo specialista al momento della visita (ad eccezione del fisiatra come

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 20 di 62

precedentemente descritto); in questo caso non è prevista alcuna autorizzazione del servizio; gli infermieri si accerteranno se lo specialista ha necessità di effettuare l'accesso congiunto e registreranno sul SIAD la consulenza avvenuta.

Gli infermieri sono tenuti a registrare sul SIAD anche tutti gli accessi effettuati da specialisti ospedalieri che trovano sulla cartella clinica.

Per le richieste di visita fisiatrica si rimanda al paragrafo 5.6.1

Per quanto riguarda le richieste di consulenza domiciliari da parte degli **specialisti ambulatoriali convenzionati interni:**

l'impegnativa del MdF deve essere inviata al medico CPD per l'autorizzazione, che si preoccupa, in collaborazione con il coordinatore infermieristico, di inviarla al Poliambulatorio.

Una copia dell'impegnativa autorizzata dovrà essere inviata al personale amministrativo che si occupa della gestione degli specialisti.

Se lo specialista in questione ha necessità di essere accompagnato, gli infermieri saranno avvisati dal coordinatore del Poliambulatorio.

In questo caso la consulenza sarà registrata sul SIAD dal medico del servizio o dall'amministrativo individuato/ coordinatore.

#### **5.1.8 Cartella Integrata: note di compilazione fino all' archivio**


La presa in carico della persona assistita prevede l'apertura della cartella integrata, fornita dagli infermieri o dai Medici di Famiglia, che dovrà seguire sempre il paziente, tranne situazioni particolari concordate con il Servizio, fino a chiusura dell' assistenza. Sulla base delle specifiche necessità del Paziente, è stilato un piano di intervento personalizzato che potrà di volta in volta prevedere l'intervento a domicilio del MdF, di un Infermiere, di un Operatore Socio Sanitario, di un Fisioterapista, di un Medico Specialista o di altre figure professionali.

Tutta l'attività svolta al domicilio, è quindi descritta in modo completo e dettagliato nella cartella assistenziale. La pianificazione assistenziale infermieristica è contenuta nella cartella integrata conservata al domicilio del paziente. Alcune precisazioni per la corretta compilazione della cartella integrata sono riassunte in un elenco posto in allegato.

Tutte le cartelle chiuse devono pervenire nelle sedi centrali di Alba e Bra ad eccezione delle cartelle SID, infermieristica semplice, che verranno archiviate nelle sedi territoriali sempre con il criterio della divisione tra pazienti vivi e deceduti.

In caso di ricovero della P.A. sarà possibile sospendere l'assistenza, evitando la chiusura definitiva, se la permanenza nella struttura non sarà superiore ai 15

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 21 di 62

giorni consecutivi e, in questo caso le cartelle possono essere conservate temporaneamente nelle sedi distrettuali.

Le sospensioni vengono registrate sul SIAD alla riammissione nel servizio del paziente.

Al termine dell'assistenza è necessario concordare con il medico di Famiglia la chiusura, registrandone la motivazione nella diaria.

Le cartelle chiuse dell'anno in corso e dell'anno precedente verranno conservate nelle sedi centrali e successivamente inviate al centro unico di archiviazione individuato dall'azienda.

Prima dell'archiviazione, le cartelle dovranno essere viste dal medico del servizio per le tipologie ADP, ADI E CP e dagli infermieri per la tipologia SID; sarà necessario registrare nelle note del SIAD l'archiviazione della cartella.

L'operatore che riceve l'informazione del decesso è tenuto a registrare il dato in cartella assistenziale e nelle note del SIAD.

La cartella dei deceduti in ospedale deve essere archiviata con i deceduti e deve essere segnato nelle note del SIAD la data del decesso e il luogo.

In caso di chiusura per cambio medico, il medico subentrante deciderà se continuare sulla cartella precedente o intestarne una nuova. In caso si intestasse una cartella nuova, la cartella precedente dovrà essere conservata con la cartella aperta.

Sarà possibile utilizzare la stessa cartella in seguito a chiusure, solo nell'anno in corso.

Per la scelta della sede di archiviazione (sede centrale o territoriale), fa fede l'ultima tipologia assistenziale aperta e sulla diaria è obbligatorio specificare i cambi di tipologia assistenziale.

Prima dell'archiviazione, in caso di brevità del caso assistenziale, si può scrivere nella diaria in chiusura: mancanza di firma del contratto per brevità della presa in carico per aggravamento delle condizioni dell'utente; in questo caso, firma l'Infermiere che ha seguito maggiormente il paziente.

La chiusura effettiva dell'assistenza verrà registrata sul SIAD al momento del ricevimento della cartella in sede centrale, ad eccezione delle chiusure dei SID, che verranno registrati dagli Infermieri/Oss.


Lo smarrimento di questo documento prevede la denuncia all'autorità di competenza (carabinieri). In questo caso, al posto della cartella, verrà archiviata copia della denuncia.

Le cartelle dei letti di prossimità NON dovranno essere utilizzate per continuare l'assistenza al domicilio né viceversa.

### 5.1.9 Richieste a farmacia e magazzino

La richiesta dei materiali di approvvigionamento di magazzino (centro di costo proprio per ogni sede territoriale) e farmacia (distinguere il centro di costo a

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 22 di 62

seconda della tipologia assistenziale ADI - CP - SID - Ambulatoriale) è competenza sia infermieristica che OSS e viene effettuata per via informatizzata.

Entrambe le richieste devono essere inviate entro il termine utile, rispetto ai giorni stabiliti per la successiva consegna.

Per la richiesta alla Farmacia Ospedaliera è altresì possibile richiedere delle integrazioni urgenti utilizzando apposito modulo cartaceo o richiesta informatizzata, previo accordo con il farmacista.


Il MdF deve utilizzare, quando richiesto dalla Procedura Aziendale, la modulistica specifica per la prescrizione di alcuni farmaci es. Soluzioni di K (richiesta nominativa), antibiotici con richiesta motivata, antibiotici a base di Ertapenem, Albumina etc. Tale modulistica è scaricabile dal sito Aziendale.

L'eventuale necessità clinica di utilizzo del materiale di medicazione non presente a Magazzino farmacia, ma presente in gara di appalto, va segnalata alle Coordinatrici, che provvederanno alla richiesta specifica.

In caso di prescrizione da parte di un Medico Specialista di medicazioni avanzate non presenti nel prontuario aziendale, è necessario che l'utente posseda il piano terapeutico per la fornitura del materiale. In questo caso sarà facoltà dell'azienda decidere se fornire direttamente o autorizzare in farmacia esterna l'acquisto dei prodotti. Si precisa che non è necessario archiviare le bolle di avvenuta consegna dei materiali di Magazzino e Farmacia.

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

Segue determinazione n. 938/000/DIG/12/0062 del 31 luglio 2012

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 23 di 62

#### 5.1.10 Registrazione dei dati


Tutta l'attività svolta al domicilio, oltre che essere descritta in modo completo e dettagliato nella cartella assistenziale, deve essere registrata nel programma SIAD. Questo è un programma statistico e non di registrazione assistenziale. Tutta la parte assistenziale è contenuta nella cartella integrata conservata al domicilio del paziente. Chi registra la chiusura del caso deve anche precisare nelle note se la cartella è stata consegnata ed archiviata.

L'invio dei flussi alla regione è mensile, secondo il calendario che ha inviato la regione stessa. Ogni operatore è tenuto a registrare i dati dell'attività svolta con le proprie credenziali. Si consiglia di registrare giornalmente i dati per evitare accumuli che possono portare a dimenticanze. L'attività svolta in reperibilità deve essere registrata sul SIAD, dall'operatore che l'ha effettuata.

L'inserimento delle visite fisiatriche in SIAD sono effettuate dai fisioterapisti.

Alla fine di ogni registrazione controllare, cliccando il tasto "verifica", eventuali anomalie segnalate.

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 24 di 62

### 5.1.11 Smaltimento rifiuti

Si precisa che la gestione dei rifiuti sanitari a domicilio comporta non poche difficoltà di ordine pratico in merito all'applicazione della normativa vigente e l'imprescindibile coinvolgimento educativo del paziente e del caregiver nella gestione dell'attività.


Per lo smaltimento dei rifiuti prodotti durante le attività svolte nelle Cure Domiciliari, si fa riferimento alla Procedura Generale PG SGQ17 del 2008 e nello specifico:

- vetro, carta, cartone e plastica vengono smaltiti con il criterio della raccolta differenziata
- pannoloni anche contaminati da sangue, vengono smaltiti nei rifiuti assimilati agli urbani, purché non ricorrano i criteri d'infettività. Feci, urine, sangue possono essere fatti confluire nelle acque reflue che scaricano nella rete fognaria.
- sacche diuresi sono assimilate ai rifiuti urbani se non ricorrono i criteri di infettività
- rifiuti provenienti da medicazioni vengono smaltiti nei rifiuti assimilati agli urbani purché non ricorrano i criteri d'infettività
- bisturi e rifiuti taglienti e pungenti sono rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo per i quali è previsto lo smaltimento in contenitori rigidi con coperchio. I pazienti/familiari/caregiver che effettuano terapie a domicilio per le quali è previsto l'utilizzo di materiale pungente, vengono forniti ed educati all'utilizzo dei suddetti contenitori da parte del servizio, che si impegna al successivo ritiro e smaltimento come rifiuti speciali, quando pieni o non più utilizzati.
- Criteri per valutare l'appartenenza di un rifiuto ai rifiuti pericolosi a rischio infettivo (criteri di infettività): se si risponde **no** a tutti i quesiti il rifiuto è da intendersi assimilabile agli urbani:
  - 1) il rifiuto proviene da ambienti di isolamento nel quale esiste il rischio di trasmissione per agente biologico di gruppo IV ?
  - 2) il rifiuto è venuto a contatto con escreti di pazienti in isolamento per malattie trasmesse per contatto ?
  - 3) il rifiuto è contaminato con feci, urine, vomito, provenienti da pazienti per i quali il medico abbia rilevato clinicamente una patologia trasmissibile attraverso tali vie ?

I contenitori dei rifiuti speciali provenienti dagli ambulatori dei MdF dovranno essere debitamente compilati ai fini di una corretta identificazione.

La fornitura degli appositi scatoloni è a carico delle sedi territoriali.

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 25 di 62

### 5.1.12 Automezzi di servizio

La gestione delle auto di servizio prevede l'osservanza del regolamento aziendale.

Sugli automezzi di servizio è vietata la conservazione, a fine servizio, di farmaci o materiali deteriorabili utilizzati per l'assistenza.

E' vietato trasportare persone non autorizzate.

Deve essere presente il libretto di Circolazione, il tagliando dell'assicurazione ben in vista, la scheda elettronica in vigore per il rifornimento di carburante, eventuale libretto cartaceo per il rifornimento, il libretto di bordo, alcuni moduli per la constatazione amichevole di incidente in caso di sinistro e , dove sono previsti, i permessi di transito e sosta. I libretti di bordo sono richiedibili al magazzino e quando terminati devono essere inviati in economato (Veglio Martina) per l'archivio definitivo.

Gli scontrini di avvenuto rifornimento devono essere inviati tempestivamente, al servizio economato (Sig.ra Pensabene Francesca).

In caso di guasto all'automezzo ed impossibilità all'utilizzo, fino ad eventuali cambiamenti, è previsto l'intervento di un carro attrezzi contattando il meccanico di Bra Sig. Gotta 0172/439187 - 3398318162 per i giorni feriali, mentre nei giorni festivi Sig. Dallorto 3395894124.

Le riparazioni routinarie di problemi meccanici sono di competenza dei meccanici operanti a livello territoriale, individuati dall'azienda.


Le riparazioni della carrozzeria e la valutazione del danno alla carrozzeria in caso di sinistro, sono esclusivamente svolte dal Meccanico di Bra. (In caso di danno alla carrozzeria è necessario contattarlo per accordarsi sulla modalità (inviare una foto o far pervenire l'auto) per la valutazione del danno e per verificare l'ammontare economico. In ogni caso il dipendente, dopo aver tempestivamente avvisato telefonicamente la S.O.C. Provveditorato- gestione polizze assicurative, deve scrivere e inviare alla stessa S.O.C, una relazione su com'è avvenuto il sinistro. E' importante prendere visione del regolamento aziendale per informazioni precise sulla responsabilità personale e per gli eventuali risarcimenti previsti a carico del dipendente.

### 5.1.13 Divisa di lavoro

Non è un indumento di protezione per il lavoratore che la indossa. Svolge le funzioni indicate nella Circolare del Ministero del Lavoro n. 34 del 29/4/1999: elemento distintivo di appartenenza aziendale e preservazione degli abiti civili dall'usura connessa all'espletamento dell'attività lavorativa.

In ogni caso, pur non essendo un DPI, devono essere rispettate delle specifiche regole antinfortunistiche anche per la scelta della divisa di lavoro.

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 26 di 62

Nell'ASLCN2 con tale terminologia si intendono: casacca, polo, pantalone, camice, cardigan, felpa, giacca a vento, scarpe da ginnastica, scarpa da trekking. Lo Scarponcino basso in pelle, dato in dotazione al Servizio è invece da considerarsi un DPI, come indicato nell'elenco dei DPI fornito dal Servizio di Prevenzione e Protezione nel 2010.

Tutti gli operatori sono quindi tenuti ad indossare la divisa data in dotazione dall'azienda, comprensiva di scarpe antinfortunistica e cartellino di riconoscimento.

La richiesta di sostituzione di articoli di vestiario è da effettuare direttamente al magazzino-lingeria di competenza territoriale, restituendo gli indumenti in disuso se richiesto.

## 5.2 GESTIONE DELLA FUNZIONE RESPIRATORIA

Prevede la valutazione del paziente da parte del medico Specialista e/o del Medico di Famiglia.

Gli Infermieri delle Cure Domiciliari effettuano educazione sanitaria ed approfondimento di informazioni col trasferimento di competenze alla persona assistita/caregiver e a pazienti in carico, che possono presentare le seguenti situazioni: Ossigeno Terapia, Ventilazione continua o intermittente, Tracheotomie; possono collaborare con il MdF per la valutazione clinica della necessità di fornitura temporanea di apparecchiature ad esempio: bombole di Ossigeno gassoso con impegnativa regionale e approvvigionamento presso Farmacia convenzionata per utilizzo temporaneo/compassionevole, aspiratore elettrico per aspirazione vie aeree con fornitura da ditta appaltata ...etc.


La ginnastica respiratoria è a cura del fisioterapista.

Per la gestione di tracheostomie a pazienti dimessi dal reparto ORL dell'ASL, che siano in Cure Domiciliari, in possesso di prescrizione specialistica, in ottemperanza dell'allegato 6 delibera 1798 del 2009 e s.m.i , si consegneranno mensilmente i materiali previsti da modulo specifico in allegato. Le cannule di sostituzione e il materiale per l'aspirazione saranno forniti dalla ditta Appaltata. La gestione dell'Ossigeno Terapia Domiciliare a lungo termine (LTOT) è di pertinenza del Medico Specialista, che è responsabile della prescrizione a scadenza e dei controlli/rinnovi delle prescrizioni.

Infatti, con riferimento alle linee guida in materia, la prescrizione di Ossigeno liquido deve essere effettuata con una previsione di scadenza, di durata massima di 1 anno. Il paziente va rivalutato dallo Specialista per stabilire la continuazione dell'ossigeno terapia o la sospensione/interruzione.

La richiesta specialistica di ossigeno liquido deve essere presentata alla S.O.C. Cure Primarie e Domiciliari - Assistenza Protesica, per la sua trasmissione alla Ditta appaltata e conseguente attivazione del servizio.

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 27 di 62

### 5.3 GESTIONE DELLE FUNZIONI ALIMENTAZIONE ED IDRATAZIONE

#### 5.3.1 Nutrizione parenterale

La nutrizione parenterale può essere effettuata su indicazione del Medico Specialista Nutrizionista di Centri Regionali Autorizzati compreso quello della nostra ASL.


La prescrizione delle sacche di NPT può essere fatta esclusivamente dal medico nutrizionista e, per la somministrazione, il paziente dovrà aver posizionato un CV idoneo.

Previo accordo tra il MdF e il servizio di nutrizione clinica dell'ASL, la valutazione con conseguente prescrizione di nutrizione possono essere effettuate anche senza la presenza del paziente, sulla documentazione presentata presso l'ambulatorio.

Secondo le indicazioni regionali, per essere sottoposto a NPT con sacche composte erogate da ditta appaltata, il paziente, deve possedere le seguenti caratteristiche:

- patologia oncologica con aspettativa di vita superiore a 60 giorni; condizioni cliniche, familiari ed ambientali del domicilio compatibili con la terapia nutrizionale domiciliare e essere inseriti in un programma di assistenza domiciliare (CP) . In questo caso il paziente sarà assistito a domicilio, dopo proposta di apertura del caso, da parte del MdF.  
La fornitura del materiale per NPT (sacche, deflussori, materiale vario) sarà eseguita direttamente al domicilio del paziente da parte della ditta appaltata. La ditta però fornisce solo sacche e vitaminici propri (es Cernevit flac), non fornisce altri farmaci, soluzioni elettrolitiche, insulina che devono essere procurati dal nostro servizio.  
Se l'apprendimento è tale da consentire l'infusione della sacca nutrizionale in autonomia, gli operatori infermieristici delle Cure Domiciliari, si occuperanno della supervisione, dell'infusione di eventuali altri farmaci, della sostituzione di elastomero e della medicazione settimanale del CV. Se il caregiver non raggiunge l'autonomia rispetto all'infusione delle sacche, il personale infermieristico delle Cure Domiciliari gestirà l'attacco dell'infusione, effettuando un ulteriore training per arrivare allo stacco dell'infusione ed al lavaggio terminale della via infusoriale, da parte del caregiver.
- Paziente con SLA con importante deficit della deglutizione
- Patologia da malassorbimento in esiti di intestino corto. In questo caso il paziente sarà seguito dal centro regionale di riferimento e vista la prospettiva di NPT a lungo termine i pazienti devono diventare autonomi

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 28 di 62

nella somministrazione delle sacche. I pazienti in questo caso non devono essere obbligatoriamente in Cure Domiciliari.

In qualunque caso la valutazione della capacità ad effettuare le manovre inerenti la NPT e la relativa attribuzione scritta sarà competenza infermieristica (sia degli operatori delle Cure Domiciliari sia degli operatori della Ditta appaltata) e dovrà essere registrata in cartella nell'apposito spazio.

Nel caso che le condizioni cliniche del paziente non rientrino in quelle precedentemente descritte ma ci sia necessità di terapia infusionale di supporto /integrazione alla nutrizione orale, utilizzando soluzioni infusionali in flaconi da infondere in sequenza o in I / II via, tramite vena periferica (ago canula, Midline Picc) o anche accesso Venoso Centrale, la prescrizione di questo tipo di infusioni può essere sia dello specialista sia del MdF.

La prescrizione della nutrizionista deve essere conservata in cartella integrata in quanto ha valore di effettiva prescrizione.

L'Infermiere per la gestione dell'accesso venoso seguirà le indicazioni della procedura aziendale specifica, e l'attribuzione al caregiver potrà essere fatta per il cambio del flacone, e lo stacco dell'infusione.

Viste le richieste pervenute dalle famiglie, su esplicita richiesta del paziente - caregiver e valutandone attentamente le abilità, sarà possibile attribuire completamente l'attività di infusione della terapia (tranne il potassio).

In questo caso, sarà obbligatorio registrare in cartella integrata la richiesta di attribuzione effettuata dal paziente - caregiver e sarà cura dell'operatore che ha svolto l'affiancamento dichiarare l'idoneità ad effettuare la manovra.

### **5.3.2 Nutrizione enterale/PEG, pazienti disfagici**


Si basa su prescrizione specialistica ambulatoriale (Medico Nutrizionista) previa richiesta di consulenza da parte del MdF.

Il training per la NED viene effettuato dal Centro Prescrittore e l'intervento degli operatori delle Cure Domiciliari è riservato ai casi in cui non si sia raggiunta l'autonomia o in caso di problemi allo stoma della PEG (necessità di medicazioni). La gestione del palloncino di ancoraggio della sonda di sostituzione della PEG (sostituzione della soluzione) e l'eventuale sostituzione della sonda stessa, deve essere concordata con lo specialista che ha posizionato la sonda e che segnala in cartella assistenziale le modalità ed i tempi.

La fornitura dei materiali e l'eventuale apparecchiatura per la somministrazione dell'alimentazione, è a carico della ditta individuata dall'ASL che consegna direttamente al domicilio del paziente.

Fanno parte delle prescrizioni specialistiche anche le forniture di integratori alimentari e di acqua gelificata per pazienti disfagici.

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 29 di 62

#### 5.4 GESTIONE DELL'ASPETTO TERAPEUTICO

##### 5.4.1 Prescrizione e somministrazione terapeutica

Gli Infermieri sono autorizzati ad effettuare terapie solo a pazienti in cure domiciliari ADI/CURE PALLIATIVE se prescritte:

1. sulla scheda di apertura delle cure domiciliari (solo per MdF, associato o sostituto) ;
2. sulla scheda unica di terapia inserita nella cartella, compilata dal Medico di Famiglia oppure:
  - sostituto
  - associato
  - medico di continuità assistenziale e 118 (valevole anche la prescrizione fatta sulla modulistica ospedaliera)
  - Medico Palliatore, Medico Nutrizionista, Medico ospedaliero con convalida salvo parere contrario del Medico di famiglia.

La prescrizione della terapia deve riportare il principio attivo del farmaco e non il nome commerciale.

Nelle nuove aperture, la compilazione della cartella assistenziale con la prescrizione della terapia deve avvenire al massimo entro 4 giorni dall'apertura dell'assistenza.

Non sono eseguibili prescrizioni effettuate da privati.

Le indicazioni terapeutiche telefoniche devono avere carattere occasionale e, in seguito ad una descrizione di segni dettagliati da parte dell'infermiere, possono comprendere solo variazioni di terapie già in atto.

Le variazioni dovranno essere convalidate entro 24 ore con prescrizione in cartella o tramite fax ed, in questo caso, sarà necessario che il medico aggiorni la terapia in cartella entro 4 giorni dal ricevimento del fax.

Per la prescrizione di terapia antibiotica o di qualunque farmaco che rientri nell'elenco dei farmaci "altamente allergizzanti" è necessario, se il paziente non ha mai assunto quel farmaco, che il medico di medicina generale effettui le prime due somministrazioni per via parenterale oppure che specifichi per scritto che: "il paziente ha già effettuato la terapia e non ha avuto reazioni".


La prescrizione e la variazione della stessa sono di competenza del Medico di Famiglia.

Ogni operatore Medico o Infermiere che effettua una pratica terapeutica ha la responsabilità dell'atto che ha eseguito.

Nel caso in cui un farmaco debba essere somministrato al bisogno, sulla prescrizione il Medico di famiglia dovrà indicare quali parametri valutare e all'interno di quale range operare.

Per quanto riguarda le fiale di potassio, è possibile lasciare al domicilio il quantitativo di fiale richieste dal MdF, essendo la richiesta nominativa, registrando sulla diaria la fornitura e applicando il protocollo per la

Redazione	Nome/funzione	Firma
Verifica e approvazione	Gruppo di lavoro Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	Vedi elenco interno procedura
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 30 di 62

conservazione. Le fiale di potassio possono essere somministrate solo dagli operatori sanitari.

Nelle Cure Domiciliari l'Infermiere è chiamato a riconoscere la "libertà" del paziente all'auto-cura, favorendo la comprensione del paziente stesso e del caregiver riguardo al trattamento e supervisionando l'auto-somministrazione dei farmaci.

In caso di rifiuto da parte dei pazienti alla somministrazione della terapia prescritta, è necessario che l'infermiere scriva in cartella il dissenso con la motivazione e faccia firmare il paziente/parente.

E' responsabilità dell'Infermiere la formazione del paziente o del care-giver alla somministrazione autonoma, programmando i trasferimenti di competenza che hanno come obiettivo l'autonomia del paziente.

#### 5.4.2 La terapia marziale<sup>6</sup>

Se non si considera la donna in età fertile o in gravidanza, una delle più comuni causa di carenza marziale, specialmente nei maschi adulti e nelle donne in menopausa, è la perdita di sangue spesso cronica o occulta, dovuta ad interventi chirurgici, donazioni di sangue, dialisi, sanguinamenti gastrointestinali o uterini da traumi, neoplasie, displasie, malattie infiammatorie incluso il morbo di Crohn e la rettocolite ulcerosa.

Esami di Laboratorio utilizzati nella pratica clinica:

Test quantitativi raccomandati

La ferritina sierica e il recettore solubile della transferrina possono coprire l'intero spettro della carenza di ferro, ma, poiché il limite dell'utilizzo della determinazione di sTfR è la mancanza di una standardizzazione del metodo, **si ritiene che la ferritina con l'emocromo siano i due esami da richiedere per la valutazione dello stato carenziale.**


Ferritina: è il più precoce marker di deficit di ferro e la più utile misura dello stato del ferro.

In alcune situazioni si comporta come proteina della fase acuta e come marker tumorale: infiammazioni, infezioni, neoplasie, epatopatie. Aumenta inoltre nell'alcolismo, nelle trasfusioni, nelle terapie marziali per os, nell'ipertiroidismo e con i contraccettivi orali. La carenza di ferro è la causa di una sua bassa concentrazione, col deficit di vitamina C e l'ipotiroidismo.

C'è un generale consenso sul fatto che livelli di ferritina <100 g/L siano considerati diagnostici di carenza assoluta di ferro.

<sup>6</sup> Estratto dai protocolli di Servizio dei reparti di Medicina Generale Bra e Servizio trasfusionale Alba.

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 31 di 62

Sideremia: è la concentrazione sierica di ferro. Il suo utilizzo è limitato da fattori analitici e dalla mancanza di specificità. Si raccomanda di **non usare** questo test in aggiunta alla ferritina per la valutazione del deficit di ferro.  
Transferrina e capacità totale legante il ferro: è un parametro poco sensibile.

### Terapia

Il trattamento iniziale più economico ed efficace è la **somministrazione orale** di sali di ferro ferroso. Il più usato è il solfato ferroso, alla dose di 100 mg/die.

La terapia orale va continuata per almeno due mesi dopo la correzione dell'anemia per saturare i depositi. La tossicità (nausea, dolori epigastrici, talora diarrea o stipsi) è proporzionale alla quantità di ferro disponibile per l'assorbimento. L'assunzione col cibo ne riduce la biodisponibilità.

Salvo aggiornamenti le formulazioni presenti in PTA sono:

Ferro Bivalente preparati orali:

- Ferroso Gluconato co eff 80mg/695 mg
- Ferroso Solfato (Ferro-Grad co) 525 mg

Ferro Trivalente:

- Ferromaltoso (Intafer gocce)
- Ferlixit (sodio ferrigluconato) fiale os/iv 5fl/ 5 ml da 62,5 mg - farmaco H

La somministrazione per via parenterale con ferro (il più usato è il gluconato) è più costosa ed ha una maggiore morbilità rispetto alla somministrazione per os; va riservata ai casi di:


- elevate richieste di ferro che superano la capacità di assorbimento (sanguinamenti gastroenterici o uterini, dialisi),
- malassorbimento di ferro (resezione o bypass gastrico, atrofia gastrica, celiachia)
- fallimento della terapia orale (effetti collaterali gastroenterici, scarsa compliance).

Ci sono alcune formule per il calcolo del deficit marziale, per esempio: peso corporeo (kg) x 2,3 x (15 - Hb del paziente, g/dL) +1000 mg per i depositi.

Salvo aggiornamenti nel PTA sono presenti 2 formulazioni per la terapia ev sono:

Ferlixit (sodio ferrigluconato) fiale os/iv 5fl/ 5 ml da 62,5 mg - farmaco H

Redazione	Nome/funzione	Firma
Verifica e approvazione	Gruppo di lavoro Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	Vedi elenco interno procedura
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 32 di 62

Venofer (ferri saccarato) fiale 20mg/ml 5 fiale 5 ml (100mg) - farmaco C ospedaliero (prevede dose prova).

Nella pratica clinica, pur considerando sempre di volta in volta il quadro clinico del pz e dopo accurata anamnesi su eventuali allergie, si opta per la terapia parenterale quando:

- l'anemia è severa (Hb <8.5 g/dl circa) e ci sono problemi di malassorbimento o di grave intolleranza al ferro per os;
- quando vi è indicazione nefrologica;

#### schema di somministrazione:

- prima infusione (test) di ferro gluconato **1 fl in fis 100**, seguito da **tre infusioni settimanali di Ferro gluconato 2 fl in fis 250 per un totale di 10 somministrazioni**. Le prime due somministrazioni devono essere effettuate dal Medico di Famiglia. Affinché il personale infermieristico possa continuare la somministrazione della terapia marziale è necessario che la prescrizione contenga oltre allo specifico dosaggio e tempo di somministrazione, anche i farmaci da praticare in caso di reazione.

**In assenza di specifica e completa prescrizione della terapia, non sarà possibile, da parte degli infermieri, praticarela.**

- Dopo una settimana dalla sospensione della terapia, si valuta emocromo e ferritina per una eventuale prosecuzione di ferro ev o per os se tollerato.
- Generalmente si associa una terapia con acido folico per os per 3-4 settimane. Formulazioni presenti in PTA: Folina 5 mg co e Folina 15 mg/2ml im.

I Principali **effetti collaterali** in corso di infusione di ferro sono:

- malessere generale
- sensazione di calore
- costrizione toracica
- cefalea


Questi sintomi sono in genere controllabili riducendo la velocità di infusione del ferro (che generalmente deve durare **60-90min**).

**Possano comparire** (sintomi riferibili a **reazione allergica**):

- eritema al volto e tronco
- ponfi cutanei
- parestesie alla lingua
- prurito diffuso

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

Segue determinazione n. 938/000/DIG/12/0062 del 31 luglio 2012

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 33 di 62

In questo caso si sospende l'infusione e si somministra Betametasone ev (4mg) ed eventualmente antistaminico, salvo diversa indicazione del Mdf.

Il medico di famiglia è tenuto ad informare i pazienti ed a dare le indicazioni del caso, che possono essere:

- in caso di reazione cutanea importante che compare tardivamente il paziente è invitato a recarsi in PS;
- in caso di manifestazione allergica di lieve entità, il paziente deve contattare il medico di famiglia.

I **Sintomi più tardivi** sono:

- > dolori lombari
- > articolari
- > insorgenza di edema delle articolazioni delle mani, ginocchia e caviglie .

Quando compaiono questi sintomi tardivi, il medico di Famiglia è tenuto a **modificare** la terapia utilizzando ferro saccarato ( Venofer), con le medesime modalità d'infusione del ferro gluconato. Se nonostante questo la sintomatologia persiste, sarà necessario sospendere la terapia e.v..

#### 5.4.3 Terapia infusioneale

Può avere la prescrizione da 1 a 7 giorni alla settimana.

La gestione dell'accesso venoso fa riferimento alle procedure contenute nel protocollo aziendale.

È previsto l'insegnamento per effettuare il cambio del flacone, l'osservazione del punto inserzione dell'infusione e l'eventuale stacco del circuito.

Per i pazienti con catetere venoso centrale, è possibile ridurre gli accessi settimanali dopo un'accurata educazione sanitaria al care giver, registrata sulla cartella assistenziale.


Si ricorda che su esplicita richiesta del paziente-caregiver e valutandone attentamente le abilità, sarà possibile attribuire completamente l'attività di infusione della terapia (tranne il potassio).

In questo caso sarà obbligatorio registrare in cartella integrata la richiesta di attribuzione effettuata dal paziente - caregiver e sarà cura dell'operatore che ha svolto l'affiancamento dichiarare l'idoneità ad effettuare la manovra.

#### 5.4.4 Ipodermoclisi

Sono indicate nei casi di disidratazione lieve-moderata; è possibile utilizzare due siti di posizionamento e quindi somministrare fino a 1,5 l/die per sito; i dispositivi che si possono utilizzare per posizionare le ipodermo sono il butterfly con sostituzione giornaliera, il catetere flessibile con o senza alette , con permanenza in sede fino a 7 giorni, da sostituire in caso di comparsa di

Redazione	Nome/funzione	Firma
Verifica e approvazione	Gruppo di lavoro Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	Vedi elenco interno procedura
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	


	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 34 di 62

segni clinici di infezione o di intolleranza; si può effettuare training ai caregivers per l'autogestione dell'infusione ma non per il posizionamento dell'ago o della cannula salvo casi particolari valutati dagli operatori; è possibile infondere l'ipodermo con terapia continua, utilizzando regolatore di flusso.

La durata della terapia non è standardizzabile perché varia con le condizioni cliniche del paziente, la capacità di assorbimento dei tessuti, l'accettazione della terapia da parte del paziente/caregiver.

A scopo informativo, tra gli allegati al presente documento, viene proposta una scheda con elenco di farmaci/liquidi somministrabili per via sottocutanea.

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 35 di 62

#### 5.4.5 Elastomeri

Possono essere collegati a diverse vie di somministrazione:

- Endovenosa, periferica o centrale
- Sottocutanea
- Peridurale con accesso porth o collegata direttamente al catetere peridurale.

Per la ricarica di un elastomero ad accesso endovenoso o sottocutaneo, il paziente può essere in carico al Servizio di Terapia Antalgica dell'ASL o anche fuori ASL (in questo caso è il caregiver che si occupa del ritiro presso la sede competente).

E' possibile insegnare al caregiver il cambio di qualsiasi dispositivo.

Ricarica di un elastomero peridurale: per la loro gestione il paziente deve essere in carico ai Servizi di Terapia Antalgica dell'Ospedale dell'ASL. L'Operatore territoriale che si occupa della loro gestione a domicilio (medicazione, sostituzione del dispositivo) deve seguire le indicazioni date dal Servizio di Terapia Antalgica che ha in carico il paziente. In caso di necessità di istruzioni pratiche, l'Operatore territoriale si rivolge al Servizio di Terapia Antalgica che ha in carico il paziente.

La competenza infermieristica è per l'effettuazione della medicazione del punto di inserzione e per la sostituzione della ricarica dell'elastomero.

Questo viene di norma allestito dai Servizi di competenza ed il ritiro dello stesso può essere effettuato dal paziente/caregiver oppure dagli Operatori delle Cure Domiciliari presso gli ambulatori stessi.

Su specifica richiesta di un Servizio dell'Azienda, è possibile preparare gli elastomeri in sede territoriale, se il contenuto farmacologico non è a base di chemioterapici o narcotici.


La persona che si occupa di trasportare un dispositivo con contenuto di narcotici dovrà sempre essere provvisto di modulo di accompagnamento redatto dal servizio che allestisce l'elastomero.

Su richiesta del Medico di Famiglia, per situazioni concordate, il medico specialista, si reca al domicilio del paziente oppure il paziente viene trasportato in Ospedale per controllo ambulatoriale.

#### 5.4.6 Terapie intramuscolari, sottocutanee

In linea generale, se non si devono erogare altre prestazioni, è necessario effettuare un trasferimento di competenza. Possono essere individuati come caregiver oltre al paziente stesso, se in grado, parenti, collaboratori familiari, amici, vicini, volontari ed operatori di altri servizi. Se non vi è la possibilità di

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 36 di 62

individuare una persona di riferimento, non sarà possibile prendere in carico l'utente .

Si ricorda che, in caso di terapia antibiotica, la prescrizione del medico deve contenere la dicitura "terapia antibiotica già effettuata senza reazioni" oppure, se è la prima volta che il paziente effettua questo tipo di antibiotico, le prime due somministrazioni sono a carico del medico prescrittore. Infatti, per la prescrizione di terapia antibiotica o di qualunque farmaco che rientri nell'elenco dei farmaci "altamente allergizzanti", è necessario, se il paziente non ha mai assunto quel farmaco, che il medico di Famiglia effettui le prime due somministrazioni. Il training può essere effettuato dal lunedì al venerdì ad eccezione della terapia antibiotica che, qualora fosse cominciata a fine settimana, richiede comunque l'affiancamento nei giorni festivi

L'eritropoietina si può fornire ai pazienti in ADI/Cure Palliative senza piano terapeutico.

Per la terapia iniettiva da effettuare sui bambini è necessario accordarsi con il Pediatra di Famiglia.

#### 5.4.7 Trasfusioni

E' noto che la trasfusione di emocomponenti non è scevra di rischi , anche molto gravi, per il paziente .

Tali situazioni assumono, ovviamente, maggiore drammaticità al di fuori di un ambiente ospedalizzato e non munito di supporti di rianimazione. Per tale motivo, la trasfusione al domicilio è una pratica, se possibile, ancora più impegnativa di quanto non lo sia in ospedale.

E' indispensabile quindi, che tutti gli operatori coinvolti seguano scrupolosamente le procedure indicate, al fine di ridurre il rischio di gravi reazioni trasfusionali. Occorre ricordare che, in caso di incidente trasfusionale, il mancato rispetto di una procedura esistente è un fattore aggravante per gli operatori implicati.


L'infusione è di competenza medica; il medico è tenuto a rimanere al domicilio dell'utente fino a mezz'ora dopo il termine della trasfusione e si ricorda che la stessa deve essere infusa in non più di 1 ora.

#### Valutazione del Fabbisogno Trasfusionale

La valutazione del fabbisogno trasfusionale è di stretta competenza medica.

Il medico che ha in carico il paziente che, sulla base dei parametri ematochimici, delle condizioni cliniche del paziente e delle linee guida ministeriali sul buon uso del sangue, ritiene necessaria la trasfusione di un emocomponente, procederà alla richiesta sulle basi del corretto utilizzo degli emocomponenti o emoderivati.

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 37 di 62

**NB: E' obbligatorio ottenere dal paziente il consenso informato alla trasfusione di emocomponenti e/o emoderivati. (legge n°219- 21 ottobre 2005) inserito in cartella integrata.**

**RICHIESTA EMOCOMPONENTI (globuli rossi concentrati, plasma, piastrine)**

La richiesta deve essere compilata dal Medico di Famiglia.

Vanno indicati chiaramente il tipo di emocomponente richiesto ( concentrato di globuli rossi, plasma o piastrine ) , il numero di unità richieste e la motivazione della richiesta stessa. In caso di richiesta di globuli rossi, va riportato il valore di emoglobina ( Hb ) e/o di ematocrito ( Ht ) , in caso di richiesta di plasma il valore INR , il risultato della conta piastrinica per richieste di piastrine, è necessario riportare la data dell'esecuzione dell'esame.

In situazioni, concordate con il SIMT, è possibile richiedere emocomponenti filtrati, lavati o irradiati.

Le linee guida sul corretto utilizzo degli emocomponenti di primo e secondo livello saranno (non al momento) consultabili on-line sul sito aziendale.

I moduli di richiesta cartacei da utilizzare sono esclusivamente quelli predisposti dal Servizio Trasfusionale.

La richiesta compilata in ogni sua parte ed indicante il gruppo sanguigno del paziente con data e numero di determinazione deve pervenire al servizio trasfusionale ospedale S.Lazzaro unitamente a una provetta da **7 ml** in EDTA ( tappo viola ) adeguatamente compilata sull'etichetta esistente con cognome , nome e data di nascita del Paziente e firma dell'operatore che esegue il prelievo ( Art. 27 D.M. 27/12/90).

In caso di Pazienti privi di precedenti determinazioni di gruppo, aggiungere la richiesta di gruppo e una provetta tappo viola come da procedura descritta in seguito.

Le richieste e la/e provetta/e devono essere consegnate al SIMT esclusivamente dagli operatori delle cure domiciliari o personale autorizzato dalla direzione sanitaria aziendale.


**Erogazione e ritiro emocomponenti.**

Le richieste pervenute entro le ore 11,00 del mattino saranno evase dopo le ore 14 dello stesso giorno; se pervenute in orari successivi (al massimo fino alle ore 16.30), le sacche saranno consegnate dopo le ore 14 del giorno seguente; le richieste urgenti verranno valutate caso per caso.

Le unità devono essere ritirate presso il Centro Trasfusionale esclusivamente dagli operatori delle cure domiciliari. L'operatore che ritira l'emocomponente deve ricordarsi di compilare il registro e ritirare idoneo deflussore.

Al termine della trasfusione, il medico di Famiglia deve compilare e firmare il foglio di accompagnamento della sacca avendo cura di conservarne una parte

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 38 di 62

nella cartella del paziente ed inviare l'altra al servizio trasfusionale come certificato di avvenuta trasfusione.

#### Trasporto e conservazione degli Emocomponenti

L'emocomponente ritirato va trasportato in contenitore termico (borsa frigo), opportunamente refrigerata, e trasfuso il prima possibile e comunque non oltre le 2 ore dal momento del ritiro; il ritiro va pertanto concordato con il Medico di Famiglia.

Emazie e plasma devono essere trasportati a temperature idonee: nel contenitore vanno posti ghiaccioli sintetici refrigerati, evitando il contatto diretto con gli emocomponenti, mediante la separazione con un panno, del cartone o uno strato di polistirolo.

Le piastrine vanno trasportate e conservate a temperatura ambiente ed agitate dolcemente immediatamente prima della trasfusione.

Il trasporto delle sacche può essere effettuato dal Medico di Famiglia, dall'infermiere, dall'operatore OSS e/o da personale autorizzato dalla Direzione Sanitaria Aziendale, entro e non oltre le ore 16.00. dal LUNEDI' al VENERDI', IN REPERIBILITA' SOLO IN ACCORDO E CON AUTORIZZAZIONE DEL SERVIZIO. Oltre le ore 16, il Medico di Medicina Generale dovrà farsi carico del ritiro e trasporto della sacca.

Le trasfusioni domiciliari sono programmabili e non saranno eseguite il sabato e la domenica e altro giorno prefestivo e festivo.

#### Eliminazione Sacca Emocomponente

A trasfusione ultimata, sacca, deflussore ed ago di infusione vanno immediatamente eliminati secondo le modalità riservate ai rifiuti speciali.


Del rispetto della procedura di smaltimento sono responsabili tutti gli operatori presenti al termine della trasfusione.

#### Reazioni trasfusionali

In caso di reazioni trasfusionali, il medico trasfusore deve interrompere immediatamente la trasfusione, mantenere la vena pervia con soluzione fisiologica, avviare le cure necessarie, avvisare il medico trasfusionista, mettere in atto tutta la procedura necessaria alla gestione della reazione trasfusionale come da indicazione del medico di medicina trasfusionale, compilare dettagliatamente la relativa parte del Modulo di Assegnazione / Distribuzione che deve essere restituita al servizio trasfusionale.

Il Medico trasfusionista è reperibile 24 ore su 24 ed è raggiungibile contattando il centralino ospedaliero.

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 39 di 62

#### Competenza del Medico di Famiglia


- valutazione clinica del paziente
- acquisizione del consenso alla trasfusione<sup>7</sup>
- compilazione della richiesta per il prelievo, degli esami ematochimici.
- richiesta esito degli esami ematochimici
- valutazione del raggiungimento del trigger trasfusionale per ogni paziente
- richiesta, di un numero adeguato di unità di emazie, compilazione e firma delle richieste da inviare unitamente alle provette al Servizio Trasfusionale.
- eventuale ritiro delle sacche
- effettuazione della trasfusione in ottemperanza delle norme procedurali; si ricorda che i test pre-trasfusionali hanno validità di 72 ore; trascorso tale periodo le sacche conservate nella frigo emoteca del Pronto Soccorso di Bra, dovranno essere restituite al Servizio Trasfusionale per il ricircolo.
- compilazione moduli di assegnazione allegati alla sacca, composti da 2 moduli formato A 4 (parte da allegare in cartella denominata copia per il reparto MD 14C e parte da restituire al servizio trasfusionale MOD 14B).
- Eventuale smaltimento della sacca

#### Competenza dell'operatore Infermieristico

- Si accerta correttamente dell'identità del paziente;
- Riporta in stampatello i dati anagrafici del paziente (cognome, nome, data di nascita) e la data di prelievo direttamente sulle etichette madri delle provette,
- Effettua il prelievo e firma le provette:
  - Se il paziente ha già trasfuso altre volte sarà necessaria una provetta sola.
  - Se è la prima volta che trasfonde le provette saranno in numero di due, una per il gruppo ed una per le prove crociate avendo l'accortezza di segnalare sulla provetta del gruppo: "1° prelievo" e su quella delle prove crociate: "prove crociate più ricontrollo gruppo, 2° prelievo". Le provette da utilizzare sono quelle con tappo viola EDTA 7 ml, l'operatore infermieristico oltre ad effettuare la compilazione dei dati del paziente deve firmare la/le provetta/e.
- trasporta in ospedale il prelievo stesso o attribuisce a personale qualificato;
- ritira le sacche
- registra in cartella l'ora di arrivo al domicilio dell'emocomponente

<sup>7</sup> Modulo presente in cartella integrata

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 40 di 62

- o restituisce il modulo di accompagnamento della sacca compilata e firmata dal Medico di Famiglia, al Servizio Trasfusionale (parte da restituire al servizio trasfusionale MOD 14B).

**Competenza dell'operatore di Supporto**

- o trasporto prelievi
- o ritiro e trasporto sacche
- o registrazione in cartella dell'ora di arrivo al domicilio dell'emocomponente.

**Trasfusioni di Plasma e Piastrine**

Per assegnare plasma o piastrine, di norma, non è necessario eseguire test pretrasfusionali.

Pertanto è necessario soltanto accertarsi che il paziente abbia già effettuato una determinazione di gruppo sanguigno; si ricorda che il gruppo sanguigno è valido solo dopo essere stato determinato su due campioni prelevati in momenti differenti e se i risultati delle determinazioni sono concordanti.

Il gruppo sanguigno, così come riportato sul referto di gruppo, deve essere indicato sulla richiesta dell'emocomponente.

**Infusione di Albumina**

Deve essere richiesta dal MdF, dopo aver eseguito esami ematochimici tenendo conto dei valori e utilizzando l'apposito modulo scaricabile dal sito aziendale.

La concessione dell'albumina si rifà alle linee guida ministeriali. Le prime due infusioni, se il paziente non ha mai effettuato albumina sono di competenza medica e poi infermieristica. Essendo un emoderivato, è necessario far firmare il consenso informato, il cui il modulo è presente in cartella integrata.

Per ogni infusione di albumina è necessario apporre in cartella l'etichetta presente sulla confezione indicante il numero di lotto.

I flaconi non utilizzati devono essere rinviati in farmacia e non utilizzati per altri pazienti.

**5.4.8 Elettrocardiogramma**

Viene effettuato a pazienti che non possono recarsi in ambulatorio su richiesta del medico di famiglia con compilazione dell'impegnativa per la refertazione o effettuato dal medico stesso e fatto refertare dal cardiologo.


Per la sede di Bra la refertazione è a carico del cardiologo del Poliambulatorio;

Per la sede di Alba si farà riferimento all'ambulatorio di cardiologia ospedaliero, si lascerà il tracciato corredato di impegnativa e il referto ci sarà entro due, tre giorni.

Il Servizio di Cure Domiciliari metterà a disposizione l'apparecchiatura.

La richiesta dell'esecuzione del tracciato può essere scritta o verbale.

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 41 di 62

#### **5.4.9 Prelievi ematici**

Questa prestazione è rivolta a tutte le persone, indipendentemente dalla presa in carico in cure domiciliari.

Non è necessaria la residenza o l'apertura di nessun tipo di cartella per i pazienti occasionali, ma il requisito rimane comunque l'impossibilità a recarsi alle sedi territoriali o in sedi ospedaliere per motivi strettamente sanitari, mentre per tutti i prelievi ripetitivi, compresi i prelievi effettuati per la dialisi, Oncologia, Centro Trasfusionale e Centro TAO si aprirà una cartella infermieristica, se l'accesso è solo infermieristico, oppure ADP se l'accesso mensile è effettuato anche dal MdF.

Il trasporto del materiale biologico deve essere effettuato in sicurezza secondo normativa vigente e secondo procedure e regolamenti aziendali<sup>8</sup>.

Il MdF riporta, sull'impegnativa regionale l'elenco degli esami ematochimici da effettuare e precisa sempre sull'impegnativa che "il paziente è in cure domiciliari" oppure "prelievo a domicilio per paziente non deambulante" con diagnosi.

Le richieste delle prove di coagulazione devono contenere la cadenza ideale del prelievo.

L'impegnativa può essere ritirata direttamente dagli operatori al domicilio oppure il familiare/caregiver con la richiesta si reca alla sede territoriale di competenza (in alcuni casi può essere valutata la comodità geografica delle sedi) rispettando gli orari di apertura degli ambulatori infermieristici.

La modalità del ritiro del referto è da concordare con l'operatore che prenota il prelievo.

Per i pazienti che sono già nella programmazione dei prelievi routinari (esempio INR), è sufficiente telefonare per prenotare l'accesso domiciliare degli infermieri, dopo aver comunicato al proprio medico, il risultato del prelievo precedente.

Se la richiesta proviene da alcuni dei Servizi ospedalieri, ci si deve attenere agli accordi presi direttamente con i servizi stessi.

Non si effettueranno prelievi routinari al sabato, alla domenica e festivi.


In caso di effettiva urgenza, il prelievo potrà essere richiesto dal Medico di Famiglia contattando telefonicamente il medico reperibile del laboratorio e

<sup>8</sup> - Circolare Ministeriale n.3 dell'8 Maggio 2003: "raccomandazioni per la sicurezza del trasporto di materiali infettivi e di campioni diagnostici"

- Procedura aziendale Gestione incidenti occupazionali da esposizione accidentale a materiale biologico potenzialmente infetto PGSGQ38 di marzo 2008

- Determinazione Direttoriale 1585 dell'ASL del 7 Dicembre 2011: "valutazione dei rischi biologico nell'Asl CN2"

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 42 di 62

successivamente l'infermiere reperibile e sarà effettuato solo per pazienti già in carico al Servizio di Cure Domiciliari.

Il medico di continuità assistenziale dovrà attenersi alla stessa procedura.

I pazienti che non sono inseriti nell'assistenza domiciliare sono definiti " **occasional** ".

**TEICOPLANINA:** l'esame è effettuato in struttura esterna; la procedura prevede che ci sia l'impegnativa regionale compilata dal Medico di Famiglia e che contenga solo ed esclusivamente la richiesta di Teicoplanina; all'impegnativa si allegano i moduli predisposti, inseriti in condivisione; il giorno prima dell'invio, è necessario prendere contatto con il fattorino per avvisare del prelievo e accordarsi per il luogo e l'ora di ritiro della provetta. Dopo aver debitamente compilato e firmato i moduli, è necessario inviarne una fotocopia alla segreteria delle Cure Domiciliari in Via Vida.

Si precisa che è possibile eseguire questo prelievo solo per i pazienti in Cure Domiciliari che non pagheranno ticket; diversamente l'utente dovrà recarsi direttamente al centro prelievi in cui sceglie di compiere l'esame (Torino-Asti-Cuneo ). Quindi no PIE e no prelievo nelle sedi territoriali ambulatoriali.

**EMOCOLTURE:** è possibile eseguirle consegnando i campioni prelevati entro le ore 16.00 alle segreterie dei laboratori analisi e non oltre le 2 ore dal prelevamento.


Per i fine settimana o i festivi, in caso di necessità, i campioni devono essere consegnati in batteriologia.

Prima della consegna, i campioni possono essere conservati a temperatura ambiente.

In caso si verificano punture accidentali o esposizione a materiale biologico a rischio infettivo l'operatore dovrà mettere in atto quanto descritto nella procedura aziendale PGSGQ38 *GLI INCIDENTI OCCUPAZIONALI DA ESPOSIZIONE ACCIDENTALE A MATERIALE BIOLOGICO POTENZIALMENTE INFETTO*. Tale procedura è disponibile per la consultazione in tutte le sedi ambulatoriali territoriali.

Gli operatori non sono autorizzati ad effettuare prelievi ematici nelle strutture residenziali.

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 43 di 62

## 5.5 GESTIONE SUPPORTO ALL'ELIMINAZIONE DI SECRETI (URINE) ED ESCRETI (FECI) ORGANICI

### 5.5.1 Cateteri vescicali/fornitura presidi di assorbenza

Sono casi ai quali verrà fornito direttamente il catetere vescicale e sacche sterili a circuito chiuso.

Gli accessi si effettueranno in base alle esigenze dei pazienti.

Il posizionamento o il cambio del catetere vescicale effettuati secondo protocollo aziendale, sono di competenza infermieristica, su prescrizione medica che comprenderà anche il calibro del catetere da utilizzare.

Al caregiver è attribuito il compito della gestione dello svuotamento o sostituzione della sacca e dell'igiene personale del paziente.

In caso di urgenza (paziente terminale) è possibile richiedere i presidi di assorbenza standard alla Farmacia Ospedaliera e fornirli direttamente all'utente in attesa che vengano espletate le pratiche burocratiche per la prescrizione, l'autorizzazione e la consegna a domicilio

### 5.5.2 Lavature vescicali

E' possibile praticarle solo con prescrizione del medico specialista in accordo con il Medico di Famiglia e possono essere effettuate solo da personale medico ed infermieristico. Qualunque deroga deve essere valutata attentamente con il medico di famiglia e registrata in cartella.

### 5.5.3 Alvo


La gestione dell'alvo prevede un trasferimento di competenze al caregiver per quanto riguarda i clismi come da punto 5.1.5;

Rimangono di competenza infermieristica gli enteroclismi con sonda lunga e l'estrazione di fecalomi.

### 5.5.4 Stomie (colostomie-ileostomie e urostomie)- derivazioni biliari esterne

La fornitura dei sacchetti di raccolta viene effettuata in base alla prescrizione specialistica ed a eventuale supervisione dell'enterostomista dell'ASL. Per i pazienti che ne abbiano necessità, in seguito a dimissione ospedaliera, è previsto un periodo di affiancamento per supervisione della stomia, di trasferimento di competenze inerente l'osservazione e igiene della cute dello

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 44 di 62

stoma e peristomale, medicazioni in caso di irritazioni dello stoma, gestione della sostituzione del sacchetto.

La fornitura di materiali per la cura della stomia, in nessun caso deve essere sterile, in quanto non esistono placche e sacchetti di raccolta sterili (neppure per le urostomie).

Per le urostomie in caso di presenza di cateterino pielostomico, o in presenza di derivazione biliare esterna, queste andranno trattate con manovre asettiche e l'eventuale lavaggio va praticato con materiale e soluzioni sterili.

## 5.6 GESTIONE DELLA MOVIMENTAZIONE

### 5.6.1 Trattamenti riabilitativi

Le cure domiciliari sono finalizzate a contrastare le forme patologiche, il declino funzionale ed a migliorare la qualità quotidiana della vita, consentendo al paziente affetto da patologie croniche e non, di essere curato adeguatamente nel contesto naturale di vita. Ciò si può ottenere attraverso l'intervento di più figure professionali, che realizzano un progetto assistenziale unitario, limitato o continuativo nel tempo, che si caratterizza per l'integrazione di natura multi professionale e/o multidisciplinare.

Va evidenziato che, l'esigenza di assicurare la possibilità di mantenere una persona non autosufficiente presso il domicilio, passa per la capacità di offrire servizi che rendano sostenibile lo sforzo delle famiglie in tale senso.

L'integrazione dell'intervento riabilitativo, tra le attività di assistenza domiciliare, è da intendersi orientata a questi principi, con l'obiettivo di favorire direttamente l'autosufficienza dell'utente o indirettamente tramite il coinvolgimento del caregiver con il trasferimento di competenze specifiche rispetto alla mobilitazione delle persone assistite.


Nell'ASL CN 2 per poter usufruire della fisioterapia domiciliare i pazienti devono essere inseriti in Cure Domiciliari (per tutte le tipologie assistenziali). Il Medico di Famiglia compila la richiesta di consulenza fisiatrica precisando patologia, data di comparsa e motivazione della richiesta. La stessa sarà inviata al coordinatore infermieristico/Medico del Servizio per la validazione da parte del Medico di Servizio stesso e successivo invio al Servizio RRF.

La successiva visita fisiatrica, compatibilmente al carico di lavoro, dovrebbe essere effettuata congiuntamente dal fisioterapista e dal fisiatra.

In ogni caso, il fisiatra inoltrerà l'esito delle visite eseguite ai fisioterapisti.

La frequenza degli accessi e la durata del trattamento è a discrezione dei fisioterapisti che imposteranno le sedute in base agli obiettivi da raggiungere segnalati sul progetto riabilitativo, redatto dal fisiatra sulla cartella integrata.

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 45 di 62

Parte fondamentale dell'intervento riabilitativo consiste nell'insegnare al caregiver la corretta esecuzione dei passaggi posturali e l'attuazione di semplici esercizi da proporre giornalmente al paziente.

I fisioterapisti sono tenuti a registrare in cartella assistenziale tutte le prestazioni eseguite e le indicazioni fornite ai caregivers.

Su richiesta del medico di famiglia il fisioterapista può intervenire, solo per i pazienti in cure domiciliari, per il trasferimento delle competenze al paziente o al caregiver per l'uso degli ausili.

In caso di necessità, ad esempio mancato raggiungimento degli obiettivi, è possibile richiedere una rivalutazione fisiatica sia da parte del Medico di Famiglia sia dei fisioterapisti e in qualunque caso sempre dopo confronto e richiesta del medico di famiglia.

L'utilizzo corretto della rete della riabilitazione deve poter garantire il coordinamento e la continuità del percorso terapeutico con il passaggio del paziente, in dimissione dal presidio ospedaliero della nostra ASL, al proprio domicilio. Per ottimizzare questo percorso è necessario che il Reparto di degenza prenda accordi con il medico di famiglia per inserire il paziente in Cure Domiciliari, oltre alla scheda di segnalazione di dimissione, venga inviato anche il progetto riabilitativo individuale, redatto in Ospedale.

Per i pazienti provenienti dal ricovero in altre ASL o da centri riabilitativi, se il medico di famiglia ritiene necessaria la prosecuzione del trattamento riabilitativo, deve inviare richiesta di consulenza domiciliare, come precedentemente descritto.

Il termine del trattamento deve essere comunicato da parte dei fisioterapisti, anche telefonicamente, al medico di famiglia.

## 5.7 GESTIONE E CURA DELLA CUTE E PROTEZIONE DEI TESSUTI

### 5.7.1 Prevenzione e trattamento lesioni da pressione

Secondo protocollo di servizio, è previsto un trasferimento di competenze al caregiver.


Si ricorda che l'attività dell'operatore OSS è subordinata alla prescrizione infermieristica.

Allegata a questa procedura viene presentata la nuova Scheda per valutazione e gestione dell'evoluzione delle lesioni (allegato 4).

### 5.7.2 Medicazioni bendaggi elastici

Verranno eseguite seguendo i protocolli di servizio e rispettando l'autonomia professionale infermieristica.

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 46 di 62

La programmazione degli accessi per il monitoraggio, il cambio medicazione e la fornitura di materiali sono di competenza dell'infermiere.

In caso di necessità l'infermiere richiede la consulenza del Medico di Famiglia.

Per il confezionamento di bendaggi elastocompressivi, si valuterà di volta in volta in base alle indicazioni mediche, alle condizioni del paziente e competenze dell'operatore che deve eseguire il bendaggio.

Gli operatori infermieristici sono tenuti a seguire le prescrizioni specialistiche private solo se autorizzate dai Medici di Famiglia. In caso il paziente preferisse agire senza coinvolgere il medico di famiglia sarà implicita la volontà di organizzarsi in proprio, anche per l'eventuale assistenza.

In questo caso si valuterà se mantenere aperta l'assistenza.

Per tutto il materiale non presente nel prontuario ospedaliero, sarà necessario seguire la modalità di prescrizione indicata dalla DD.n.172 del 16/03/2010 e s.m.i.

L'operatore di supporto agisce per competenza specifica acquisita tramite corso interno e su prescrizione dell'infermiere, consultando l'apposita scheda.


Si precisa ulteriormente che si potrà fornire solo ed esclusivamente materiale **SANITARIO**, quindi **NON** verranno forniti cotone, detergenti in genere, olio di mandorle e creme idratanti su cute integra.

Fornitura di guanti non sterili: non è materiale compreso nelle forniture tranne che per alcune motivate eccezioni decise dagli operatori.

Per quanto riguarda gli accessi a domicilio si procederà come segue:

gli accessi possono variare, secondo la complessità del paziente. E' assolutamente necessario compiere educazione sanitaria ai parenti poiché, con il passare del tempo e se le condizioni della lesione lo permettono, si diminuiranno gli accessi fino alla supervisione con eventuale fornitura di materiale per medicazione.

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	


	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 47 di 62

## **6 NORMATIVA, RIFERIMENTI, ALLEGATI E MODULI SUL SITO**

### **6.1 Normativa**


- D.L. 107 del 04 maggio 1990 avente ad oggetto "Disciplina per le attività trasfusionali relative al sangue umano ed ai suoi componenti e per la produzione di plasma derivati"
- D.M. 27 agosto 1999 n. 332 avente ad oggetto "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale. Modalità di erogazione e tariffe"
- D.M. n. 321 del 31 maggio 2001 avente ad oggetto "Modifiche del regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale"
- Circolare Ministeriale n. 3 del 8 Maggio 2003 avente ad oggetto "Raccomandazioni per la sicurezza del trasporto di materiali infettivi e di campioni diagnostici"
- D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, avente ad oggetto "Codice in materia di dati personali"
- LEGGE n. 219 del 21 ottobre 2005 avente ad oggetto "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati"
- LEGGE n. 38 del 15 marzo 2010 avente ad oggetto "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"
- D.G.R. n. 87-29576 del 01 marzo 2000 avente ad oggetto "Decreto Ministeriale n. 332 del 28 agosto 1999 - Linee guida" e successive note esplicative ed integrative
- D.G.R. n. 41-5952 del 7 maggio 2002 avente ad oggetto "Linee guida per l'attivazione del Servizio di Cure domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte"
- D.G.R. n. 15-7336 del 14 ottobre 2002 avente ad oggetto "Approvazione delle nuove linee guida regionali inerenti l'applicazione delle cure palliative in Piemonte, la formazione degli operatori e l'attuazione del Programma Regionale per le Cure Palliative. Parziale modifica della D.G.R. n. 17-24510 del 06 maggio 1998"
- D.G.R. n. 62-9692 del 16 giugno 2003 avente ad oggetto "Ulteriori disposizioni per l'attivazione del servizio Cure Domiciliari ad integrazione della D.G.R. n. 41-5952 del 07 maggio 2002"
- D.G.R. n. 62-9692 del 16.6.2003 , Allegato A, definizione del modello per l'attribuzione di un "peso" ai casi di Cure domiciliari, correlato al consumo delle risorse impiegate.

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 48 di 62

- D.G.R. n. 51-11389 del 23/12/2003,avente ad oggetto "D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell' integrazione socio-sanitaria"
- D.G.R. n. 55-13238 del 03 agosto 2004 avente ad oggetto "Ulteriori modifiche ed integrazioni della D.G.R. n. 41-5952 del 7 maggio 2002, della D.G.R. n. 15-7336 del 14 ottobre 2002 e della D.G.R. n. 62-9692 del 16 giugno 2003 inerenti rispettivamente le linee guida regionali del servizio Cure Domiciliari, le linee guida per l'applicazione delle cure palliative e le disposizioni per l'attribuzione di un peso ai casi di Cure Domiciliari correlato al consumo di risorse impiegate"
- D.G.R. n. 72-14420 del 20 dicembre 2004 avente ad oggetto "Percorso di Continuità Assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari ed assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente"
- D.G.R. n. 13-14538 del 10 gennaio 2005 avente ad oggetto "Approvazione Linee Guida per la ventilazione meccanica domiciliare a pressione positiva e le dimissioni protette del paziente pediatrico con insufficienza respiratoria cronica"
- D.G.R. n. 37-14908 del 28 febbraio 2005 avente ad oggetto "Individuazione di una nuova tipologia di cura nell'ambito delle Cure Domiciliari denominata Prestazioni Infermieristiche Estemporanee"
- D.G.R. n. 45-14975 del 07 marzo 2005 avente ad oggetto "Individuazione del percorso per l'erogazione degli ausili nell'ambito delle Cure Domiciliari"
- D.G.R. n. 44-5449 del 5 marzo 2007 avente ad oggetto "Cure domiciliari. Indirizzi per modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n. 62-9692 del 16 giugno 2003 s.m.i."
- D.G.R. n. 10-5605 del 02 aprile 2007 avente ad oggetto "Riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte - Prime direttive alle Aziende Sanitarie Regionali"
- D.G.R. n. 21-7391 del 12 novembre 2007 avente ad oggetto "Rivalutazione dei parametri di riferimento per l'attribuzione del peso ai casi di Cura domiciliare correlato al consumo delle risposte impiegate. Criteri per le procedure di addebito in ambito extraregionale per prestazioni non soggette a compensazione"
- D.G.R. n. 44-5449 del 5 marzo 2007 continuità nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza secondo gli standard prestazionali definiti dalla vigente normativa regionale in materia di Cure domiciliari e s.m.i.
- DGR n. 13-7456 del 19 novembre 2007 avente ad oggetto "Nutrizione Artificiale a Domicilio (NAD). Programmazione della rete delle Strutture Organizzative di Dietetica e Nutrizione Clinica"


	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 49 di 62

- D.G.R. n. 26-10669 del 02 febbraio 2009 avente ad oggetto "Linee guida per l'attivazione del servizio di Cure Domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte relativamente ai soggetti in età evolutiva ad integrazione della D.G.R. n. 41-5952 del 07 maggio 2002"
- D.G.R. n. 21-11426 del 18 maggio 2009 avente ad oggetto "Aggiornamento elenco materiale di medicazione avanzata. Revoca della D.G.R. n. 48-13557 del 04 ottobre 2004"
- Determina Regionale n. 172 del 16 marzo 2010 avente ad oggetto "Elenco regionale del materiale di medicazione. Aggiornamento"
- D.G.R. n. 43-1979 del 29 aprile 2011 avente ad oggetto "Attuazione Piano di Rientro. Assistenza Integrativa - Protesica. Linee di indirizzo"
- D.G.R. n. 21-2666 del 03 ottobre 2011 avente ad oggetto " Accordo ai sensi dell'art. 4 del d.vo 28 agosto 1997, n. 281 sulla disciplina concorsuale per il personale addetto alla ricerca degli ist. Zooprofilattici Sperim. E Accordo del 29 aprile 2010 concernente la formazione di persone che effettuano la tracheobroncoaspirazione a domicilio del paziente non ospedalizzato tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Recepimento"
- D.G.R. 27-3628 del 28 marzo 2012 avente ad oggetto "Attuazione Piano di rientro - D.G.R. 44-1615 del 28 febbraio 2011 e s.m.i. - La rete territoriale: criteri e modalità per il miglioramento dell'appropriatezza e presa in carico territoriale"
- Deliberazione del Consiglio Regionale n. 167-14087 del 03 aprile 2012 avente ad oggetto "Approvazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015 ed individuazione della nuova azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino e delle Federazioni sovra zonali"
- D.D n. 1508/000/DIG/10/0002 dell'ASL del 18/10/2010 "Regolamento per il sistema di gestione della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro nell' A.S.L. cn2 Alba-Bra"
- D.D.Procedura aziendale gestione automezzi ASL n.1576 del 29/10/10
- D.D. 1856 dell'ASL del 20/12/2010 contenente: " Approvazione criteri e procedure per l'erogazione delle prestazioni protesiche. Anno 2010."
- D.D.n.401 dell'ASL del 30/03/2011, fornitura del servizio di nutrizione parenterale. Presa d'atto procedura aperta indetta dall'A.S.L. CN1 aggiudicazione periodo 01/04/2011-31/03/2014
- D.D. 579 dell'ASL del 09/05/11 "Procedura ristretta per la fornitura di medicazioni per ulcere"
- D.D.1195 dell'ASL del 27/09/11 "Integrazione procedura ristretta per la fornitura di medicazioni per ulcere"
- D.D. 1585 dell'ASL del 7 Dicembre 2011: approvazione dell'aggiornamento della valutazione dei rischi derivanti dall'uso dei

Redazione	Nome/funzione	Firma
Verifica e approvazione	Gruppo di lavoro Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	Vedi elenco interno procedura
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	


Segue determinazione n. 938/000/DIG/12/0062 del 31 luglio 2012

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 50 di 62

mezzi aziendali ai sensi del D.Lgs. 81/08 e s.m.i., paragrafo "valutazione del rischi biologico nell'Asl CN2" e "Copertura assicurativa"

- D.D. 1747 dell'ASL del 27/12/2011 linee di indirizzo utilizzo auto propria
- BENCI L. : Manuale Giuridico Professionale per L'esercizio Del Nursing, edizione. Mc-Graw-Hill 2006.
- Profilo Professionale degli Infermieri, settembre 1994.
- Profilo Professionale del Fisioterapista DM 741 del 1994
- Profilo OSS, provvedimento Legislativo 22 febbraio 2001
- Codice Deontologico medico ottobre 1998, revisionato 2006.
- Codice Deontologico degli Infermieri, maggio 1999 revisionato 2009.
- Codice civile.

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 51 di 62

## 6.2 Riferimenti


- Supplemento Quaderni de l'Infermiere gennaio 2002 "...IL trasporto dei farmaci"
- Motolese E.: *Somministrazione di farmaci per via sottocutanea*, tratto da Assistenza Infermieristica e ricerca, il Pensiero Scientifico Editore, 2007, volume 26 n. 2: 99-105.
- Informazioni sui farmaci anno 2007 n. 2
- Protocollo di Servizio su Prevenzione e trattamento Lesioni da decubito 2007
- Procedura aziendale cateterismo vescicale PGSGQ 44 del 12/2009
- Procedura aziendale cateteri venosi PGSGQ24 del 11/2011
- Procedura per la gestione nell'ASL delle soluzioni Concentrate di potassio 1/08/2005
- Procedura aziendale protocollo approvvigionamento-gestione Farmaci novembre 2003
- Procedura aziendale Gestione Farmaci Stupefacenti e Psicotropi Prot. N. 1009371 DEL 27/12/2010
- Procedura aziendale Gestione incidenti occupazionali da esposizione accidentale a materiale biologico potenzialmente infetto PGSGQ38 del 03/ 2008
- Documento del Servizio di Prevenzione e Protezione con elenco dei DPI dato a disposizione per ogni Servizio dell'ASL, del 2010
- Procedura aziendale Raccolta e smaltimento dei rifiuti sanitari PGSGQ17 del 07/03/08
- Protocollo per la gestione dell'anemia sideropenia PROTSIT.03 del 31/01/2008 SOC Antenna Trasfusionale
- Protocollo per la gestione della terapia marziale endovenosa SOC Medicina Bra 2012

## 6.3 Allegati

1. Modulo Continuità assistenziale per segnalazione dimissioni
2. Modulo per affidamento a domicilio di grandi quantità di stupefacenti
3. Scheda monitoraggio lesioni da pressione
4. Modulo per scarico FILE F
5. Valutazione punteggio indice di BARTHEL
6. Prospetto per recupero materiale fornito agli utenti dal Servizio

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

Segue determinazione n. 938/000/DIG/12/0062 del 31 luglio 2012

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 52 di 62

ALLEGATO 1

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DIMISSIONE  
DAL REPARTO OSPEDALIERO

ALLA CENTRALE OPERATIVA  
CONTINUITA' ASSISTENZIALE  
A.S.L. CN 2 ALBA - BRA  
Fax: 0172/420.421  
Fax: 0173/599802 e 0173/316142

PAZIENTE \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_ (nome)

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

ricoverato presso il Reparto Ospedaliero \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_

dimissibile in data \_\_\_\_\_

con diagnosi \_\_\_\_\_

SINTESI CLINICA: \_\_\_\_\_

FAMILIARI DI RIFERIMENTO: SI NO (evidenziare la voce interessata)

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_


il Medico del Reparto Ospedaliero Dott. \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_  
(firmato in originale)

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

*Segue determinazione n. 938/000/DIG/12/0062 del 31 luglio 2012*

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 53 di 62

**ALLEGATO 2**

S.O.C. CURE PRIMARIE E DOMICILIARI  
MODULO PER L’AFFIDAMENTO PERSONALE  
DI FARMACI CONTENENTI SOSTANZE STUPEFACENTI

Affidatario \_\_\_\_\_

per la terapia del Sig./della Sig.ra \_\_\_\_\_ (se diverso dall'affidatario)

Farmaco affidato \_\_\_\_\_ dosaggio \_\_\_\_\_

Posologia \_\_\_\_\_ modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

Numero unità posologiche affidate \_\_\_\_\_

Il farmaco sarà custodito all'indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Si precisa che si tratta di sostanza stupefacente che espleta effetti tossici acuti se assunta in dosi inappropriate o da persone non rese tolleranti.

Si fa pertanto obbligo all'affidatario di conservare i farmaci ricevuti in consegna in luogo sicuro inaccessibile a terzi.


Si solleva quindi questa Amministrazione da qualsiasi responsabilità civile o penale relativamente al cattivo uso ed alla incauta custodia del farmaco preso in consegna.

Data \_\_\_\_\_

Operatore \_\_\_\_\_

Per accettazione l’Affidatario \_\_\_\_\_

Redazione	Nome/funzione	Firma
Verifica e approvazione	Gruppo di lavoro Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	Vedi elenco interno procedura
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	<b>Procedura per le attività in Cure Domiciliari</b>	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 54 di 62

**ALLEGATO 3**

**SCHEDA DI MONITORAGGIO ULCERE DA PRESSIONE**

Nome Cognome..... Scheda n. \_\_\_\_\_

**Sacro**                    I° II° III° IV° Data di insor. \_\_\_\_\_ Misure \_\_\_\_\_  
**Trocantere dx**        I° II° III° IV° Data di insor. \_\_\_\_\_ Misure \_\_\_\_\_  
**Sin**                    I° II° III° IV° Data di insor. \_\_\_\_\_ Misure \_\_\_\_\_  
**Tallonedx**            I° II° III° IV° Data di insor. \_\_\_\_\_ Misure \_\_\_\_\_  
**Sin**                    I° II° III° IV° Data di insor. \_\_\_\_\_ Misure \_\_\_\_\_

Altro .....

**TESSUTO**                     chiusa                     epitelizzata  detersa/granulazione  
 slough                     necrotica                     infetta                     fibrina  
**ESSUDATO**                     asciutta                     umida                     iperessudante  
**PROFONDITA'**                     superficiale                     profonda (cm .....)  
**MARGINI EPITELIALI**                     proliferativi                     macerati                     callosi                     infiammati  
 vegetanti                     introflessi                     sottominati                     colonizzati  
**CUTE PERILESION.**                     integra                     secca                     umida                     lesa  
 edematosa                     macerata                     infiammata  
 fistole                     sottominature

**DIMENSIONI**                    cm .....

**CARICA BATTERICA**                     contaminazione                     colonizzazione                     coloniz. critica  
 infezione locale                     infezione sistemica

**DETERSIONE**                     Soluzione salina                     acqua ossigenata                      
**DISINFEZIONE**                     iodopovidone liq.                     Clorexidina acq.  
 Altro:.....

**MEDICAZIONE**                     Alginato                     Alginato Ag  carbone +Ag  Idrocolloide  
 Idrofibra                     idrofibra Ag  idrogel                     knutson  
 iodop. Liq.                     sch. Poliuret                     schiuma poliuret. Ag  
 collagenasi                     collagene                     Garze antiad.  
 garze TNT                     garze cotone                     Garze sterile: .....


**FISSAGGIO**                     cerotto stretch                     cerotto di carta                     benda bielastica  
 rete last                     film trasparente                     .....

DATA, \_\_\_\_\_

Firma

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD-Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	




	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 56 di 62

**ALLEGATO 5**

**A.D.L. INDICE DI BARTHEL**

<b>SITUAZIONE FUNZIONALE</b>	
<b>ALIMENTAZIONE</b>	
Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare i cibi e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.	<b>0</b>
Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc. Non è necessaria la presenza di un'altra persona	<b>2</b>
Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare il latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro.	<b>5</b>
Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.	<b>8</b>
Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc.)	<b>10</b>
<b>BAGNO/DOCCIA-LAVARSI</b>	
Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatrice completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.	<b>0</b>
Necessità di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.)	<b>1</b>
Necessità di aiuto per il trasferimento nella doccia / bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.	<b>2</b>
Necessità di aiuto per tutte le operazioni.	<b>4</b>
Totale dipendenza nel lavarsi,	<b>5</b>
<b>IGIENE PERSONALE</b>	
Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un Uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata a farlo, ma non è necessario che sia in grado di acconciarsi i capelli.	<b>0</b>
In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.	<b>1</b>
Necessità di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.	<b>2</b>
Necessità di aiuto per tutte le operazioni.	<b>4</b>
Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.	<b>5</b>
<b>ABBIGLIAMENTO</b>	
Capace di indossare, togliere, e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto o una protesi.	<b>0</b>
Necessità solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.	<b>2</b>
Necessità di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.	<b>5</b>
Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.	<b>8</b>
Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.	<b>10</b>


	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 57 di 62

<b>CONTINENZA INTESTINALE</b>	
Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario.	<b>0</b>
Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma, e ha occasionali perdite.	<b>2</b>
Capace di assumere una posizione appropriata, ma non di eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc.	<b>5</b>
Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.	<b>8</b>
Incontinente.	<b>10</b>
<b>CONTINENZA URINARIA</b>	
Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con dispositivi esterni o interni.	<b>0</b>
Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita e necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni.	<b>2</b>
In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario l'aiuto parziale nell'uso dei dispositivi. (Ha bisogno di stimolo e supervisione)	<b>5</b>
Incontinente ma in grado di cooperare nell'applicazione di un dispositivo esterno o interno.	<b>8</b>
Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi esterni o interni, per il cambio del sacchetto.	<b>10</b>
<b>USO DEL GABINETTO</b>	
Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.	<b>0</b>
Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.	<b>2</b>
Necessita di aiuto per svestirsi / vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani.	<b>5</b>
Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.	<b>8</b>
Completamente dipendente.	<b>10</b>
<b>Totale valutazione funzionale</b>	

\* Shah, S., Vanclay, F., Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(8), 703-709.


	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD-Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 58 di 62

<b>MOBILITÀ</b>	
<b>TRASFERIMENTO LETTO - SEDIA O CARROZZINA</b> (compilare anche in caso di paziente totalmente allettato)	
E' indipendente durante tutte le fasi. Capace di avvicinarsi al letto in carrozzina con sicurezza, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina e ritrasferirsi con sicurezza.	<b>0</b>
Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza.	<b>3</b>
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	<b>8</b>
Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.	<b>12</b>
Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'anziano con o senza un sollevatore meccanico.	<b>15</b>
<b>DEAMBULAZIONE</b>	
In grado di usare stampelle, bastoni, walker e deambulare per 50 m. senza l'aiuto o supervisione. Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano.	<b>0</b>
Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia << 50 m. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.	<b>3</b>
Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili / o per la loro manipolazione. (necessita di aiuto per il cammino su terreni accidentati, ma è in grado Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione di deambulare).	<b>8</b>
Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.	<b>12</b>
Non in grado di deambulare autonomamente (e se tenta, necessita di 2 assistenti)	<b>15</b>
<b>USO DELLA CARROZZINA</b> (utilizzare questa scala solo se il paziente ha punteggio di 15 nella scala "deambulazione" ed è stato addestrato all'uso della carrozzina)	
Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.); l'autonomia deve essere > 50 m.	<b>10</b>
Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette	<b>11</b>
Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.	<b>12</b>
Capace di spostarsi solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre.	<b>14</b>
Dipendente negli spostamenti con la carrozzina	<b>15</b>
<b>SCALE</b>	
In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza l'aiuto o supervisione. In grado di usare il corrimano, bastone o stampelle se necessario, ed in grado di portarli con se durante la salita o discesa	<b>0</b>
In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es. a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.).	<b>2</b>
Capace di salire / scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione e assistenza.	<b>5</b>
Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili).	<b>8</b>
Incapace di salire e scendere le scale.	<b>10</b>
<b>Totale valutazione mobilità</b>	

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD-Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

*Segue determinazione n. 938/000/DIG/12/0062 del 31 luglio 2012*

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 59 di 62

Nella tabella seguente sono riportati i punteggi per la determinazione del livello di autonomia.


<b>BARTHEL SITUAZIONE FUNZIONALE</b>		
Punteggio 0-14	autonomo o quasi	<b>0</b>
Punteggio 15-49	parzialmente dipendente	<b>2</b>
Punteggio 50-60	totalmente dipendente	<b>3</b>

<b>BARTHEL MOBILITA'</b>		
Punteggio 0-14	Si sposta da solo	<b>0</b>
Punteggio 15-29	Si sposta assistito	<b>2</b>
Punteggio 30-40	Non si sposta da solo	<b>3</b>

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	



*Segue determinazione n. 938/000/DIG/12/0062 del 31 luglio 2012*

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 61 di 62

**6.4 Moduli presenti sul sito:**

- Scheda presa in carico
- Modulo per trasporti
- Richieste farmaci particolari
- Tabella farmaci per somministrazione sottocutanea
- Prescrizione ausili

**7 INDICATORI/VERIFICA/PARAMETRI DI CONTROLLO**


**7.1 indicatori**

1. Presenza di scheda di apertura per i nuovi casi
2. Attività quotidiana registrata sul SIAD
3. Scheda di segnalazione di continuità assistenziale ospedale territorio
4. Cartella integrata compilata in ogni sua parte
5. Prescrizione corretta della terapia in scheda unica inserita in cartella
6. Compilazione corretta della modulistica per la richiesta di ausili
7. Archiviazione della cartella a caso chiuso
8. Schede file F compilate ed inviate

**7.2 verifica e parametri di controllo**

- Indicatore1:        numero schede di apertura/numero nuovi casi  
                              valutazione ogni sei mesi - Standard atteso: 98%
- Indicatore 2:        numero schede corrette nel mese/  
                              numero schede inviate per il flusso di monitoraggio nel mese  
                              Standard atteso: 90%
- Indicatore 3:        numero schede segnalazione continuità assistenziale/  
                              numero pazienti presi in carico alla dimissione  
                              Valutazione ogni tre mesi - Standard atteso: 80%
- Indicatore4:        numero cartelle chiuse nel mese correttamente compilate/  
                              numero cartelle chiuse nel mese  
                              Standard atteso: 90%
- Indicatore 5:        numero schede uniche di terapia/numero cartelle archiviate  
                              Valutazione ogni sei mesi - Standard atteso: 100%

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSTCPD01
		Data: 14 Giugno 2012
		Revisione: 1
		Pagina 62 di 62

Indicatore 6:      numero moduli richiesta ausili correttamente compilati/  
numero richieste ausili  
Valutazione una volta/anno - Standard atteso: 90%

Indicatore 7:      numero cartelle archiviate nel mese/  
numero casi chiusi sul SIAD nel mese  
Standard atteso: 90%

Indicatore 8:      numero schede file F inviate nel mese/  
numero pazienti in carico nel mese  
Standard atteso: 90%

## **8 LISTA DI DISTRIBUZIONE**

Direzione Generale ASL CN2  
 Direzione Sanitaria ASL CN2  
 Direzione amministrativa ASL CN 2  
 Direzione Sanitaria di Presidio  
 Distretto di Alba  
 Distretto di Bra  
 S.I.T.P.R.O.  
 Direttori S.O.C./S.O.S ASL CN2  
 Coordinatori infermieristici S.O.C./S.O.S ASL CN 2  
 Operatori S.O.C. Cure Primarie e Domiciliari  
 Medici di Famiglia  
 Pediatri di libera Scelta  
 Medici di Continuità Assistenziale  
 Medici specialisti convenzionati ambulatoriali interni  
 Servizi Socio Assistenziali  
 Assistenza Farmaceutica Ospedaliera  
 Assistenza Farmaceutica Territoriale  
 S.S.D. Qualità Risk Management e Relazione con gli Utenti  
 S.O.C Assistenza Legale

	Nome/funzione	Firma
Redazione	Gruppo di lavoro	Vedi elenco interno procedura
Verifica e approvazione	Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SOC CPD- Resp. SOS Cure Domiciliari	
Emissione	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SOC CPD	

*Segue determinazione n. 938/000/DIG/12/0062 del 31 luglio 2012*

*Segue determinazione n. 938/000/DIG/12/0062 del 31 luglio 2012*

<p>Invio al controllo della <b>Giunta della Regione</b>, ex art. 2, c. 1, L.R. 30 giugno 1992, n. 31                  prot. n. _____ del _____,                  ricevuta dalla Regione in data _____</p> <p>Richiesta chiarimenti da parte della Regione                  prot. n. _____ del _____</p> <p>Risposta chiarimenti da parte della Regione con nota                  prot. n. _____ del _____,                  ricevuta dalla Regione in data _____</p> <p>Provvedimento conclusivo del procedimento                  n. _____ del _____</p> <p><input type="checkbox"/> declaratorio di nullità o decadenza  <input type="checkbox"/> di annullamento o non approvazione  <input type="checkbox"/> di approvazione</p>	<p>Invio al <b>Collegio Sindacale</b>                  Prot. n. _____ del _____</p> <p>Invio alla <b>Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci</b>:                  Prot. n. _____ del _____</p> <p><b>CERTIFICATO DI REGISTRAZIONE CONTABILE</b>                  Si dichiara l'avvenuta registrazione contabile da parte della S.O.C. Gestione Economico-Finanziaria Alba, li _____                  IL FUNZIONARIO INCARICATO _____</p> <p><b>CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE</b>                  Si certifica che la presente determinazione è stata posta in pubblicazione presso l'Albo Informatico dell'A.S.L. CN2 (ai sensi dell'art. 32, c. 1, L. 18/06/09 n. 69) il <u>27 AGO. 2012</u> per quindici giorni consecutivi                  IL FUNZIONARIO INCARICATO                  S.O.C. AFFARI GENERALI                  Silvia BARACCO</p>
<b>CERTIFICATO DI ESECUTIVITA'</b>	
<p>Provvedimenti soggetti al controllo della Giunta della Regione</p> <p>Si certifica che la presente determinazione è divenuta esecutiva il _____</p> <p><input type="checkbox"/> per decorrenza dei termini  <input type="checkbox"/> per approvazione da parte della Giunta della Regione</p>	<p>Provvedimenti <b>non</b> soggetti al Controllo della Giunta della Regione</p> <p>Si certifica che la presente determinazione è divenuta esecutiva il <b>31 LUGLIO 2012</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> essendo immediatamente eseguibile  <input type="checkbox"/> essendo trascorsi dieci giorni dalla pubblicazione (art. 3, comma 2, L.R. 30/06/92, n. 31 e s.m.i.)</p>
IL FUNZIONARIO INCARICATO S.O.C. AFFARI GENERALI Silvia BARACCO	