

PROCEDURA PER LE ATTIVITA' IN CURE DOMICILIARI

Redazione	Approvazione	Verifica formale	Emissione
GRUPPO DI LAVORO (elenco interno)	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SC Distretto 1 Dott. Laudani Elio Direttore SC Distretto 2 Dott.ssa Cusatelli Riccarda Medico SC Distretto 1 Flora Ferrari Coordinatore infermieristico Distretto 1 Copetto Elsa Coordinatore infermieristico Distretto 2	Dott. Luciano Vero SS Qualità, Risk Management, URP	Dott.ssa Corradini Patrizia Direttore SC Distretto 1 Dott. Laudani Elio Direttore SC Distretto 2

Sommario

1 GRUPPO DI LAVORO	4
2 PREMESSA	5
2.1 <i>Obiettivi.....</i>	7
2.2 <i>Campo di applicazione</i>	7
3 MODIFICHE ALLE REVISIONI PRECEDENTI	8
4 DEFINIZIONI.....	9
4.1 <i>Siglaro</i>	9
5 MATRICE DELLE RESPONSABILITA'/ATTIVITA'	11
6 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	12
6.1 <i>Presupposti per l'attivazione dell'assistenza domiciliare.....</i>	12
6.2 <i>Segnalazioni, proposta di attivazione e presa in carico.....</i>	13
6.3 <i>Recapiti telefonici.....</i>	14
6.4 <i>Tipologie assistenziali</i>	14
6.5 <i>Collaborazione con il medico della continuità assistenziale.....</i>	15
6.6 <i>Prescrizione e somministrazione della terapia</i>	15
6.7 <i>Nutrizione parenterale</i>	17
6.8 <i>Terapia infusioneale</i>	18
6.9 <i>Elastomeri.....</i>	18
6.10 <i>Ipodermoclisi.....</i>	19
6.11 <i>Terapie intramuscolari, sottocutanee</i>	19
6.12 <i>Trasfusioni</i>	20
6.13 <i>Infusione di albumina</i>	23
6.14 <i>Terapia marziale</i>	24
6.15 <i>Prevenzione e trattamento delle lesioni cutanee.....</i>	24
6.16 <i>Nutrizione enterale/PEG, pazienti disfagici.....</i>	25
6.17 <i>Cateteri vescicali/urocondom/fornitura presidi di assorbenza</i>	26
6.18 <i>Lavature vescicali.....</i>	26
6.19 <i>Alvo.....</i>	26
6.20 <i>Stomie (colostomie-ileostomie e urostomie)- derivazioni biliari esterne.....</i>	26
6.21 <i>Prelievi ematici</i>	27
6.22 <i>Emocolture.....</i>	27
6.23 <i>Elettrocardiogramma</i>	28
6.24 <i>Trasferimento competenze/educazione al paziente e caregiver.....</i>	28
6.25 <i>Richieste di consulenze specialistiche.....</i>	28
6.26 <i>Psicologi.....</i>	31
6.27 <i>Ossigenoterapia, Ventiloterapia Domiciliare e gestione del paziente tracheostomizzato</i>	31
6.28 <i>Posizionamento Cateteri Venosi Periferici A Medio Termine</i>	32
6.29 <i>Forniture materiali, farmaci, controllo scadenze</i>	33
6.30 <i>Richieste a farmacia e magazzino.....</i>	34

6.31	<i>Fornitura ausili e presidi</i>	34
6.32	<i>Trasporti</i>	35
6.33	<i>Cartella Integrata: apertura, conservazione, chiusura, archiviazione e richiesta copia</i>	36
6.34	<i>Registrazione dei dati</i>	37
6.35	<i>Punture Accidentali</i>	37
6.36	<i>Automezzi di Servizio</i>	38
6.37	<i>Divisa di lavoro</i>	38
6.38	<i>Smaltimento rifiuti</i>	39
7	NORMATIVA	40
8	MODULI PRESENTI SUL SITO CON PERCORSO "MODULISTICA-MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PLS"	42
9	INDICATORI/VERIFICA-PARAMETRI DI CONTROLLO	43
9.1	<i>Indicatori</i>	43
9.2	<i>Verifica e parametri di controllo</i>	43
10	LISTA DI DISTRIBUZIONE	44

1 GRUPPO DI LAVORO

BERTOLUSSO LUCIANO
BOSIO FERRUCCIO
BURELLO ROBERTO
CANAVESE MANUELA
COPETTO ELSA
CUSATELLI RICCARDA
FERRARI FLORA
FRANZE' FRANCO
GIANOTTO GIORGIO
GONELLA ANDREA
TARDITI CRISTINA

Medico Medicina Generale ASL CN2
Medico Medicina Generale ASL CN2
Responsabile S.S. Hospice Bra
Infermiera Distretto 2 Bra
Coordinatrice Inferm. Distretto 2 Bra
Dirigente Medico Distretto 1 Alba
Coordinatrice Inferm. Distretto 1 Alba
Direttore f.f. S.C. R.R.F.
Responsabile S.S.D. Antenna Trarf.
Medico di Continuità Assistenziale Alba
Infermiera Distretto 1 Alba

2 PREMESSA

L'Assistenza Domiciliare rappresenta sempre di più un elemento fondamentale, da considerare con particolare attenzione nella programmazione dei servizi sanitari.

Il Piano Nazionale della Cronicità prende le mosse dal progressivo invecchiamento della popolazione (in Italia la percentuale di "over 65" sul totale della popolazione è pari al 21,2%) e dal conseguente aumento dell'incidenza delle malattie croniche. Il Piano si pone l'obiettivo di influenzare la storia naturale di molte patologie croniche, non solo in termini di prevenzione, ma anche di miglioramento del percorso assistenziale della persona, riducendo il peso clinico, sociale ed economico della malattia. Tale obiettivo è perseguibile e raggiungibile attraverso la prevenzione primaria, la diagnosi precoce, l'educazione e l'empowerment del paziente ed anche mediante la prevenzione delle complicanze, che spesso sono responsabili dello scadimento della qualità di vita della persona e che rappresentano le principali cause degli elevati costi economici e sociali delle malattie stesse. L'applicazione del Piano a livello regionale prevede il confronto tra le varie realtà coinvolte: i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli infermieri, gli specialisti, le associazioni dei pazienti, i servizi socio assistenziali etc.. Questo nuovo modello, che concentra la propria attenzione sulla persona e sul suo progetto di cura, attraverso l'integrazione tra diversi professionisti e diverse specialità, rappresenta un percorso fondamentale per il futuro della nostra sanità e per la sostenibilità dell'intero sistema.

Il Piano Cronicità, declinato a livello locale, considera quale elemento fondamentale da perseguire il **potenziamento della domiciliarità**, attraverso la valorizzazione del ruolo dei medici di famiglia inseriti nelle reti assistenziali, l'elaborazione di piani di cura personalizzati per le persone assistite, l'utilizzo della tecnologia, la creazione di PDTA integrati ospedale-territorio etc..

L'attuazione del Piano avviene attraverso gli strumenti operativi delineati nell'ultimo periodo, ovvero: il rafforzamento del ruolo del distretto, il piano per le liste d'attesa, le linee di indirizzo per la sanità digitale, il rafforzamento delle reti territoriali all'interno delle **Case della Salute**.

Nella nostra A.S.L., in seguito alla parziale rettifica dell'Atto Aziendale dell'A.S.L. CN2 approvato con Deliberazione n. 308 del 13 ottobre 2017, si è previsto all'art. 9: "Al contempo è in corso una ri-organizzazione delle attività sanitarie territoriali anche con l'apertura delle previste Case della Salute, in numero di quattro, articolate su più sedi, stante la complessità del territorio. Prioritariamente verranno attivate le Case della Salute di Cortemilia/Santo Stefano Belbo e di Canale/Montà. In seguito alla dismissione dei due presidi ospedalieri di Alba e di Bra verranno altresì attivate ulteriori due Case della Salute nelle due maggiori città del territorio di riferimento di questa ASL".

Fra le azioni da intraprendere, si è dedicata particolare attenzione proprio alla gestione dei percorsi relativi alla cronicità, al governo della domanda ed all'accompagnamento nel percorso di cura, all'utilizzo della telemedicina,

all'integrazione socio-sanitaria ed alla promozione della comunicazione tra settori professionali diversi.

E' stata realizzata l'interazione tra il Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (N.D.C.C.) ed il Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (N.O.C.C.), che ha permesso di raggiungere l'obiettivo di definire cure appropriate inserite in un percorso di continuità assistenziale in modo uniforme su tutto l'ambito territoriale, grazie anche alla condivisione di una peculiare piattaforma informatica di collegamento Ospedale-Territorio, favorendo, in particolare:

- il modello assistenziale centrato sui bisogni "globali" del paziente e non solo su quelli clinici;
- il buon funzionamento delle reti assistenziali, con una forte integrazione tra l'assistenza primaria, centrata sul medico di medicina generale, e le cure specialistiche;
- la continuità assistenziale, modulata sul grado di complessità della patologia;
- l'ingresso più precoce della persona con malattia cronica nel percorso diagnostico-terapeutico;
- il potenziamento delle Cure Domiciliari e la riduzione dei ricoveri ospedalieri, anche attraverso l'uso di tecnologie innovative di "tecnoassistenza".

Al fine di favorire l'implementazione del percorso previsto in Cure Domiciliari risulta indispensabile la rivisitazione della regolamentazione locale in uso.

L'assistenza domiciliare, che deve avere come protagonista il paziente, è affidata al medico di famiglia, all'infermiere, all'operatore OSS, all'assistente sociale, al fisioterapista, allo psicologo e al medico specialista. 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, ovvero la responsabilità di diagnosi e cura. In assenza del Medico di Famiglia del paziente, si potrà fare riferimento ad un suo associato, al sostituto 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.

Le prestazioni erogate dai medici e da tutti gli operatori sono completamente **gratuite**.

In questa procedura verranno riportate 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.

	PROCEDURE PER LE ATTIVITA' IN CURE DOMICILIARI	Codice:PrSDIS01
		Data: Marzo 2019
		Revisione: 2
		Pagina 7 di 44

Il presente documento è stato condiviso dal gruppo di lavoro che si occupa del coordinamento delle Cure Domiciliari e dagli operatori sanitari dipendenti dall'ASL CN2 o convenzionati coinvolti nella gestione dei casi di assistenza domiciliare. Esso è ufficialmente considerato come documento operativo di Servizio e potrà essere modificato, integrato e rivisto in caso di necessità.

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 e all'archiviazione della cartella clinica.


2.1 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.

2.2 Campo di applicazione

Questa procedura verrà applicata in tutti i contesti aziendali di Cure Domiciliari. Il Servizio è rivolto ai cittadini residenti nel territorio dell'ASL CN2, ai cittadini con domicilio sanitario, agli italiani residenti all'estero che soggiornano in Italia con tessera TEAM.

	PROCEDURE PER LE ATTIVITA' IN CURE DOMICILIARI	Codice:PrSDIS01
		Data: Marzo 2019
		Revisione: 2
		Pagina 8 di 44

3 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	Giugno 2012	Revisione dell'intero documento
2	2019	<p>Revisione dell'intero documento per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aggiornamento periodico e adeguamento a normative nazionali, regionali e locali come da elenco specifico nella bibliografia; • istituzione delle Case della Salute; • istituzione dei NOCC E NDCC • istituzione dei Distretti e modifiche delle competenze. <p>Sostituisce e revisione procedura con codice PrSTCPD01</p>

4 DEFINIZIONI

4.1 Siglario

Sigla-acronimo-abbreviazione	Significato
ACN	Accordo Collettivo Nazionale
ADI	Assistenza domiciliare integrata
ADP	Assistenza domiciliare programmata
AIFA	Agenzia Italiana del Farmaco
ASL	Azienda Sanitaria Locale
CAVS	Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria
CD	Cure Domiciliari
CP	Cure Palliative
CUP	Centro Unico Prenotazioni
D.LGS	Decreto Legislativo
DD	Determinazione Direttoriale
DGR	Decreto Giunta Regionale
DIPsA	Direzione Professioni Sanitarie
DISTRETTI	Distretto 1 Alba E Distretto 2 Bra
DM	Decreto Ministeriale
DPI	Dispositivi Protezione Individuale
EDTA	Acido etilendiamminicotetraacetico
ENI	Europeo non Iscritto
EV	Endovena
FAR-SIAD-RP	Flusso Assistenza Residenziale-Sistema informativo assistenza domiciliare- Regione Piemonte
FKT	FISIokinesiterapia
Hb- g/dl	Emoglobina grammo/decilitro
HGT	HemoGlucoTest
H-Osp	Farmaci Ospedalieri
Ht	Ematocrito
ISI	Informazione Salute Immigrati
K	Potassio
LEA	Livelli Essenziale Assistenza
LTOT	Ossigeno Terapia a Lungo termine
MdF	Medico di Famiglia = MMG+PLS
MMG	Medico di Medicina Generale
NAO	Nuovi Anticoagulanti Orali
NDCC	Nucleo Distrettuale di continuità delle cure
NED	Nutrizione Enterale Domiciliare
NOCC	Nucleo Ospedaliero Continuità Cure
NPT	Nutrizione Parenterale Totale

Sigla-acronimo-abbreviazione	Significato
ORL	Otorinolaringoiatra
OSS	Operatore Socio Sanitario/operatore di supporto
PA	Persona Assistita
PEG	Endogastrostomia Percutanea
PGSGQ	Procedura Generale Sistema Gestione Qualità
Picc	Cateteri centrali inseriti per via periferica
PIE	Prestazioni Infermieristiche Estemporanee
PLS	Pediatria di Libera Scelta
PPRI	Proposta Percorso Riabilitazione Individuale
PRI	Progetto Riabilitativo Individuale
PSSR	Piano Socio Sanitario Regionale
RRF	Recupero Riabilitazione Funzionale
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
s.m.i	Successive Modifiche e Integrazioni
SC	Struttura Complessa
SID	Servizio infermieristico domiciliare
SIMTI	Società Italiana Medicina Trasfusionale e Immunoematologia
SS	Struttura Semplice
SSD	Struttura Semplice Dipartimentale
TAO	Terapia Anticoagulante Orale
TEAM	Tessera Europea Assicurazione Malattia
TRAINING	Trasferimento di competenze

5 MATRICE DELLE RESPONSABILITA'/ATTIVITA'

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

R = responsabile; C = collaboratore; S = supervisore

Il presente documento fornisce indicazioni limitatamente all'argomento in oggetto, non esclude l'autonomia e la responsabilità decisionale dei singoli professionisti sanitari e presuppone la corretta esecuzione dei singoli atti nella specifica competenza dei professionisti.

6 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

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

6.1 Presupposti per l'attivazione dell'assistenza domiciliare

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

1. inserimento negli elenchi degli assistiti di un Mdf dell'ASL CN2 per residenza o domicilio sanitario (in quest'ultimo caso limitatamente al periodo nel quale l'assegnazione rimane attiva); possesso di tessera TEAM (Tessera Europea Residenti all'Estero), con individuazione un Mdf disponibile all'assistenza (remunerato per gli accessi come per le "visite occasionali"); con prescrizione dei farmaci preferibilmente su "ricettario rosso"
2. eventuale colloquio preventivo e valutazione con NDCC per casi particolari
3. presa in carico da parte del Mdf per le problematiche di tipo sanitario
Il Mdf ha la responsabilità clinica dell'assistenza e, in regime di Cure Domiciliari, è considerato "medico curante", anche per quanto riguarda le prescrizioni farmaceutiche, in analogia a quanto previsto per il medico ospedaliero in regime di ricovero
4. presenza di un valido supporto familiare e/o di una rete di aiuto formale-informale e/o condizione di autocura
5. idonea condizione abitativa
6. compatibilità delle condizioni cliniche con la permanenza al domicilio
7. firma del consenso informato acquisito da parte dell'operatore che effettua il primo accesso al domicilio con controllo e verifica da parte del Mdf.

La presa in carico della persona assistita prevede l'apertura della cartella integrata, che dovrà essere conservata a domicilio, fino a chiusura dell'assistenza e successiva archiviazione. Viene stilato un piano assistenziale personalizzato che prevede l'intervento a domicilio, del Mdf, degli operatori del Distretto e di altre figure professionali dell'ASL.

Per la buona riuscita dell'assistenza domiciliare è indispensabile la partecipazione attiva dei caregiver, con i quali verrà stilato un contratto di collaborazione. Nel caso in cui sia ritenuta indispensabile la presenza di un caregiver, la sua assenza o indisponibilità comporta l'impossibilità alla presa in carico della persona assistita o alla prosecuzione dell'assistenza. Al caregiver verrà richiesta la sorveglianza del paziente, l'esecuzione di alcune delle attività di assistenza e la corretta conservazione del materiale e della cartella domiciliare. Fra gli obiettivi c'è quello, ove possibile, di rendere autonomi i caregiver nella gestione assistenziale.

6.2 Segnalazioni, proposta di attivazione e presa in carico

Le segnalazioni di dimissione devono pervenire al Nucleo Distrettuale della Continuità delle Cure (in seguito NDCC), da tutte le Strutture Ospedaliere ed extra Ospedaliere con le modalità istituzionalmente previste e, dove attivati, mediati dai centri NOCC con invio della proposta alla mail: ndcc@aslcn2.it

Il NDCC è costituito da personale medico, infermieristico e sociale dei distretti.

La sua funzione è quella di gestire, in particolare, la fase del percorso di continuità delle cure per la persona assistita dal momento della segnalazione fino alla presa in carico.

La segnalazione deve pervenire almeno 48 ore prima della presa in carico, esclusi i festivi.

Sarà cura del NDCC programmare, prima della dimissione, se necessario, un colloquio preventivo con la famiglia, provvedere alla segnalazione al medico di famiglia e agli operatori di competenza territoriale.

In seguito alla segnalazione, anche in caso di persona assistita a domicilio, il MdF invia al Distretto la proposta di attivazione di Cure Domiciliari. Questa viene inviata tramite Portale Io Scelgo la Salute, agli operatori del NDCC ai fini dell'autorizzazione. La presa in carico può essere effettuata dopo l'autorizzazione della scheda inviata dal MdF sul Portale. Solo in casi eccezionali, in accordo NDCC/MdF è possibile effettuare il primo accesso senza il preventivo invio della suddetta scheda. In questo caso la proposta di Cure Domiciliari dovrà essere inviata al NDCC entro il giorno successivo. Per i casi con bisogni clinici, funzionali e sociali che necessitano di particolare valutazione della situazione, è possibile convalidare l'apertura dopo il primo accesso congiunto. La proposta di presa in carico da parte dei MdF, per pazienti ancora ricoverati, è da concordare con il NDCC.

La scelta della tipologia assistenziale e relativa intensità è concordata dal NDCC con il medico di famiglia. La presa in carico si effettua solo ed esclusivamente previo accordo degli operatori NDCC con il medico che la propone esclusi sabato, domenica e festivi, con modalità differenti a seconda dell'intensità assistenziale del paziente.

La responsabilità clinica del paziente è del medico di famiglia, 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 emergenza o urgenza è necessario contattare direttamente il 112.

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 15.00.

Dal lunedì al venerdì dalle 15.00 alle 20.00 il sabato e domenica e festivi (8-20) è attiva una reperibilità infermieristica per pazienti già in carico. Gli operatori reperibili non sono autorizzati all'apertura di nuovi casi.

6.3 Recapiti telefonici

Nelle cartelle assistenziali dei pazienti deve essere segnalato il numero del cellulare di Servizio e il numero del telefono di rete fissa delle varie sedi territoriali (presente una segreteria telefonica attiva 24h).

6.4 Tipologie assistenziali

Sono proposte dal Mdf al NDCC. L'individuazione dell'intensità assistenziale è calcolata utilizzando le modalità indicate nella D.G.R. n. 51-11389 del 23/12/2003, D.P.C.M. 29 novembre 2001 e D.P.C.M. 12 Gennaio 2017 (coefficiente di intensità assistenziale), con rivalutazione sistematica durante il periodo assistenziale e a chiusura del caso. La classificazione delle tipologie sotto riportate sono la sintesi delle indicazioni inserite nei "LEA" e nel programma regionale utilizzato per la registrazione dell'attività domiciliare "FARSIAD".

SID (livello base): prevede accessi da parte di operatori non medici.

ADP: riguarda solo i casi in cui il paziente NON può recarsi presso l'ambulatorio, è affetto da patologie croniche che necessitano di monitoraggio da parte del medico senza necessità di alcun intervento infermieristico e si prevede un accesso mensile.

Se si rendessero necessari accessi infermieristici o di altri operatori è indispensabile richiedere l'apertura di un'altra tipologia assistenziale;

ADI: prevede una costante e programmata frequenza di accessi domiciliari da parte di vari operatori sanitari Mdf, medici di Continuità Assistenziale e specialisti, psicologi, fisioterapisti, infermiere e operatori di supporto.

Sono distinti in livelli di intensità: bassa, media, alta e la definizione del livello di intensità verrà concordato in fase di autorizzazione sul Portale e/o dopo eventuali accordi verbali:

- **"bassa intensità"** per es. gestione catetere vescicale, gestione CVC o CVP o elastomero, prelievi frequenti, con accessi medici (con riconoscimento medio di due accessi mensili), infermieristici ed eventualmente anche di altri operatori sanitari,
- **"media intensità"** per es. terapia antibiotica, terapia endovenosa, per pazienti in situazione di discreto compenso con accessi medici (con riconoscimento medio di quattro accessi mensili) e con necessità di più di un accesso settimanale da parte degli infermieri o di altro operatore sanitario;
- **"alta intensità"** sono i casi più gravi e complessi che necessitano di particolare integrazione medico infermiere con necessità di almeno tre accessi infermieristici alla settimana. Il numero degli accessi MMG,

unitamente alla durata dell'assistenza, sarà concordato di volta in volta (mediamente due o tre alla settimana per un tempo limitato e definito).

CP: per pazienti in condizioni di terminalità affetti da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie, ma è necessario un ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia, per cui il numero degli accessi degli operatori, unitamente alla durata dell'assistenza, sarà concordato di volta in volta.

6.5 Collaborazione con il medico della continuità assistenziale

E' possibile far intervenire il medico della continuità assistenziale, nell'orario della sua attività per persone assistite in Cure Domiciliari in seguito alla prescrizione di terapie parenterali da somministrare in orario notturno nel caso in cui il caregiver non sia ancora formato oppure non sia proprio in grado di effettuare le somministrazioni.

L' intervento del medico della continuità assistenziale, concordato con il medico di famiglia è attivato e autorizzato dal NDCC.

Qualora il medico della continuità assistenziale venga chiamato al domicilio di un paziente che ha una cartella assistenziale il medico di continuità assistenziale può far riferimento all'operatore reperibile, utilizzando il numero di telefono segnato in cartella. A partire dal primo giorno lavorativo successivo all'accesso della continuità assistenziale, se il medico curante conferma la terapia iniziata, provvede a modificare, se necessario, la tipologia assistenziale ed a richiedere l'intervento dell'operatore del Servizio tramite il NDCC. Se invece il paziente risulta in assistenza nelle tipologie sopra descritte l'infermiere è autorizzato ad intervenire per la somministrazione della nuova terapia riportata in cartella. La prescrizione della terapia antibiotica prevede che le prime due somministrazioni siano effettuate dal medico.

6.6 Prescrizione e somministrazione della terapia

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

Gli Infermieri sono autorizzati ad effettuare terapie solo a pazienti in Cure Domiciliari con tipologia ADI e CURE PALLIATIVE, se prescritte:

1. sulla scheda di apertura delle Cure Domiciliari (solo da MdF, associato o sostituto¹) ;
2. sulla scheda unica di terapia inserita nella cartella, compilata dal Medico di Famiglia oppure:
 - sostituto
 - associato

¹ Il sostituto è tenuto a prescrivere in cartella clinica, nella scheda unica di terapia, a timbrare e firmare con il proprio nome, precisando quale medico sostituisce.

- medico di continuità assistenziale. In caso di prescrizione di terapie ev per pazienti in ADP o SID, i medici di continuità assistenziale sono tenuti anche ad infondere la terapia fino al primo giorno feriale.
- 112 (valevole anche la prescrizione fatta sulla modulistica in uso)
- medico specialista di struttura pubblica.

Il medico di famiglia è tenuto a riportare in scheda unica le terapie aggiornate. Vista la complessità terapeutica, le prescrizioni di terapie per la gestione dei sintomi di pazienti in cure palliative, sono prescritte su apposite schede da allegare in cartella.

Non sono eseguibili prescrizioni effettuate da medici consultati in regime privatistico.

La prescrizione deve essere chiara e deve riportare il principio attivo del farmaco e/o il nome commerciale salvo i casi di non sostituibilità.

Nelle nuove aperture la prescrizione della terapia deve essere contestuale alla compilazione della parte medica nella cartella assistenziale e deve avvenire al massimo entro 2 giorni lavorativi dall'apertura dell'assistenza.

Le indicazioni terapeutiche telefoniche del MdF devono avere carattere occasionale o urgente e possono comprendere solo variazioni di terapie già in atto. L'infermiere è tenuto a precisare in cartella che la variazione di terapia è avvenuta telefonicamente e tutte le variazioni dovranno essere riportate dal Mdf in cartella entro 24 ore lavorative.

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 o altro proscrittore che rientri nell'elenco sopra citato, effettui le prime due somministrazioni per via parenterale. Nel caso il paziente avesse già effettuato tale principio attivo, il MdF specifica per scritto che: "il paziente ha già effettuato la stessa terapia e non ha avuto reazioni".

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 conservazione.

Le fiale di potassio possono essere somministrate solo dagli operatori sanitari, rispettando la procedura aziendale su gestione somministrazione soluzioni concentrate di potassio reperibile sul sito aziendale.

Nelle Cure Domiciliari tutti gli operatori sono chiamati 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.

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

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

6.7 Nutrizione parenterale

La nutrizione parenterale è effettuata su indicazione del Medico Specialista Nutrizionista di Centri Regionali Autorizzati compreso quello della nostra ASL in accordo con il MdF, previo posizionamento di un accesso venoso idoneo.

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

- o patologia oncologica con aspettativa di vita superiore a 60 giorni e karnofsky > a 50; condizioni cliniche, familiari ed ambientali del domicilio compatibili con la terapia nutrizionale domiciliare; inserimento in un programma di assistenza domiciliare. La fornitura del materiale per NP (sacche, deflussori, materiale vario) è consegnata direttamente al domicilio del paziente da parte della ditta appaltata. La ditta fornisce sacche e vitamine propri (es Cernevit flac); gli altri farmaci, le soluzioni elettrolitiche, l'insulina, ecc. sono forniti dal nostro Servizio.
- o -Paziente con SLA con disfagia totale e intolleranza alla nutrizione enterale
- o Insufficienza intestinale cronica benigna. In questo caso il paziente è seguito dal centro regionale di riferimento (Reparto Dietetica e Nutrizione Clinica Molinette) e vista la prospettiva di NPT a lungo termine deve diventare autonomo 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 al caregiver è competenza infermieristica (degli operatori della Ditta appaltata ed eccezionalmente degli operatori delle Cure Domiciliari) ed è registrata in cartella nell'apposito spazio. L'operatore della Ditta fornitrice effettua la formazione al caregiver per la somministrazione, lasciando in cartella integrata una scheda appositamente formulata sul passaggio di competenze e sul grado di apprendimento.

Se l'apprendimento è tale da consentire l'infusione della sacca nutrizionale in autonomia, gli operatori infermieristici delle Cure Domiciliari si occupano della supervisione del caso. Se il caregiver non raggiunge l'autonomia rispetto all'infusione delle sacche, il personale infermieristico delle Cure Domiciliari gestisce l'attacco dell'infusione, effettuando un ulteriore training per arrivare allo stacco ed al lavaggio terminale della via infusione, da parte del caregiver.

In caso di impossibilità all'attribuzione di tale attività, si esclude la possibilità di presa in carico in Cure Domiciliari.

La prescrizione della nutrizionista deve essere conservata in cartella integrata. Per la gestione dell'accesso venoso, l'infermiere seguirà le indicazioni della procedura aziendale specifica.

6.8 Terapia infusionale

La prescrizione di infusioni di farmaci e/o terapia infusionale di supporto /integrazione alla nutrizione orale, utilizzando soluzioni infusionali in flaconi da infondere in sequenza o in I / II via e di altri farmaci tramite vena periferica (ago cannula, Midline e Picc) o anche accesso venoso centrale, può essere effettuata sia dal MdF sia dallo specialista, sempre in accordo con il MdF.

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

È previsto il passaggio di competenze al caregiver per effettuare il cambio del flacone, l'osservazione del punto di 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.

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

In questo caso è 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.

6.9 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 seguito dal Servizio di Terapia Antalgica della nostra ASL o anche di altra 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.

Per la gestione dell'elastomero, indipendentemente dalla via di somministrazione, è necessario attenersi alle indicazioni del centro di riferimento che ha in carico il paziente.

La competenza infermieristica riguarda l'effettuazione della medicazione del punto di inserzione e 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 ma solo per le strutture dell'ASL CN2.

Su specifica indicazione di un Servizio dell'Azienda CN2, è possibile preparare gli elastomeri in sede territoriale, se il contenuto farmacologico non è a base di chemioterapici o narcotici o farmaci che necessitano di preparazione sotto cappa. 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.

6.10 Ipodermoclisi²

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 segni clinici di infezione o di intolleranza.

Si può effettuare il training ai caregiver 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 e l'accettazione della terapia da parte del paziente/caregiver.

6.11 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.

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. 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.

Fra le terapie sottocutanee sono comprese anche le eventuali prescrizioni fatte dal medico palliativista che possono prevedere anche l'autogestione.

² Motolese E.: somministrazione di farmaci per via sottocutanea, Assistenza Infermieristica e Ricerca vol. 26 n.2: 99-105 del 2007

6.12 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.

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 che deve essere infusa in non più di 1,30 ora.

Valutazione del fabbisogno trasfusionale

La valutazione del fabbisogno trasfusionale è di stretta competenza medica.

Nell'Anemia Cronica è rara la necessità trasfusionale in pazienti con valore di Hb >8g/dl. In questo tipo di anemia va sempre valutata l'eziopatogenesi allo scopo di trattarla, se possibile, con terapie alternative alla trasfusione.

A tale scopo si ritiene necessario il corretto inquadramento diagnostico dell'anemia.

Si raccomanda l'adozione di una soglia trasfusionale restrittiva (Hb 7-8 g/dL) in tutti i pazienti clinicamente stabili. Nei pazienti con precedenti patologie cardiovascolari, **si suggerisce** l'adozione di una soglia trasfusionale restrittiva (Hb 7-8g/dl), se emodinamicamente stabili.

E' obbligatorio ottenere dal paziente il consenso informato alla trasfusione di emocomponenti e/o emoderivati, inserito in cartella integrata. Nei casi di trattamenti trasfusionali ripetuti, il consenso raccolto all'inizio del trattamento si considera formulato per tutta la durata della terapia, salvo esplicita revoca da parte del paziente.

Richiesta emocomponenti

(globuli rossi filtrati, plasma, piastrine)

La richiesta deve essere compilata dal Medico di Famiglia e firmata sia dal Medico che dall'infermiere che ha effettuato il prelievo delle prove di compatibilità.

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, vanno riportati il valore INR, l'eventuale assunzione di terapia anticoagulante NAO/TAO, l'eventuale emorragia in atto.

- In caso di richiesta di piastrine, va riportato il risultato della conta piastrinica con la data dell'esecuzione dell'esame e l'eventuale diatesi emorragica.

In situazioni, concordate con la SSD Antenna Trasfusionale, è possibile richiedere emocomponenti lavati o irradiati (il DM 2/11/2015 introduce l'utilizzo di emazie filtrate per tutti i pazienti con indicazione alla terapia trasfusionale).

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

A detto Servizio deve pervenire la provetta da **7 ml** in EDTA (tappo viola) adeguatamente compilata sull'etichetta esistente con cognome, nome e data di nascita del paziente, data e ora del prelievo e firma dell'operatore che esegue il prelievo.

La richiesta compilata in ogni sua parte ed indicante il gruppo sanguigno del paziente con data e numero di determinazione può pervenire al Servizio Trasfusionale anche in un momento diverso dall'arrivo della provetta.

In caso di pazienti privi di precedenti determinazioni di gruppo, si deve 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 SIMTI esclusivamente dagli operatori delle Cure Domiciliari o personale autorizzato. Eventuali deroghe di trasporto da parte dei familiari devono essere concordate con gli operatori.

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), il ritiro deve essere concordato con il Servizio Trasfusionale.

Le unità devono essere ritirate presso il centro trasfusionale esclusivamente dagli operatori delle Cure Domiciliari o personale autorizzato. L'operatore (anche i familiari) che ritira l'emocomponente deve ricordarsi di compilare il registro e ritirare idoneo deflussore. Eventuali deroghe di trasporto da parte dei familiari devono essere concordate con gli operatori.

Trasporto e conservazione degli emocomponenti

Il ritiro va concordato con il Medico di Famiglia.

L'emocomponente ritirato va trasportato in contenitore termico (borsa frigo) opportunamente refrigerata (o temperatura controllata se trasportini idonei), e trasfuso il prima possibile e comunque non oltre le due ore dal momento del ritiro.

Le piastrine vanno trasportate e conservate a temperatura ambiente (20-22 gradi) ed agitate dolcemente immediatamente prima della trasfusione.

Il trasporto delle sacche può essere effettuato entro e non oltre le ore 16.00. dal lunedì al venerdì, in reperibilità solo in accordo e con autorizzazione del Servizio.

Oltre tale ora il medico di medicina generale deve farsi carico del ritiro e trasporto della sacca.

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

Competenza del medico di famiglia

- valutazione clinica del paziente
- acquisizione del consenso alla trasfusione³
- 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
- valutazione di integrità della sacca prima della trasfusione
- accertamento e registrazione dati come da check-list
- effettuazione della trasfusione in ottemperanza delle norme procedurali (si ricorda che i test pre-trasfusionali hanno validità di 72 ore)
- compilazione moduli di assegnazione allegati alla sacca, composti da 2 moduli formato A4 (parte da allegare in cartella denominata copia per il reparto e parte da restituire al Servizio trasfusionale)
- apposizione in cartella integrata dell'etichetta di assegnazione dell'unità di emocomponente
- registrazione data e ora dell'inizio della trasfusione, parametri vitali all'inizio della trasfusione, data e ora di fine trasfusione e parametri vitali non oltre i 60 minuti dalla fine della trasfusione
- segnalazione di eventuali reazioni avverse, compilazione del modulo apposito scaricabile dal sito dell'ASL e trattamento effettuato
- eventuale smaltimento della sacca

Competenza dell'operatore infermieristico

- verifica se il paziente ha già un gruppo determinato oppure no, telefonando al Servizio Trasfusionale della nostra ASL. Se la determinazione è di altre Asl è necessario rifare il prelievo
- verifica dell'identità del paziente
- riporta, direttamente sulle etichette madri delle provette, in stampatello, i dati anagrafici del paziente (cognome, nome, data di nascita) la data e l'ora di prelievo
- Effettua il prelievo e firma le provette:
 - se il paziente ha già trasfuso altre volte è necessaria una provetta sola

³ Modulo presente in cartella integrata

- se è il paziente non è noto al Servizio Trasfusionale, le provette devono essere 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

- L'infermiere che ha eseguito il prelievo delle prove di compatibilità firma la richiesta di emocomponenti con il medico.
- trasporta in ospedale il prelievo stesso o attribuisce a personale qualificato;
- ritira le sacche, braccialetto e chek-list (scheda di registrazione dei controlli pre- trasfusionali).
- registra in cartella l'ora di arrivo al domicilio dell'emocomponente
- procede all'accertamento e registrazione dati come da check-list insieme al Medico di Famiglia
- restituisce il modulo di accompagnamento della sacca adeguatamente compilato e firmato dal Medico di Famiglia, al Servizio Trasfusionale entro tre giorni dalla data della trasfusione.

Competenza dell'operatore di supporto

- trasporta i prelievi
- ritira le sacche, braccialetto e chek-list (scheda di registrazione dei controlli pre- trasfusionali)
- trasporta le sacche
- registra in cartella l'ora di arrivo al domicilio dell'emocomponente.

Smaltimento della sacca

A trasfusione ultimata, sacca, deflussore e dispositivo di infusione di infusione vanno immediatamente eliminati nei contenitori rigidi secondo le modalità riservate ai rifiuti speciali.

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

6.13 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. L'infusione deve essere programmata dal lunedì al venerdì, durante l'orario di Servizio attivo. Le somministrazioni durante il fine settimana devono essere concordate con il NDCC.

Le indicazioni alla somministrazione dell'albumina si rifanno alle linee guida ministeriali. Le prime due infusioni, se il paziente non ha mai effettuato albumina, sono di competenza medica e le successive di infermieristica.

Essendo un emoderivato, è necessario far firmare il consenso informato, il cui 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.

6.14 La terapia marziale al domicilio

A domicilio non è possibile infondere ferro EV.

6.15 Prevenzione e trattamento delle lesioni cutanee

La gestione delle lesioni cutanee non complicate è competenza infermieristica e in base alla valutazione della loro evoluzione è previsto un trasferimento di competenze al care giver. In caso di complicanze è necessario contattare il MdF.

L'attività dell'operatore Oss per la gestione delle medicazioni, è subordinata alla prescrizione infermieristica.

Per la cura delle lesioni da pressione si fa riferimento alla procedura aziendale.

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

La programmazione degli accessi domiciliari da parte di infermieri e di Oss, può variare secondo la complessità del paziente. E' assolutamente necessario svolgere opera di educazione sanitaria al paziente e/o 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.

La fornitura prevede che il materiale sia prevalentemente sanitario. Per tutto il materiale considerato non sanitario, la fornitura è subordinata alla valutazione degli operatori del Servizio.

Per il confezionamento di bendaggi elastocompressivi, si valuterà di volta in volta in base alle indicazioni mediche, alle condizioni del paziente ed alle 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. Se il paziente preferisse non coinvolgere il medico di famiglia, deve organizzarsi in proprio, anche per l'eventuale assistenza con chiusura della nostra cartella.

Per tutto il materiale di medicazione necessario, ma non presente nel Prontuario Terapeutico Aziendale, si dovrà seguire la modalità di prescrizione indicata dalla DD. n.172 del 16/03/2010 e s.m.i. come di seguito specificato:

"la fornitura del materiale di medicazione è prevista per tutti i pazienti portatori di ulcere che non hanno risoluzione entro le 6 settimane (ulcere croniche)".

Il materiale di medicazione può essere tradizionale, avanzato e strumentale come da elenco riportato sul piano terapeutico regionale.

Come da comunicazione della Regione Piemonte prot. 7229/DB2000 del 28 marzo 2014, la fornitura del materiale di medicazione è garantita **solo** ai pazienti che siano in carico ai servizi distrettuali (ambulatorio infermieristico

nelle varie sedi, Cure Domiciliari). In tal caso sarà possibile seguire il paziente su indicazione di specialisti di struttura pubblica, e fornire i materiali prescritti su Piano Terapeutico Regionale.

Non sarà possibile l'erogazione di materiali a pazienti seguiti esclusivamente da un Servizio ospedaliero o ambulatoriale, anche se della nostra ASL.

In presenza di piano terapeutico, il materiale fornito ai pazienti in carico è principalmente quello presente nel Prontuario Aziendale. Se il materiale richiesto non è presente in detto prontuario e/o qualora non si riesca, tramite contatti con lo specialista prescrittore da parte del NDCC, ad individuare un'alternativa altrettanto valida, si ricorre alla fornitura esterna, dopo autorizzazione da parte del settore Protesica Aziendale. Il percorso da effettuare per ottenere l'autorizzazione a tali forniture, non viene descritto in questa procedura, in quanto in continuo cambiamento. Per avere indicazioni sul percorso in vigore, gli operatori possono fare riferimento ai referenti NDCC. In caso di variazione delle indicazioni alla medicazione, gli operatori informeranno il NDCC che si occuperà di aggiornare o bloccare la fornitura. L'eventuale materiale residuo non utilizzato dovrà essere restituito al Servizio Domiciliare.

6.16 Nutrizione enterale/PEG, pazienti disfagici

Si basa su prescrizione specialistica ambulatoriale (Medico Nutrizionista) in accordo con il 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 ancora raggiunta l'autonomia o in caso di problemi allo stoma della PEG (necessità di medicazioni). La gestione del palloncino di ancoraggio della sonda della PEG (sostituzione della soluzione) e l'eventuale sostituzione della sonda stessa deve essere concordata con lo specialista posizionatore 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, quindi a carico del Centro Prescrittore, anche le forniture domiciliari di integratori orali, di polvere addensante e di acqua gelificata per pazienti disfagici e malnutriti: queste forniture vengono effettuate da ditta appaltata direttamente al domicilio dell'utente.

Nel caso sia necessaria la sola prescrizione di polvere addensante/acqua gel per disfagia, viene fornita la consulenza nutrizionale con prescrizione, su richiesta del MdF, senza la valutazione diretta sul paziente.

Per la prescrizione di integratori orali, ovvero nel caso di necessità di valutazione della nutrizione per malnutrizione è necessario il trasporto del paziente nell'ambulatorio dedicato.

6.17 Cateteri vescicali/urocondom/fornitura presidi di assorbenza

Ai pazienti in carico vengono forniti il catetere vescicale o l'urocondom, sacche sterili a circuito chiuso sia da letto che da gamba.

Gli accessi si effettuano 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), gli infermieri possono fornire direttamente i presidi di assorbenza standard, richiedendoli al magazzino, in attesa che vengano espletate le pratiche necessarie.

6.18 Lavature vescicali

Si possono praticare 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.

La possibilità di gestione delle irrigazioni a circuito chiuso con prescrizione specialistica sarà valutata e concordata con il MdF e il caregiver.

6.19 Alvo

La gestione dell'alvo prevede un trasferimento di competenze al caregiver per quanto riguarda i clismi con sonda corta.

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

6.20 Stomie (colostomie-ileostomie e urostomie)- derivazioni biliari esterne

La fornitura dei sacchetti di raccolta viene effettuata in base alla prescrizione specialistica ed alle eventuale supervisione dell'enterostomista della nostra 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 l'igiene della cute dello stoma e peristomale e per medicazioni in caso di irritazioni dello stoma, addestramento alla 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).

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

6.21 Prelievi ematici

Il prelievo domiciliare può essere effettuato sia a pazienti inseriti in Cure Domiciliari che per richieste occasionali.

E' possibile effettuare il prelievo domiciliare per tutte le persone che hanno difficoltà di natura sanitaria a recarsi nei centri prelievi ambulatoriali (i problemi di trasporto sono da valutare a seconda della sede territoriale).

Le impegnative dei prelievi occasionali devono contenere il motivo di richiesta di effettuazione al domicilio.

L'impegnativa deve essere consegnata nella sede di competenza territoriale rispettando gli orari di apertura degli ambulatori infermieristici o può essere ritirata direttamente dagli operatori al domicilio. Il MdF può inoltrare l'impegnativa anche all'indirizzo di posta elettronica del NDCC.

Per tutti i prelievi ripetitivi, compresi i prelievi effettuati su indicazione della Dialisi, Oncologia, Centro Trasfusionale e Centro TAO si apre una cartella di Cure Domiciliari.

Il trasporto del materiale biologico deve essere effettuato in sicurezza secondo normativa vigente e secondo procedure e regolamenti aziendali⁴.

Il trasporto può essere effettuato anche dai caregiver previa informazione e istruzione adeguata da parte dell'infermiere e fornitura di presidi idonei.

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

La frequenza dei prelievi routinari (esempio INR), deve essere stabilita dal Medico di Famiglia o dai Centri TAO.

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 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.

Gli operatori non sono autorizzati ad effettuare prelievi ematici nelle strutture socio sanitarie ma solo in strutture socio assistenziale.

6.22 Emocolture

Per i pazienti in carico, che abbiano problematiche legate a sospetta infezione di accesso vascolare o stati clinici per i quali sia indicato un esame colturale con antibiogramma, è possibile eseguire l'emocoltura durante l'orario di Servizio tutti i giorni dalle h 8.00 alle h. 20.00

⁴Circolare 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 del rischi biologico nell'Asl CN2"

I prelievi devono essere concordati con il medico di famiglia e prescritti su ricetta dematerializzata. Per la caratteristica del prelievo non si esegue questo esame in urgenza.

Le istruzioni operative specifiche per il servizio territoriale, sono inserite sul sito aziendale, aggiornate quando necessario, dal NDCC.

6.23 Elettrocardiogramma

È prescritto dal medico di famiglia ed effettuato dagli infermieri. Viene effettuato a pazienti nelle tipologie SID ADI e CP e che non possono essere trasportati in ambulatorio. La refertazione può essere fatta dal Mdf oppure richiesta al cardiologo ospedaliero o ambulatoriale con impegnativa dematerializzata.

E' possibile l'utilizzo dell'elettrocardiografo dei Distretti da parte del MdF per i pazienti inseriti nella tipologia ADP.

6.24 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' indispensabile individuare un caregiver di riferimento, ad eccezione dell'autocura in cui l'utente è in grado di gestirsi autonomamente.

Gli operatori sono tenuti a registrare in cartella assistenziale integrata, nell'apposita pagina, l'attività attribuita con le relative firme di presa visione.

Il trasferimento delle competenze può essere effettuato dall'infermiere 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 proprio profilo professionale può effettuare attività di trasferimento di competenze nei confronti di familiari e caregiver.

Qualunque modifica alle attribuzioni deve essere registrata in cartella integrata.

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

6.25 Richieste di consulenze specialistiche

Le consulenze specialistiche possono essere effettuate da specialisti ospedalieri, specialisti convenzionati interni e specialisti dell'Hospice della nostra ASL.

Specialisti ospedalieri:

la richiesta di consulenza specialistica compilata dal MdF sarà inviata al Nucleo Distrettuale che gestirà la richiesta:

- Contatto con lo specialista
- Eventuale autorizzazione
- Disposizione per accompagnamento

Gli operatori sono tenuti a registrare sul SIAD tutte le consulenze domiciliari effettuate da specialisti ospedalieri riportate sulla cartella clinica o con referto allegato (sul siad non è possibile registrare l'attività in anticipo).

Specialisti convenzionati interni :

La richiesta di consulenza specialistica compilata dal MdF sarà inviata al Nucleo Distrettuale che la valuta, l'autorizza e ne concorda l'effettuazione con lo specialista ed eventualmente con il coordinatore infermieristico del Poliambulatorio, considerando anche la possibilità di far affiancare lo specialista prioritariamente da un infermiere. A seconda dei carichi di lavoro, potrà essere contattato l'operatore del poliambulatorio o quello delle Cure Domiciliari.

La consulenza sarà registrata sul SIAD dal personale amministrativo dedicato.

Specialisti Fisiatri e Trattamenti riabilitativi:

Il DPCM del 2017 "Definizione e aggiornamento dei LEA" all'art.22 descrive l'articolazione delle Cure Domiciliari come un percorso assistenziale a domicilio costituito dall'insieme organizzato dei trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità. Il MdF e il PLS assumono la responsabilità clinica dei processi di cura.

I pazienti da sottoporre a trattamenti riabilitativi possono quindi essere inseriti nel proprio ambiente familiare e devono essere seguiti dal proprio MdF in un programma di Cure Domiciliari. In ottemperanza ai LEA, in presenza di problematiche che richiedano prestazioni prevalentemente di tipo riabilitativo, dopo valutazione da parte del Fisiatra, queste saranno effettuate al domicilio stesso da parte del fisioterapista. Come per tutti i pazienti in assistenza domiciliare, i casi segnalati per i trattamenti riabilitativi possono provenire oltre che dal domicilio anche da strutture di ricovero.

La richiesta di consulenza fisiatrica domiciliare, redatta dal MdF, può essere fatta per:

- Fisioterapia domiciliare
- Prescrizione ausili non compresi nell'elenco ad uso del medico di famiglia.

Il Medico di Famiglia può richiedere consulenza fisiatrica per trattamenti domiciliari, solo per pazienti già in assistenza. Le richieste sono inviate alla sede distrettuale di competenza territoriale per l'autorizzazione da parte del medico del distretto e successivo invio al Servizio RRF.

A visita avvenuta, il Fisiatra inoltra all'indirizzo di posta elettronica del NDCC l'esito della visita eseguita.

Per i pazienti visitati in ambulatorio di fisioterapia, per i quali viene posta l'indicazione al trattamento domiciliare, può essere inviato il PPRI al NDCC.

Per i pazienti ricoverati nel presidio ospedaliero dell'ASL CN2, in previsione della dimissione con indicazione alla riabilitazione domiciliare, il NOCC invia al NDCC, con apposita scheda aziendale di segnalazione, anche il PPRI, per la successiva presa in carico in assistenza domiciliare da parte del MdF e dell'equipe riabilitativa. Le richieste di trattamenti riabilitativi provenienti da altre strutture pubbliche o accreditate sono inoltrate dal NDCC al MdF e al Servizio di Riabilitazione, per la gestione del caso. Il Fisiatra comunicherà al NDCC la data di inizio trattamento o l'eventuale cambio di progetto. Il Medico Fisiatra e il fisioterapista che effettuano accesso e trattamento domiciliare sono tenuti a registrare l'attività in cartella integrata. L'attività domiciliare effettuata dal Fisiatra e dal fisioterapista è registrata sul portale Siad dagli operatori della fisiatria.

Specialisti Hospice:

Il MdF compila la richiesta di visita cure palliative e la invia tramite mail all'indirizzo ndcc@aslcn2.it. Il nucleo distrettuale prende accordi con l'Hospice e programma la prima visita con accesso congiunto tra medico Hospice e/o MdF e/o infermiere. I Medici Palliativisti si impegnano ad effettuare la consulenza entro i tempi stabiliti dalla classe di priorità espressa nella richiesta, salvo motivate eccezioni. Il modulo con l'elenco dei farmaci per la gestione dei sintomi, redatto dai Palliativisti, sarà compilato e firmato dal Medico Palliativista e varrà come prescrizione; sono autorizzati ad eseguirne la somministrazione sia gli infermieri sia i caregiver addestrati.

Per i farmaci che verranno utilizzati in modalità off-label, il medico prescrittore farà firmare il consenso al paziente o a chi avente diritto, su modulo redatto dai Palliativisti e lo allegnerà alla cartella.

Le stesse modalità devono essere utilizzate anche dal Medico di Famiglia/Medico della continuità assistenziale. La modulistica citata, costantemente aggiornata, è inserita sul sito aziendale

Si precisa che la morfina in fiale e gli altri stupefacenti soggetti a carico/scarico devono essere prescritti dal MdF sul ricettario e ritirati presso le Farmacie esterne a cura dei familiari/caregiver. Ad accesso avvenuto, gli infermieri che affiancano lo specialista in Cure Palliative sono tenuti a confermare al NDCC la data della consulenza per consentirne la registrazione in SIAD.

6.26 Psicologi

La richiesta può essere inoltrata al NDCC telefonicamente o tramite e-mail dalla persona assistita, dai caregiver, dal medico e dagli operatori del Servizio domiciliare.

Il NDCC trasmette la segnalazione al Servizio di psicologia che si organizza per la presa in carico.

Le consulenze sono comunicate al NDCC che si fa carico della loro registrazione sul SIAD.

6.27 Ossigenoterapia, Ventiloterapia Domiciliare e gestione del paziente tracheostomizzato

Gli infermieri delle Cure Domiciliari possono effettuare educazione sanitaria ed approfondimento di informazioni col trasferimento di competenze alla persona assistita/caregiver e a pazienti in carico, che possono necessitare di: ossigeno terapia, ventilazione continua o intermittente, tracheostomie.

La prescrizione di ossigeno liquido deve essere redatta da uno specialista di Struttura Pubblica. Lo stroller viene fornito se indicato nella prescrizione. La gestione dell'ossigeno terapia Domiciliare a lungo termine (LTOT) è di pertinenza del Medico Specialista, che è responsabile della prescrizione a scadenza massima di un anno e dei controlli/variazioni delle prescrizioni. La richiesta di ossigeno liquido deve essere presentata, anche tramite fax o posta elettronica al Servizio farmaceutico dell'ASL con sede ad Alba

Il MdF può prescrivere bombole di ossigeno gassoso con impegnativa regionale (non dematerializzata) e approvvigionamento presso Farmacia convenzionata per utilizzo temporaneo/compassionevole e aspiratore chirurgico per secrezioni vie aeree (utilizzando il modulo prescrizione ausili scaricabile dal sito) con fornitura da ditta appaltata.

La prescrizione di ventiloterapia può essere effettuata solo dallo specialista.

Il materiale contenuto nella richiesta specialistica, ma non inserito nell'elenco dei materiali di consumo previsti per il noleggio del ventilatore, (per esempio: metalline o medicazioni per la protezione della cute della tracheotomia, fasce di fissaggio della cannula, garze e bavaglini per coprire il foro della tracheotomia, ecc) è fornito dagli infermieri delle sedi territoriali previo inserimento del paziente in una forma assistenziale. Il personale Amministrativo del Servizio Medicina Legale che riceve la prescrizione verifica se il paziente è in assistenza domiciliare o ambulatoriale. Per conoscere se l'utente è inserito in quest'ultimo caso, prende accordi con il Coordinatore Infermieristico della zona di riferimento, tenendo conto della residenza dell'utente. Per la gestione di tracheostomie a pazienti, in possesso di prescrizione specialistica redatta o convalidata dal reparto ORL dell'ASL CN2, che siano in assistenza nel nostro Servizio, si consegna mensilmente il materiale previsto dal modulo specifico. Le cannule di sostituzione e il materiale per l'aspirazione sono forniti dalla ditta appaltata.

In caso di ventilazione non invasiva o di utilizzo di aspiratore chirurgico, gli infermieri delle sedi territoriali forniscono anche acqua distillata o soluzione

fisiologica su prescrizione specialistica.

La sostituzione di cannula tacheostomica per i pazienti in Cure Domiciliari, può essere effettuata da specialista pubblico: la richiesta del MdF viene inviata al NDCC che contatta lo specialista di riferimento.

La ginnastica respiratoria o addestramento all'uso di apparecchiature specifiche per la ginnastica respiratoria è a cura del fisioterapista.

6.28 Posizionamento Cateteri Venosi Periferici A Medio Termine

La necessità di posizionamento a domicilio di un catetere venoso periferico a medio termine è identificata in accordo tra il MdF e l'infermiere di competenza territoriale con registrazione in cartella. Non servono impegnative, ma è necessaria la compilazione, da parte del MdF, del modulo di consenso informato al posizionamento di accesso venoso a medio e lungo termine reperibile sul sito aziendale, che verrà lasciato a domicilio nella cartella.

L'indicazione al posizionamento è valutata dall'infermiere impiantatore che, dopo confronto con gli infermieri che hanno in carico il paziente, prende decisioni in merito all'idoneità del paziente, alle indicazioni terapeutiche e al presidio più idoneo da impiantare.

In seguito alla manovra di posizionamento verrà rilasciato il referto di impianto che dovrà essere conservato in cartella integrata al domicilio del paziente.

Gli infermieri impiantatori territoriali si faranno carico anche di eventuali consulenze per riparazioni presidio o valutazione di problematiche segnalate.

La richiesta del materiale di consumo è a carico degli infermieri impiantatori.

6.29 Forniture materiali, farmaci, controllo scadenze

La fornitura di farmaci presenti nel Prontuario Terapeutico Aziendale verrà effettuata nei confronti dei pazienti la cui assistenza preveda almeno un passaggio infermieristico alla settimana.

Per gli assistiti italiani residenti all'estero, in possesso di tessera TEAM, la prescrizione dei farmaci è preferibilmente su "ricettario rosso", tranne per i farmaci solo ospedalieri.

Per la fornitura dei farmaci fuori Prontuario è necessario che il MdF si accordi con il medico del distretto.

Il Prontuario Terapeutico Aziendale è consultabile sul sito aziendale nel settore: "Ospedale Alba Bra - Assistenza Farmaceutica Ospedaliera". E' rivisto periodicamente, seguendo le indicazioni regionali.

La distribuzione dei farmaci classificati "H-Osp" è regolamentata dall'Art. 92 del D.Lgs 219/06 e s.m.i., *medicinali utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in strutture ad esso assimilabili*. Le Cure Domiciliari appartengono alla categoria "*...strutture assimilabili*".

Tutti gli operatori, sono tenuti al rispetto delle condizioni di conservazione dei farmaci riportate in etichetta.

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.

In accordo con i caregiver è possibile organizzare il ritiro di materiali e farmaci anche presso le sedi territoriali, presentando la cartella integrata aggiornata.

Il MdF deve utilizzare, quando richiesto dalla Procedura Aziendale redatta dal Servizio Farmaceutico, 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:

- è possibile distribuire i farmaci stupefacenti secondo tabella II D legge 38/2010 che non sono più soggetti a registro di carico/scarico, inseriti in prontuario.
- è possibile infondere a domicilio soluzioni concentrate di Potassio in osservanza della Procedura Aziendale specifica.

L'aggiornamento della terapia in cartella assistenziale è l'unica forma di autorizzazione alla fornitura dei farmaci.

I farmaci che vengono distribuiti dalla Farmacia Ospedaliera sono targati in uscita dalla farmacia stessa. Agli operatori del Servizio compete, il ricircolo tra le varie sedi dei Farmaci non utilizzati.

I materiali pluriuso forniti ai pazienti (es piantane), devono essere restituiti/recuperati dopo la chiusura del caso.

I materiali di medicazione messi a disposizione sono quelli presenti nel Prontuario Terapeutico Aziendale.

6.30 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 seconda della tipologia assistenziale ADI - CP - SID) 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.

E' possibile richiedere alla Farmacia Ospedaliera anche integrazioni di farmaci urgenti o altro materiale utilizzando apposito modulo cartaceo o richiesta informatizzata, previo accordo con il farmacista.

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 ricondurre il prodotto al prontuario aziendale e fornirlo direttamente o autorizzarne l'acquisto presso una farmacia esterna.

6.31 Fornitura ausili e 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. La prescrizione di ausili deve essere effettuata dopo attenta valutazione del paziente ed eventuale confronto con infermieri del Servizio, al fine di assegnare ausili utili ed effettivamente utilizzati per evitare spreco di risorse.

Per la prescrizione di presidi ed ausili a pazienti ricoverati, in attesa della dimissione, il NOCC nel modulo di segnalazione della dimissione inviato al NDCC, può segnalare gli ausili ritenuti necessari per la gestione domiciliare dell'utente, specificando se questi sono già stati prescritti dallo specialista o se devono essere prescritti dal MdF (limitatamente ai presidi previsti, riportati sul modulo inserito nel sito aziendale).

La fornitura degli ausili, ritenuti indispensabili per la dimissione del paziente, deve essere segnalata sulla prescrizione specialistica come da norma vigente.

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

L'addestramento all'utilizzo di ausili che non siano di utilizzo intuitivo viene effettuato dal tecnico; per il montascale è previsto un addestramento specifico con consegna di scheda effettuato esclusivamente dal tecnico. Un ulteriore affiancamento all'utilizzo del sollevapazienti o altri ausili di gestione non intuitiva è a carico degli operatori personale infermieristico, OSS, per paziente del distretto inseriti in Cure Domiciliari. Il MdF, in accordo con operatori del Servizio, può verificare in itinere la persistenza della necessità della fornitura

degli ausili. 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 o al possesso della relativa certificazione. I pazienti in Cure Domiciliari, che abbiano una certificazione di incontinenza redatta dal MdF, ricevono gli ausili per l'incontinenza, secondo le modalità stabilite dall'ASL. Per i pazienti con domicilio sanitario gli ausili per incontinenza e i presidi sono concessi solo se in ADI a media/alta intensità o in Cure Palliative.

Il percorso di richiesta fornitura /ausili/presidi/presidi incontinenza, prevede la consegna della prescrizione medica e/o specialistica ad uno degli sportelli CUP (tranne gli sportelli siti nei due ospedali). Lo sportello CUP invia al settore protesica aziendale la richiesta per l'autorizzazione e fornisce le necessarie informazioni a riguardo.

6.32 Trasporti

I trasporti degli utenti in Cure Domiciliari sono erogati come da Regolamento Aziendale e organizzati dall'Ufficio Trasporti.

La segnalazione della necessità di trasporto, corredata dalla relativa documentazione, può essere effettuata dal Medico di Medicina Generale, dagli Infermieri delle Cure Domiciliari, dai parenti o dal paziente stesso agli operatori del Nucleo Distrettuale Continuità delle Cure.

Le richieste sono compilate, firmate e inviate all'Ufficio Trasporti, dall'Operatore del Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure, utilizzando l'apposita modulistica che contiene i criteri di erogabilità con oneri a carico del SSN.

I Medici di Distretto valutano e autorizzano le richieste.

Il trasporto autorizzato viene automaticamente prenotato dall'Ufficio Trasporti. In qualunque caso, gli operatori del Servizio stesso danno comunicazione all'interessato dell'esito della richiesta.

Gli operatori sono tenuti a dare le corrette informazioni e, se necessario, a facilitare il percorso della richiesta.

6.33 Cartella Integrata: apertura, conservazione, chiusura, archiviazione e richiesta copia

Tutti i dati sono raccolti secondo la normativa vigente e fino al conseguimento delle finalità per le quali i dati sono trattati, salvo obblighi di conservazione ulteriore a termini di legge.

Il Medico di Famiglia è responsabile delle cartelle dei pazienti in Cure Domiciliari dall'apertura alla consegna al Distretto.

La presa in carico della persona assistita prevede l'apertura della cartella integrata, che dovrà essere compilata dettagliatamente nelle varie parti che la compongono, scritta in modo leggibile e conservata al domicilio del paziente fino a chiusura dell'assistenza.

Sono autorizzati ad aprire la cartella, intesa come prima compilazione e ognuno per la parte di competenza: il MdF, l'infermiere e il fisioterapista, a seconda della motivazione dell'apertura dell'Assistenza Domiciliare.

Per visite in ospedale o per ricovero la cartella può corredare la documentazione del paziente a completamento delle informazioni sanitarie, con impegno a riportarla sempre al domicilio.

In caso di sospensione temporanea dell'assistenza la cartella potrà essere conservata dal MdF o in sede territoriale, dandone comunicazione al NDCC.

Alla chiusura dell'assistenza la cartella deve obbligatoriamente pervenire nelle sedi centrali di Alba e di Bra per l'archiviazione ad eccezione delle cartelle SID, che vengono archiviate nelle sedi territoriali con il criterio della divisione tra pazienti vivi e deceduti. Per l'archiviazione, tutte le cartelle devono contenere la scheda di dimissione emessa dal portale FAR-SIAD .

E' possibile utilizzare la stessa cartella conclusa in seguito a riaperture, solo nell'anno in corso o, in situazioni eccezionali, valutate dal NDCC. (es. cartelle aperte a fine anno)

Le cartelle chiuse dell'anno in corso e dell'anno precedente vengono conservate nelle sedi centrali.

Le cartelle archiviate riferite ai due anni precedenti l'anno in corso vengono inviate al centro unico di archiviazione individuato dall'Azienda,.

E' necessario registrare nel diario del SIAD l'archiviazione della cartella nel momento in cui viene consegnato in sede centrale il cartaceo.

La segreteria del distretto si occupa di sollecitare la restituzione e di controllare che le cartelle chiuse siano state consegnate per l'archivio.

La cartella dei deceduti in ospedale, che risulta come assistenza chiusa per ricovero, deve essere archiviata con i deceduti e devono essere registrati nelle note del SIAD la data del decesso e il luogo.

La mancata restituzione della cartella clinica, per qualunque motivo, comporta una comunicazione scritta indirizzata al protocollo dell'ASL, da parte di chi smarrisce il documento. In questo caso, in sostituzione della cartella, viene archiviata copia della comunicazione.

In caso di chiusura per cambio medico, è facoltà del medico subentrante decidere se utilizzare la stessa cartella oppure intestarne una nuova.

Se la cartella viene sostituita, quella precedente deve essere inviata all'archivio.

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 di collaborazione per brevità della presa in carico; in questo caso, firma l'operatore che ha seguito maggiormente il paziente.

La richiesta di copia della cartella integrata può essere inoltrata dagli aventi diritto al protocollo aziendale utilizzando la modulistica pubblicata sul sito, sul quale sono riportate tutte le informazioni utili.

6.34 Registrazione dei dati

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.

Tutta l'attività svolta al domicilio, oltre che essere descritta in modo completo e dettagliato nella cartella assistenziale, deve essere registrata nel portale FAR/SIAD-RP. Questo è un programma statistico e non di registrazione assistenziale. Tutta la parte assistenziale è contenuta nella cartella integrata conservata al domicilio del paziente.

In caso di ricovero, la scheda SIAD viene chiusa. L'eventuale inserimento di sospensione anziché chiusura per ricovero è valutata dal NDCC al rientro in assistenza del paziente.

L'operatore che registra la chiusura del caso deve anche precisare nel diario del programma se la cartella è stata consegnata in sede centrale oppure, in caso di SID, se è stata archiviata in sede territoriale.

Ogni operatore è tenuto a registrare, se possibile giornalmente o in base al carico di lavoro, con le proprie credenziali i dati dell'attività dopo averla effettivamente svolta.

Tutta l'attività, anche quella svolta in reperibilità, deve essere registrata dall'operatore che l'ha effettuata.

6.35 Punture Accidentali

In caso si verificano punture accidentali o esposizione a materiale biologico a rischio infettivo l'operatore, in qualità di dipendente dell'ASL CN2, deve 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.

In caso di puntura accidentale o di esposizione a materiale biologico a rischio infettivo di un MdF/PIS, Medico continuità assistenziale e familiare/caregiver/badante, questi vanno indirizzati al DEA/Pronto Soccorso per il prelievo al tempo 0, mentre i successivi controlli ematici, previsti dalla

normativa, sono effettuati dalla S.C. di Igiene e Sanità Pubblica dell'ASL, che contatta direttamente la persona.

6.36 Automezzi di Servizio

La gestione delle auto di Servizio prevede l'osservanza delle disposizioni aziendali (regolamento uso automezzi ASL; valutazione rischi derivanti dall'uso dei mezzi asl; autorizzazione all'uso del mezzo proprio).

Ogni operatore è responsabile del materiale lasciato nelle auto a fine Servizio e risponde personalmente per l'inosservanza delle regole di conservazione dei materiali.

E' vietato trasportare sui mezzi aziendali persone non autorizzate.

La busta contenente tutti i documenti necessari alla circolazione (il libretto di Circolazione, la scheda elettronica per il rifornimento di carburante, il libretto di bordo, i moduli per la constatazione amichevole in caso di sinistro e i permessi di transito e sosta) deve essere depositata nelle sedi a fine utilizzo del mezzo. I libretti di bordo sono richiedibili al magazzino e, quando terminati, devono essere inviati in economato per l'archivio definitivo.

Gli scontrini di avvenuto rifornimento devono essere firmati e inviati tempestivamente, al Servizio economato.

Le manutenzioni, le riparazioni routinarie ed il pronto intervento si seguono le indicazioni del Servizio Economato.

E' possibile richiedere l'autorizzazione preventiva all'uso del mezzo di proprietà compilando l'apposito modulo reperibile sul sito e seguendo le indicazioni inserite nelle direttive aziendali⁵.

L'autorizzazione è subordinata alla mancanza di disponibilità delle auto aziendali o per casi particolari concordati con il Direttore /coordinatore infermieristico⁶.

La conservazione dei moduli autorizzati è a carico degli operatori.

In caso di sinistro sia con mezzo di Servizio che proprio, il dipendente deve per quanto possibile, comunicare il sinistro con immediatezza, rispettando le indicazioni rispettando le direttive aziendali e utilizzando la modulistica prevista.

In attività e orario di Servizio, non è consentito l'uso del mezzo proprio senza autorizzazione.

E' vietato il trasporto sull'auto di servizio, di persone non autorizzate.

6.37 Divisa di lavoro

La divisa di lavoro è un elemento distintivo di appartenenza aziendale e preservazione degli abiti civili dall'usura connessa all'espletamento dell'attività lavorativa. Non è quindi da intendersi come indumento di protezione per il lavoratore che la indossa.

In ogni caso, pur non essendo un DPI, devono essere rispettate le specifiche regole antinfortunistiche ed igieniche.

⁵ Modulo di missione: Home Page-modulistica-amministrazione del personale- trattamento economico

⁶ Esempio attività programmata svolta vicino al domicilio o su chiamata in reperibilità.

Nell'ASL CN2 con tale terminologia si intendono: casacca, polo, pantalone, camice, cardigan, felpa, giacca a vento. Lo Scarponcino basso in pelle, dato in dotazione al Servizio è un DPI, come indicato nell'elenco dei DPI fornito dal Servizio di Prevenzione e Protezione nel 2010.

Tutti gli operatori sono tenuti ad indossare, durante il Servizio, le varie parti che compongono la dotazione fornita dall'azienda, comprensiva di scarpe antinfortunistica e cartellino di riconoscimento. Sono inoltre tenuti ad utilizzare il Servizio di lavanderia messo a disposizione dall'azienda.

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.

6.38 Smaltimento rifiuti

Per lo smaltimento dei rifiuti prodotti durante le attività svolte nelle Cure Domiciliari, si fa riferimento alla Procedura Generale PG SGQ17 del 2018 e alla Procedura Gestione attività ambulatoriale infermieristica territoriale PrSCPD2 del 14/6/2012.

I rifiuti sono classificati secondo l'origine in :

- urbani e speciali (rifiuti sanitari)

e secondo le caratteristiche di pericolosità in :

- non pericolosi e pericolosi

Rifiuti sanitari assimilabili ai rifiuti urbani :

- Vetro, carta, cartone, plastica vengono smaltiti con il criterio della raccolta differenziata
- Bendaggi, assorbenti igienici anche contaminati da sangue (esclusi quelli di pazienti affetti da malattie infettive), pannolini pediatrici e pannoloni, siringhe e deflussori, privati della parte acuminata, contenitori e sacche utilizzate per le urine (svuotate nella rete fognaria)
- Indumenti e lenzuola monouso

Rifiuti Sanitari Pericolosi A Rischio Infettivo/Solidi Cod Cer 180103:

- Rifiuti solidi provenienti da un ambiente di isolamento infettivo
- Rifiuti contaminati da sangue o altri liquidi biologici (es saliva, secrezioni bronchiali) con sangue in quantità visibile
- Rifiuti contaminati da feci o urine nel caso in cui sia clinicamente presente una patologia trasmissibile attraverso tali escreti
- Rifiuti taglienti e pungenti (aghi o oggetti pungenti in genere, lancette, punge dito, mandrini di ago cannula, bisturi, puntale dei deflussori, deflussori e sacche trasfusioni vuote). Anche i taglienti e pungenti non venuti a contatto con materiale biologico, essendo potenzialmente lesivi, devono essere eliminati come rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

Per i rifiuti taglienti e pungenti 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 educati all'utilizzo dei suddetti contenitori che vengono forniti da parte degli operatori del Servizio, e sono tenuti al ritiro e smaltimento quando pieni o non più utilizzati. Il contenitore non può essere smaltito singolarmente, ma solo all'interno del contenitore in cartone da 60 lt.

7 NORMATIVA

- LEGGE n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"
- D.M. 2 novembre 2015, " Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti"
- Regolamento Generale Protezione Dati U.E. 679/2016 e D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, "Codice in materia di dati personali" in quanto compatibile
- D.P.C.M. 12 Gennaio 2017 " definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'ART. comma 7, del D. Lgs.vo 31 Dicembre 1992 n. 502
- Circolare Ministeriale n.16 del 20/07/1994 e n. 3 del 8 Maggio 2003 "Raccomandazioni per la sicurezza del trasporto di materiali infettivi e di campioni diagnostici"
- D.G.R. n. 41-5952 del 7 maggio 2002 "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 "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 "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. 51-11389 del 23/12/2003, "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 "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 "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. 37-14908 del 28 febbraio 2005 “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 “Individuazione del percorso per l’erogazione degli ausili nell’ambito delle Cure Domiciliari”
- D.G.R. n. 44-5449 del 5 marzo 2007 “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. 21-7391 del 12 novembre 2007 “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 “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. 69-481 del 2/8/2010 Modifiche ed integrazioni DGR 42-8390 del 10/3/2009 della DGR 41-5952 del 2002 e s.m.i DGR 55-13238 del 3/8/2009 e DPR 44-12158 del 17/12/2009
- D.G.R. 27-3628 del 28 marzo 2012 “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”
- D.G.R. n. 118-6310 del 22 dicembre 2017 applicazione del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, recante “definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 52” indicazioni operative
- D.D. n.707 del 31 ottobre 2018 “Valutazione Multidimensionale per le Cure Domiciliari”
- Provvedimento ASL CN2 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”
- Provvedimento ASL CN2 Procedura aziendale gestione automezzi ASL n.1576 del 29/10/10

- Provvedimento ASL CN2 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
- Provvedimento ASL CN2 579 dell'ASL del 09/05/11 "Procedura ristretta per la fornitura di medicazioni per ulcere" s.m.i.
- Provvedimento ASL CN2 1195 dell'ASL del 27/09/11 "Integrazione procedura ristretta per la fornitura di medicazioni per ulcere croniche" e comunicazione regionale n. 7229 del 28 marzo 2014
- Provvedimento ASL CN2 1585 dell'ASL del 7 Dicembre 2011: approvazione dell'aggiornamento della valutazione dei rischi derivanti dall'uso dei mezzi aziendali ai sensi del D.Lgs. 81/08 e s.m.i., paragrafo "valutazione del rischi biologico nell'Asl CN2" e "Copertura assicurativa"
- Provvedimento ASL CN2 n. 258 del 24/08/2017 "Atto aziendale 2017 "Revoca deliberazione n. 185 del 15/06/2017 e istituzione in nuova composizione del nucleo ospedaliero di continuita' delle cure (N.O.C.C.) e del nucleo distrettuale di continuita' delle cure (N.D.C.C.)."
- Provvedimento ASL CN2 n. 257 del 24/08/2017 "Atto aziendale 2017" e s.m.i
- Provvedimento ASL CN2 22 del 24/01/2018 linee di indirizzo utilizzo auto propria
- Provvedimento ASL CN2 n.179 del 22/02/2018 fornitura di sistemi per terapia a pressione negativa/ossigenoterapia per il trattamento di piaghe, ulcere e lesioni destinati ai pazienti assistiti a domicilio o degenti presso i presidi ospedalieri dell'asl CN 2.
- Provvedimento ASL CN2 n.213 del 16/05/2018: Regolamento Aziendale servizio trasporti

8 MODULI PRESENTI SUL SITO CON PERCORSO "MODULISTICA-MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PLS":

1. Indicazioni per emocoltura
2. Tabelle farmaci per terapie palliative e consenso
3. richiesta posizionamento e consenso Midd-Picc
4. Richieste farmaci particolari
5. Prescrizione ausili
6. Scheda di prescrizione ausili incontinenza (Allegato A) e questionario per il Paziente ASL CN2 (Allegato B)
7. Richiesta copia cartella

9 INDICATORI/VERIFICA-PARAMETRI DI CONTROLLO

9.1 Indicatori

1. Valutazione del percorso di Continuità Assistenziale/integrazione Ospedale-Territorio per le persone assistite dimesse dal Presidio Ospedaliero dell'ASL CN2 ed inserite in Cure Domiciliari.
2. Archiviazione della cartella ADI ed ADI-CURE PALLIATIVE alla chiusura definitiva del caso.

9.2 Verifica e parametri di controllo

Indicatore 1 :

numero schede di segnalazione inviate dal NOCC del Presidio Ospedaliero dell'ASL CN2 per pazienti dimessi da inserire in Cure Domiciliari / numero pazienti presi in carico in Cure Domiciliari con provenienza dal Presidio Ospedaliero dell'ASL CN2

Valutazione ogni sei mesi da parte del NDCC che verifica i dati tramite "InfoClin" e "FAR SIAD".


- Standard atteso: 95%

Indicatore 2:

numero cartelle chiuse di ADI ed ADI-CURE PALLIATIVE archiviate o non archiviate per motivazione valida registrata / numero casi ADI ed ADI-CURE PALLIATIVE chiusi nel semestre

Valutazione ogni sei mesi da parte degli Operatori amministrativi del Distretto dedicati a tali attività.

- Standard atteso: 95%

	Procedura per le attività in Cure Domiciliari	Codice: PrSDIS01
		Data: Marzo 2019
		Revisione: 2
		Pagina 44 di 44

10LISTA DI DISTRIBUZIONE

La presente Procedura viene distribuita dal personale amministrativo Distretti tramite Protocollo informatico Pubblica Amministrazione (DOCS PA) e/o posta elettronica a:

- Direzione Generale ASL CN2
- Direzione Sanitaria di Presidio
- Distretto di Alba
- Distretto di Bra
- D.I.P.Sa
- Direttori S.C./S.S. ASL CN2
- Coordinatori infermieristici ASL CN 2
- Assistenza Farmaceutica Ospedaliera
- Assistenza Farmaceutica Territoriale
- Qualità, Risk Management e Relazione con gli Utenti
- Assistenza Legale
- Servizi Socio Assistenziali
- C.A.V.S
- Hospice

La presente procedura viene inserita dal personale amministrativo Distretti, sul sito aziendale in: Modulistica – Medici Di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta- Cure Domiciliari: Procedura.

Inoltre, il personale amministrativo Distretti, invia con posta elettronica l' avviso di pubblicazione della procedura sul sito aziendale a:

- Tutti gli operatori dei Distretti
- Medici di Medicina Generale
- Pediatri di Libera Scelta
- Medici di Continuità Assistenziale
- Medici Specialisti Convenzionati Ambulatoriali Interni