

 ASLSulcis Azienda socio-sanitaria locale	Direzione Generale	Direzione Distretto Carbonia ASL 7 Sulcis
Codifica Pagina 1 di 7	PROCEDURA DI GESTIONE PAZIENTI CRITICI ASSISTITI A DOMICILIO	Data: 10/06/2022

**INDICAZIONI PER LA
GESTIONE DEI PAZIENTI CRITICI ASSISTITI A
DOMICILIO**

Redazione	Verifica	Approvazione
Data 10/06/2022 Bozza 0 17/06/2022 Bozza 1 30/06/2022 Bozza 2	Data 15/07/2022	Data 04/10/2022
Dott.ssa Giuliana Campus DG Asl Sulcis		
Dott.ssa Milena Pau DA f.f. Asl Sulcis		
Dott. Andrea Solinas DS f.f. Asl Sulcis		
Dott. Aldo Atzori Direttore SC Distretto Carbonia		
Gruppo di lavoro : Dott. Lorenzo Espa- ADI Distretto.Carbonia Dott.ssa Paola Cardia -UO Rinim. CTO Dott. Leonardo Tola -UO Rianim. Sirai Infermieri Team Carbonia/Iglesias Associazione – Le Rondini / Uniti Oltre Sig. Giuseppe Serra (familiare) Sig.ra Annarella Lampis (familiare) Dott. Aldo Clemenza – Dir. SC Rianim ASLSulcis		

Indice

Premessa

1. Scopo

2. Campo di applicazione

3. Responsabilità

4. Descrizione Attività (FASE A)

5. Personale coinvolto

6. Interventi effettuati a domicilio

7. Ruolo della famiglia e del medico curante

8. Progetto delle attività domiciliari

9. Costo del progetto e indicatori

10. Bibliografia e riferimenti normativi

PREMESSA

1. Scopo

Scopo della presente procedura è definire:

- A) le modalità operative e le responsabilità professionali per la gestione dei pazienti ventilati e/o in condizioni di elevata criticità clinico-assistenziale, assistibili a domicilio, relativamente alla fase di SEGNALAZIONE, VERIFICA E IDONEITA' AMBIENTALE, DIMISSIONE, PRESA IN CARICO, ASSISTENZA DOMICILIARE E ATTIVITA' DI SUPPORTO
- B) il personale coinvolto e l'istituzione del team medico-infermieristico ADI- AREA CRITICA nelle diverse fasi di questa procedura
- C) la tipologia degli interventi da effettuare a domicilio
- D) i controlli da effettuare nelle varie fasi del processo e la loro tracciabilità
- E) il ruolo della famiglia e del medico curante
- F) la formazione e l'implementazione delle risorse umane
- G) l'inserimento di nuove tecnologie

2. Campo di applicazione

- 1 Pazienti che si trovano in condizioni di ventilazione meccanica assistita e/o in condizioni di elevata criticità clinico-assistenziale ai quali devono essere fornite a domicilio cure e assistenza efficaci, nel rispetto e garanzia della dignità della persona;
- 2 Caregiver e familiari per quanto concerne il loro sostegno e tutte le attività di supporto nell'assistenza.

3. Responsabilità

Il responsabile del progetto è il Coordinatore/Referente ADI della ASL Sulcis

Matrice delle responsabilità

FASE	FUNZIONE / ATTIVITA'	RESPONSABILITA'
1	Eleggibilità del paziente per ospedalizzazione a domicilio	Responsabile della SC Anestesia e Rianimazione ASL Sulcis o suo delegato per l'ADI-AREA CRITICA
2	Sopralluogo presso il domicilio del paziente per verificare l'adeguatezza degli ambienti in cui verrà ospitato	Team medico-infermieristico ADI-AREA CRITICA/UO ADI Distretto di riferimento
3	Prescrizione ausili, apparecchiature necessarie (vedi check-list)	Dirigente medico ospedaliero che dimette il paziente/ Dirigente medico del team ADI-AREA

		CRITICA
4	Attivazione Team ADI-AREA CRITICA Malati ventilati e ad alta complessità clinico-assistenziale per stesura PAI	UVT ADI (equipè ADI Distrettuale più medico curante del paziente)
5	Verifica adeguatezza ambientale a domicilio del paziente	Team medico-infermieristico ADI-AREA CRITICA/ UO ADI Distretto di riferimento
6	(se non a norma) Messa a norma di legge impianto elettrico con relativa certificazione di conformità	Utente/Famiglia
7	Fornitura apparecchi elettromedicali	Servizio Protesica ed Integrativa Distretto di riferimento
8	Addestramento Caregiver e del personale di supporto a domicilio (vedi allegato 1)	UO Anestesia e Rianimazione del reparto di provenienza del paziente
8	Comunicazione della data di dimissione al domicilio all'UO ADI del Distretto di riferimento, al medico di medicina generale, al 118 e all'Ente erogatore dell'energia elettrica	Team medico-infermieristico ADI-AREA CRITICA/ UO ADI Distretto di riferimento e MMG
9	Manutenzione ordinaria e straordinaria apparecchi elettromedicali	Ingegneria Clinica
10	Prescrizioni farmaci, presidi e materiali di consumo e visite specialistiche	Dirigente team ADI-AREA CRITICA/ MMG
11	Gestione attività di supporto (richiesta farmaci, presidi e materiali di consumo, attivazione FKT e visite specialistiche)	UO ADI del Distretto di riferimento MMG
12	Erogazione farmaci, presidi e materiali di consumo	Farmacia territoriale

4. Attività

Il progetto si rivolge alla presa in carico di pazienti che si trovano in condizioni di ventilazione meccanica assistita e/o in condizioni di elevata criticità clinico-assistenziale ai quali devono essere fornite a domicilio cure e assistenza efficaci, nel rispetto e garanzia della dignità della persona

FASE A: Descrizione dell'attività di SEGNALAZIONE, VERIFICA E IDONEITA' AMBIENTALE, DIMISSIONE

4.1 Attività del reparto/Team ADI AREA CRITICA/ UO ADI del Distretto di riferimento

Il responsabile dell'UO del reparto di ricovero (Rianimazione, Neurologia etc...) dell'assistito allerta il Team medico-infermieristico ADI-AREA CRITICA/UO ADI del Distretto di riferimento e MMG, al fine di stabilire i criteri di eleggibilità per la dimissione al domicilio del paziente.

Successivamente il Team medico-infermieristico ADI-AREA CRITICA/UO ADI del Distretto di riferimento con MMG:

- A) Avvia i colloqui con il familiare di riferimento (*caregiver*) e i Servizi Sociali del Comune al fine di valutare la presenza delle condizioni socio-ambientali per la presa in carico ed il trasferimento al domicilio dell'assistito
- B) Effettua un sopralluogo presso il domicilio del paziente per valutare l'adeguatezza degli ambienti in cui verrà ospitato; quindi:
 - B.1) se l'esito dei colloqui e del sopralluogo sono negativi indirizza il paziente verso una struttura diversa dal proprio domicilio, allertando il PUA distrettuale di riferimento
 - B.2) se l'esito dei colloqui e del sopralluogo sono positivi,
 - comunica al Dirigente medico ospedaliero del Reparto di ricovero e/o al Dirigente medico del team ADI-AREA CRITICA che prenderà in carico il paziente, che in eventuale accordo, se coinvolti entrambi, provvederanno ad inoltrare, al servizio Integrativo e protesico del Distretto di riferimento, le richieste necessarie per l'approvvigionamento dei presidi /dispositivi necessari per l'assistenza domiciliare. Tra i beni prescrivibili disponibili nei contratti regionali a cui occorre prioritariamente far riferimento si elencano:
 - n° 2 ventilatori meccanici a rete e batteria (contratto regionale ventiloterapia);
 - n° 2 aspiratori chirurgici a rete ed a batteria (contratto regionale ventiloterapia);
 - materiali di consumo
 - n° 1 assistente tosse a rete e batteria (se prescritto; contratto regionale ventiloterapia);
 - n° 1 comunicatore a puntamento oculare a rete e batteria (se prescritto; contattare Distretto di Carbonia);
 - n° 1 letto ad esclusiva alimentazione elettrica (contratto regionale ausili o disponibilità beni sanificati home care solution);

- n° 1 materasso antidecubito ad alte prestazioni ad esclusiva alimentazione (contratto regionale ausili o disponibilità beni sanificati home care solution);
 - pompe da infusione a rete e a batteria (contratto regionale pompe da infusione domiciliari)
 - n°1 saturimetro a rete e batteria (contratto regionale ventiloterapia);
 - pallone AMBU
- Accertati i tempi necessari per l'erogazione dei beni e presidi, stabilisce, in accordo col responsabile UO ADI del Distretto di riferimento con il Medico di Medicina Generale la data della dimissione al domicilio.

Dimissione: piano di cure respiratorie - checklist.

Fermo restando che il rientro al domicilio del paziente deve prevedere la collaborazione tra l'équipe della Rianimazione dell'ospedale di riferimento, il team ADI-AREA CRITICA e il MMG, il paziente potrà essere dimesso una volta appurato che l'assistenza domiciliare sarà efficiente.

Al caregiver/familiari, previo addestramento all'utilizzo dei presidi/ausili, deve essere consegnata una lista che comprende tutti i dati necessari per una dimissione sicura.

Checklist (presidi/ausili in dotazione):

Tipo e caratteristiche del ventilatore e dettaglio delle impostazioni.
Descrizione dettagliata del circuito utilizzato, delle valvole espiratorie (se presenti), dell'interfaccia e dei metodi di igienizzazione dell'interfaccia stessa.
Secondo ventilatore (in casi selezionati).
Pallone resuscitatore (AMBU) nei casi previsti (pazienti trachestomizzati, pazienti con malattie neuromuscolari)
Aspiratore per i pazienti trachestomizzati.
Umidificazione attiva, qualora indicata.
Saturimetro.
Assistente per la tosse.
Elenco del materiale di consumo.
Descrizione del corretto assemblaggio del circuito paziente-ventilatore, dell'umidificatore.
Istruzioni sulla gestione degli allarmi.
Istruzioni sul corretto posizionamento dell'interfaccia e sulla relativa igiene dell'interfaccia stessa.

Istruzioni sulle modalità di aspirazione tracheale.
Istruzioni sulla corretta gestione della cannula tracheale.
Istruzioni relative alle situazioni di urgenza.

Al termine delle procedure di addestramento del caregiver/familiari verrà debitamente compilato un modulo attestante l'avvenuta formazione che identifica il caregiver/familiari individuati nella procedura di assistenza, l'istruttore e la data del completamento della procedura.

4.2 Coinvolgimento della famiglia e del caregiver della persona assistita

La famiglia ed il caregiver del paziente assumono un ruolo cardine nell'erogazione dell'assistenza al fine di garantire la continuità del progetto assistenziale domiciliare posto in essere, che oltre a rappresentare un elemento fondamentale nel contesto assistenziale, necessita di supporto in tutte le fasi del processo al fine di garantirne efficacia ed efficienza.

Tra i compiti della famiglia rientrano:

- individuare un caregiver quale riferimento per il team clinico-assistenziale ADI-AREA CRITICO
- collaborare con il Team medico-infermieristico ADI-AREA CRITICA/UO ADI Distretto di riferimento al fine di facilitare le operazioni della dimissione
- partecipare alle attività di addestramento all'utilizzo dei presidi necessari all'assistenza del paziente, promosse dal Team medico-infermieristico ADI-AREA CRITICA e che coinvolgono caregiver e personale di supporto alla famiglia
- rendere operative le indicazioni fornite inerenti il miglioramento delle condizioni socio-abitative, ovvero interventi sulla sicurezza e messa a norma/ conformità dell'impianto elettrico dell'abitazione in cui il paziente verrà assistito
- attivare, attraverso i Servizi Sociali del comune di riferimento, l'iter per il riconoscimento del finanziamento del "Programma Ritornare a Casa", per la copertura delle spese anche indirettamente correlate alla malattia, tra le quali si annovera l'adeguamento dei locali.
- informare il reparto di provenienza e l'UO ADI di riferimento di eventuali problematiche/impedimenti che ostacolerebbero la dimissione del paziente nella data concordata

4.3 Descrizione dell'attività della Ingegneria Clinica

Come da procedura ATS "Gestione operativa per acquisizione e manutenzione delle apparecchiature di ventiloterapia domiciliare di proprietà Codice SCIC-01 Rev. 0.1 del 31/05/2019", l'Ingegneria Clinica per tramite del Global Service Hospital Consulting e dei fornitori delle attrezzature domiciliari:

- A) fornisce gli apparecchi elettromedicali, certificandone la messa in opera e il collaudo;
- B) garantisce la manutenzione ordinaria e straordinaria degli stessi.

I recapiti della Hospital Consulting per le attività di manutenzione delle attrezzature biomedicali afferenti alla ASL Sulcis sono i seguenti:

- E-Mail: sic.carbonia@hospital-consulting.it
- Numero unico e di reperibilità: 338-534298

Il servizio è operativo (H24 365 giorni all'anno)

5. Descrizione attività FASE B: presa in carico, mantenimento al domicilio

5.1 Personale ASL Sulcis coinvolto

- **SC Anestesia e Rianimazione del PO Asl Sulcis**

Sono coinvolti il responsabile della suddetta SC e, parimenti, i responsabili delle UO operative di Anestesia e Rianimazione degli stabilimenti ospedalieri SIRAI e CTO.

- **Team medico-infermieristico ADI-AREA CRITICA**

Viene istituito un team dedicato di natura medico-infermieristica, afferente a ciascuna UO di Anestesia e Rianimazione della Asl Sulcis. Il team è composto esclusivamente da dirigenti medici e personale infermieristico che manifestano la propria adesione, su base volontaria, al progetto. Per ciascuno dei team viene nominato un referente medico ed un referente infermieristico; per l'UO ospedale Sirai viene individuato come referente medico il dott. Leonardo Tola e come referente infermieristico da individuare tra il personale che aderisce al progetto. Per l'UO ospedale CTO viene individuato come referente medico la dott.ssa Paola Cardia e come referente infermieristico da individuare tra il personale che aderisce al progetto.

Il referente medico e infermieristico sono responsabili del monitoraggio e della verifica delle attività svolte dall'équipe a domicilio e, parimenti di quelle effettuate rispetto alla propria UO di riferimento. I referenti dovranno, inoltre, attestare la veridicità delle dichiarazioni anche ai fini remunerativi, svolte dal team, per i dovuti controlli gestionali ed amministrativi. All'interno del team ADI-AREA CRITICA dovrà essere individuato un "case-mager" per ogni singolo paziente.

- **UO ADI Distretto con MMG**

La suddetta UO, nelle figure del medico e delle figure infermieristiche presenti nell'équipe, sono responsabili della gestione delle attività di supporto all'assistenza del paziente attraverso la gestione delle richieste di farmaci e fornitura di materiali di consumo (per il tramite della farmacia territoriale) dell'attivazione e del controllo delle attività specialistiche e di terapia riabilitativa. L'UO ADI collabora con i "case manager" al fine di garantire efficacia ed assistenza dell'intero processo assistenziale.

- **Farmacia territoriale**

Il dirigente farmacista e il personale di supporto all'ADI presente nel servizio sono responsabili dell'erogazione dei farmaci e del materiale di consumo richiesti dal team ADI-AREA CRITICA/MMG e mediati dal dirigente medico dell'ADI. La farmacia è altresì responsabile del corretto approvvigionamento dei materiali necessari all'assistenza e al personale sanitario che opera presso il domicilio del paziente.

5.2 Interventi effettuati al domicilio

Non appena definite le modalità e la data della dimissione, si riunisce l'équipe ADI del Distretto di riferimento, in presenza del medico curante del paziente e del referente del team ADI-AREA CRITICA al fine di definire il Piano di Assistenza Individuale (PAI). Il PAI contiene:

- Il piano delle attività medico-infermieristiche del team ADI-AREA CRITICA, ovvero la frequenza e la durata degli interventi.
Il team ADI-AREA CRITICA effettua, nello specifico, le prestazioni programmate e gli eventuali accessi che dovessero configurarsi anche in regime straordinario, questi ultimi relativi al repentino peggioramento del quadro clinico del paziente.
- Il piano terapeutico, ovvero l'insieme dei farmaci e dei materiali di consumo che vengono autorizzati ed inoltrati alla farmacia territoriale per il tramite dell'ADI del Distretto di riferimento;
- il piano del trattamento fisiochinesiterapico, quest'ultimo attivato dall'ADI sulla base della valutazione fisiatrica effettuata

- Il piano delle attività di supporto (trasporto farmaci e presidi al domicilio, gestione dei prelievi ematici e di eventuali ulteriori visite specialistiche, eventuali emotrasfusioni)

Tali interventi costituiscono la presa in carico effettiva del paziente e non richiedono il supporto e/o l'interventi di ulteriori equipè medico-infermieristiche.

6. Ruolo del medico curante e della famiglia

Il medico curante (MMG) partecipa, attraverso la stesura le PAI, alla presa in carico del paziente ed è il responsabile clinico-assistenziale degli aspetti generali dell'assistenza, mentre farà riferimento al team ADI-AREA critica per gli aspetti concernenti la gestione strettamente specialistica oltrechè per quella riguardante le apparecchiature specifiche in dotazione all'assistito. Inoltre, può essere individuato come "case manager".

La famiglia del paziente, attraverso il suo caregiver, rappresenta il punto di riferimento per la gestione integrata dell'assistito; essa, in costante contatto con il "case manager" del proprio assistito, svolge un ruolo cardine nell'organizzazione e nel sostegno alle attività del team ADI-AREA CRITICA, dovendo informare quest'ultimo in merito a qualsiasi variazione del quadro clinico-assistenziale. La famiglia deve altresì mantenere un rapporto bidirezionale con l'ADI al fine di garantire un corretto feed-back sulla gestione dei materiali, delle attività e sulle eventuali criticità che si dovessero presentare sul corretto iter assistenziale del paziente.

Il caregiver è considerato il referente del nucleo familiare per tutte le attività di sostegno, sanitarie e sociali, ed il corretto utilizzo delle risorse finanziarie erogate attraverso il Progetto Ritornare a Case e/o altri finanziamenti.

7. Progetto delle attività domiciliari

P1 Modalità di espletazione e remunerazione delle attività

Le attività svolte al domicilio sono rivolte al paziente, al suo caregiver ed alla famiglia, ed alla gestione delle apparecchiature (ventilatore, aspiratore, pompe infusionali, PEG, etc.).

La gestione delle attività complesse, ovvero le procedure di ventilazione, broncoaspirazione, nutrizione enterale devono avvenire nel rispetto di protocolli condivisi con il reparto di provenienza e con l'ADI del Distretto di riferimento e secondo linee guida e procedure standardizzate.

Nel contesto epidemiologico-assistenziale della ASL Sulcis i pazienti presi in carico sono per circa il 60% dei casi affetti da SLA e da altre gravi patologie neurodegenerative o respiratorie che necessitano VMI (16/30 pz affetti da SLA).

Il personale coinvolto nel team ADI-AREA CRITICA di ciascun Distretto è il personale medico-infermieristico afferente alle UO di Rianimazione dell'ospedale Sirai di Carbonia e del CTO di Iglesias.

Le attività effettuate vengono erogate sulla base del PAI che è stato condiviso con l'UO ADI Distrettuale e proposto e verificato dal reparto di provenienza del paziente. Viene individuato, per ciascuna UO, un referente medico ed infermieristico del team ADI-AREA CRITICA, col compito di verificare e certificare le attività svolte in relazione a quelle effettuate nel proprio servizio di appartenenza.

Le attività effettuate al domicilio dovranno essere tracciabili attraverso specifica timbratura (codice) e attestate sulla cartella domiciliare del paziente. Ai fini della remunerazione delle prestazioni effettuate da ciascun operatore dovrà essere presentata la seguente documentazione:

- Autocertificazione delle prestazioni rese al di fuori dell'orario ordinario di servizio
- Prospetto riepilogativo delle prestazioni erogate in favore di ogni singolo paziente (certificate attraverso la firma del caregiver o di un suo delegato)
- Copia della stampa del cartellino con timbrature
- Modulo di richiesta di rimborso chilometrico

Oltre le prestazioni domiciliari verranno remunerate anche le prestazioni del referente di ciascuna UO ADI-AREA CRITICA e che dovranno essere comunque sempre garantite al di fuori dell'orario ordinario di servizio e per un numero di ore non superiore a 5 h/mese.

P2 Costi complessivi del progetto

ADI Progetto AREA CRITICA PREVISIONE DI SPESA ANNO 2022 (riferita alla presa in carico di 30 pazienti /anno)								
PERIODO	COMPENSI INFERMIERI	ORE CPSI CARBONIA	ORE CPSI IGLESIAS	TOTALE ORE CPSI (Comparto)	COMPENSO LORDO	ONERI SOCIALI 26,8%	IRAP 8,5%	TOTALE SPESA
MENSILE	€ 24,00/ora	280	220	500	€ 12.000,00	€ 3.216,00	€ 1.020,00	€ 16.236,00
ANNUALE		3.360	2.640	6.000	€ 144.000,00	€ 38.592,00	€ 12.240,00	€ 194.832,00
PERIODO	COMPENSI DIRIGENZA MEDICA	ORE DIRIGENZA CARBONIA	ORE DIRIGENZA IGLESIAS	TOTALE ORE DIRIGENZA	TOTALE SPESA	ONERI SOCIALI 26,8%	IRAP 8,5%	TOTALE SPESA
MENSILE	€ 60,00/ora	35	20	55	€ 3.300,00	€ 884,40	€ 280,50	€ 4.464,90
ANNUALE		420	240	660	€ 39.600,00	€ 10.612,80	€ 3.366,00	€ 53.578,80
Totale Prestazioni								€ 248.410,80
PERIODO	RIMBORSO SPESE KM DIRIGENZA MEDICA		RIMBORSO SPESE KM CPSI COMPARTO		TOTALE SPESA RIMBORSO KM			
MENSILE	€ 300,00		€ 2.000,00		€ 2.300,00			
ANNUALE	€ 3.600,00		€ 24.000,00		€ 27.600,00			
TOTALE PREVISIONE SPESA PROGETTO ADI AREA CRITICA ANNO 2022								€ 276.010,80

Il costo del complessivo del Progetto stimato per l'assistenza di n°30 pazienti (ivi comprendente il rimborso km per gli spostamenti) ammonta ad € 276.000,00. Tale somma non comprende l'investimento per l'eventuale innovazione tecnologica e per l'implementazione delle figure professionali ai fini del potenziamento del team multidisciplinare. Tale progetto può subire, altresì, un "rimaneggiamento" sulla base della ridefinizione dei singoli PAI.

P3 Monitoraggio

La fase del monitoraggio rappresenta un momento cruciale nella gestione del progetto. Per tale motivo, tutte le parti coinvolte, secondo le rispettive competenze e responsabilità, sono tenute a collaborare tra di loro e fornire al responsabile del progetto i dati richiesti e necessari alla misurazione dell'andamento delle fasi della progettazione.

Indicatori

FASE	FUNZIONE / ATTIVITA'	INDICATORE
1	Eleggibilità del paziente per ospedalizzazione a domicilio	Attività espletata entro 12 giorni dalla richiesta
2	Sopralluogo presso il domicilio del paziente per verificare l'adeguatezza degli ambienti in cui verrà ospitato	7 giorni lavorativi dalla richiesta

3	Prescrizione ausili, apparecchiature necessarie	Entro 3 giorni da quando il pz è dimissibile
4	Attivazione team ADI-AREA CRITICA	Nel più breve tempo possibile
5	Verifica adeguatezza impianto elettrico a domicilio del paziente	7 giorni lavorativi dalla richiesta
6	Fornitura apparecchi elettromedicali	Nel più breve tempo possibile una volta evase le procedure amministrative
7	Assistenza / manutenzione ordinaria e straordinaria apparecchiature elettromedicali	Tempi e modalità secondo contratto con DITTA FORNITRICE
8	N° pazienti in dimissione concordata affetti da patologie complesse riportati al domicilio rispetto al totale	Maggiore del 90%
9	N° accessi al PS per eventi gestibili al domicilio non esitanti in RO	Minore di 2/anno per pz
10	N° ricoveri entro 3 mesi dalla dimissione	Minore del 10%
11	Insorgenza di LDD dopo la dimissione	Minore del 10% per l'insorgenza di LDD 3-4 ° stadio

P4 Gli strumenti della presa in carico (in calce alla procedura, tra gli allegati)

P4¹ La cartella ADI-AREA CRITICA

P4² La cartella clinico-assistenziale domiciliare

P4³ Il verbale mensile delle riunioni del team ADI-AREA CRITICA

In ciascun team clinico-assistenziale viene individuato un referente medico ed un referente infermieristico, entrambi responsabili, per quanto di competenza professionale, della corretta compilazione degli strumenti della presa in carico e della gestione degli incontri mensili sull'andamento del progetto assistenziale; tali referenti dovranno, inoltre, attestare la veridicità delle attività svolte, anche ai fini del controllo gestionale-amministrativo.

P5 Integrazione delle figure professionali del team

-Psicologo

-Assistente sociale

Ai fini del potenziamento delle attività di supporto, nell'assistenza al paziente, al suo nucleo familiare, al caregiver ed agli operatori del team, vengono inserite nell'equipè le suddette figure professionali attraverso procedure di selezione volte a valutare le competenze specifiche in tale peculiare ambito assistenziale.

P6 Implementazione delle attività con interventi di Telemedicina

P6¹ Rete di monitoraggio PV

Al fine di poter monitorare in remoto, per una ottimale gestione quotidiana dell'assistenza, si prevede di mettere in rete i parametri respiratori ed i principali parametri vitali rilevati al domicilio del paziente, per trasmetterli, attraverso tecnologie di telemedicina, alla centrale di riferimento presente nell'UO di Rianimazione di ciascun ospedale (Sirai e CTO).

P6² Cartella Elettronica condivisa

Attraverso questo progetto si intende sperimentare l'adozione della cartella clinica elettronica attraverso l'acquisto di uno specifico software e di appositi Tablet da fornire al personale ADI-AREA CRITICA, all'UO ADI del Distretto di riferimento ed eventualmente al medico curante, al fine di registrare, porre in rete e condividere in simultanea, il calendario degli interventi assistenziali e le decisioni cliniche, presso il domicilio del paziente.

P7 Gestione delle richieste di Dichiarazione Anticipata di Trattamento (DAT)

- Avvio iter
- Formazione degli operatori e familiari coinvolti
- Istituzione archivio DAT ASL Sulcis
- Istituzione team di riferimento per le DAT
- Percorsi di integrazione con i Comuni

8. Riferimenti normativi e documentali

- Delibera RAS n° 10/43 del 11.02.2009 "Linee di indirizzo in materia di cura e assistenza alle persone con Sclerosi Laterale Amiotrofica e/o in ventilazione assistita". Allegati 1 e 2.
- Deliberazione RAS n° 53/8 del 09.10.2008;
- Delibera del Commissario Straordinario 747/C del 23/05/2016 e successive modifiche e integrazioni
- Determinazione del Commissario straordinario ex art. 47 L.R. 24/2020 ASSL Carbonia e successive modifiche e integrazioni
- Deliberazione del Direttore Generale ASL SULCIS n. 88 del 07.06.2022
- Gestione operativa per acquisizione e manutenzione delle apparecchiature di ventiloterapia domiciliare di proprietà Codice SCIC-01 Rev. 0.1 del 31/05/2019.

ALLEGATI

ALLEGATO 1

Formazione dei caregivers + modulo di certificazione dell'avvenuta formazione

I care-givers sono le figure non professionali coinvolte nella gestione e nel progetto assistenziale del paziente. Solitamente sono membri della famiglia. Non è comunque realistico aspettarsi che i membri della famiglia siano in grado di assistere il paziente a domicilio senza un aiuto esterno. I familiari necessitano di riposo e devono anche ottemperare agli obblighi lavorativi fuori casa. È necessario realizzare un aiuto esterno fornito o da infermieri professionali o da personale di assistenza adeguatamente formato sulla gestione di questa tipologia di pazienti. È anche necessario valutare l'esigenza di un supporto psicologico alla famiglia per contrastare lo stress cui è sottoposta.

Piano di educazione del care-giver:

Paziente in ventilazione invasiva:

- Medicazione della stomia;
- Riconoscimento della necessità di aspirazione e dell'efficacia dell'aspirazione;
- Tecnica di aspirazione tracheale;
- Gonfiare e sgonfiare la cuffia della cannula tracheale;
- Decannulazione ed eventuale cambio cannula;
- Riconoscere segnali di allarme nella variazione delle caratteristiche delle secrezioni bronchiali;

- Gestione dell'aspiratore chirurgico (controllo della pressione di aspirazione, manutenzione, disinfezione).

Paziente in ventilazione non-invasiva:

- Posizionamento della maschera;
- Gestione delle perdite aeree;
- Prevenzione e trattamento dei decubiti causati dalle maschere.

Gestione del ventilatore:

- Accensione e spegnimento del ventilatore;
- Assemblaggio corretto della linea di ventilazione;
- Corretto collegamento del paziente al ventilatore;
- Montaggio e impostazione dell'umidificatore;

- Modalità e tempi di sostituzione dei consumabili;
- Cambio circuito, camera di umidificazione e filtro antipolvere;
- Supplementazione di ossigeno;
- Rotazione ed attivazione del ventilatore di scorta (se prescritto);
- Interpretazione ed eventuale risoluzione degli allarmi del ventilatore;
- Gestione interruzione di energia elettrica (impiego della batteria, attivazione del gruppo elettrogeno);
- Gestione dei guasti (numero telefonico del centro di assistenza tecnica con tecnico reperibile 24ore su 24).

Monitoraggio clinico-strumentale del paziente:

- Lettura del volume corrente espirato, della frequenza respiratoria;
- Misura della pressione arteriosa e rilevamenti della SpO₂.

Riconoscimento segni di infezione delle vie aeree:

- Febbre;
- Incremento delle secrezioni;
- Variazioni delle caratteristiche delle secrezioni (colore, quantità, odore, densità);
- Peggioramento della dispnea o della frequenza respiratoria.

Gestione non invasiva delle secrezioni bronchiali:

- Assistenza manuale alla tosse,
- Assistenza alla tosse con insufflatore-essufflatore meccanico;
- Drenaggio posturale.

Gestione delle urgenze:

- Chiamata al centro prescrittore;
- Gestione della frazione inspiratoria di ossigeno erogata;
- Valutazione della saturazione;
- Gestione della dispnea;
- Tosse assistita

Gestione delle emergenze:

- Allerta del servizio di emergenza territoriale;
- Ventilazione con Ambu sia per il paziente in NPPV che per il paziente tracheostomizzato;
- Rimozione in urgenza della cannula tracheale (decannulazione spontanea, ostruzione della cannula) ed eventuale sostituzione;
- Primi rudimenti della rianimazione cardio-polmonare.

Alimentazione:

- Nutrizione per via orale: corretta postura del paziente; valutazione della capacità di deglutizione.
- Nutrizione enterale: postura corretta per evitare il rischio di ab-ingestis; impiego della pompa nutrizionale; preparazione, somministrazione (tempo e modalità) della miscela per la nutrizione; gestione della PEG (o della digiunostomia).
- Nutrizione parenterale: lavaggi; medicazione, riconoscimento segni di infezione.

Nursing:

- integrità cutanea (igiene e idratazione giornaliera; prevenzione delle lesioni da decubito con passaggi posturali e utilizzo di presidi anti-decubito);
- mobilizzazione (impiego di ausili: carrozzine, comode, sollevatore, telini di scorrimento);
- nursing del cavo orale;
- gestione del catetere vescicale e della sacca diuresi (cambio presidi, riconoscimento segni di infezione);
- controllo alvo (registrazione numero defecazioni, primi provvedimenti da adottare in caso di diarrea e stipsi).

ALLEGATO 2 La cartella ADI-AREA CRITICA

ALLEGATO 3 La cartella clinico-assistenziale domiciliare

ALLEGATO 4 Il verbale mensile delle riunioni del team ADI-AREA CRITICA

ALLEGATO 5 (diaria funzione intestinale, gestione catetere vescicale, diario alimentare, diaria gestione cannula e gestione LDD)