

Deliberazione della Giunta Regionale Piemonte 2/2/2009 n. 2610669 (BUR 12/2/2009 n. 6)

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 Delib.G.R. 7 maggio 2002, n. 41-5952.

A relazione dell'Assessore Migliasso:

La Legge 285 del 28 agosto 1997 "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza" all'art. 4 comma 1) lettera l) indica gli interventi diretti alla tutela dei diritti del bambino malato ed ospedalizzato e al comma 2) specifica che la realizzazione delle finalità mediante progetti personalizzati integrati con le azioni previste nei piani socio-sanitari regionali.

Il Progetto Obiettivo Materno Infantile (P.O.M.I.) relativo al "Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000" D.M. 24 aprile 2000 ribadisce che "il bambino deve essere curato in ospedale soltanto nel caso in cui l'assistenza della quale ha bisogno non possa essere fornita a pari livello a domicilio o presso ambulatori".

Il P.O.M.I. dà particolare attenzione all'assistenza al bambino con malattie croniche e disabilitanti ponendo come obiettivo sia la creazione di una rete ospedaliera ad alta specializzazione pediatrica nonché la garanzia della continuità delle cure formulando percorsi assistenziali che mirino a ridurre gli accessi ospedalieri e la degenza.

Il Piano Sanitario Nazionale 2005 - 2008 (PSN) negli Obiettivi di salute del SSN nelle prime fasi di vita, infanzia ed adolescenza, indica come obiettivi da raggiungere nel triennio quello di "migliorare l'assistenza ai bambini e agli adolescenti affetti da patologie croniche mediante lo sviluppo di modelli integrati tra Centri specialistici, ospedali, attività assistenziali territoriali".

Altresì nel PSN 2005 2008 trattando delle rete assistenziale per le cure palliative si evidenzia che "la necessità di offrire livelli assistenziali a complessità differenziata, adeguati ai bisogni del malato e della famiglia, mutevoli anche in modo rapido e non sempre programmabili, rende necessario realizzare un sistema che offra la maggior possibilità di sinergie tra differenti modelli e livelli di intervento e tra i numerosi soggetti professionali coinvolti", in modo omogeneo e coerente su tutto il territorio regionale.

Il Ministero della Salute ha istituito la Commissione per le cure palliative pediatriche, che ha concluso i suoi lavori a fine 2006, producendo il documento tecnico "Cure palliative rivolte al neonato, bambino e adolescente". Il Documento definisce i diritti, i bisogni e le richieste derivanti dalla fascia di popolazione infantile e adolescenziale, fascia che finora è stata penalizzata negli interventi e che viceversa è portatrice di necessità peculiari e differenti da quelle derivanti dall'altra fascia di popolazione di adulti e anziani, certamente maggioritaria nel numero.

La necessità di dare risposte specifiche a problemi specifici sta infatti proprio nella constatazione che anche questa fascia di popolazione è egualmente portatrice di diritti alla salute e all'assistenza, diritti riconosciuti sia da norme generali sia da normative specifiche.

In data 27 giugno 2007 la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sancisce che l'analisi delle esperienze esistenti a livello internazionale e nazionale e le evidenze desunte dagli studi della letteratura, fanno ritenere indispensabile l'organizzazione delle cure palliative pediatriche secondo modelli di rete che comprendano al loro interno risposte residenziali e domiciliari, in grado di integrarsi e di modularsi in momenti diversi del percorso del paziente, privilegiando a seconda delle condizioni e delle situazioni specifiche ora una forma ora l'altra.

I casi limitati, l'ampia distribuzione sul territorio, la complessità di gestione e la disomogeneità dei casi pediatrici, richiede l'organizzazione di una rete (regionale o sovraregionale), inserita nelle più ampie reti assistenziali ospedaliere e territoriali, che tenga conto della necessità di provvedere sia ad una assistenza a domicilio del minore, che ad una forma di assistenza residenziale.

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2010 identifica tra le Strategie generali di Sviluppo, dell'Area materno infantile, la realizzazione delle relazioni di rete attraverso l'attenzione agli interventi delle cure primarie, il potenziamento delle risposte extraospedaliere, l'introduzione della telemedicina,

l'organizzazione pluriprofessionale e la contestuale individuazione delle misure necessarie per il sostegno alle famiglie nelle quali siano presenti situazioni che richiedano un'alta assistenza.

La Delib.G.R. 7 maggio 2002, n. 41-5952 ha definito le linee guida regionali per la realizzazione del nuovo modello integrato del servizio di cure domiciliari, modulato su livelli di intensità delle cure domiciliari sanitari e sociali che devono essere erogate in relazione alla complessità dei bisogni assistenziali espressi dalle persone.

Con Delib.G.R. 14 ottobre 2002, n. 15-7336 è stato recepito il Programma di Cure Palliative e sono state approvate le nuove linee guida inerenti l'applicazione delle Cure Palliative in Piemonte, la formazione degli operatori e l'attuazione del relativo Programma Regionale che, per quanto attiene le Cure Palliative Domiciliari, definisce percorsi e modalità assistenziali integrati e coerenti con quanto previsto dalle linee guida regionali attinenti tutta l'assistenza domiciliare, approvate con la suddetta Delib.G.R. n. 41/2002.

La Delib.G.R. 20 dicembre 2004, n. 72-14420 definisce il Percorso di Continuità assistenziale per anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente all'interno di una rete di servizi.

Con Delib.G.R. 10 gennaio 2005, n. 13-14538 sono state definite le linee guida per la ventilazione meccanica domiciliare a pressione positiva e le dimissioni protette del paziente pediatrico con insufficienza respiratoria cronica.

La necessità di offrire livelli assistenziali a complessità differenziata, adeguati ai bisogni del malato e della famiglia, mutevoli anche in modo rapido e non sempre programmabili, rende necessario realizzare un sistema che offra la maggior possibilità di sinergie tra differenti modelli e livelli di intervento e tra i numerosi soggetti professionali coinvolti, in modo omogeneo e coerente su tutto il territorio regionale.

L'approccio al minore, che necessita di cure domiciliari, deve tenere conto delle sue peculiarità biologiche-evolutive, cliniche, psico-relazionali, sociali e educative, con particolare riferimento all'inserimento nella comunità sociale. Esse determinano e modulano tipologie e quantità di bisogni presentati, condizionando i modelli organizzativi e le azioni da intraprendere per ciascun minore e per la sua famiglia.

Nell'età evolutiva la rete dei servizi è costituita da molteplici servizi territoriali ed ospedalieri, che, per rispondere in modo adeguato a domande differenziate, devono interagire tra loro. Tali servizi devono poter aggiungere o scomporre le prestazioni in relazione alle disponibilità e all'esistenza di un nucleo familiare di appoggio e in relazione al piano di assistenza individuale.

Il collegamento non è solo operativo, ma funzionale, con percorsi che talvolta si incrociano, generando a loro volta percorsi dall'ospedale al territorio o, viceversa, con direzione opposta dal territorio all'ospedale.

Il complesso di queste azioni definisce a sua volta i contorni dei "profili di intervento" da garantire. Questo riferimento a profili di intervento è da preferire ad un elenco di singole prestazioni da erogare; infatti si lega più direttamente e compiutamente alla modalità di presa in carico globale della persona non esaurendosi nella sola erogazione di una somma di singole prestazioni, senza che esse siano inserite in un "piano assistenziale individuale" unitario e predefinito.

Gli attori coinvolti nei profili di intervento sono molteplici e tra loro si evidenziano costantemente "due figure chiave": il case manager, figura professionale territoriale, riconosciuto dalla famiglia e che funge da punto di riferimento per essa e per l'equipe socio-sanitaria, e il care giver, figura espressa dalla famiglia, che funge da riferimento per l'equipe socio-sanitaria. Case manager e care giver sono figure già presenti in altri tipi assistenza integrata.

Occorre che siano definite risposte peculiari, non improvvisate, dinamiche e multidimensionali ai problemi specifici del minore e della sua famiglia, nella variabilità delle situazioni, non essendo possibile l'applicazione al minore delle stesse modalità di gestione dell'adulto e dell'anziano, che sono la popolazione maggiormente assistita dai servizi di cure domiciliari.

Per operare adeguatamente nell'ambito dell'età evolutiva è necessario:

1. individuare modalità di gestione specifiche per il minore,

2. definire un percorso specifico bi-direzionale ospedale - domicilio o, viceversa, territorio - ospedale,

3. individuare personale sanitario e sociale competente in età evolutiva da coinvolgere nei casi di cure domiciliari pediatriche,

4. garantire percorsi di formazione e aggiornamento continui, rivolti sia agli operatori sia al care giver:

a) formazione degli operatori a livello regionale ai sensi della Delib.G.R. 19 novembre 2007, n. 62-7503 ["Modifica ed integrazione della Delib.G.R. 15 ottobre 2007, n. 61-7119 Sistema regionale per la formazione continua in sanità e istituzione del sistema di accreditamento ECM regionale"], che prevede che l'Assessorato Regionale Tutela della Salute e Sanità individui gli obiettivi formativi regionali e stabilisca le relative priorità, e ai sensi della Delib.G.R. 17 dicembre 2007, n. 22-7777 ["Accordo Stato Regioni del 23/3/05: obiettivi regionali sulla formazione del personale sanitario"], la quale prevede la formazione a sostegno delle attività promosse dai Gruppi di lavoro regionali, tra queste rientra l'area tematica del materno infantile,

b) formazione e addestramento specifico sul caso degli operatori formati di cui al precedente punto a),

c) addestramento specifico del care giver presso le strutture specialistiche di riferimento del bambino,

d) formazione di Pediatra di Famiglia/Medico Medicina Generale insieme ad operatori dell'ASL sul contenuto della presente delibera

Il numero attualmente esiguo di minori (0-18 anni) assistiti a domicilio è destinato nel tempo a crescere per le migliorate condizioni dell'assistenza neonatale, dell'assistenza alle patologie croniche-complesse e per la necessità di umanizzare l'assistenza favorendo la deospedalizzazione. Le Aziende Sanitarie Locali sono pertanto tenute a garantire un'organizzazione adeguata a rispondere anche a questi bisogni emergenti, sviluppando percorsi che coinvolgano gli Enti gestori dell'Assistenza, la scuola e il volontariato quali nodi di una rete assistenziale centrata sui bisogni complessivi del minore e della sua famiglia.

Pertanto, si rileva la necessità di integrare le "Linee guida per l'attivazione del servizio di Cure Domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte", definite con Delib.G.R. 7 maggio 2002, n. 41-5952 con le "Linee guida per l'attivazione del servizio di Cure Domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte relativamente ai soggetti in età evolutiva", definite nell'Allegato A. Altresì, vengono individuati strumenti applicativi delle predette Linee guida, definiti negli Allegati:

- B "Scheda di segnalazione di dimissione pediatrica" da compilarsi a cura della struttura ospedaliera di ricovero,

- C "Progetto di dimissione pediatrica" da compilarsi a cura dall'èquipe ospedaliera e territoriale (così come definito nell'allegato A),

- D "Piano Assistenziale Individuale Pediatrico" da compilarsi a cura dell'èquipe territoriale ed è parte integrante della cartella clinico-assistenziale propria delle cure domiciliari.

In applicazione della Delib.G.R. 12 novembre 2007, n. 21-7391 i costi delle Cure Domiciliari prestate a soggetti non residenti in Piemonte, ma domiciliati nella stessa con scelta del Pdf/MMG sono fatturate all'ASL di residenza.

Il costo del trasporto in ambulanza a domicilio in fase di prima dimissione per i minori non residenti in Piemonte è a carico dell'ASL di residenza.

Le Cure Domiciliari rivolte a pazienti in età evolutiva sono oggetto di rilevazione attraverso i Piani di Attività delle Aziende Sanitarie Locali. Altresì, l'applicazione della presente deliberazione sarà oggetto di specifico monitoraggio da parte della Direzione Tutela della Salute e Sanità.

Vista la Legge 184 del 4 maggio 1983;

vista la Legge 285 del 28 agosto 1997;

visto il Progetto Obiettivo Materno Infantile D.M. 24 aprile 2000;

visto il D.P.C.M. 29 novembre 2001;

visto il Piano Sanitario Nazionale 2005-2008;

visto l'Accordo tra Governo Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 27 giugno 2007;

vista la Delib.G.R. 7 maggio 2002, n. 41-5952;

vista la Delib.G.R. 14 ottobre 2002, n. 15-7336;

vista la Delib.G.R. 20 dicembre 2004, n. 72-14420;

vista la Delib.G.R. 10 gennaio 2005, n. 13-14538;

vista la L.R. 6 agosto 2007, n. 18;

vista la Delib.C.R. 24 ottobre 2007, n. 137-40212;

visto il parere positivo del CORESA espresso in data 9 dicembre 2008.

Tutto ciò premesso, la Giunta Regionale, unanime,

Delibera

- di integrare le "Linee guida per l'attivazione del servizio di Cure Domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte", definite con Delib.G.R. 7 maggio 2002, n. 41-5952 con le "Linee guida per l'attivazione del servizio di Cure Domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte relativamente ai soggetti in età evolutiva", in particolare relativamente alle modalità di gestione specifiche per il minore, alla definizione del percorso specifico bi-direzionale ospedale - domicilio o, viceversa, territorio - ospedale, ed all'individuazione del personale sanitario e sociale competente in età evolutiva da coinvolgere nei casi di cure domiciliari pediatriche, così come descritto nell'Allegato A, parte sostanziale ed integrante del presente atto deliberativo;

- di approvare i seguenti strumenti applicativi delle predette Linee guida come definiti negli Allegati:

- B "Scheda di segnalazione di dimissione pediatrica" da compilarsi a cura della struttura ospedaliera di ricovero,

- C "Progetto di dimissione pediatrica" da compilarsi a cura dall'equipe ospedaliera e territoriale (così come definito nell'allegato A),

- D "Piano Assistenziale Individuale Pediatrico" da compilarsi a cura dell'equipe territoriale ed è parte integrante della cartella clinico-assistenziale propria delle cure domiciliari.

parti sostanziali ed integranti del presente atto deliberativo;

- di promuovere percorsi di formazione e aggiornamento continui, rivolti sia agli operatori sia al caregiver:

a) formazione degli operatori a livello regionale ai sensi della Delib.G.R. 19 novembre 2007, n. 62-7503 ["Modifica ed integrazione della Delib.G.R. 15 ottobre 2007, n. 61-7119 Sistema regionale per la formazione continua in sanità e istituzione del sistema di accreditamento ECM regionale"], che prevede che l'Assessorato Regionale Tutela della Salute e Sanità individui gli obiettivi formativi regionali e stabilisca le relative priorità, e ai sensi della Delib.G.R. 17 dicembre 2007, n. 22-7777 ["Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005: obiettivi regionali sulla formazione del personale sanitario"], la quale prevede

la formazione a sostegno delle attività promosse dai Gruppi di lavoro regionali, tra queste rientra l'area tematica del materno infantile,

b) addestramento specifico sul caso degli operatori formati di cui al precedente punto a),

c) addestramento specifico del care giver presso le strutture specialistiche di riferimento del bambino,

d) formazione di Pediatra di Famiglia/Medico Medicina Generale insieme ad operatori dell'ASL sul contenuto della presente delibera;

- di disporre che in applicazione della Delib.G.R. 12 novembre 2007, n. 21-7391 i costi delle Cure Domiciliari prestate a soggetti non residenti in Piemonte, ma domiciliati nella stessa con scelta del Pediatra di Famiglia/Medico Medicina Generale siano fatturate all'ASL di residenza secondo il peso ottenuto con le modalità di rilevazione degli allegati 1 e 2 della Delib.G.R. n. 55/2004 maggiorato del 20% a copertura dei costi generali.

- di disporre che il costo del trasporto in ambulanza a domicilio in fase di prima dimissione per i minori non residenti in Piemonte è a carico dell'ASL di residenza;

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. n. 8/R del 2002.

(omissis)

Allegato A

Linee guida per l'attivazione del servizio di Cure Domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte relativamente ai soggetti in età evolutiva

La Delib.G.R. n. 41/2002 definisce le Cure Domiciliari come "una modalità di assistenza sanitaria e sociale erogata al domicilio del paziente in modo continuo ed integrato, al fine di fornire cure appropriate, da parte del pediatra di famiglia o del medico di medicina generale (PdF/MMG) e di altri operatori (medici specialisti, infermieri, terapisti della riabilitazione, operatori sociali ...) dei servizi territoriali ed ospedalieri e delle associazioni di volontariato, secondo le necessità rilevate".

Il minore (0 - 18 anni) ha proprie peculiarità biologiche-evolutive, psico-relazionali, sociali, educative e cliniche, per le quali non è possibile un'applicazione delle modalità di gestione dell'adulto e dell'anziano. Occorrono, invece, risposte particolari, non improvvisate, dinamiche e multidimensionali ai problemi specifici del minore e della sua famiglia, nella variabilità delle situazioni.

Tali modalità di gestione del minore attualmente non sono definite sul territorio regionale, portando facilmente ad una risposta assimilata a quella più frequente e nota dell'adulto.

I casi limitati, l'ampia distribuzione sul territorio, la complessità di gestione e la disomogeneità dei casi pediatrici, richiede infatti un'organizzazione di sistema, che deve essere strettamente correlata alla rete dei servizi socio-sanitari, ospedalieri e territoriali, esistenti. Il punto nodale di questa organizzazione è la Centrale Operativa delle Cure Domiciliari, la quale accoglie tutte le domande di assistenza domiciliare, provenienti sia dal domicilio sia dalla struttura ospedaliera, attivando anche le suddette reti, in integrazione con la Centrale Operativa, così come indicato dalla Delib.G.R. n. 41/2002.

I presupposti per l'erogazione di assistenza domiciliare nei confronti dei minori sono:

- Il percorso di continuità dell'assistenza tra i servizi ospedalieri e territoriali con azioni correlate al profilo di intervento;

- L'identificazione a livello territoriale di infermieri competenti in età evolutiva e di medici specialisti di riferimento per la patologia del bambino, che garantiscano interventi domiciliari programmati, in consulenza, e prestazioni mirate concordate con l'équipe multiprofessionale e il PdF/MMG, come da progetto.

1. Modalità di gestione specifiche per il minore

L'intervento non si esaurisce con la sola prestazione socio-sanitaria, ma deve tenere conto dello stato del minore, correlato sia all'accrescimento psico-fisico sia al decorso della sua patologia.

Fattore specifico in caso di paziente pediatrico è la presenza importante dei familiari, in particolar modo dei genitori, non soltanto come persone accudenti, ma come parte attiva della presa in carico, tant'è che essi stessi sono decisori e contemporaneamente destinatari di interventi, salvaguardando la specificità della relazione genitori/minore.

Altro fattore importante è la presenza di una rete di sostegno sociale, di fiducia dei genitori, che spesso si sviluppa intorno al minore affetto da patologia cronica grave. Tale rete può essere di supporto per il soddisfacimento dei bisogni quotidiani, quindi necessitare di interventi di formazione specifici.

Destinatari

a) Minori affetti sia da patologie acute sia croniche, allo scopo di fornire assistenza appropriata ed efficace, nell'intento di migliorare la qualità di vita ed il benessere psicofisico del bambino e della sua famiglia, nonché di ridurre i costi legati a lunghe e/o reiterate ospedalizzazioni.

b) Minori in fase terminale di malattia allo scopo di fornire le cure palliative appropriate.

Profili di assistenza domiciliare

Le Cure Domiciliari sono collocate nei LEA nella parte relativa all'assistenza distrettuale, pertanto, si rende necessaria l'individuazione di specifici profili di assistenza correlati ai bisogni socio-sanitari dei pazienti in età evolutiva e alle competenze professionali richieste.

Tali profili di assistenza si devono integrare con le Linee guida regionali di cui alla Delib.G.R. 10 gennaio 2005, n. 13-14538 che individuano la fascia di gravità clinica del paziente, al fine di collocarlo nel profilo di assistenza domiciliare più idoneo.

Si delineano i seguenti profili (o livelli) di assistenza sanitaria e sociale domiciliare per soggetti in età evolutiva:

- Cure domiciliari prestazionali [es. PIE, SID (compreso il trattamento riabilitativo domiciliare come da comunicazione alle A.S.L. da parte dell'Assessorato Sanità del 6 giugno 2005), ADP] costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo e sociale, anche ripetuti nel tempo, che non richiedono la presa in carico della persona attraverso una valutazione multidimensionale e per le quali non è necessario un progetto ospedale- territorio, ma l'attivazione e la presa in carico da parte del PdF/MMG anche in collaborazione e/o segnalazione da altri servizi;

- Cure domiciliari integrate che necessitano di prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo e sociali della rete territoriale e/o Pediatria ospedaliera, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici [es. ADI; ADI + pediatria ospedaliera, come previsto dal progetto individuale (con attivazione dell'ADR non invasiva per pazienti con insufficienza respiratoria cronica)]. Tali cure necessitano di presa in carico con valutazione multidimensionale e definizione del PAI (Piano di Assistenza Individuale);

- Cure domiciliari intensive e/o palliative a pazienti che necessitano di una risposta a bisogni di elevata complessità e, pertanto, di prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo e sociali della rete territoriale e/o Pediatria ospedaliera, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici [es. ADI + pediatria ospedaliera, ADI + UOCP; ADI + team specialistico, sanitario e sociale, come previsto dal progetto individuale (con attivazione dell'ADR invasiva per pazienti con insufficienza respiratoria cronica)].

L'organizzazione delle Cure Domiciliari in età evolutiva può prevedere la combinazione e l'utilizzo dei profili sopra descritti considerandoli "moduli organizzativi" da utilizzare in funzione dei bisogni del paziente.

Case manager

Il PdF/MMG è il responsabile clinico del paziente a domicilio, pertanto, può essere individuato in modo prioritario quale case manager per la gestione del caso.

In alternativa può essere individuata una diversa figura professionale sanitaria, concordata a livello distrettuale, riconosciuta anche dalla famiglia, che viene affiancata da un referente sociale per il sostegno e la tutela del minore e della sua famiglia nei casi che lo necessitano. Il case manager funge da punto di riferimento per la famiglia e per l'equipe socio-sanitaria dalla progettazione alla predisposizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) e alla presa in carico. Le sue funzioni sono di agevolare, monitorare e coordinare il percorso assistenziale, assicurandone così la continuità, al fine di garantire la risposta sociosanitaria adeguata nell'ambito dei servizi ospedalieri e territoriali.

Servizi di emergenza e di Continuità Assistenziale

Anche i servizi di emergenza e di Continuità Assistenziale sono coinvolti nella gestione del progetto di assistenza domiciliare dei soggetti in età evolutiva. Il ruolo del 118 in particolare consiste in:

- interventi su chiamata da parte delle famiglie o degli operatori sanitari di valutazione clinica in situazioni di destabilizzazione, in contatto con la struttura ospedaliera di competenza, finalizzati a risolvere la situazione a domicilio;
- trasporto presso la struttura ospedaliera di competenza del caso, previo accordo con la stessa, nel caso di situazioni non risolvibili a domicilio;
- eventuali trasporti programmati con ambulanza medicalizzata, ove ritenuto necessario dall'equipe curante;

secondo uno specifico protocollo operativo regionale.

In casi particolari il PdF/MMG o il medico di distretto segnalano al Servizio di Continuità Assistenziale i pazienti pediatrici in carico alle Cure Domiciliari, evidenziandone le problematiche. I medici di continuità assistenziale, in caso di richiesta di intervento, aggiornano la cartella clinica presente al domicilio.

2. Attivazione del percorso bi-direzionale ospedale-territorio

Qualora la domanda di cure domiciliari provenga dall'Ospedale si attiva il Percorso bidirezionale tramite segnalazione alla Centrale Operativa delle Cure Domiciliari. La domanda può provenire:

- dal centro ospedaliero dell'Azienda Sanitaria Ospedaliera regionale,
- dal centro ospedaliero fuori regione,
- dal presidio ospedaliero dell'Azienda Sanitaria Locale regionale o presidi accreditati.

Requisiti essenziali per l'attivazione del progetto domiciliare

Il Reparto di dimissione con la collaborazione del Distretto e del Comune/Ente Gestore di residenza/domicilio sanitario del minore preliminarmente accerta l'esistenza dei seguenti requisiti essenziali:

- > consenso da parte dei genitori o del tutore al trattamento socio-sanitario domiciliare,
- > disponibilità del PdF/MMG,
- > individuazione e idoneità del/i care giver,
- > l'adeguatezza degli aspetti sociali del contesto familiare, dell'ambiente domestico e della rete di sostegno,
- > idoneità strutturale del contesto abitativo correlato al quadro clinico anche in relazione all'utilizzo di apparecchiature complesse.

Qualora il minore sia domiciliato l'ASL e il Comune/Ente Gestore del domicilio comunicano all'ASL e al Comune/Ente Gestore di residenza la presa in carico del minore per la fatturazione diretta.

Segnalazione

Le modalità operative per la dimissione del minore devono essere preventivamente concordate con la famiglia. Inoltre, sarebbe opportuno che già nella prima fase di ricovero ospedaliero di un bambino con criticità clinico-assistenziali evidenziate, venga informato il PdF/MMG e i servizi socio-assistenziali di competenza.

La struttura ospedaliera o di riferimento specialistico segnala con apposita scheda (allegato B) il paziente per il quale sia stata valutata la possibilità clinica della prosecuzione delle cure in ambito domiciliare, indicando il proprio referente del caso.

La segnalazione deve tener conto dei tempi tecnici per l'attivazione delle risorse del territorio per la realizzazione del progetto.

La centrale operativa di riferimento del distretto di appartenenza organizza con gli operatori sanitari e sociali coinvolti, entro tre giorni lavorativi, la visita congiunta in ospedale, per definire la fattibilità della presa in carico e relative modalità.

3. Il Progetto di domiciliazione

Accertata la fattibilità di una assistenza domiciliare, il Direttore di Distretto o suo delegato, sulla base della informazioni relative al caso, ricevute dalla Centrale Operativa, segnala il caso

alla competente Unita valutativa ed individua le strutture territoriali da coinvolgere nella stesura del Progetto (es. NPI, RRF, ecc...), e attiva i Servizi Sociali Territoriali.

Il Progetto di cura è il risultato della valutazione globale congiunta, che definisce la condizione clinico-assistenziale, ed individua i bisogni sanitari e socio-assistenziali del paziente e della sua famiglia, identificando il profilo di assistenza domiciliare appropriato.

Nel Progetto viene considerata la specificità di ogni singolo caso, i bisogni del care giver e più in generale del nucleo familiare.

Il Progetto viene predisposto, a seconda della complessità assistenziale, congiuntamente da:

- referente ospedaliero medico e/o infermieristico,
- PdF/MMG,
- referente Cure Domiciliari (medico e/o infermiere),
- rappresentanti delle strutture territoriali coinvolte (in particolare NPI, RRF ecc.),
- referente sociale territoriale,
- famiglia/care giver.

Nel Progetto devono inoltre essere esplicitate le modalità di supporto da parte della struttura ospedaliera o di riferimento specialistico nei confronti degli operatori e della famiglia per la gestione delle situazioni di criticità.

Il case manager trasmette la comunicazione al 118 e al Servizio di Continuità Assistenziale, ove lo ritenga necessario, l'attivazione del Progetto.

Il Direttore del Distretto trasmette il Progetto alla Commissione valutativa competente, al fine di predisporre e condividere il successivo percorso nei casi previsti.

Tempi di attivazione

Il Progetto così come definito e approvato deve essere attivato il più rapidamente possibile, per quanto di competenza sia sanitaria sia sociale, nell'interesse del minore e della sua famiglia al fine di consentire la dimissione ospedaliera.

La competente Commissione valutativa ratifica alla prima seduta utile quanto condiviso e stabilito nel Progetto, facendosi carico del monitoraggio della parte del Progetto di propria competenza e delle modalità di prosecuzione dello stesso.

Le strutture di competenza dell'ASL (Uffici di Assistenza Protesica o Provveditorato) devono provvedere a rendere operativo il piano di fornitura degli ausili complessi, sempre in un'ottica di sinergie per attivare in tempi rapidi la dimissione.

Per i minori non residenti la prescrizione è inoltrata dalla struttura di ricovero all'ASL di residenza, che è tenuta a rilasciare l'autorizzazione tempestivamente, anche a mezzo fax (comma 6 art. 4 del Decreto Ministero Sanità 27 agosto 1999 n. 332).

Documentazione

La documentazione che accompagna il percorso del paziente è una cartella integrata e condivisa, tenuta a domicilio del paziente, costituita da:

- documentazione clinica ospedaliera
- scheda di segnalazione
- progetto di dimissione pediatrica
- piano assistenziale individuale
- piano individuale di fornitura degli ausili
- cartella clinica domiciliare
- documentazione relativa agli interventi sociali.

Alla dimissione domiciliare la cartella deve essere archiviata presso il Distretto di residenza/domicilio sanitario. Altresì il Distretto segnala l'avvenuta dimissione all'ASL di residenza qualora diversa da quella che ha aperto il caso.

Il Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.)

Il PAI è l'evoluzione del contratto terapeutico assistenziale definito nella Delib.G.R. n. 41/2002, come "strumento di lavoro degli operatori, della persona assistita e della famiglia, utile a definire gli scopi dell'intervento e a valutare come e quando si giunge ad un risultato".

Pertanto, il Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.), trasposizione operativa del Progetto, è elaborato dall' équipe che prende in carico il minore e definisce:

- le necessità assistenziali individuando quelle gestite dal care giver addestrato e quelle a carico della rete dei servizi,
- gli obiettivi,
- la tipologia delle prestazioni e le figure professionali interessate,
- la frequenza e la durata degli interventi in relazione alle figure professionali,
- le forniture,
- i momenti di verifica.

Il PAI viene rimodulato dall' équipe che prende in carico il minore al variare dei bisogni.

Fornitura di farmaci, presidi, materiale d'uso e trasporti

Il Centro ospedaliero di riferimento che ha in cura il paziente redige il Piano Terapeutico relativo alla prescrizione di farmaci, presidi e materiale d'uso necessari.

Lo stesso Centro ospedaliero garantisce in dimissione, previo accordo con i servizi di Cure Domiciliari, la fornitura di farmaci e presidi monouso di assistenza integrativa per il primo ciclo di terapia.

I costi delle forniture (farmaci e presidi monouso di assistenza integrativa) sono, come di consueto, valorizzati tramite il tracciato "file F".

Pertanto l' ASL, che eroga l'assistenza domiciliare, può, in accordo con il Centro ospedaliero, garantire anche la fornitura di farmaci H, come prosecuzione di terapia iniziata in sede ospedaliera, a fronte di dichiarazione redatta dal suddetto Centro sull'assenza di reazioni avverse nel corso delle somministrazioni già effettuate.

Eventuali variazioni di progetto clinico assistenziale sono predisposte previa concertazione tra il Centro ospedaliero di riferimento e le strutture specialistiche territoriali, anche in ottemperanza della Delib.G.R. 10 gennaio 2005, n. 13-14538 e della Delib.G.R. 7 marzo 2005, n. 45-14975.

Il trasporto in autoambulanza del minore residente nella regione Piemonte, ove necessario, a seguito di Progetto di domiciliazione è a carico del Centro Ospedaliero dimettente. Per i residenti in altre regioni il costo del trasporto è a carico dell'ASL di residenza.

I trasporti successivi, di andata e ritorno, in autoambulanza per ricoveri o accertamenti, previa richiesta medica dal PdF/MMG, di concerto con il Centro Ospedaliero, sono a carico della Azienda Sanitaria di residenza del paziente.