

# LA GERIATRIA IN EMILIA ROMAGNA 2016

CONVEGNO CONGIUNTO SIGG – SIGOT - AGE

REGIONE EMILIA ROMAGNA

Ferrara 29 Aprile 2016

La gestione del paziente anziano  
comorbido: rete delle cronicità o  
presa in carico globale nella rete  
dei servizi ?



Ferrara 29/04/2016

PROGRAM

# Nursing Home Research International Working Group



“Overview of research in Nursing Homes”.

**Dr John MORLEY**



“Patient Aggression in Nursing Homes”.

**Dr Jaime FITTEN**



“Quality of care: MDS 3.0 for Nursing Homes”.

**Dr Debra SALIBA**



“Polymedication in Nursing Homes”.

**Dr Graziano ONDER**



“Loneliness in Nursing Homes”.

**Dr Kaisu PITKALA**



“New technologies in Nursing Homes”.

**Dr Alain FRANCO**



“Key Issues in Care Home Diabetes - how to define important research initiatives.”

**Alan SINCLAIR**

**Wednesday 2<sup>nd</sup> & Thursday 3<sup>rd</sup> December, 2015  
Toulouse, France**

## High quality nursing care – what is it and how can we best ensure its delivery?

The Next Stage Review *High quality care* for all places quality at the heart of the NHS. Nurses are in a powerful position to improve the quality of care, the experience of patients, and health outcomes across health services. Here we summarise key aspects of the recent National Nursing Research Unit report, *Nurses in Society: starting the debate* and supporting evidence<sup>1-3</sup>. The stimulus for the report was the Next Stage Review and the sense that there is unacceptable variation in the quality of care. Here we consider what high quality nursing care is, the challenges facing the nursing profession regarding the nurse of the future, and suggest ways in which the profession can better ensure high quality care for all.

### What is high quality nursing care?

We have previously examined what patients want<sup>4</sup> and here draw more specifically on recent empirical evidence<sup>2,3</sup>. Many of the people we spoke with had personal experiences of care as patients and also shared the healthcare experiences of friends or relatives. They identified that patients want to be treated well, to know their nurse is knowledgeable, skilled and competent, to have high quality care every time and want nurses to have a caring and humane attitude, make them feel safe and comfortable – ‘cared about’ as well as ‘cared for’<sup>5</sup>. The attitude and approach of the nurse is the most important factor in securing this experience for patients, enabling them to be *‘treated as a human being not a case’* with compassion, respect, empathy and by staff who are *‘interested in YOU’*.

Good quality nursing therefore means ‘a good experience for patients’ and was identified as a ‘how’, not a ‘what’ with six core elements:

1. A holistic approach to physical, mental and emotional needs, patient-centred and continuous care
2. Efficiency and effectiveness combined with humanity and compassion
3. Professional, high quality evidence-based practice
4. Safe, effective and prompt nursing interventions
5. Patient empowerment, support and advocacy
6. Seamless care through effective teamwork with other professions<sup>1</sup>.

Nurses want many of the same things as patients and the public and identified five main aspects they valued most about nursing:

- Making a difference to patients’ lives
- Close contact with patients
- Delivering excellent care
- Working in a team and being a role model
- Continuous development - learning and improving<sup>1</sup>.

## Tomorrow's Nurse: What are the challenges facing the nursing profession?

The challenges facing society and healthcare mean that there is a need for a different kind of nurse in the future. The relationships between nurses and patients, and the environments in which nurses undertake their education and practice are changing.

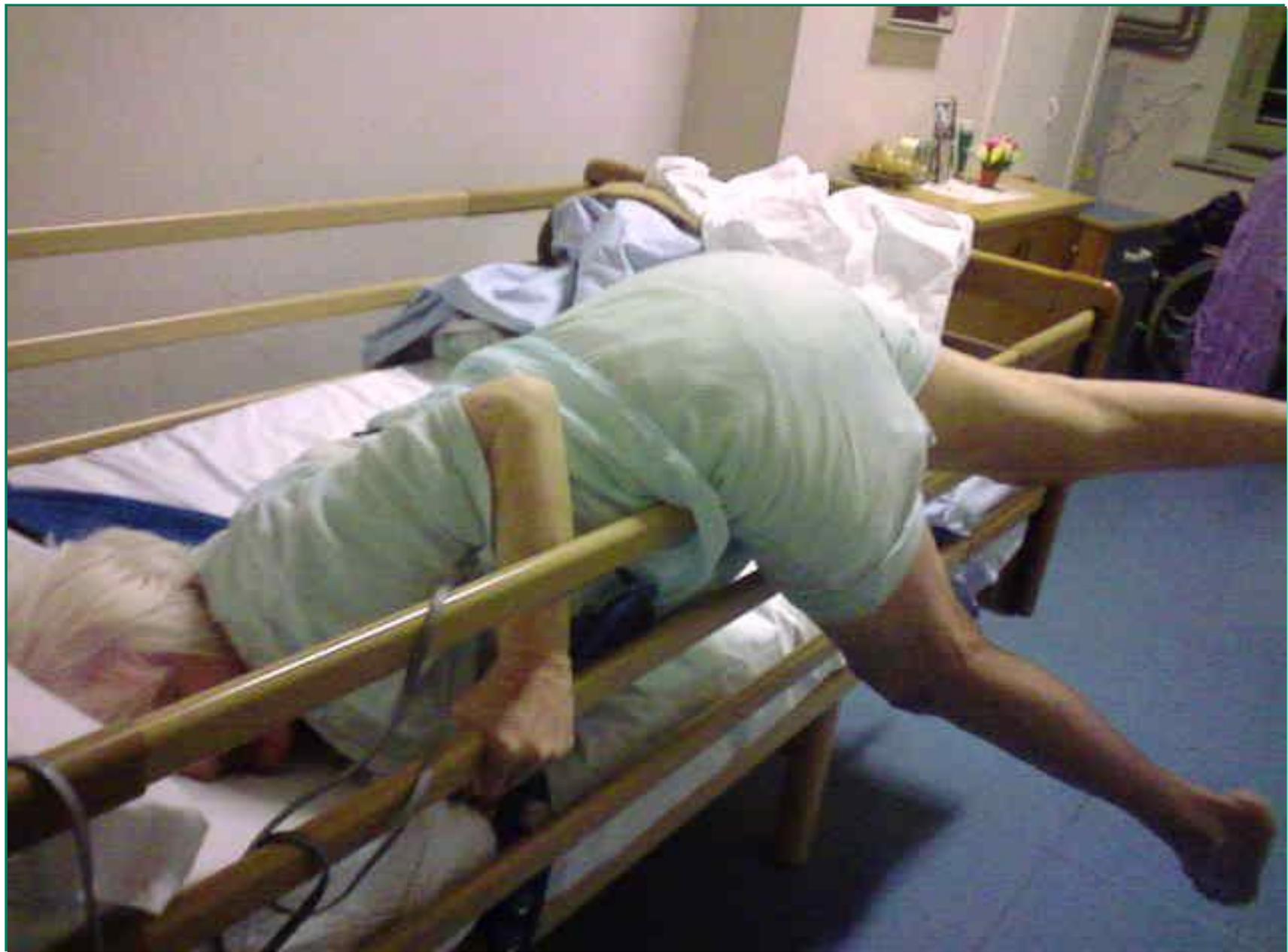
### How can the nursing profession ensure high quality care for all?

For change to happen and to more consistently ensure *high quality* care for all the nursing profession needs to:

- recast the role of the nurse as a *practitioner, partner and leader*
- embrace a new professionalism to re-establish and reset the values, behaviours and relationships with patients in the future
- reinforce and reiterate the centrality of caring and the patient experience, through an agreed set of nursing metrics which can value and measure the nursing contribution to healthcare
- continue to attract high calibre entrants through a new promotional campaign
- move to a graduate registered nursing workforce and identify strategies to support, retain and develop the current and future workforce
- take ownership and be responsible for the training quality and support for assistant nurses and practitioner roles and establish a scheme to regulate and oversee their education
- identify robust funding streams for nurse education with sufficient resources to support ongoing education and training and professional development to enable nurses to fulfil their future roles
- create cohesive career pathways for nurses, and review the content and structure of pre- and post-registration nurse education to include: core professional values; nurses' acting as guardians of care quality and the patient experience; working as practitioners, partners and leaders; clinical academic careers; new care pathways and increased work in the community and public health roles.







# Feasibility of quality indicators for the management of geriatric syndromes in nursing home residents.

Saliba D<sup>1</sup>, Solomon D, Rubenstein L, Young R, Schnelle J, Roth C, Wenger N.

## Abstract

### PURPOSE:

The assessment and management of dementia, falls and mobility disorders, malnutrition, end-of-life issues, pressure ulcers, and urinary incontinence have been identified as important quality improvement targets for vulnerable elders residing in nursing homes. This study aimed to identify valid and feasible measures of specific care processes associated with improved outcomes for these conditions.

### METHODS:

Nine experts in nursing home (NH) care participated in a modified Delphi process to evaluate potential quality indicators (QIs) for care in NHs. Panelists met and discussed potential indicators before completing confidential ballots rating validity (process associated with improved outcomes), feasibility of measurement (with charts or interviews), feasibility of implementation (given staffing resources in average community NHs), and importance (expected benefit and prevalence in NHs). The NH panel's median votes were used to identify a final set of QIs that were subsequently reviewed by a clinical oversight committee.

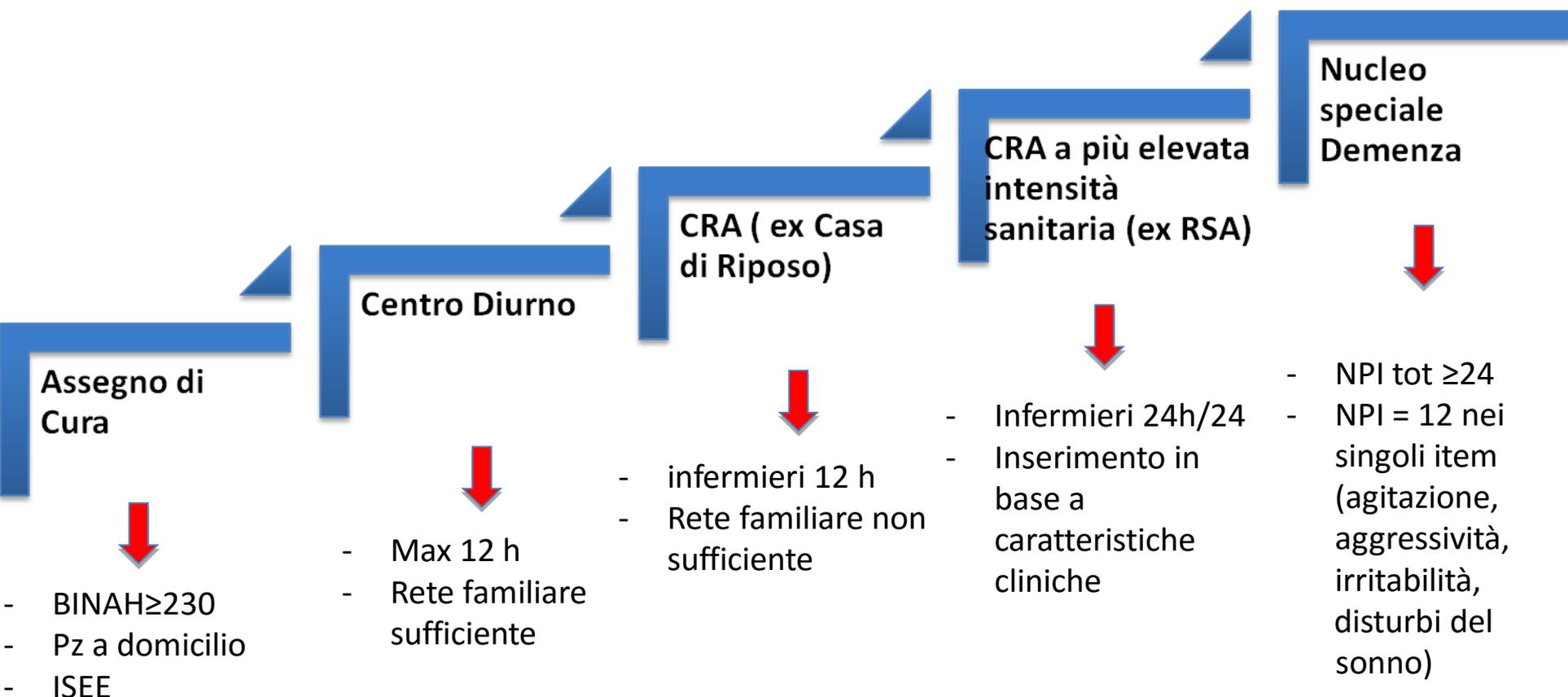
### RESULTS:

Sixty-eight geriatric syndrome QIs were identified as valid and important in NH populations. Panelists assessed 12 (18%) of these QIs as having questionable feasibility to implement in average community nursing homes trying to provide quality care. Nine (13%) would not be included in systems assessing quality of care for persons with advanced dementia or poor prognosis.

### CONCLUSIONS:

Steps of care critical to the assessment and management of geriatric syndromes in NHs were identified. Feasibility is an important issue for a significant number of these, indicating that much remains to be done to design systems that efficiently and reliably implement these care processes

# SCALA INTENSITA' DI CURA ASSISTENZIALE TERRITORIALE



**Il Signor SM, di anni 82, ricoverato per un intervento chirurgico, è stato collocato in un letto vicino ad un altro paziente, forte russatore. SM, di buon carattere, sopportava serenamente il disagio. Una notte, avvicinato da un'infermiera per avere notizie sul suo stato di salute, rispose: "Adesso bene, infatti non c'è più il trattore in camera" (infatti il vicino aveva smesso di russare). L'infermiera senza commentare né approfondire registrò: "Paziente gravemente disorientato e confabulante". Il giorno dopo il medico trascrisse in cartella: "Il paziente presenta gravi disturbi comportamentali e di orientamento (delirium? BPSD?) in particolare durante la notte".**

Feature Article

Applying the Advancing Excellence in America's Nursing Homes Circle of Success to improving and sustaining quality

Debra Bakerjian, PhD, RN, FNP, FAANP<sup>a,b,\*</sup>, Anna Zisberg, PhD, MA, RN<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup> FNP/PA Programs, Department of Family and Community Medicine, School of Medicine, University of CA, Davis, USA

<sup>b</sup> Betty Irene Moore School of Nursing, University of CA, Davis, USA

<sup>c</sup> The Cheryl Spencer Department of Nursing, Haifa University, Israel

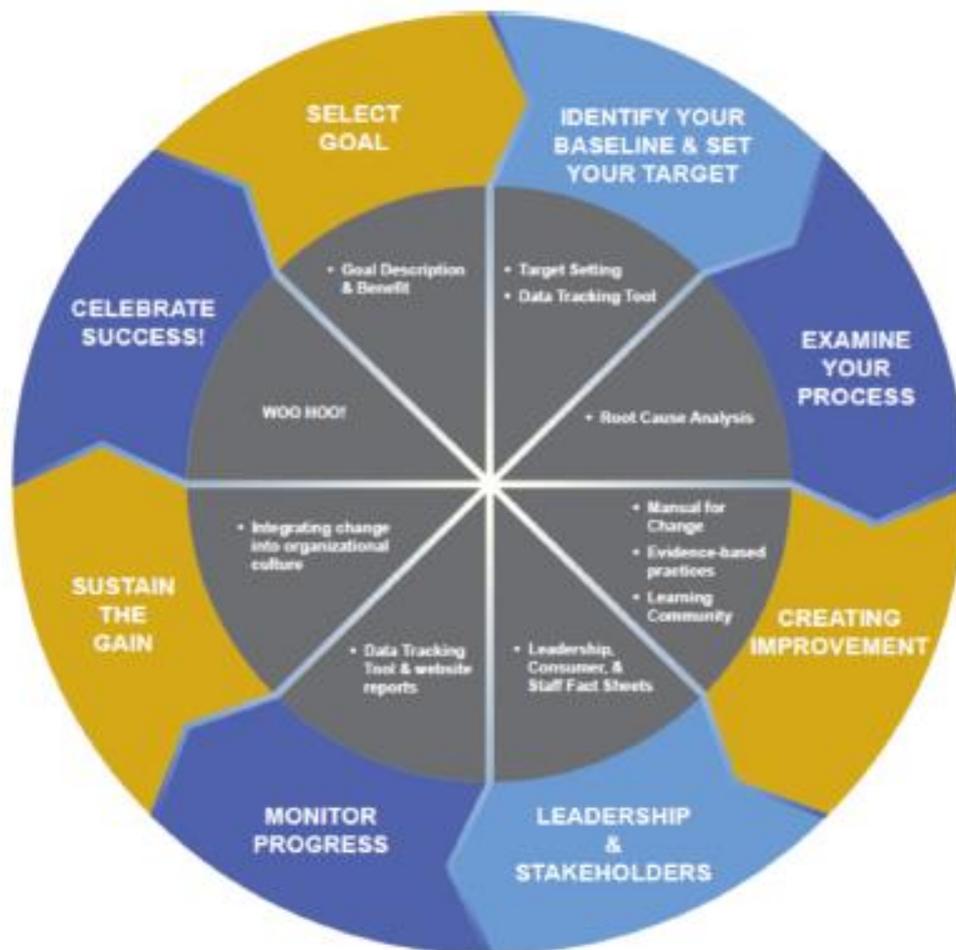


Fig. 1. Advancing Excellence framework "Circle of Success."

# Lo scenario attuale

**Bisogni sempre più complessi per:**

- ✓ Cambiamenti delle caratteristiche “**sanitarie**” dei pazienti = **medicina della complessità**
- ✓ Modifiche del **contesto sociale** in cui vivono le persone = necessità di **integrazione socio-sanitaria**

# Le modifiche del contesto sociale

- ✓ **Invecchiamento della popolazione** con incremento degli anziani con **età > a 85 anni** ad elevata morbilità e disabilità (**incremento delle malattie croniche**)
- ✓ Cambiamenti delle **caratteristiche delle famiglie** (famiglie mononucleari, anziani soli)
- ✓ Aumento delle **difficoltà economiche** ed aumento costi legati all'assistenza
- ✓ Assistenza prestata dalle **"badanti"**: necessità di integrazione con questi soggetti (**nuovo livello di sfida**)



# ***Una nuova categoria di “malati”***

***“...quella degli anziani caratterizzati da una particolare vulnerabilità per la contemporanea presenza di più malattie croniche, fragilità e disabilità, tali da richiedere un adeguamento delle proprie competenze professionali ed una diversa e specifica organizzazione assistenziale...”***

***American Medical Association White Paper  
on Elderly Health, 1990***

*“....Sono passati **poco più di 30 anni** da quando il medico aveva la **totale responsabilità del malato** che seguiva quasi sempre da solo nel proprio ambulatorio, contattava saltuariamente lo specialista per chiedergli qualche consiglio, affidava ad una sola rivista scientifica il suo aggiornamento....e lo specialista esercitava la professione esclusivamente in ospedale, occupandosi delle malattie di un solo organo o apparato.... Oggi il modo di operare del medico è profondamente diverso perché è cambiata l'epidemiologia, **sono le malattie croniche a prevalere**, quelle che non riconoscono uno specifico agente causale, alla cui patogenesi concorrono numerosi fattori...”*

***Plsek, Greenhalgh et al. BMJ, 2001***

- Medicina complessa
- Pazienti vulnerabili
- **Deterioramento cognitivo**
- Comorbilità
- Cattivi risultati
- Malattie croniche
- Deficit sensoriali

- problematicità del coinvolgimento assistenziale
- influenza del contesto sociale

## DIFFICOLTA'

Burocrazia opprimente per:

- ↑ lavoro di ufficio
- ↑ contatti telefonici
- ↑ richiesta documentazioni
- problemi assicurativi
- paura di azioni legali

*Le cure primarie per gli anziani: perché per i dottori sono diventate così difficili ? “*

## *Espressione della **inadeguata gestione dei problemi complessi***

- ✓ Diagnosi incomplete o scorrette
- ✓ Eccessiva prescrizione di farmaci
- ✓ Istituzionalizzazioni inappropriate
- ✓ Mancato coordinamento dei servizi territoriali di supporto
- ✓ Scarso ricorso agli interventi riabilitativi/riattivativi
- ✓ Scarso ricorso alle **cure domiciliari**

# Occorre cambiare e gestire il cambiamento

I malati e le famiglie devono poter accedere ad un *sistema assistenziale QUALIFICATO e SEMPLIFICATO*

E' cambiato il bisogno della popolazione "*fragile*" sia qualitativamente che quantitativamente

La complessità si gestisce attraverso *l'integrazione sociale e sanitaria*

# Integrazione socio sanitaria

## Perché l'integrazione?

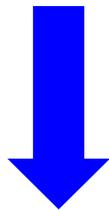
- Genera maggiore **efficacia assistenziale**
- Favorisce **uso più efficiente delle risorse**
- **Riduce il disagio** dei cittadini

# Per il complesso intreccio di fragilità fisiche, psichiche e sociali

- La cura della malattia da sola non è sufficiente
- Il bisogno di “servizi” e di “organizzazione” è aumentato
- La **qualità assistenziale** (anche alla fine della vita) deve essere un obiettivo primario

# Dalla **medicina dell'evidenza** alla **medicina della complessità**

- Malato
- Diagnosi
- “Riduci o risolvi”



**Obiettivo:**  
**assenza di malattia**

- Persona
- Problema
- Valutazione  
multidimensionale



**Obiettivo:**  
**qualità di vita possibile**

# Sono entrati in crisi i modelli di riferimento

- **Crisi dell'ospedale**: la cura della malattia non è più 'indicatore unico dell'intervento sanitario
- **Crisi del modello sociale** :la cura della malattia è parte integrante della "capacità di vivere" della persona fragile, coinvolge la dimensione affettiva e la relazione sociale

*Da A.Guaita, formazione 2004*

# ***“ The End of Disease Era “***

***M.E. Tinetti, Am.J.Med, 2004***

***“...E’ arrivato il momento di abbandonare la malattia come momento centrale dell’intervento medico....***

***Concentrarsi sulla sola malattia è dannoso e fuorviante....***

***Da un modello assistenziale centrato sulla **malattia** ad un modello assistenziale centrato sulla **persona** ...”***

# Il futuro delle cure domiciliari



*Secondo me la missione delle cure infermieristiche in definitiva è quella di curare il malato a casa sua.....*

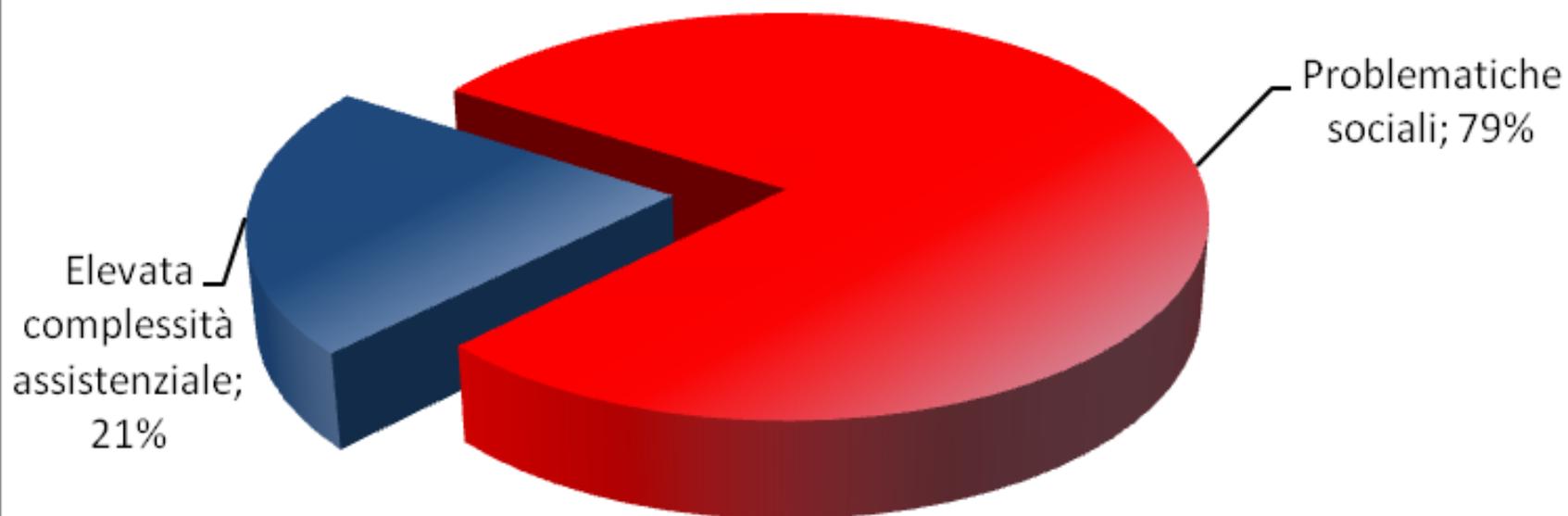
*intravedo la sparizione di tutti gli ospedali e di tutti gli ospizi.....*

*ma a che serve parlare ora dell'anno 2000?*

*Florence Nightingale,  
Pasqua, 1889*

# QUESTIONARIO CONOSCITIVO GESTIONE DIMISSIONI DIFFICILI (Area Vasta Romagna)

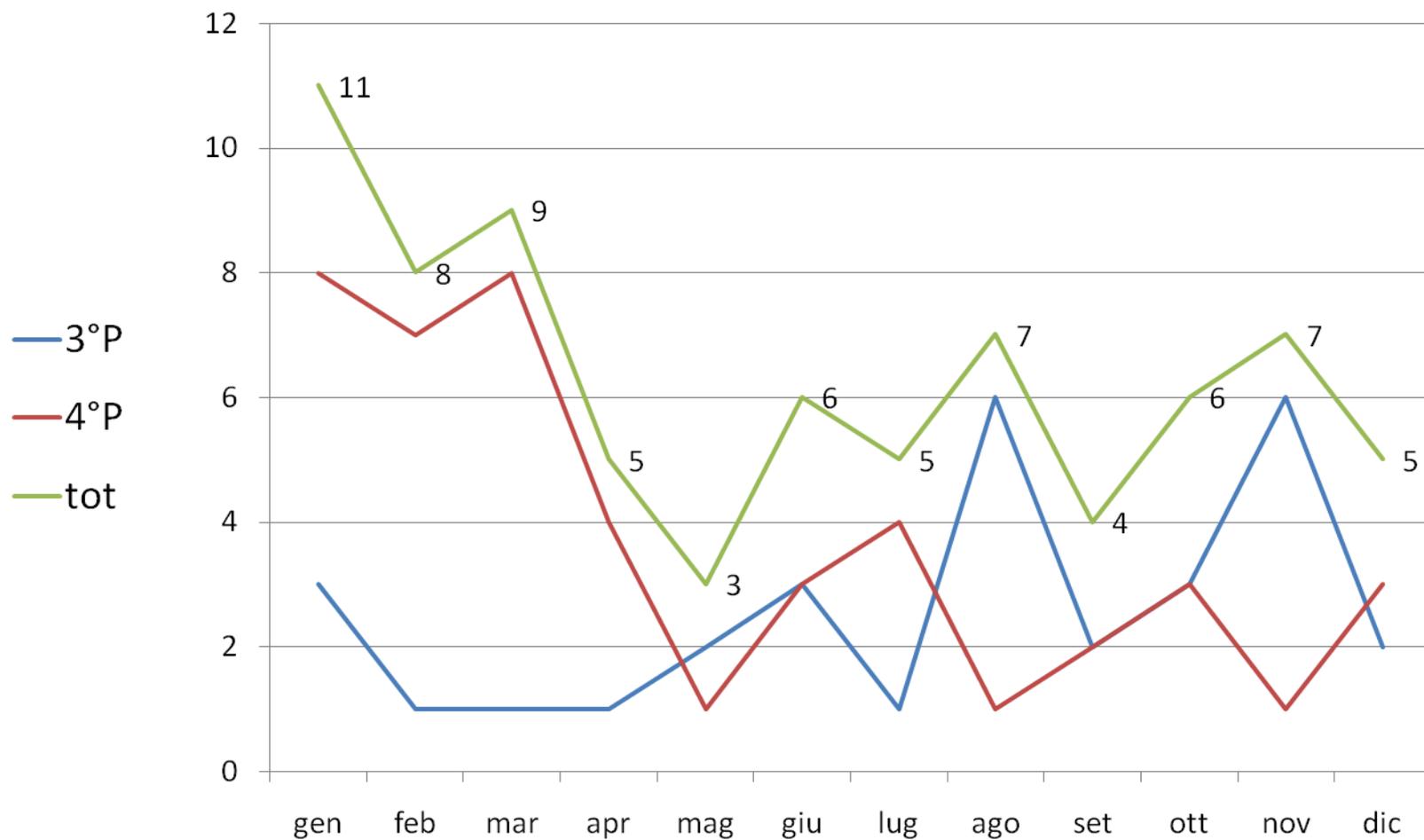
## Fattori che influenzano la possibilità di domiciliazione nei pazienti

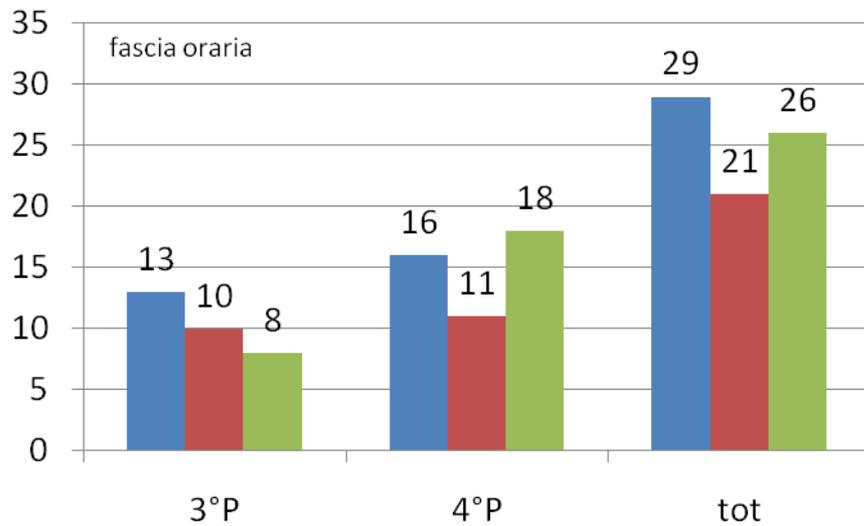


# Specificità metodologica e organizzativa

- Separatezza ambientale e funzionale dall'area di degenza ordinaria
- Spazi adeguati a consentire la mobilizzazione e garanzia di poter fruire dell'alzata dal letto quotidiana e di un tempo minimo di deambulazione assistita
- Non obiettivi esclusivamente clinici/ più funzionali:
  - Forte tensione riabilitativa
  - “Progetto struttura”
- Modello assistenziale basato sul lavoro in team e sulla figura dell'infermiere case-manager:
  - Adozione del PAI
  - Forti competenze rivolte al “processo dimissione” con addestramento dei care-givers

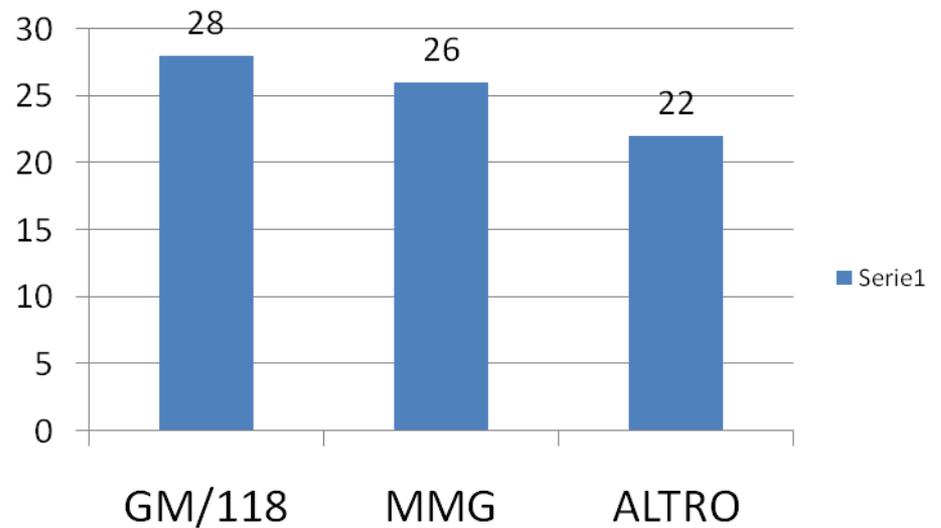
# Anno 2011 RSA N° ricoveri in base al mese

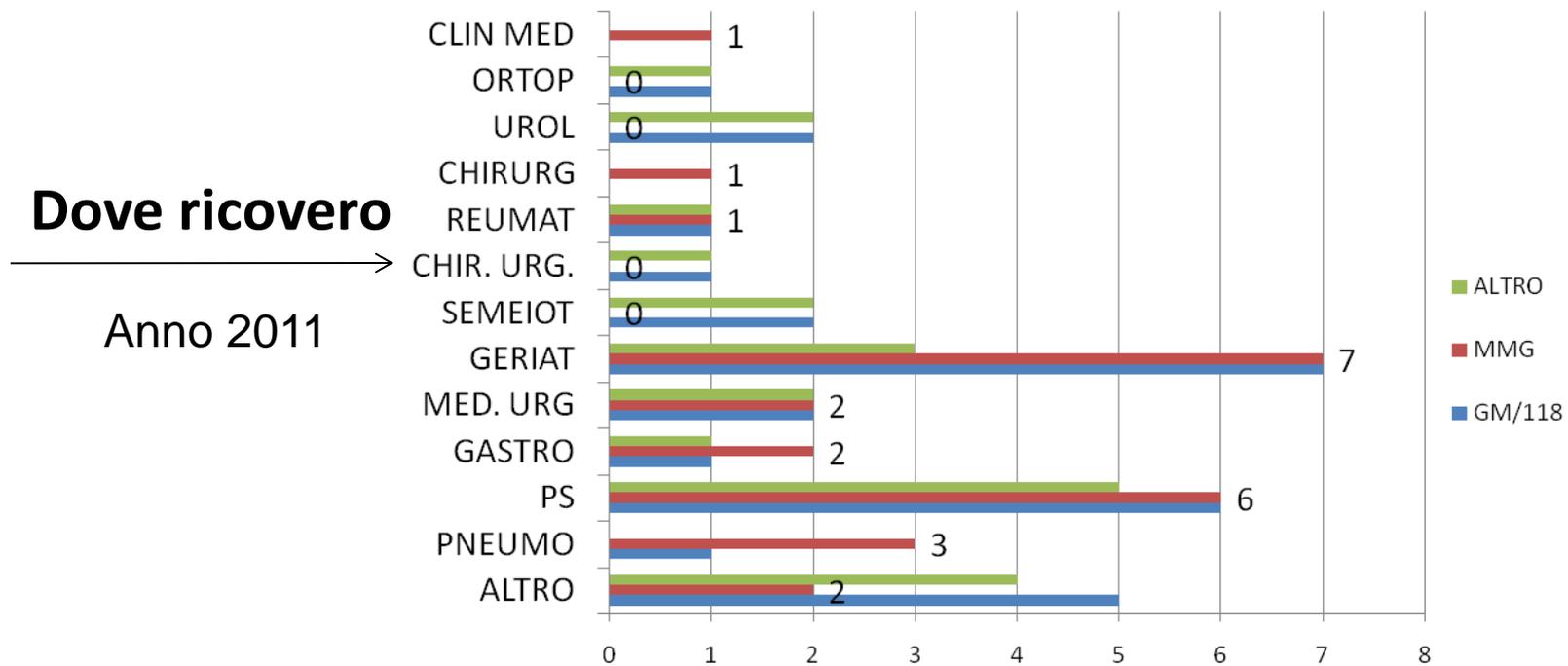
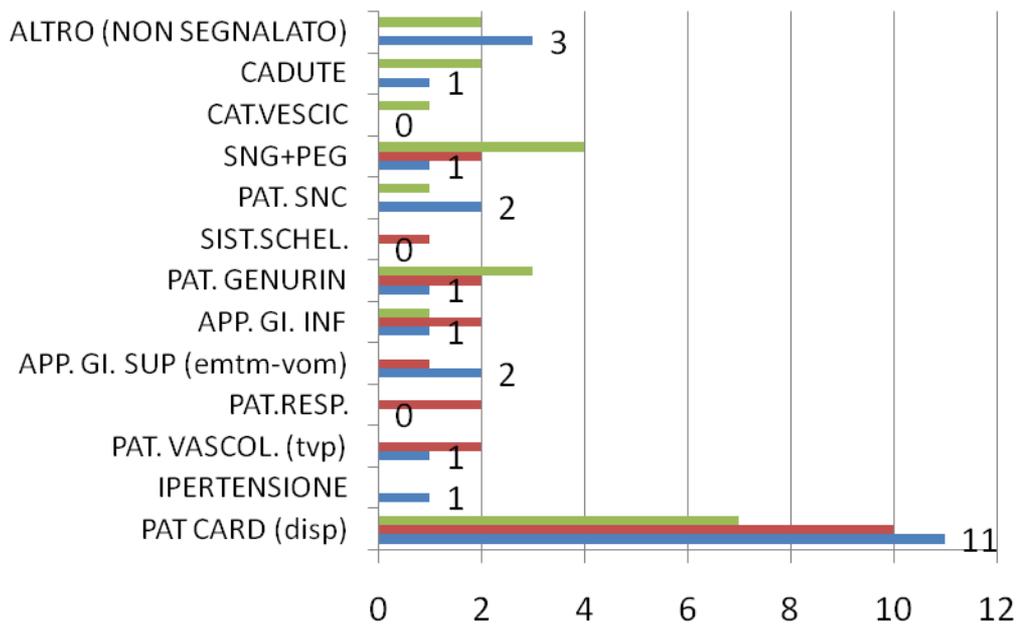




**Fascia oraria** ←

**Chi ricovera** →





# Dove vanno le residenze per anziani.....

## Il servizio deve

- essere calibrato sulle condizioni del fruitore, per offrire modelli assistenziali adeguati dalle fase iniziali a quelle più avanzate di perdita della autosufficienza
- essere organizzato in modo elastico, così da poter essersi adattare alla mutevolezza del bisogno
- caratterizzare i propri comportamenti operativi sul rispetto della volontà dei cittadino che chiede una risposta tecnicamente adeguata, ama anche attenta alle sue attese , speranze, timori
- dichiarare i risultati che si prefigge, indicando le modalità per rilevarli (devono essere chiari prima di tutto a chi opera ad ogni livello, ma anche a chi fruisce dell'assistenza in particolare le famiglie che vivono equilibrio difficile tra critiche aprioristiche ed accettazione silenziosa)
- garantire la cura delle malattie e dei sintomi attraverso la presenza di operatori che sappiano agire con atteggiamento proattivo, attenti alla progressiva perdita di autonomia fx
- limitare al massimo le transizioni tra segmenti diversi es. abuso immotivato del ricovero ospedaliero, per condizioni cliniche trattabili all'interno della residenza
- essere valutato per i risultati raggiunti sul piano della qualità della vita degli ospiti
- disporre di operatori preparati sul piano tecnico-professionale ed adeguati sul piano delle capacità relazionali

# **ANNO 2011 pre BINA-FAR Profilo ospite RSA (tot N = 42)**

---

- L'84% ha un'età  $\geq 75$  anni, ed il 56% si colloca nella fascia  $\geq 85$  anni, mentre il 9% ha un'età minore di 65 anni; **è di sesso femminile; il 98 % (n.63) possiede una rete familiare e/o sociale che è presente nell' 85%( n. 54) dei casi.**
- Nel **61% ( n.39) l'ingresso avviene dall'ospedale** e nel 34% (n.22) da altro servizio della rete (CP?); la patologia prevalente all'ingresso è **CONDIZIONI INVALIDANTI NEUROLOGICHE (ictus, Parkinson, sclerosi.....) 57% ( n.36)**, seguite da **MALATTIE CARDIOVASCOLARI** e dell'**APPARATO RESPIRATORIO (11% - n.7)** e da **TRAUMI E FRATTURE (9% - n. 6)**.
- **il 76% (n. 47) presenta un deterioramento cognitivo che nel 45 % (n.22) è definito grave.** (La demenza non è stata inserita con le altre patologie ma considerata quale fenomeno trasversale alle patologie elencate precedentemente)

## **BISOGNI SANITARI**

### ***medicazioni***

il 70% non ha necessità di medicazioni, mentre il 30% richiede un intervento infermieristico per la presenza di ulcere e distrofie cutanee (4.7%), catetere vescicale (4.6%)  
o **lesioni da decubito di III e IV grado. (20.9%)**

### ***prestazioni sanitarie***

Il 14% viene considerato in buone condizioni generali di salute per cui le attività vengono espletate su base preventiva, mentre **il 62.9% presenta patologie croniche in labile compenso tali da richiedere la presenza quotidiana del medico e/o di un intervento infermieristico quotidiano complesso** (alimentazione parenterale, SNG/PEG, dialisi, trasfusioni, controllo del dolore per via parenterale o sottocutanea, tracheotomia, respiratore/ventilazione assistita, ossigeno terapia ad intervalli definiti o continuativi).

### ***Disturbi cognitivi e comportamentali***

I disturbi cognitivi, affettivi o comportamentali sono assenti nel 25.6 %; **i disturbi cognitivi tali da non garantire la gestione dei propri compiti e/o necessità sono presenti nel 51.3% e nel 18.7% sono associati a frequenti comportamenti disturbanti e/o aggressivi.**

Il disturbo cognitivo lieve e/o il disturbo dell'umore sono presenti nel 23.2%

### ***Comunicazione e linguaggio***

Per quanto riguarda la capacità di comprensione e linguaggio il 34.9% non presenta deficit, mentre **il 28% non è in grado di comprendere e di esprimersi**; il 37,2% sono in grado di comprendere **ordini semplici, ma di questi il 23.3% non riesce ad esprimere correttamente le proprie esigenze**, pertanto la qualità della vita della persona dipende dalla capacità di chi lo assiste di interpretare i suoi bisogni.

## **BISOGNI ASSISTENZIALI**

### ***Attività della vita quotidiana***

Il 97.7% presenta la necessità di intervento di supporto nell'igiene personale, abbigliamento e alimentazione e nel **74.4% è totale.**

### ***Mobilizzazione***

Relativamente alla mobilizzazione solo il 4.6% risulta autonomo, mentre l'autonomia motoria è garantita da ausili nel 7%; **il 51.3% è allettato e/o completamente dipendente nella deambulazione o con condizioni cliniche croniche non compatibili con le alzate.**

### ***Controllo sfinterico***

**Il 93% è incontinente** ed il catetere vescicale è presente nel 4.6 % dei casi. Nel 39.5% è presente incontinenza urinaria e fecale permanente.

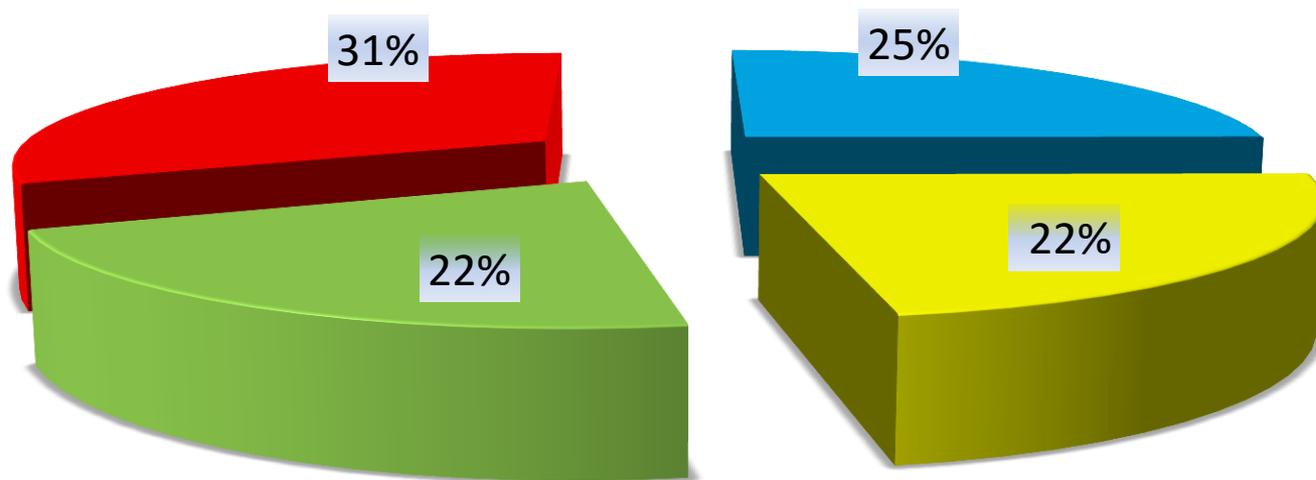
## **STATO DELLA RETE SOCIALE**

### ***Famiglia***

**il 58.2 % può contare sulla famiglia,** mentre nel 34.9% la famiglia è disponibile in maniera parziale o attraverso una rete informale (20.9%) o solo se interpellata (14 %).

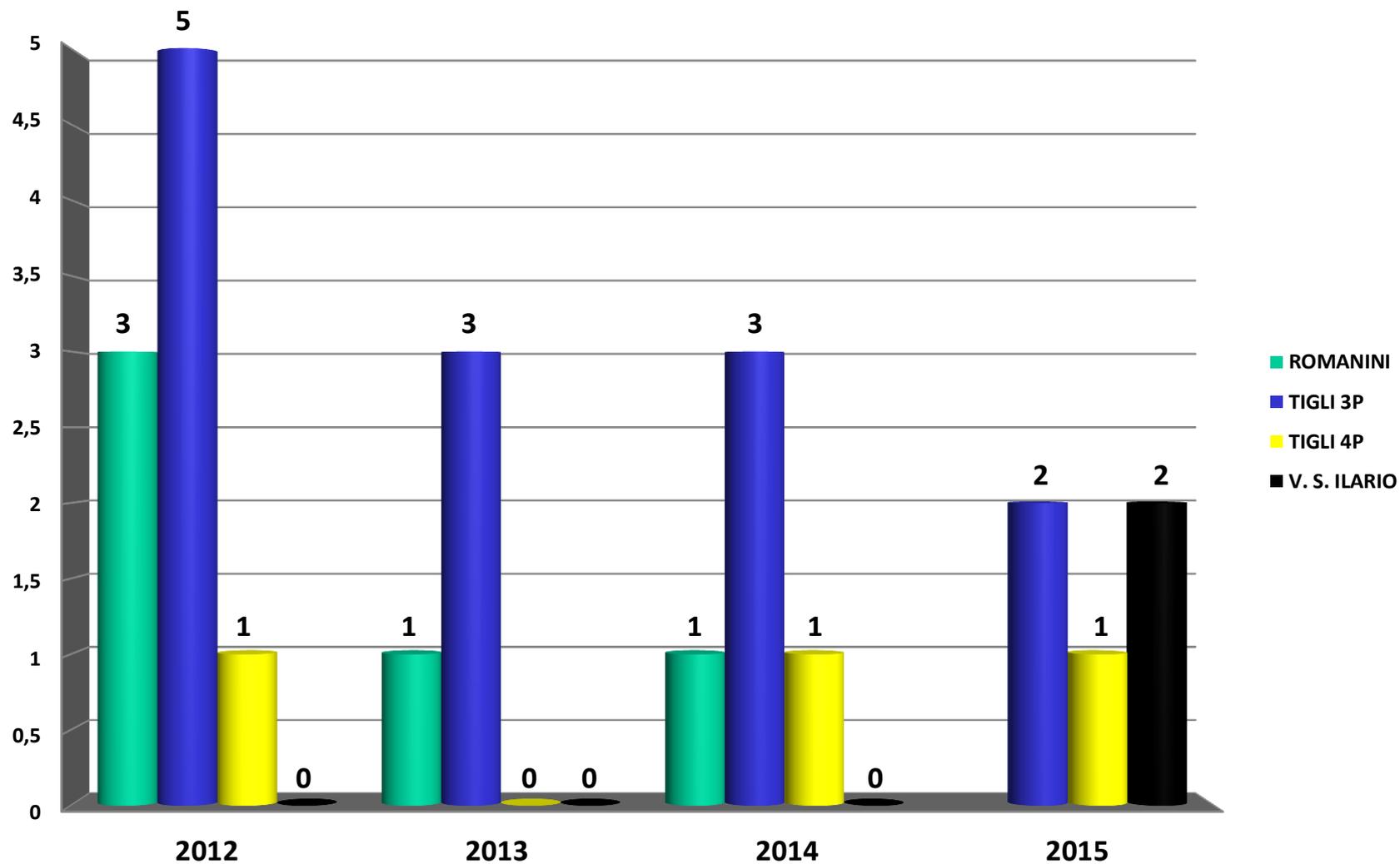
Non può contare sulla rete familiare, ma solo sulla rete formale il 6.9% dei casi.

# SDAT E TERRITORIO

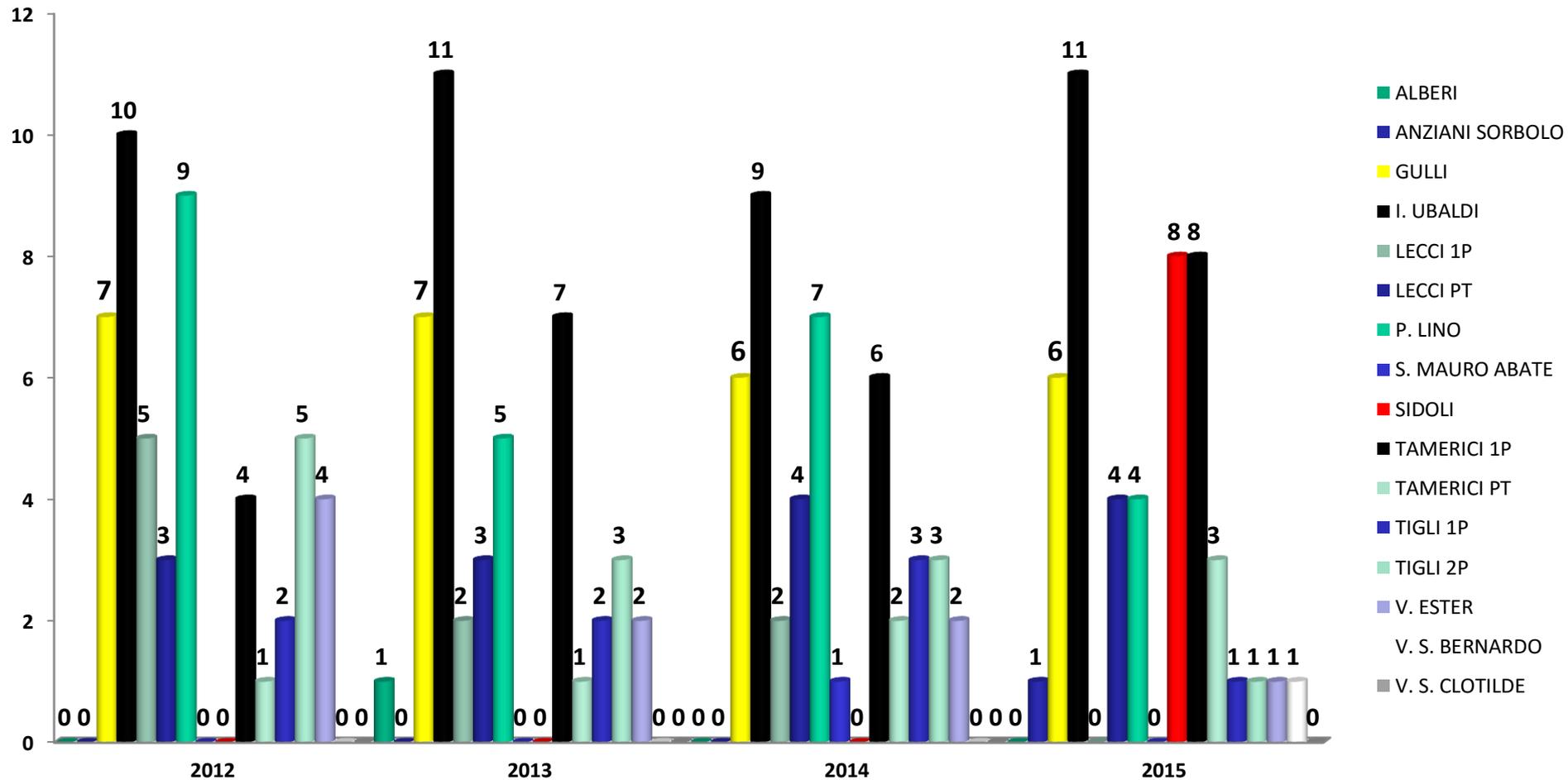


■ 2012 ■ 2013 ■ 2014 ■ 2015

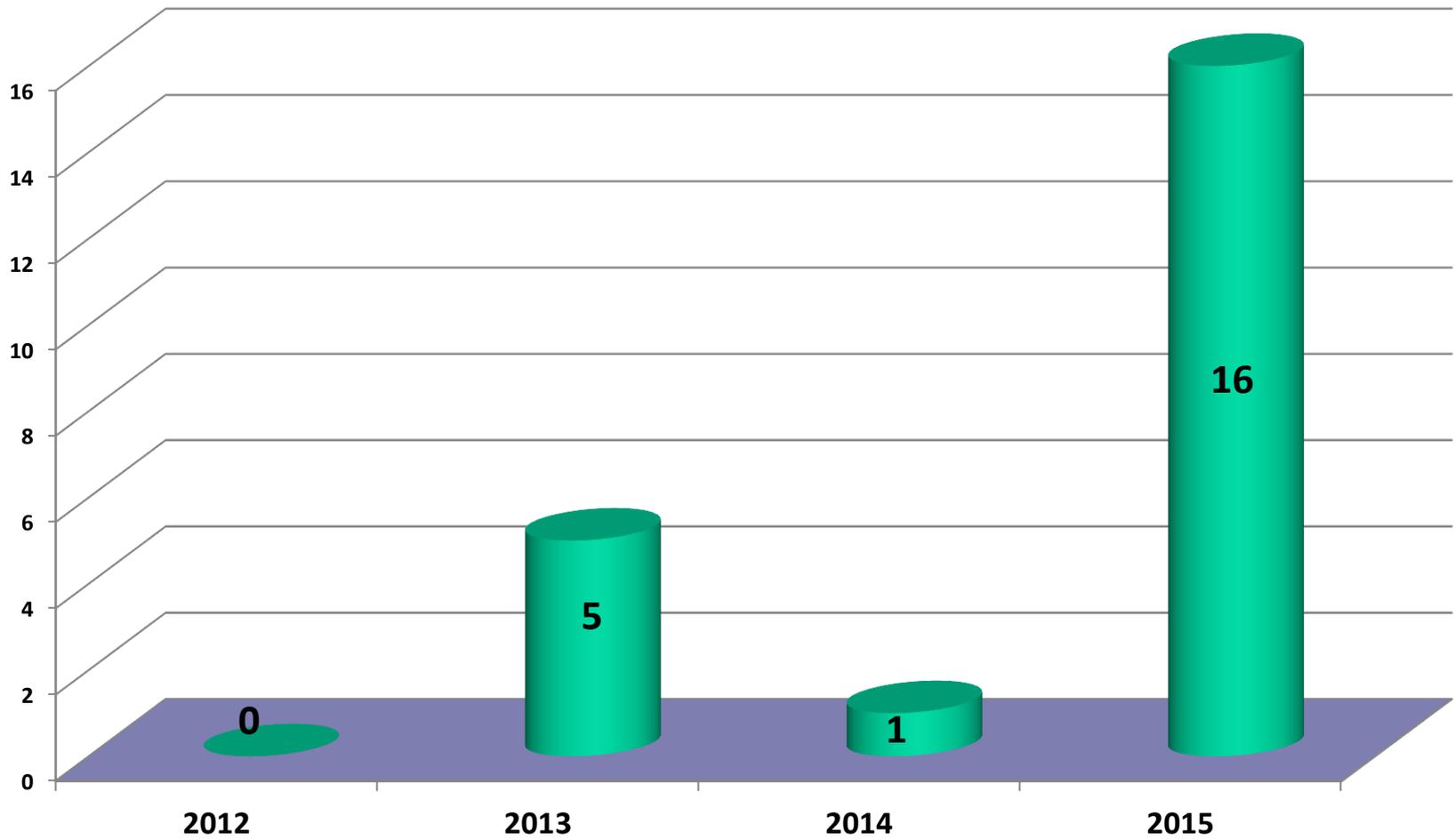
## Pazienti con SDAT seguiti in RSA nel 2012 -2015



# Pz con SDAT seguiti nelle CP nel 2012 - 2015



## Pz con SDAT a Domicilio 2012 - 2015



# Le cure domiciliari: un modello in costante evoluzione

*“I costi pubblici dell’assistenza domiciliare non sono così alti come si può pensare, anzi sono minori dell’assistenza sostenuta in loco dalle istituzioni...”*

*Eppure distribuzione dei fondi non mirata alle situazioni di bisogno , fanno credere che curare i pazienti al proprio domicilio sia un’impresa impossibile...*

*L’assistenza a una persona è spesso interpretata solo in chiave sanitaria, nascondendo una cultura ospedalocentrica che vuole riprodurre le condizioni della degenza ospedaliera presso il domicilio del paziente...”*

*C. Castiglioni, C.Hanau, C.Castelnovo , JANUS, n °30, 2008, pp 52-57*

# Il futuro delle cure domiciliari



Da G. Lorenzo Scaccabarozzi "Dall'assistenza alle cure domiciliari", Thiene 2007

# **Il percorso di cura al centro dell'organizzazione sanitaria significa:**

- Continuità
- Accessibilità, comunicazione
- Necessità di standardizzare i processi ed i comportamenti professionali (EBM, linee – guida, protocolli)
- Integrazione
- Controllo nell'impiego delle risorse

# Una REGIA centralizzata per le cure domiciliari:

*flessibile, tempestiva, competente*

- Accoglie il bisogno
- Elabora il piano assistenziale
- Interagisce con la rete dei servizi
- Consiglia il percorso più appropriato
- Attiva l'erogazione delle cure necessarie
- Gestisce le informazioni
- Valuta i risultati

# Cure Domiciliari: Definizione

Le cure domiciliari consistono in **trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi**, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Nell'ambito delle cure domiciliari integrate risulta fondamentale **l'integrazione** con i servizi sociali dei comuni. Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale deve essere valutato attraverso **idonei strumenti** che consentano la definizione del **programma assistenziale** ed il conseguente impegno di risorse.

# Obiettivi principali

- Assistenza a persone con patologie **trattabili a domicilio** al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale
- **Continuità assistenziale** per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure
- Supporto alla **famiglia**
- **Recupero delle capacità residue** di autonomia e di relazione
- Miglioramento della **qualità di vita** anche nella fase terminale

# Cure Domiciliari

## DPCM 29.11.2001

Stabilisce che

... nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria la precisazione delle linee prestazionali a carico del SSN dovrà tenere conto dei **diversi livelli di dipendenza o non autosufficienza**.

Aggiunge che

... l'erogazione delle prestazioni va modulata in riferimento ai **criteri di appropriatezza**, del **diverso grado di fragilità** sociale e dell'**accessibilità**.

E che sono determinanti

... **l'organizzazione della rete** delle strutture di offerta, le modalità di **presa in carico** del problema, una **omogenea rilevazione** del bisogno e classificazione del grado di non autosufficienza e dipendenza.

# Cure domiciliari

## Profili Organizzativi

- **Cure Domiciliari Prestazionali**” caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato;
- **“Cure Domiciliari Integrate** di primo-secondo e terzo livello”. Le cure di primo- secondo livello e terzo livello assorbono quelle già definite **ADI** Questa tipologia di cure domiciliari, in funzione della differente complessità/intensità, è caratterizzata dalla formulazione del **Piano Assistenziale Individuale (PAI)** redatto in base alla valutazione globale multidimensionale ed erogate attraverso la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale;
- **“Cure Domiciliari Palliative** a malati terminali”, assorbono l’assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale e sono caratterizzate da una **risposta intensiva** a bisogni di elevata complessità definita dal PAI ed erogata da un’équipe multidisciplinare

# Accesso alle Cure Domiciliari

## Requisiti indispensabili

- Condizione di **non autosufficienza**, di fragilità e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di **cure erogabili a domicilio**;
- Adeguato **supporto familiare** o informale;
- **Idonee condizioni abitative**;
- **Consenso informato** da parte della persona e della famiglia
- **Preso in carico** da parte del **medico di medicina generale** (garanzia degli accessi concordati, disponibilità telefonica dalle ore 8 alle 20)

# Unità Valutativa multidimensionale

- Individuare i bisogni
- Individuare il setting assistenziale più idoneo in quel momento per quel paziente
- Verificare periodicamente i risultati e modulare al bisogno il PAI (ed eventualmente il setting assistenziale)

# Cure Domiciliari

## Tipo prestazionale occasionale

- Prelievo ematico
- Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, es. colturale, ecc.)
- Terapia iniettiva intramuscolare
- Terapia iniettiva sottocutanea
- Cateterismo vescicale (sostituzione periodica)
- Istruzione all'utilizzo di ausili per la deambulazione
- Educazione del caregiver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente, alla attività di nursing (cure igieniche, somministrazione di terapie, ecc.), alla gestione di derivazioni urinarie, alla gestione di enterostomia, alla corretta mobilizzazione e postura del paziente, alla prevenzione di lesioni cutanee
- Prescrizione di ausili o protesi
- Consulenza medico-specialistica
- Visita programmata del MMG (ADP)

# Cure Domiciliari Integrate

## Primo e secondo livello

### PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' CLINICA DI TIPO VALUTATIVO DIAGNOSTICO

- Prima visita domiciliare
- Visita programmata di controllo
- Visita in urgenza
- Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
- Compilazione diario clinico
- Prelievo ematico
- Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie ( es. urine, esame colturale ecc.)
- ECG
- Consulenze specialistiche
- Visite Programmate del Medico di Medicina Generale

# Cure domiciliari Integrate

## Primo e secondo livello

### **PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITA' EDUCATIVO/RELAZIONALE/AMBIENTALE**

- Istruzione del caregiver alla gestione di una terapia
- Educazione del caregiver alla attività di nursing, all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente, alla gestione di derivazioni urinarie, alla gestione di enterostomie, alla corretta mobilizzazione / corretta postura del paziente, alla prevenzione di lesioni cutanee
- Applicazione di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance
- Igiene a persone allettate o con lesioni cutanee, bagno assistito
- Istruzione del paziente o del caregiver all'utilizzo di ausili per la deambulazione e valutazione ambientale
- Colloquio con familiare / caregiver, con il medico di medicina generale, con medico specialista
- Prescrizione protesica

# Cure domiciliari Integrate

## Primo e secondo livello

### PRESTAZIONI RELATIVE AI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI E AL MANTENIMENTO DELL'OMEOSTASI

- Prescrizione terapeutica
- Terapia iniettiva intramuscolare
- Terapia iniettiva sottocutanea
- Terapia iniettiva endovenosa
- Gestione cateterismo venoso periferico
- Gestione catererismo venoso centrale/ sist. Port-a-cath

# Cure domiciliari Integrate

## Primo e secondo livello

### **PRESTAZIONI RELATIVE ALLE FUNZIONI ESCRETORIE**

- Posizionamento/sostituzione/gestione catetere vescicale
- Valutazione del ristagno vescicale
- Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
- Gestione alvo (intervento educativo igienico-alimentare, clistere evacuativo/evacuazione manuale)
- Gestione enterostomie

# Cure domiciliari Integrate

## Primo e secondo livello

### **PRESTAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE E ALLE ALTERAZIONI DEI TESSUTI MOLLI**

- Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
- Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
- Anestesia locale
- Sutura ferite
- Rimozione dei punti/graff di sutura
- Courrettage chirurgico
- Bendaggio elastocompressivo

# Cure domiciliari Integrate

## Primo e secondo livello

### PRESTAZIONI RELATIVE AI TRATTAMENTI DI TIPO RIABILITATIVO

- Trattamento di rieducazione motoria
- Rieducazione respiratoria
- Rieducazione del linguaggio
- Recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane

