

INDICE

| | |
|---|-----------|
| 1SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE | 1 |
| 2NORMATIVE | 1 |
| 3DEFINIZIONI E ACRONIMI..... | 2 |
| 4TIPOLOGIA DELL'UTENZA | 2 |
| 5CRITERI DI ELEGGIBILITA' | 3 |
| CRITERI GENERALI DI ELEGGIBILITÀ: | 3 |
| CRITERI SPECIFICI DI ELEGGIBILITÀ: | 4 |
| 6UBICAZIONE UCP-Dom e Accesso al Servizio..... | 4 |
| 7ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE..... | 4 |
| EQUIPE MEDICA E GESTIONE TURNI. | 7 |
| PRONTA DISPONIBILITÀ (PD) | 8 |
| GESTIONE SOSTITUZIONI. | 9 |
| 8FORMAZIONE | 9 |
| 9MODALITA' DI PRESA IN CARICO | 10 |
| PROCESSO DI PRESA IN CARICO | 10 |
| RACCOLTA DELLE SEGNALAZIONI | 11 |
| SEGNALAZIONE E COLLOQUIO CON FAMILIARE E/O UTENTE. | 11 |
| PRIMA VISITA DOMICILIARE: | 12 |
| VISITE SUCCESSIVE DI MONITORAGGIO IN UCP-DOM: | 13 |
| 10LISTE DI ATTESA..... | 15 |
| 11DIMISSIONI..... | 15 |
| 12TRASFERIMENTI E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE..... | 15 |
| 13SOSPENSIONI | 16 |
| 14FLUSSI CP..... | 16 |

| RE V. | E D. | DATA | DESCRIZIONE MODIFICHE | FIRMA DI EMISSIONE | FIRMA DI VALIDAZIONE | FIRMA DI APPROVAZIONE |
|----------|---------|----------|---|-----------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 15/05/24 | terza emissione della Procedura organizzativa e gestionale del servizio | Grisetti Roberta | | |
| | | | | Giovanni Cilluffo | | |

| | | |
|--|--|------------------------------------|
|  La Casa del Sole <small>a.s. Brian Company</small> <hr/> Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia | PROCEDURA ORGANIZZATIVO TERRITORIALE GESTIONE UDO UCP-DOM | PAT_01_UCP_DOM pag. 2 di 17 |
|--|--|------------------------------------|

1 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo della presente istruzione operativa è quello di descrivere le caratteristiche generali e l'organizzazione dell'unità di cure palliative domiciliare (UCP-Dom) della società La Casa del Sole. La procedura si applica a tutti i pazienti segnalati da vari soggetti sanitari e socio-sanitari e/o auto proposti al servizio di assistenza domiciliare, che presentano patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

2 NORMATIVE

DGR 5918/2016

DGR XI 1046/17

L. 22 dicembre 2017, n. 219

DGR 2569/2014

DGR 1765/2014

3 DEFINIZIONI E ACRONIMI

UCP-Dom: Unità di cure palliative domiciliari

Care Manager: con il termine **Care management** si intende comunemente il processo di pianificazione, coordinamento, gestione e revisione dell'assistenza ad un individuo per accertarsi che risponda ai bisogni valutati di tale individuo. Il **Care Manager**, di conseguenza, è la figura professionale che, in una Struttura erogatrice di assistenza, ha la responsabilità di facilitare e coordinare l'assistenza di uno o più pazienti durante la loro presa in carico, determinando insieme all'equipe di assistenza obiettivi e, se possibile, durata del percorso di presa in carico in tutti i set terapeutici della rete, nel nostro caso, la rete di cure palliative.

Case Manager: letteralmente *“coordinatore/gestore del singolo caso* (leggi: persona malata)”, è la figura professionale che, all'interno di una Struttura erogatrice di assistenza, in questo caso di cure palliative domiciliare, si fa carico del percorso individuale di cura della persona malata e del suo nucleo di appartenenza, divenendo referente dell'effettiva continuità del percorso stesso. Il Case Manager monitora con continuità i bisogni del malato e del suo nucleo familiare, collaborando con il Care Manager e il Medico Referente Clinico nel programmare l'assistenza.

Caregiver/ CG: si intende il familiare o il Soggetto non appartenente al nucleo familiare che occupa un ruolo informale di riferimento quotidiano nella cura, nel supporto e nella vicinanza. Il caregiver condivide l'esperienza di malattia del malato e si impegna nelle attività di cura della persona e della gestione delle emozioni.

Referente clinico: nell'ambito della DGR 5819/2016 si intende il Medico di riferimento del malato e del suo nucleo familiare. Il Referente Clinico, nell'ambito della rete delle cure palliative, definisce il Piano Assistenziale Individuale operando in integrazione con il Care Manager e con il Case Manager. Il Medico della Equipe di cure palliative è il Referente Clinico, responsabile del Programma diagnostico-terapeutico del paziente ed è il punto di riferimento del malato e del suo nucleo familiare.

PD: pronta disponibilità.

| | | |
|---|---|---|
|  <p>La Casa del Sole a.s. Brian Company</p>  <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia</p> | <p>PROCEDURA ORGANIZZATIVO TERRITORIALE</p> <p>GESTIONE UDO UCP-DOM</p> | <p>PAT_01_UCP_DOM</p> <p>pag. 3 di 17</p> |
|---|---|---|

4 TIPOLOGIA DELL'UTENZA

Il servizio è strutturato all'interno della centrale operativa e organizzativa della società La Casa del Sole ed eroga attività di Cure Palliative domiciliari per tutti gli utenti in funzione dei bisogni e in integrazione con i percorsi di cura delle malattie croniche evolutive in fase avanzata e inarrestabile. Nello specifico e nell'ambito della rete locale, l'UCP-Dom di base (di concerto con MMG) e specialistica eroga assistenza domiciliare a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita attraverso l'identificazione di indicatori prognostici suggestivi per una speranza di vita in un range temporale tra 12 e 24 mesi e con necessità di trattamento palliativo. Garantisce interventi sulla base della differente intensità assistenziale necessaria per rispondere adeguatamente ai bisogni dei malati e dei familiari. Il servizio è rivolto a tutti i malati sul territorio ATS Milano – Città Metropolitana: Municipi ASST Grande Ospedale Niguarda (Municipio 9), ASST Fatebenefratelli Sacco (Municipi 1-2-3-4-8), ASST Santi Paolo e Carlo (Municipio 5-6-7) ASST Nord Milano (Bresso, Cinisello Balsamo, Cologno Monzese, Cormano, Cusano Milanino, e Sesto San Giovanni; ASST Rhodense ASST *Melegnano e Martesana* e per i quali vengono identificati bisogni di cure palliative con possibilità di permanenza a domicilio. Nello specifico, la UCP-Dom della società La Casa del Sole, si colloca nella rete dei servizi volti a garantire alle persone eleggibili cure palliative per le quali è necessaria la presa in carico globale dei suoi bisogni e quelli della famiglia, declinate all'interno di un piano di assistenza individuale e erogate da personale qualificato, in possesso degli specifici titoli professionali. L'assistenza si delinea come complementare e non sostitutiva del caregiver formale o informale. L'UCP-Dom si prende cura del paziente nelle sue molteplici dimensioni ed esigenze (clinica, psicologica, socio-familiare e spirituale) garantendo dignità e supporto psicologico alle persone che stanno vivendo un momento difficile della loro esistenza in modo da rendere possibile, se lo desiderano, la cura e la permanenza al domicilio. Gli attori di questo processo di cura sono il paziente, la famiglia, l'equipe di cura (medico, infermiere, operatore sociosanitario e psicologo e, in funzione dei bisogni, fisioterapista, assistente sociale, spirituali dietologo).

I valori fondamentali su cui si fonda l'operato del Servizio sono:

- centralità e soddisfazione del paziente/utente
- diritto di scelta del cittadino, imparzialità, partecipazione del cittadino, umanizzazione
- continuità dell'assistenza, semplificazione dei percorsi ed integrazione
- approccio multidisciplinare, integrato e coordinato con momenti sistematici e strutturati di confronto
- efficacia delle prestazioni
- orientamento al miglioramento continuo degli operatori
- motivazione e valorizzazione delle risorse umane.

5 CRITERI DI ELEGGIBILITA'

Le cure palliative domiciliari sono rivolte a persone per i quali sia stato identificato un bisogno specifico attraverso strumenti specifici e sono caratterizzati dalla presenza di criteri generali e specifici di eleggibilità.

Criteri generali di eleggibilità:

Stato accertato di presenza di una malattia di base a prognosi infausta a evoluzione inarrestabile,

| | | |
|---|--|---|
|  <p>La Casa del Sole a R. Braun Company</p>  <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia</p> | <p>PROCEDURA ORGANIZZATIVO TERRITORIALE</p> <p>GESTIONE UDO UCP-DOM</p> | <p>PAT_01_UCP_DOM</p> <p>pag. 4 di 17</p> |
|---|--|---|

da parte del medico specialista che segnala e dal medico palliativista che accerta il possesso dei requisiti;

Presunta prognosi non superiore a 12-24 mesi;

Condivisione dell'avvio del percorso di cura con i familiari e quando possibile con il paziente in base al livello di conoscenza e consapevolezza della diagnosi e prognosi di malattia.

Criteri specifici di eleggibilità:

Valutazione della volontà del malato;

Valutazione dell'orientamento prevalente del nucleo familiare;

Presenza di un caregiver attivo al domicilio nelle 24 ore con caratteristiche legate alla continuità, disponibilità e adeguatezza per l'assistenza quotidiana;

Bisogni sanitari e sociosanitari che consentano l'assistenza al domicilio;

Consenso informato al trattamento domiciliare;

Caratteristiche abitative che garantiscano la praticabilità dell'assistenza in termini logistici, strutturali e igienici.

6 UBICAZIONE UCP-Dom e Accesso al Servizio

La sede operativa della società "La Casa del Sole" è ubicata in via Fra Cristoforo, 14/F Milano. Opera in un trilocale composto da un primo piano a livello strada (operativo), un piano rialzato (dirigenziale) e un piano sottostante (deposito farmaci). Identificato con logo, orari di apertura e i riferimenti telefonici necessari per l'attivazione del servizio affissi sulla vetrina della porta d'ingresso. Il primo locale dell'ufficio è adibito a segreteria, dove si svolgono le operazioni di front office; nel secondo locale si svolgono le riunioni di equipe settimanale, il terzo locale è adibito a magazzino.

l'attività di **segreteria** è garantita per 5 giorni a settimana da lunedì a venerdì per 7 ore al giorno dalle ore 08,30 alle ore 16.30 con presenza di personale addetto all'accoglienza, contrattabile al n° telefonico 0289126551.

se l'assistenza non è attivabile presso l'ente erogatore del servizio per saturazione di prese in carico, si facilita la segnalazione ad altro ente nella RLCP.

l'attività **sanitaria** domiciliare della UCP-Dom è garantita:

per 7 giorni settimanali per tutti i percorsi attraverso visite programmate in ragione della risposta al bisogno collegato ai Piani di Assistenza Individuali aperti e in regime non programmato di Pronta Disponibilità (PD) nelle 24 h e per 7 giorni alla settimana attivabile attraverso n° telefonici dedicati a disposizione dell'utenza. Nei giorni prefestivi (sabato) e festivi (domenica) e nelle giornate di festività nazionale è attivo un servizio di pronta disponibilità medica e infermieristica nelle 24 ore svolto a turno dagli operatori attraverso numeri telefonici dedicati a cui gli utenti in carico possono fare riferimento in caso di necessità.

7 ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE

La dotazione del personale, così come descritta nella scheda di responsabilità dell'UDO, è proporzionata alla tipologia di attività erogata integrando tra loro le diverse figure professionali,

| | | |
|---|--|------------------------------------|
|  <p>La Casa del Sole a.s. Brian Company</p>  <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia</p> | PROCEDURA ORGANIZZATIVO TERRITORIALE GESTIONE UDO UCP-DOM | PAT_01_UCP_DOM pag. 5 di 17 |
|---|--|------------------------------------|

ogni professionista è identificabile tramite cartellino di riconoscimento. L'équipe multidisciplinare e multiprofessionale, è costituita da:

| Ruolo | Funzione |
|---|--|
| Medico | Responsabile Medico UCP-Dom |
| Coordinatore infermieristico | Care manager con funzione di coordinamento di natura gestionale-organizzativa sulle attività assistenziali dei pazienti in carico e responsabile infermieristico |
| Medici Palliativisti* | Referente clinico, responsabile del Programma diagnostico-terapeutico del paziente ed è il punto di riferimento del malato e del suo nucleo familiare |
| Infermieri | Con funzioni di coordinamento del percorso individuale e di continuità assistenziale del malato e del suo nucleo familiare |
| Operatore Socio Sanitario | Collabora con l'infermiere per il soddisfacimento dei bisogni primari, educa e supporta i familiari nel percorso assistenziale |
| Psicologo | Con funzioni di supporto nei confronti dei pazienti, le famiglie, al lutto e di supervisione dei componenti dell'équipe |
| Sono inoltre assicurate le seguenti figure attivabili in funzione del Piano di Assistenza Individuale e nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del cittadino | |
| Fisioterapista | Con funzioni di cura e prevenzione nell'ambito riabilitativo |
| Dietista | Assicura il processo assistenziale della nutrizione |
| Assistente Sociale | Assicura il soddisfacimento dei bisogni nell'area del disagio, bisogno sociale, fragilità con il fine di supportare le condizioni di vita della persona e della sua famiglia |

L'organizzazione garantisce la continuità assistenziale nelle 24 ore attraverso la gestione di turnistica predisposta e governata dal coordinatore infermieristico e dal responsabile medico della UdO.

La società La Casa del Sole eroga in relazione al bisogno di salute dell'assistito, livelli di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, cure palliative articolate nei seguenti livelli: (deliberazione XII 850-8/8/23)

| Livelli di intensità | Cure palliative di base CIA > = 0,2 - < 0,5 | Cure palliative specialistiche CIA > = 0,5 |
|--|--|--|
| Intensità assistenziale | Variabile | Elevata/molto elevata |
| Standard minimo per la figura del medico palliativista | almeno un accesso del medico palliativista ogni 15 giorni; | almeno due accessi del medico palliativista nei primi 10 giorni, comprendendo l'accesso iniziale ai fini della stesura del PAI, e successivamente di almeno 1 accesso del medico palliativista ogni 10 giorni; |

Le altre professioni concorrono al raggiungimento del livello delineato quando le visite del medico rispettano gli standard nella tabella soprariportata.

Gli interventi specifici sono programmati in base al livello di intensità, base o specialistico e del PAI,

| | | |
|---|--|---|
|  <p>La Casa del Sole a B. Braun Company</p>  <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia</p> | <p>PROCEDURA ORGANIZZATIVO TERRITORIALE</p> <p>GESTIONE UDO UCP-DOM</p> | <p>PAT_01_UCP_DOM</p> <p>pag. 6 di 17</p> |
|---|--|---|

articolati come segue:

- 7 giorni su7;
- 10 ore/die dal lunedì al venerdì;
- 6 ore/die il sabato e i festivi;

sulle 24 ore è garantita la pronta disponibilità medica e infermieristica.

Le cure palliative domiciliari si avvalgono di una piattaforma informatica, *vitaever*, dove vengono registrate le valutazioni di screening sulla base di strumenti validati quali scale di misurazione, la definizione del PAI, SIAD, patologie, bisogni del paziente e relativi interventi domiciliari inseriti sulle singole agende degli operatori.

Riunioni di équipe, strumenti per la comunicazione interna, risorse umane e responsabilità

Le comunicazioni nell'ambito della UCP-Dom sono assicurate tramite:

email;

telefonici;

riunioni di équipe in presenza o da remoto.

Le riunioni di équipe sono fissate ogni 15 giorni, salvo diverse disposizioni, durante la riunione sono discussi gli aspetti clinici e assistenziali dei pazienti in carico, le eventuali problematiche emerse con programmazione dei piani assistenziali. Sono individuati momenti di supervisione dell'équipe e rielaborazione delle emozioni connesse ai processi assistenziali, durante le riunioni o in momenti diversi e comunque bimestralmente. La riunione è finalizzata a focalizzare non solo gli aspetti clinici dell'assistenza, ma anche gli aspetti relazionali e psicosociali del malato e dei suoi famigliari. È il momento in cui possono essere evidenziate eventuali criticità. Durante la riunione, momento fondamentale del lavoro di équipe, ogni operatore si confronta con il gruppo, vengono rivalutate le condizioni cliniche dei pazienti, si valutano bisogni di nuova insorgenza, si adeguano i relativi piani assistenziali, si segnalano allo psicologo problemi relativi al nucleo familiare. Alle riunioni partecipano tutti gli operatori dell'équipe: medici, infermieri, OSS, psicologa e tutte le altre figure convocabili secondo necessità. Per ogni incontro è redatto un verbale e sono raccolte le firme di presenza.

Modalità di passaggio di consegna:

tramite piattaforma informatica vitaever nella sezione valutazione, eventi;

email tra i vari attori coinvolti nel processo assistenziale;

telefoniche;

Riunioni di équipe.

Strumenti per la comunicazione interna:

Per il coinvolgimento di tutte le figure sanitarie, è stata allestita una bacheca all'interno della centrale operativa, dove viene affisso il piano di miglioramento redatto dalla società La Casa del Sole. atto a divulgare e condividere le informazioni inerenti le procedure e i protocolli e La sezione coinvolgimento operatori del territorio è così suddivisa:

1. Area tematica eventi formativi interni ed esterni all'organizzazione
2. Area tematica linee guida, raccomandazioni EBN: all'interno troverete una sezione per le raccomandazioni ministeriali e una parte di sitografie consultabili
3. Area normativa: le normative affini a tutti i professionisti quale responsabilità professionali

4. Area procedura attualmente in adeguamento
5. area piano di miglioramento: rappresenta la modalità di diffusione degli stessi a tutti i professionisti sulla base di analisi degli indicatori presi in esame. La bacheca sarà il canale di comunicazione dedicato a tutti i professionisti sanitari per tutte le aree sopra citate che preghiamo ogni qualvolta che ci sia una comunicazione di presa visione di documenti contenuti nelle varie sezioni.
6. **Area Turni:** in questa sezione è possibile visionare i turni dei singoli operatori tutti i professionisti sanitari in UCP-Dom per tutte le aree sopracitate, i documenti verranno implementati o sostituiti (quando superati o obsoleti).
7. Il personale è informato delle procedure interne organizzative e delle procedure adottate, tramite della società La Casa del Sole, viene raccolta la firma degli operatori per presa visione e che hanno avuto accesso alle procedure previa condivisione delle stesse.

Inoltre si adottano ed applicano tutti i protocolli, le procedure di buona pratica professionale e le istruzioni operative formulati secondo i principi della **Evidence Based (EBP)**.

Equipe Medica e gestione turni

L'equipe medica (referenti clinici) prevede la presenza di n°3 medici palliativisti, diretti dal Responsabile Medico della UCP-Dom ed ha la responsabilità clinica della gestione complessiva del paziente (diagnosi, terapia, infermieristica, socio-assistenziale, sociale, psicologica-spirituale e di altra natura). Il Referente Clinico, coordina e collabora attivamente con l'infermiere a cui è affidato il singolo caso (case manager), responsabile dell'assessment di competenza e della definizione dell'assistenza. Il referente clinico e il case manager infermieristico sono le due figure di riferimento per il singolo percorso assistenziale, i quali operano in sinergia con le altre figure dell'equipe al fine di offrire risposte tempestive al bisogno emerso attraverso la valutazione effettuata nel Piano di Assistenza Individuale. La copertura dell'attività assistenziale viene effettuata dai medici Palliativisti dell'equipe dell'Assistenza domiciliare secondo la seguente turnistica:

| Orari | Lunedì | Martedì | Mercoledì | Giovedì | Venerdì | Sabato | Domenica/festivi |
|--|--------|---------|-----------|---------|---------|--------|------------------|
| Ore 8 - 18 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | | |
| Pronta disponibilità (PD) Ore 18 - 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| Pronta disponibilità (PD) Nelle 24 ore | | | | | | 1 | 1 |

Dalle 18.00 alle 8.00 dei giorni feriali e dalle ore 8.00 del sabato e dei giorni festivi, l'assistenza medica è garantita dalla pronta disponibilità di uno dei medici dell'equipe.

Equipe infermieristica e assistenziale, gestione turni

All'interno dell'equipe è individuata la figura del Care Manager con funzioni di coordinamento di natura gestionale e organizzativa sulle attività assistenziali agli utenti in carico all'unità d'offerta. Sono inoltre identificati i Case Manager con funzione di coordinamento del percorso individuale del paziente e del suo nucleo familiare e della continuità del per corso stesso.

Nell'equipe è prevista la figura dell'Operatore Socio Sanitario (OSS) per le attività assistenziali a supporto infermieristico e all'utenza/famiglia.

Il compito dell'operatore socio sanitario è quello di assistere gli utenti, in sinergia con gli infermieri l'equipe medica. In particolare, l' OSS si occupa del benessere della persona, dal punto di vista della cura e igiene della persona, medicazioni semplici, prevenzione per gli ambiti di competenza, diagnostico e di raccordo con le altre figure professionali.

L'attività assistenziale è articolata sulle seguenti fasce orarie, nella tabella sottostante è riportato un esempio della turnazione, con un'indicazione di massima della numerosità degli operatori coinvolti:

| Orari | Lunedì | Martedì | Mercoledì | Giovedì | Venerdì | Sabato | Domenica |
|---|--------|---------|-----------|---------|---------|--------|----------|
| Fascia oraria 8:30 – 17:00 | 1 CI | 1 CI | 1 CI | 1 CI | 1 CI | | |
| Fascia oraria 8 - 18 | 3 Inf | 3 Inf | 3 Inf | 3 Inf | 3 Inf | | |
| Fascia oraria 8:00 – 16:30 | 1 OSS | 1 OSS | 1 OSS | 1 OSS | 1 OSS | | |
| Pronta disponibilità (PD) Ore 18 - 8 | 1 Inf | 1 Inf | 1 Inf | 1 Inf | 1 Inf | | |
| Pronta disponibilità (PD) Nelle 24 ore | | | | | | 1 Inf | 1 Inf |

CI: Coordinatore Infermieristico (Care Manager) Inf: Infermiere (Case Manager) OSS: Operatore sociosanitario

Pronta Disponibilità (PD)

L'UCP-Dom della società La Casa del Sole garantisce la PD nelle 24 ore per i pazienti in carico. Come da tabella sopra riportata, nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 18.00 è possibile contattare telefonicamente il medico o l'infermiere di riferimento il quale provvederà a gestire il bisogno rilevato. Dalle ore 18.00 alle ore 8.00 nei giorni feriali e nei giorni prefestivi (sabato) e festivi, il servizio di PD è attivo mediante numero telefonico dedicato garantendo la risposta al bisogno descritta nella procedura "gestione emergenze in UCP-Dom". L'operatore in pronta disponibilità è in grado di garantire di norma l'intervento a domicilio entro 30 minuti.

A seguito della segnalazione telefonica di una situazione valutata critica a giudizio del medico e

| | | |
|--|--|------------------------------------|
|  La Casa del Sole <small>a B. Braun Company</small> <hr/> Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia | PROCEDURA ORGANIZZATIVO TERRITORIALE GESTIONE UDO UCP-DOM | PAT_01_UCP_DOM pag. 9 di 17 |
|--|--|------------------------------------|

dell'infermiere in pronta disponibilità, viene effettuata una visita domiciliare congiunta a giudizio del medico. Questa possibilità è fondamentale per garantire al paziente un'efficace risposta ai bisogni clinici e assistenziali e per ridurre accessi ai servizi di emergenza e ricoveri impropri.

Psicologo

Su segnalazione da parte dell'equipe, in base alla lettura del bisogno, lo psicologo garantisce un servizio di supporto per i famigliari per un periodo definito con eventuale successivo affidamento ai Servizi Territoriali.

Le attività che svolge sono le seguenti:

- Sostegno psicoemotivo all'equipe
- Supporto ai famigliari dei pazienti domiciliari
- Supporto al lutto
- Formazione all'equipe in ambiti specifici di competenza.

Assistente Sociale

L'Assistente Sociale è attivabile in funzione del Piano di Assistenza Individuale, sulla base di necessità sociali emerse durante la presa in carico del nucleo familiare, contattabile sulla base di valutazioni del referente clinico e in collaborazione al Case Manager.

Altre figure professionali dell'equipe

- La disponibilità della **Dietista** è garantita dal servizio di Dietologia di società La Casa del Sole contattabile sulla base di valutazioni clinico-assistenziali.
- La disponibilità del **Fisioterapista** è garantita da professionisti interni alla struttura contattabile sulla base di valutazioni del referente clinico e in collaborazione al Case Manager.

Gestione sostituzioni

In caso di assenze per congedo ordinario, malattia, aggiornamento o di altra natura, di uno o più figure professionali, il Care Manager e il Responsabile Medico della Unità d'Offerta, affideranno i/il paziente/i in carico ad un altro operatore dell'equipe.

Il Care Manager informerà il paziente e/o il caregiver della sostituzione momentanea dell'operatore di riferimento comunicando il nuovo nominativo e le modalità di contatto.

L'operatore incaricato della sostituzione dovrà acquisire tutte le informazioni presenti nella documentazione del paziente, al fine di operare nella maniera più rispettosa della continuità assistenziale.

8 FORMAZIONE

Addestramento del personale nell'utilizzo dei dispositivi medici e apparecchi elettromedicali

In considerazione dei percorsi formativi di ogni professionista e personale di supporto e per le competenze acquisite in itinere agli anni di studio, il criterio si ritiene soddisfatto per i dispositivi e apparecchi elettromedicali consegnati e in uso in UCP-Dom. Qualora si evidenziasse un bisogno

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
|  La Casa del Sole <small>a B. Braun Company</small> <hr/> Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia | PROCEDURA ORGANIZZATIVO TERRITORIALE GESTIONE UDO UCP-DOM | PAT_01_UCP_DOM pag. 10 di 17 |
|--|--|-------------------------------------|

formativo sulle apparecchiature utilizzate, si procederà ad una formazione specifica del personale che verrà opportunamente documentata.

Formazione specifica e aggiornamento

Particolare attenzione è posta nella gestione delle competenze al fine di garantire la massima sicurezza del paziente.

La formazione e lo sviluppo delle competenze viene quindi perseguita:

- All'interno delle riunioni di équipe, ove vengono confrontate le relative esperienze e vengono svolti specifici momenti di aggiornamento sui diversi aspetti delle cure palliative ("pillole" formative) documentati nel verbale di presenza;

Promuovendo la partecipazione degli operatori a corsi di formazione o di aggiornamento interni ed esterni all'organizzazione:

Interni: la società La Casa del Sole mette a disposizione dei propri dipendenti e collaboratori), formazione per i temi condivisi con tutti gli operatori, assicurando la copertura del fabbisogno formativo di tutti gli operatori addetti all'assistenza in un arco di tempo triennale, sulla base delle esigenze specifiche rispetto all'utenza da assistere e su tematiche relative all'umanizzazione delle cure. È prevista per tutti gli operatori anche per coloro che non concorrono allo standard dell'UdO, la formazione su tematiche relative alla comunicazione ed alle tecniche di relazione con gli utenti e i caregiver anche rispetto alla gestione dei conflitti.

9 MODALITA' DI PRESA IN CARICO

Processo di Presa in carico

Le modalità di presa in carico sono rappresentate da:

- raccolta della segnalazione della necessità di cure palliative domiciliari con richiesta di attivazione su ricettario regionale del medico specialista o MMG.
- Valutazione della proposta sulla base di strumenti di identificazione del bisogno di cure palliative
- appuntamento con un componente della famiglia (preferibilmente caregiver o referente della famiglia e se possibile con il paziente) per il colloquio valutativo entro 24 h dalla segnalazione salvo diverse esigenze dei familiari.
- colloquio informativo-valutativo di condivisione del percorso
- programmazione della prima visita domiciliare di conferma della necessità di assistenza domiciliare entro 48 ore dal colloquio
- redazione del PAI entro 72 ore dalla prima visita.
- visite successive di monitoraggio, eseguite secondo il piano assistenziale individuale e livello di cura previsto.
- Visite di altre figure, attivabili dal referente clinico o dall'infermiere che hanno in carico il paziente secondo il piano di assistenza (PAI).
- chiusura del percorso in caso di decesso del paziente o per valutazione di inserimento del malato in altri snodi della rete di cure palliative o in altri setting di cura.
-

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
|  La Casa del Sole <small>a B. Braun Company</small> <hr/> Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia | PROCEDURA ORGANIZZATIVO TERRITORIALE GESTIONE UDO UCP-DOM | PAT_01_UCP_DOM pag. 11 di 17 |
|--|--|-------------------------------------|

Modalità di accesso al servizio:

Documenti richiesti per l'attivazione:

prescrizione medica su ricettario regionale in capo al MMG/PLS/ASST/ Medico Palliativista;
 documentazione attestante la gravità e progressione di malattia;
 documento di riconoscimento del paziente e codice fiscale.

Raccolta delle segnalazioni

Il **Servizio di segreteria** con funzioni di front-office per la gestione della segnalazione e delle richieste di attivazione, è costituito da personale esperto e dedicato, tramite il Servizio di segreteria è possibile ottenere tutte le indicazioni per l'accesso al Servizio e per la predisposizione della documentazione necessaria.

Il Servizio è attivabile dal lunedì al venerdì, dalle 08:30 alle 16:30, contattando i recapiti: 02/89126551; email:curepalliative@lacasadelsole.net

Ulteriori informazioni sono disponibili visitando il portale della della società La Casa del Sole al link dedicato (www.lacasadelsole.net).

Le segnalazioni della necessità di accesso alla rete e nello specifico di assistenza domiciliare di cure palliative possono essere a seguito di:

- Dimissioni protette dalla struttura di ricovero, con valutazione del medico palliativista della struttura stessa
- Proposta di un medico specialista
- Case Manager/Infermieri di famiglia e di comunità
- ASST o centri di cure palliative
- Proposta del MMG/PLS/Medico Palliativista
- Segnalazioni dei servizi sociali
- Accesso diretto da parte del paziente o del caregiver

Si raccomanda l'uso degli strumenti **sub allegati E- F** (DGR n. XI/1046) ai medici specialisti di tutte le branche, MMG, PLS, infermieri di famiglia, Case Manager per valutare il bisogno di cure palliative e segnalare il malato agli erogatori della RLCP scelto da parte della famiglia/paziente.

Segnalazione e colloquio con familiare e/o utente

Previa verifica della sede di residenza del paziente, salvo diversa richiesta dei familiari e a seguito della valutazione positiva, si fornisce un appuntamento per un colloquio informativo-valutativo entro 24 ore dalla segnalazione con il familiare referente/CG e/o con l'utente (se lo desidera) con presentazione di richiesta di attivazione su ricettario regionale. I colloqui si svolgono dal lunedì al venerdì, sono effettuati da un Medico e/o dall'Infermiere Coordinatore o delegati.

Il colloquio rappresenta il primo momento di contatto con la famiglia del paziente, è l'occasione per comprendere le dinamiche familiari, i punti di forza e di debolezza della "struttura" familiare. Il colloquio di valutazione è necessario per l'individuazione del più appropriato setting assistenziale e

| | | |
|---|---|--|
|  <p>La Casa del Sole a.s. Brian Company</p>  <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia</p> | <p>PROCEDURA ORGANIZZATIVO TERRITORIALE</p> <p>GESTIONE UDO UCP-DOM</p> | <p>PAT_01_UCP_DOM</p> <p>pag. 12 di 17</p> |
|---|---|--|

verifica dei criteri di eleggibilità definiti dalla normativa vigente.

Si valuta:

la storia clinica del paziente l'eleggibilità all'assistenza domiciliare o a un altro programma assistenziale della rete di cure palliative;

lo stato accertato di presenza di una malattia di base a prognosi infausta a evoluzione inarrestabile, da parte del medico che segnala e dal medico palliativista che accerta il possesso dei requisiti;

la condivisione dell'avvio del percorso di cura con i familiari e quando possibile con il paziente;

la valutazione della volontà del malato;

la valutazione dell'orientamento del nucleo familiare;

la presenza di un caregiver attivo al domicilio h 24 con caratteristiche legate alla continuità, disponibilità e adeguatezza per l'assistenza quotidiana;

la presenza di disposizioni anticipate di trattamento ;

i bisogni sanitari e che consentano l'assistenza al domicilio (grado di medicalizzazione);

il consenso informato al trattamento domiciliare;

l'adeguatezza dell'ambiente domiciliare;-

l'illustrazione delle modalità operative del servizio a voce e mediante consegna della carta dei servizi;

l'illustrazione dei servizi offerti dall'èquipe.

In caso di attivazione del servizio domiciliare:

Si compila il FASAS del paziente

Si concorda la data della prima visita al domicilio entro 48 ore dal colloquio salva diversa scelta concordata con il familiare e comunque in funzione delle condizioni cliniche del paziente, nel caso il paziente risulti al momento del colloquio ricoverato in ospedale la presa in carico dello stesso avviene al momento della comunicazione da parte della famiglia e/o del caregiver dell'avvenuta dimissione.

Prima visita domiciliare:

Durante la prima visita del medico palliativista ~~da solo o~~ congiunta con l'infermiere Case Manager, saranno indagati e valutati i seguenti punti:

Si valuta la storia clinica del paziente;

Si valutano e compilano i moduli E ed F (allegati alla DGR n. XI/1046 del 17 dicembre 2018), strumenti atti a garantire l'identificazione e a confermare l'indicazione alla presa in carico del malato nella rete di cure palliative (RLCP) la valutazione del bisogno e l'appropriatezza della cura declinati ne PAI in coerenza con l'evoluzione del quadro clinico, la complessità clinico assistenziale e l'effettivo bisogno clinico- assistenziale. Qualora però la decisione del clinico fosse difforme rispetto ai risultati di valutazione dello strumento, è necessario che le motivazioni trovino riscontro documentale.

Si redige una valutazione clinico-funzionale utilizzando strumenti validati, scale del dolore secondo la possibilità di comprensione e astrazione da parte del paziente, altre scale validate secondo il bisogno emerso;

Consenso informato alle cure e al trattamento dei dati sensibili

Pianificazione condivisa delle cure ai sensi dell'art. 5 L. 22 dicembre 2017, n. 219;

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
|  La Casa del Sole <small>a B. Braun Company</small> <hr/> Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia | PROCEDURA ORGANIZZATIVO TERRITORIALE GESTIONE UDO UCP-DOM | PAT_01_UCP_DOM pag. 13 di 17 |
|--|--|-------------------------------------|

Valutazione dell'ambiente domiciliare ed eventuale bisogno di ausili/presidi;
 Condivisione dell'avvio del percorso di cura con i familiari/CG e quando possibile con il paziente;
 Al termine della valutazione, vengono definite le figure coinvolte nell'assistenza, viene condiviso il PAI, redatto entro 72 ore dalla prima visita, aggiornato in relazione al variare dei bisogni e dell'intensità assistenziale;

Si forniscono informazioni sulle caratteristiche del servizio che viene offerto e si consegna la documentazione utile con i contatti telefonici in caso di contatti tel con i referenti sanitari del percorso e per le urgenze nelle 24 ore, oltre alle modalità di raccordo con la sede operativa della UCP-Dom.

Si redige la visita domiciliare in cui sono descritte le condizioni cliniche del paziente, le valutazioni di autonomia e di performance, le prescrizioni terapeutiche. Inoltre si consegna al CG una scheda di prescrizione terapeutica in cui sono dettagliatamente descritte le prescrizioni terapeutiche secondo l'ora di somministrazione, la dose e la via di somministrazione di ciascun farmaco. Se ritenuto necessario dal medico Palliativista viene consegnato alla famiglia un Kit farmaci per la gestione dei principali sintomi a seconda delle condizioni del paziente. La consegna dei farmaci viene tracciata sul diario della cartella dell'assistito.

Si redige il flusso CP per il debito informativo della Regione, ove si raccolgono informazioni relative all'assistenza domiciliare ovvero al complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie erogate.

Il foglio visita per la registrazione delle prestazioni erogate dai diversi operatori, datate e controfirmate dall'operatore.

Viene consegnata in sede di prima visita inoltre, il documento che identifica i referenti sanitari e i contatti telefonici in urgenza, la carta dei servizi, il modulo di revoca, la Customer Satisfaction, l'istruzione operativa per supportare il CG nell'educazione sanitaria, l'informativa ai sensi dell'art. 5, comma 4, del regolamento (UE) n 679/2016;

Al termine della visita, il medico si raccorda con la sede della UCP-Dom e l'infermiere case manager per le consegne del caso ed eventuali criticità da gestire, in modalità telefonica e/o vie email;

Le visite successive di controllo di tutti gli operatori sanitari coinvolti verranno redatte in forma elettronica sulla piattaforma informatica "vitaever" al fine di assicurare l'integrazione degli interventi ed il trasferimento reciproco delle informazioni per il raggiungimento degli obiettivi assistenziali consultabile e gestibile dagli operatori accedendo con il proprio account della società La Casa del Sole.

Visite successive di monitoraggio in UCP-Dom:

La cadenza delle visite domiciliari mediche, infermieristiche e degli altri operatori è determinata dai bisogni assistenziali del paziente e della famiglia che possono mutare rapidamente e improvvisamente nel corso della settimana, per cui la "intensità assistenziale" assegnata a ciascun paziente nel corso della riunione di equipe o in altri momenti (durante le visite di monitoraggio o in PD), può modificarsi in base all'evoluzione delle condizioni cliniche del paziente e essere rimodulata successivamente con compilazione contestuale del modulo F e SIAD secondo l'articolazione del nuovo livello assistenziale: base o specialistico.

Durante il percorso di cura saranno redatte rivalutazioni secondo il bisogno di cura che può evolvere nel tempo secondo le modalità definite dalla normativa vigente (alla DGR n. XI/1046 del 17 dicembre 2018).

Il Piano di Assistenza Individualizzato:

| | | |
|---|---|--|
|  <p>La Casa del Sole a R. Brian Company</p>  <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia</p> | <p>PROCEDURA ORGANIZZATIVO TERRITORIALE</p> <p>GESTIONE UDO UCP-DOM</p> | <p>PAT_01_UCP_DOM</p> <p>pag. 14 di 17</p> |
|---|---|--|

Il PAI redatto dal referente clinico del caso e case manager infermieristico, coerente con la valutazione multidimensionale individua:

i profili professionali e le risorse umane per l'erogazione del servizio,
la tipologia di prestazioni,
frequenza e timing degli accessi a domicilio,
indicatori di esito rispetto agli obiettivi definiti.

Alla presa in carico ed entro 72 ore dall'attivazione, la UCP-Dom la società La Casa del Sole garantisce la definizione del PAI, condiviso e sottoscritto tra le parti (medico/infermiere e CG/Pz/famiglia), prevedendo attività integrate e che contenga:

la valutazione multidimensionale dei bisogni clinici, assistenziali, psicologici, sociali;
l'identificazione degli obiettivi;
la pianificazione delle attività e frequenza;
la definizione delle attività da erogare coerenti con i bisogni rilevati;
le figure professionali coinvolte;
la condivisione con il caregiver/paziente della persona assistita;
gli aggiornamenti/monitoraggio effettuati sulla base della rivalutazione di bisogni.

Trasferimento di competenze e educazione sanitaria al CG e Utente:

In occasione della prima visita viene consegnato all'utente/CG un fascicolo contenente le indicazioni necessarie alla prevenzione dei rischi più comuni in ambito domiciliare con la raccomandazione di attenta lettura. Particolare enfasi va posta durante il percorso di cura, all'educazione sanitaria in relazione ai bisogni emersi, si possono identificare di default gli ambiti comuni che necessitano di un percorso di addestramento rivolto al CG e/o all'utente/familiari. In occasione delle visite, il Case Manager valuta le necessità educative e le caratteristiche delle persone o del gruppo di destinatari con particolare riferimento a:

Possibilità e disponibilità di apprendere, informazioni già possedute, altre variabili che influenzano le strategie educative, l'approccio, i risultati attesi;

Valuta le risorse disponibili, umane, materiali e l'ambiente di apprendimento;

Sceglie le metodologie/tecniche educative congruenti con il bisogno dell'utente e le sue caratteristiche;

Spiega l'importanza dei contenuti e del rispetto delle precauzioni illustrate;

Incoraggia la persona a partecipare attivamente all'apprendimento attraverso la sollecitazione di domande o dubbi, insicurezze, perplessità e fornisce feedback sottolineando i risultati positivi raggiunti;

Verifica l'apprendimento anche periodicamente e identifica eventuali variazioni del piano educativo;

Redige il foglio visita descrivendo l'attività educativa svolta

Lo scopo dell'attività è quello di educare per quanto attiene le principali tematiche correlate all'assistenza domiciliare ed in particolare:

La prevenzione delle infezioni.

La sicurezza ambientale previa valutazione dell'ambiente di vita dell'utente.

La prevenzione delle cadute accidentali con valutazione della necessità di ausili utili a tale scopo.

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
|  La Casa del Sole <small>a.s. Brian Company</small> <hr/> Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia | PROCEDURA ORGANIZZATIVO TERRITORIALE GESTIONE UDO UCP-DOM | PAT_01_UCP_DOM pag. 15 di 17 |
|--|--|-------------------------------------|

La prevenzione delle lesioni da pressione.

Lo smaltimento dei rifiuti/farmaci scaduti.

La corretta somministrazione dei farmaci.

La corretta gestione delle linee infusive in catetere venoso periferico o ipodermoclisi.

Altre specifiche pillole educative sulla base dei bisogni emersi.

Tra gli obiettivi della presa in carico assistenziale, viene dato rilievo alla valorizzazione e al sostegno del ruolo della famiglia, garantendo l'attività educativa di formazione e addestramento, necessaria ai familiari/ caregiver per la gestione della persona assistita a domicilio, formalizzata nella sezione dedicata alla descrizione della visita (valutazioni) nella piattaforma informatica di vitaever

10 LISTE DI ATTESA

Il Servizio viene avviato, di norma, entro 48 ore dal colloquio, salvo diversa richiesta dei familiari, nel caso in cui non sia possibile attivare il servizio presso la società La Casa del Sole, perché si sia raggiunto il numero massimo di persone assistibili, il paziente viene segnalato nella rete locale di cure palliative per avviare il percorso di presa in carico da parte di altri enti presenti sul territorio o in altri snodi della rete qualora non fosse candidabile per l'UCP-Dom. Se invece l'avvio del percorso fosse differibile a giudizio del MMG, palliativista o specialista di branca, o per volontà del paziente/familiari, l'utente verrà posto in lista di attesa. **L'utente e/o il familiare viene sempre informato sui tempi previsti per accogliere la sua richiesta e comunque orientato alla scelta di eventuale altro Ente accreditato.** Per la gestione della lista di attesa i criteri individuati dal servizio sono:

esito della valutazione del caso in relazione alla gravità delle condizioni del paziente;
ordine cronologico di presentazione della domanda.

11 DIMISSIONI

Al momento in cui si verifica una delle possibili cause di chiusura dell'assistenza domiciliare, il medico/case manager provvede a registrare la data della chiusura dell'assistenza domiciliare e il relativo motivo comunicando la dimissione al coordinatore infermieristico o al responsabile medico della UCP-Dom previa verifica degli indicatori di esito redigendo la lettera di dimissione con indicazione delle motivazioni.

Causali di dimissione

Le ragioni che possono causare la chiusura della presa in carico dell'assistenza domiciliare possono essere:

- dimissione volontaria (rifiuto del malato e/o della famiglia alla continuazione della assistenza);
- ricovero definitivo in ospedale;
- decesso in ospedale;
- decesso a domicilio;
- trasferimento presso in Hospice;
- trasferimento in altro setting di cura domiciliare;
- trasferimento in RSA/RSD.
- dimissione ordinaria al domicilio del paziente
- cambio residenza;

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
|  La Casa del Sole <small>a B. Braun Company</small> <hr/> Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia | PROCEDURA ORGANIZZATIVO TERRITORIALE GESTIONE UDO UCP-DOM | PAT_01_UCP_DOM pag. 16 di 17 |
|--|--|-------------------------------------|

- Altro

12 TRASFERIMENTI E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

In caso di trasferimento ad altro setting di cura/struttura, il Medico e il Case Manager con il supporto del Care Manager e il responsabile Medico, facilita il passaggio in cura attraverso la rete, che vede a confronto e in raccordo i professionisti coinvolti, identificandone il percorso più appropriato e i responsabili all'interno della rete stessa.

L'identificazione chiara del percorso all'interno di realtà diverse tra loro è un fattore chiave per facilitare e rendere efficace sia la comunicazione, sia il passaggio in cura. All'atto delle dimissioni/trasferimenti il Referente Clinico e il Case Manager del caso, redigono la relazione di dimissioni dal servizio, il documento verrà consegnato al CG e al referente clinico del setting di cura/struttura che accoglierà il paziente. La relazione deve riportare gli aspetti clinici e assistenziali, trattamenti effettuati, necessità di ulteriori trattamenti e altre informazioni utili.

In caso di trasferimento sono messe a disposizione tutte le informazioni inerenti il percorso effettuato dall'utente in UCP-Dom. Le modalità di trasferimento interno in altre unità di offerta sociosanitarie e sanitarie sono gestiti attraverso il contatto con i referenti delle reti esistenti per agevolare il processo di presa in carico in altri setting sociosanitari o sanitari.

L'accesso in Hospice è parte di un percorso di cure proposto dalle cure palliative domiciliari, congiuntamente al MMG, ed avviene con il consenso del malato o, qualora l'interessato si trovi in condizioni cognitive compromesse, con il consenso dei familiari. Allo scopo di garantire la maggior appropriatezza e la maggior equità di accesso all'Hospice, il medico palliativista e/o il Care Manager inserisce il paziente nella RLCP attraverso il portale dedicato previa scelta delle strutture da parte dei familiari/pazienti, nel caso venga scelta la stessa struttura di erogazione del servizio, il trasferimento assume caratteri di priorità sulla base dello stato clinico e situazione sociale.

Criteri di ricovero in Hospice:

Aspettativa di vita non superiore a 6 mesi;

Completamento di tutte le indagini diagnostiche relative alla patologia di base;

Esclusione delle terapie volte alla guarigione;

Indice di Karnofsky uguale o inferiore a 50.

Condizioni sociali/abitative e familiari che non consentano la prosecuzione di un regime domiciliare

Sintomi refrattari e non controllabili a domicilio

La continuità assistenziale è garantita in caso di urgenze o eventi imprevisti attraverso la pronta disponibilità nelle 24 ore per tutti gli utenti in carico, in relazione alla tipologia e alla complessità assistenziale dell'utenza.

13 SOSPENSIONI

In caso di sospensione oltre ai 15 giorni del servizio per ricovero o per altri motivi, è necessario darne evidenza scritta in "valutazioni". In caso di sospensione per ricovero, la famiglia si raccorderà con l'èquipe curante all'atto della dimissione per il proseguimento dell'assistenza redigendo nuovo flusso informatico **CP** e **suballegato F**.

| | | |
|---|--|--|
|  <p>La Casa del Sole a R. Braun Company</p>  <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia</p> | <p>PROCEDURA ORGANIZZATIVO TERRITORIALE</p> <p>GESTIONE UDO UCP-DOM</p> | <p>PAT_01_UCP_DOM</p> <p>pag. 17 di 17</p> |
|---|--|--|

14 FLUSSI CP

L'invio dei flussi avviene mensilmente per gli utenti dimessi e in essere, secondo data definita e comunicata da ATS. Utilizzando l'applicativo vitaever della società La Casa del Sole, si genera il flusso CP, con i dati di produzione del servizio, e i dati economici. A partire dalla rendicontazione del mese di gennaio 2023, i percorsi di cure palliative domiciliari, dovranno essere rendicontati anche quelli di nuova apertura nel mese di competenza e successivamente mensilmente in variazione fino al verificarsi della dimissione, avendo cura di utilizzare il tipo trasmissione "V – Variazione" e reinviando ogni mese tutti gli eventi intercorsi dall'avvio del percorso fino alla data di rendicontazione. Al momento della dimissione, dovrà essere rendicontato nel mese di competenza il record completo della data e della modalità di conclusione, in analogia alle regole delle attuali chiusure di percorso, anche al fine della relativa valorizzazione economica. I flussi così elaborati vengono a sua volta caricati sul portale SMAF per la convalida e l'invio in Regione. Ogni dato pervenuto al di fuori della data stabilita, non potrà essere inserito nel portale, e pertanto non potrà essere rendicontato.