

# REGIONE ABRUZZO

## **Sistema delle CURE DOMICILIARI *LINEE GUIDA***

### **SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI LINEE GUIDA**

L' allungamento della vita media ed il progressivo invecchiamento della popolazione, particolarmente marcato in Abruzzo, comportano il contestuale aumento dell'incidenza e prevalenza di poli-patologie cronico-degenerative e la progressiva perdita dell'autosufficienza.

Tale scenario impone la necessità di individuare un sistema di offerta assistenziale che sappia dare risposte efficaci e appropriate lungo tutto il percorso assistenziale dei pazienti (ospedale, residenzialità extra-ospedaliera, domicilio) al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza in tutte le fasi di sviluppo delle patologie.

La lettura dei dati relativi all'indagine condotta dall'ASR Abruzzo sull'assistenza domiciliare nella regione nell'anno 2005 mostra un quadro caratterizzato da

- *Un tasso di assistenza domiciliare (nelle sue varie forme) della popolazione ultrasessantacinquenne ancora quantitativamente insufficiente a coprire i bisogni della popolazione*
- *Una percentuale fortemente carente delle forme di assistenza domiciliare integrata che prevedano la copresenza dei servizi sociali*

- *Una diffusione delle varie forme di assistenza domiciliare che non risulta omogenea tra i diversi distretti con difformità anche nell'ambito di una stessa ASL*
- *Una forte diversificazione dei modelli organizzativi ed operativi adottati tra le diverse aziende*
- *Una carenza generalizzata di sistemi informativi/informatici sia sulla lettura dei dati sanitari relativi al paziente, sia su quello economico-finanziario, per cui non è dato conoscere il livello di assorbimento di risorse da parte del sistema delle cure domiciliari.*

Analizzando il Percorso paziente all'interno del sistema, così come evidenziato dall'analisi dei dati si rileva che:

- La richiesta di attivazione del servizio parte, generalmente, dal MMG.
- Il Punto Unico di Accesso (PUA), ove presente almeno come funzione, sottopone le richieste all'UVM nel 38% dei casi, mentre attiva direttamente il Nucleo Operativo nel 60% dei casi
- Le UVM hanno valutato complessivamente 3619 casi nell'anno 2005. Le figure professionali che si ritrovano più frequentemente nella composizione dell'equipe dell'UVM sono: il medico del distretto (90%), l'infermiere (83%) e il MMG (76%).
- Nei 39 distretti della regione Abruzzo che hanno fornito i dati, sono stati assistiti complessivamente 17760 pazienti con un tasso, riferito alla popolazione ultrasessantacinquenne, pari a
  - 39 x 1000 abitanti > 65 anni di ADP,
  - 11 x 1000 abitanti > 65 anni di AID,
  - 11 x 1000 abitanti > 65 anni di ADI SEMPLICE,
  - 17 x 1000 abitanti > 65 anni di ADI 1 e
  - 4 x 1000 abitanti > 65 anni di ADI 2. (\*)
- L'erogazione delle Cure è avvenuta nel 97% dei casi presso il domicilio del paziente.
- Ciascun paziente è stato trattato, in media, per 87 giorni l'anno.
- Nel 42% dei casi i pazienti sono stati dimessi in ragione al raggiungimento degli obiettivi terapeutici, nel 28% se ne è registrato il decesso, nel 21% dei sono rimasti in ADI anche l'anno successivo.

(\*) Considerata la difformità di classificazione delle differenti tipologie di cure domiciliari, si è convenuto di adottare, in via provvisoria e limitatamente all'indagine la seguente classificazione:

**ADP (Assistenza Domiciliare Programmata):** solo Medico di Medicina Generale (MMG)

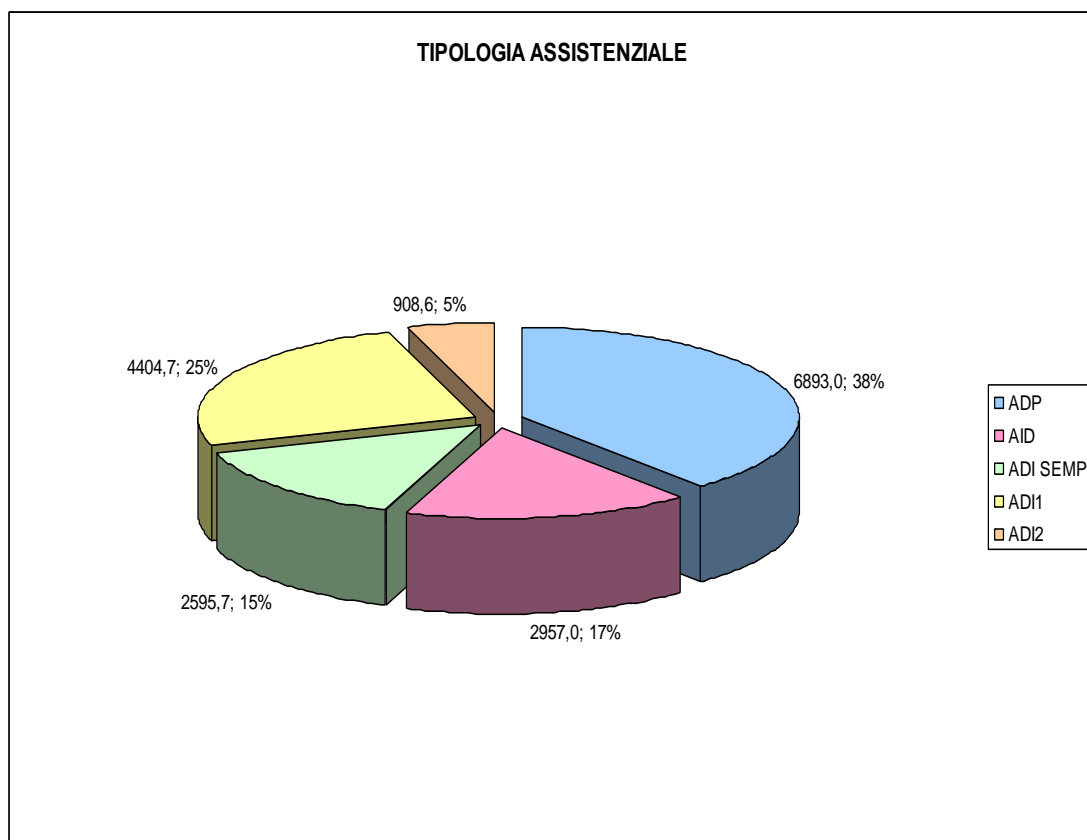
**AID (Assistenza Infermieristica Domiciliare):** MMG + Infermiere

**ADI SEMPLICE:** tutte le altre forme di cure domiciliari che non prevedano un piano assistenziale approvato in sede di UVM (Unità di valutazione multidimensionale)

**ADI 1:** MMG + almeno 2 figure professionali con piano assistenziale individualizzato approvato in sede di unità di valutazione

**ADI 2:** MMG + almeno 2 figure professionali, con piano di valutazione approvato in sede di unità valutazione, e servizi sociali.

## Distribuzione delle tipologie di cure domiciliari nella Regione Abruzzo secondo la classificazione concordata per la rilevazione



Nella Regione Abruzzo le cure domiciliari sono erogate principalmente nella forma di ADP (39%); seguono quelle di ADI 1 (25%), che nella terminologia adottata convenzionalmente e limitatamente a questa indagine identificano l'Assistenza domiciliare preceduta dalla valutazione del caso da parte dell'UVM e dalla redazione del piano assistenziale individuale, ma non il coinvolgimento dei Servizi sociali; le restanti tipologie di assistenza mostrano percentuali di erogazione inferiore pari al 15% in ADI semplice, 17% in AID e solo il 5% nella forma complessa di ADI2, che prevede il coinvolgimento dei servizi sociali.

Nell'anno 2005 hanno riguardato 17760 Assistiti, così suddivisi:

TIPOLOGIA	CASI TRATTATI
<b>ADP</b>	<b>6893</b>
<b>AID</b>	<b>2957</b>
<b>ADI SEMPLICE</b>	<b>2596</b>
<b>ADI 1</b>	<b>4405</b>
<b>ADI 2</b>	<b>909</b>

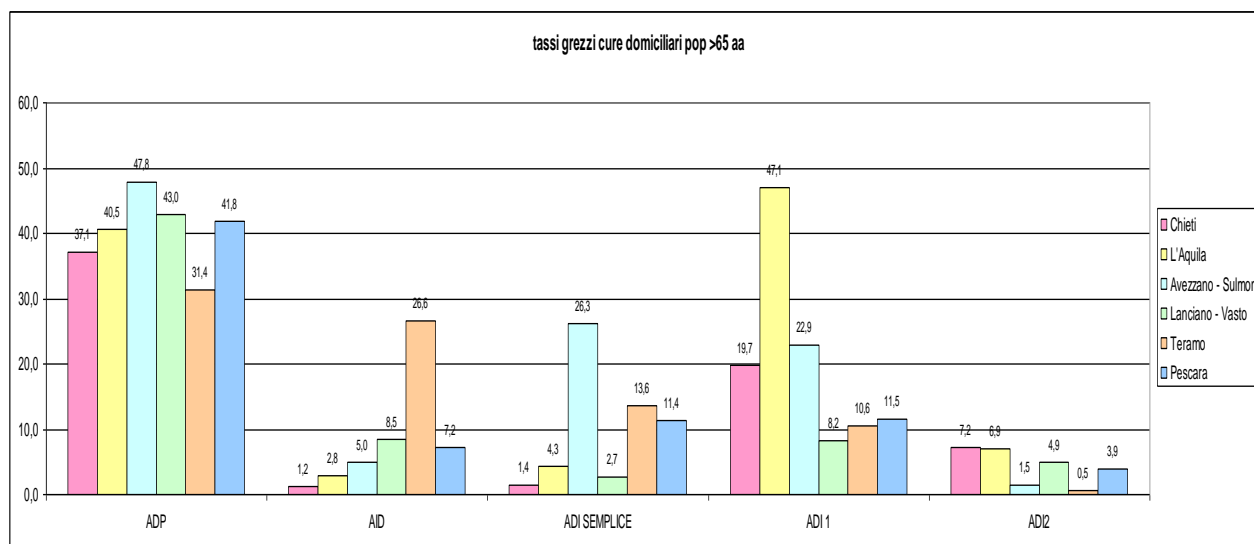
## Tabella riassuntiva delle tipologie di Cure domiciliari nelle 6 ASL della Regione Abruzzo (tassi per mille)

Nella tabella seguente vengono riportati, distinti per ASL e per ciascuna tipologia assistenziale, i relativi tassi per mille riferiti alla popolazione >65 anni. La popolazione considerata ed i relativi tassi sono riferiti ai distretti che hanno fornito il dato.

Quattro distretti (Guardiagrele, Vasto, Castel di Sangro e Sulmona) hanno dichiarato la non disponibilità del dato relativamente a tutte le tipologie; limitatamente all'ADP il Distretto di Celano; per l'AID e per l'ADI semplice i distretti di Castiglione Messer Marino e Gissi.

### TASSI GREZZI CURE DOMICILIARI POPOLAZIONE > 65aa/1000

	ADP	AID	ADI SEMPLICE	ADI I	ADI 2
ASL AV-SU	47,8	5	26,3	22,9	1,5
ASL CHIETI	37,1	1,2	1,4	19,7	7,2
ASL LA-VA	43	8,5	2,7	8,2	4,9
ASL L'AQUILA	40,5	2,8	4,3	47,1	6,9
ASL PESCARA	41,8	7,2	11,4	11,5	3,9
ASL TERAMO	31,4	26,6	13,6	10,6	0,5
<b>REGIONE</b>	<b>39</b>	<b>11</b>	<b>10,6</b>	<b>16,7</b>	<b>3,6</b>



Appare chiara l'esigenza di un potenziamento e regolazione del sistema "Cure domiciliari" finalizzata ad un graduale adeguamento quantitativo e qualitativo dell'offerta assistenziale ed al raggiungimento di una uniformità di modelli organizzativi in tutti i distretti della Regione Abruzzo.

## 1 PIANIFICAZIONE GENERALE

### 1.1 *Il sistema delle Cure Domiciliari: aspetti generali*

L'assistenza domiciliare rappresenta il complesso degli interventi di carattere economico, abitativo, assistenziale e sanitario a supporto della Persona e della sua famiglia per aiutare la Persona e chi se ne prende cura, con lo scopo di realizzare, attraverso un adeguato supporto, le condizioni per poter continuare a vivere nel proprio ambiente sociale, evitando ogni forma di abbandono e di emarginazione.

Le cure domiciliari si definiscono come una modalità di assistenza sanitaria e sociale erogata al domicilio dell'Assistito (intendendo per domicilio l'abituale ambiente di vita della Persona, sia esso la propria abitazione, una comunità protetta, una casa di riposo) in modo continuo ed integrato in relazione alla natura ed alla complessità dei bisogni a cui si rivolge.

Gli obiettivi specifici del Sistema delle Cure Domiciliari sono:

- fornire adeguata assistenza a Persone che presentano problematiche di tipo sanitario e/o sociale suscettibili di trattamento domiciliare, evitando i ricoveri ospedalieri impropri e l'ingresso in residenza
- rendere possibili dimissioni tempestive ed assicurare la continuità assistenziale mediante lo strumento della "dimissione protetta"
- favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle capacità residue di autonomia e relazionali
- supportare i "**caregiver**" e trasmettere loro delle competenze che possano tradursi in autonomia di intervento
- migliorare in ultima analisi la qualità della vita di persone non autosufficienti o a rischio di perdita dell'autosufficienza, favorendo il mantenimento delle capacità residue.

Si ritiene che per il conseguimento degli obiettivi su esposti sono fondamentali:

- l'attivazione della rete dei servizi
  - l'integrazione tra servizi sanitari territoriali ed ospedalieri e tra servizi sanitari e servizi sociali
  - l'ampliamento ed il rafforzamento della rete familiare e del volontariato
  - l'implementazione di idonei strumenti di valutazione della qualità dell'assistenza finalizzati al miglioramento continuo
  - la formazione continua degli operatori coinvolti
- ciò premesso, i presupposti essenziali per l'attivazione di un programma di Cure Domiciliari sono:

- presa in carico del Medico curante per le problematiche di tipo sanitario, consenso informato da parte dell'assistito e della sua famiglia, in particolare del care giver, con condivisione del piano di assistenza;
- verifica della presenza di un valido supporto familiare e/o di una rete di aiuto informale;
- verifica dell'idoneità della condizione abitativa;
- compatibilità delle condizioni cliniche dell'Assistito con la permanenza a domicilio e con gli interventi sanitari e socio assistenziali necessari.

I principali attori del sistema Cure Domiciliari sono rappresentati da:

- Servizi distrettuali
- Medici di MG/ Pediatri di LS
- Altri servizi aziendali territoriali ed ospedalieri
- Enti gestori dei servizi socio-assistenziali

- Sistema della rete familiare e del volontariato

## **1.2 L'integrazione sociosanitaria**

La progettazione e la realizzazione di un sistema per le Cure Domiciliari finalizzato alla presa in carico di bisogni complessi sanitari e sociali presuppongono un elevato livello di coordinamento e di integrazione tra i diversi attori del sistema, che consenta di considerare l'unicità della persona in tutte le sue dimensioni, superando il settorialismo ed integrando competenze e servizi diversi.

Luogo elettivo di tale integrazione è il Distretto Sanitario, unico centro di riferimento in cui realizzare l'incontro ed il confronto tra i bisogni espressi dalla realtà locale e i soggetti titolari delle funzioni di organizzazione e gestione dei servizi sanitari e socio- assistenziali.

L'integrazione a livello istituzionale dovrà assicurare coerenza ed unitarietà al processo di programmazione sociosanitaria definita d'intesa tra comuni ed aziende ASL.

In definitiva si tratta di concretizzare le scelte concordate a livello di piano di zona dell'ambito sociale, nel programma delle attività territoriali del distretto e nel piano aziendale della ASL, mediante una convenzione tra ciascuna ASL e gli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali.

Tale convenzione, articolata per ciascun distretto della ASL, secondo uno schema tipo regionale concordato con gli Ambiti Sociali e con le organizzazioni sindacali, dovrà definire:

- le modalità di raccordo per la pianificazione, l'organizzazione e l'erogazione dei servizi con l'indicazione degli obiettivi quantitativi e qualitativi che i contraenti si propongono di raggiungere
- Gli atti e i relativi tempi di reciproca competenza finalizzati alla realizzazione dei servizi previsti
- i reciproci rapporti finanziari e gli impegni di spesa della ASL e degli Ambiti Sociali interessati
- le risorse umane e strumentali messe a disposizione da ciascun ente con l'indicazione della dotazione di personale assegnato ai servizi delle cure domiciliari, distinto per quantità (monte ore), per profili professionali e per tipologia di rapporto di lavoro (dipendente e/o convenzione)
- la composizione e le funzioni delle équipes relative ai singoli progetti obiettivo;
- le attività di formazione ed aggiornamento congiunti;
- la collocazione fisica dei servizi integrati;
- le modalità di approvazione congiunta dei progetti assistenziali personalizzati.
- L'adozione della carta dei servizi
- La garanzia di forme di partecipazione dei cittadini e dei loro rappresentanti alla programmazione ed alla verifica dei risultati
- L'individuazione dei criteri di compartecipazione alla spesa (solo per la parte sociale), con l'indicazione di impiegare tali risorse nell'implementazione del Servizio.
- Obiettivi generali del Sistema delle Cure Domiciliari in Abruzzo

Gli obiettivi generali del Sistema delle Cure Domiciliari in Abruzzo possono essere individuati nei seguenti punti:

- Attribuzione al Distretto Sanitario delle funzione di pianificazione, programmazione, organizzazione ed erogazione di tutte le forme di cure domiciliari, e di luogo elettivo di integrazione sociosanitaria.
- Adozione di una classificazione unica a livello regionale delle diverse forme di erogazione delle cure domiciliari, con indicazione delle figure professionali coinvolte e delle modalità di erogazione.

- Istituzione formale e pianificazione organizzativa del Punto Unico d'Accesso a livello distrettuale.
- Istituzione formale delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) a livello distrettuale
- Formalizzazione di percorsi assistenziali che garantiscano il raccordo tra ospedale, sistema delle cure primarie e residenzialità.
- Sottoscrizione di accordi di programma con gli ambiti sociali.
- Implementazione di sistemi informatici e costituzione di un flusso informativo relativo alle cure domiciliari.
- Formazione continua del personale.

#### 1.4 Pianificazione del Sistema delle Cure Domiciliari in Abruzzo

Lo sviluppo del sistema delle Cure Domiciliari in Abruzzo dovrà avvenire lungo un processo di programmazione, implementazione e monitoraggio che dovrà vedere coinvolti i livelli regionali e aziendali, secondo le fasi riportate nel seguente cronogramma:

	REGIONE			ASL		CRONOGRAMMA 2007/09					
ATTIVITA'	Giunta Regionale	Direzione Sanità'	Agenzia Sanitaria Regionale	Direzione Generale ASL	Direzione Sanitaria	1° Sem. 07	2° Sem. 07	1° Sem. 08	2° Sem. 08	1° Sem. 09	2° Sem. 09
Linee guida CD	X										
Definizione Budget annuale x CD (obiettivi e costi)	X	X	X	X	X		X		X		X
Istituzione Punto Unico di Accesso	X	X	X			X					
Attivazione Punto Unico di Accesso				X	X		X	X			
Attivazione UVM				X	X		X	X			
Definizioni percorsi assistenziali			X		X			X	X	X	X
Sottoscrizione accordi con ambiti sociali				X	X		X				
Sperimentazione flussi informativi			X		X	X	X	X			
Messa a regime dei flussi informativi				X	X			X	X		
Monitoraggio corrente sistema CD			X		X			X		X	
Pianificazione sistema formativo			X		X	X					
Attivazione attività formative				X	X		X	X			
Predisposizione e attivazione sistema premiante				X	X	X					



## TIPOLOGIE DI CURE DOMICILIARI

In relazione ai bisogni si distinguono i seguenti profili:

**1. Cure Domiciliari Prestazionali** caratterizzate da *prestazioni* sanitarie *occasionali* o a *ciclo programmato*

**2. Cure Domiciliari Integrate di primo (2A) e secondo livello (2B)** che ricomprendono quelle già definite ADI. Questa tipologia di cure domiciliari 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

**3. Cure Domiciliari Integrate di terzo livello (3A) e cure domiciliari palliative per malati terminali (3B)** che ricomprendono l'ospedalizzazione domiciliare (OD - 3A), e l'ospedalizzazione domiciliare-cure palliative (OD-CP, 3B). Sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità definita dal PAI ed erogata da un'équipe in possesso di specifiche competenze.

	Tipologia CURE DOMICILIARI	Definizione	Intensità (CIA=GEA/GDC)	Figure professionali previste in funzione del PAI e tempo medio in minuti per accesso domiciliare	Operatività del servizio (fascia oraria 8-20)
1	CD Prestazionali (Occasionali o cicliche programmate)	risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, non presupponga una valutazione multidimensionale e l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare.		Infermiere (30')  Fisioterapista (30')  Medico (30')	5 giorni su 7  8 ore/die
2A	CD Integrate di Primo Livello (già ADI)	tipologia di assistenza che si rivolge a malati che pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni	Fino a 0,30	Infermiere (30')  Fisioterapista (30')  Medico (30') Operatore sociosanitario (60')	5 giorni su 7  8 ore die
2B	CD Integrate di Secondo Livello (già ADI)	tipologia di assistenza che si rivolge a malati che pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 6 giorni.	Fino a 0,50	Infermiere (45')  Fisioterapista (45')  Dietista (30') Medico (45') Operatore sociosanitario (60'-90')	6 giorni su 7  10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
3A	CD Integrate di Terzo Livello (già OD)	cure che consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche	Superiore a 0,50	Infermiere (60')  Fisioterapista (60')  Dietista (60')  Psicologo (60') Medico e/o Medico Specialista (60') Operatore sociosanitario (60'-90')	7 giorni su 7  10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Garanzia di continuità assistenza sanitaria ore 8/20
3B	Cure Palliative malati terminali (già OD CP)	cure che consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche	Superiore a 0,60	Infermiere (60') Fisioterapista (60') Dietista (60')  Psicologo (60')  Medico e/o Medico Specialista (60') Operatore sociosanitario (60'-90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Garanzia di continuità assistenza sanitaria 24 ore

[1] CIA= Coefficiente Intensità Assistenziale; GEA= Giornata Effettiva Assistenza; GDC= Giornate Di Cura (Durata PAI)

### **CURE DOMICILIARI DI TIPO PRESTAZIONALE OCCASIONALE O CICLICO PROGRAMMATO**

Si intende una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, non presupponga una valutazione multidimensionale e l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare.

Non prevedono quindi per la loro attivazione l'intervento della UVM distrettuale.

Sono richieste dal Medico responsabile del processo di cura del Paziente e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui l'Assistito presenti limitazioni funzionali, temporanee o permanenti, che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali (studio del Medico di medicina generale o ambulatori dei presidi distrettuali o poliambulatoriali). La limitazione può essere rappresentata da:

- impossibilità permanente a deambulare;
- impossibilità ad essere trasportati con mezzi comuni;
- impossibilità per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati (quali insufficienza cardiaca in stadio avanzato, insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale, arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato, gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione, cerebropatici e cerebrolesi con forme gravi, paraplegici e tetraplegici, donna in gravidanza con minaccia d'aborto, ecc.)

Comprendono le seguenti tipologie:

#### **ADP**

(assistenza domiciliare programmata, di cui all'art. 53 ACN per la Medicina Generale, e all'art. 44 ACN per i Pediatri di Libera Scelta)

La figura professionale interessata è il Medico di Medicina Generale dell'Assistito, o il Pediatra di Libera Scelta, che effettua accessi periodici, concordati ed autorizzati dal Dirigente Medico di distretto responsabile dell'assistenza domiciliare.

#### **Assistenza Domiciliare per Bisogno Sanitario Semplice**

La gamma di prestazioni di questa tipologia di intervento professionale comprende:

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

#### **Altre tipologie di assistenza senza intervento dell'UVM**

Una tipologia di assistenza domiciliare che non richiede l'intervento della UVM (in assenza di associazione di altre patologie o di bisogni di tipo sociale), in quanto codificata da uno specifico percorso assistenziale, è rappresentata dalla **Dialisi peritoneale domiciliare**.

## **Assistenza tutelare alla persona**

In questo capitolo sono compresi gli interventi e le attività sociali proprie dei comuni ed esercitate a livello degli Ambiti Territoriali, attivate dai Servizi Sociali, sempre attraverso il P.U.A. ma senza coinvolgimento della UVM (DGR 866 del 31/07/06 ass. dom. sociale)

## **CURE DOMICILIARI INTEGRATE DI PRIMO E SECONDO LIVELLO - ADI**

### **Definizione**

Il termine "integrata" va intesa in due accezioni, non mutuamente esclusive, ma che, al contrario spesso si compenetrano: coinvolgimento di più figure professionali e intervento dei servizi sociali di ambito territoriale.

Caratteristica dell'ADI è infatti la complessità assistenziale che richiede una forte integrazione tra componenti sanitarie e tra queste ultime e le componenti sociali.

E' questa la forma di assistenza domiciliare che attraverso la UVM realizza la presa in carico globale dell'Assistito e della sua famiglia.

Caratteristiche dell'ADI sono infatti la multidisciplinarietà degli operatori coinvolti e la multidimensionalità dei bisogni.

L'A.D.I. trova naturale collocazione nell'ambito dei servizi di "Assistenza primaria", assicurati dal Distretto, relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie (d. leg. n° 229/99, art.3 quarter 3 quinquies)

E' rivolta a soggetti in condizione di non autosufficienza, ridotta autosufficienza temporanea o protratta derivante da condizioni personali critiche ancorché non patologiche o specificamente affetti da patologie croniche a medio lungo decorso o da patologie acute trattabili a domicilio che necessitano di assistenza da parte di una équipe multiprofessionale.

Consente di portare al domicilio del paziente servizi di cura e di riabilitazione con indubbi vantaggi:

- migliore qualità della vita dell'Assistito e della sua famiglia
- riduzione dell'ospedalizzazione impropria e dei ricoveri in strutture residenziali
- dimissioni protette a domicilio

La distinzione in primo e secondo livello è riferita all'intensità ed alla complessità delle cure da erogare, come specificato nella tabella.

### **Criteri per l'ammissione dei pazienti**

Questa tipologia di assistenza si rivolge a malati che pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni (1° livello) o 6 giorni (2° livello).

I requisiti indispensabili per l'attivazione delle cure domiciliari integrate sono:

- **Ridotta autosufficienza**  
Evidenziata mediante applicazione di apposite scale di valutazione validate sul piano scientifico internazionale: A.D.L. - I.A.D.L. (Area funzionale), C.I.R.S. (per valutare la comorbidità), S.P.M.S.Q. (area cognitiva) e Scheda di Valutazione Sociale. La valutazione sarà integrata dall'applicazione della scala di KARNOFSKY nel caso di pazienti oncologici e dalla Scala di BRADEN (per la valutazione del rischio di piaghe da decubito) in soggetti con funzioni fortemente compromesse. (Allegato 4)
- **Complessità assistenziale del paziente**  
Ossia necessità di coinvolgimento di più figure professionali per interventi multidisciplinari di natura sanitaria e sociale.
- **Idoneità delle condizioni socio- ambientali dell'Assistito**  
Questi aspetti vanno rilevati mediante l'applicazione della Scheda di valutazione Sociale, relativamente alle condizioni familiari, economiche ed abitative.  
Dovranno essere valutate le condizioni di assistibilità del malato a domicilio, che si

concretizzano nella compresenza di

- supporto familiare; in caso di assenza o insufficienza valutare la possibilità di intervento da parte dei servizi sociali o volontariato che possa vicariarlo;
- alloggio idoneo o con possibilità di renderlo tale con interventi di assistenza abitativa.

- **Necessità di assistenza primaria**

Non possono essere ammessi in A.D.I. Pazienti che presentano necessità di interventi altamente specialistici o di tecnologie complesse che richiedono il ricovero ospedaliero

Ciò premesso, sono ammissibili, salvo diversa determinazione concordata in sede di UVM, in relazione a situazioni socio-ambientali ed al quadro clinico, i pazienti che presentano:

- malattie progressivamente invalidanti
- incidenti vascolari acuti
- gravi fratture in anziani
- forme psicotiche acute gravi
- vasculopatie con necessità di riabilitazione
- lesioni neurologiche con necessità di riabilitazione
- malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano
- necessità di dimissione protetta

### **Prestazioni**

Le prestazioni che riguardano questa tipologia di cure domiciliari si possono classificare in:

- Prestazioni relative all'attività clinica di tipo valutativo – diagnostico
- Prestazioni relative all'attività educativo-relazionale-ambientale
- Prestazioni relative all'attività clinica di tipo terapeutico
  - prestazioni relative ai trattamenti farmacologici e al mantenimento dell'omeostasi
  - prestazioni relative alle funzioni escretorie
  - prestazioni relative al trattamento delle lesioni cutanee e alle alterazioni dei tessuti molli
  - prestazioni relative ai trattamenti di tipo riabilitativo
- Prestazioni relative all'attività di programmazione

### **CURE DOMICILIARI INTEGRATE DI TERZO LIVELLO E CURE DOMICILIARI PALLIATIVE A MALATI TERMINALI**

Dette cure consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche:

- malati terminali (oncologici e non)
- malati portatori di patologie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare etc.)
- fasi avanzate e complicate di malattie croniche
- pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale
- pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo
- pazienti in stato vegetativo e minima coscienza

A determinare la criticità e l'elevata intensità assistenziale concorrono l'instabilità clinica, la presenza di sintomi di difficile controllo, la necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o al care giver.

Presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del Paziente e l'individuazione di un piano di cura con intervento di tipo multidisciplinare.

Anche queste cure sono richieste dal Medico responsabile delle cure del Paziente.

Si tratta di interventi programmati sui 7 giorni settimanali e per le cure palliative è prevista la garanzia della continuità di assistenza sanitaria nelle 24 ore, di norma erogata dall'equipe di cura e comunque da

medici specificamente formati.

La gamma di prestazioni che riguardano questi profili comprende prestazioni mediche, infermieristiche, dietologiche, riabilitative, fisioterapiche e logopediche, psicologiche e medico specialistiche.

## **ORGANIZZAZIONE SERVIZIO CURE DOMICILIARI**

Si è più volte sottolineato che il luogo elettivamente deputato alla realizzazione dell'integrazione sociosanitaria è il Distretto Sanitario, attraverso appositi accordi di programma con gli ambiti sociali; ne deriva quindi che il livello organizzativo delle Cure Domiciliari deve essere collocato a livello distrettuale, con l'individuazione di due livelli di responsabilità: direttivo ed operativo

Tuttavia, stante la necessità di coordinare e monitorare a livello di ASL ed a livello regionale le attività afferenti al Sistema delle Cure Domiciliari, si prevedono:

- un gruppo di coordinamento/monitoraggio regionale delle CD, a livello della ASR Abruzzo, che attraverso l'analisi dei dati del flusso informativo potrà verificare lo stato di implementazione del sistema nelle diverse ASL
- un centro di coordinamento delle CD a livello di ASL

### **1.3 Centro di coordinamento delle CD a livello di ASL**

L'Ufficio di coordinamento delle CD ha compiti di indirizzo, monitoraggio e verifica dell'attività e delle risorse impegnate al livello aziendale e dei singoli distretti, ed è composto da:

- Il Direttore sanitario aziendale
- I Direttori di Distretto
- I Coordinatori degli Ambiti Territoriali
- Il Responsabile del Servizio Infermieristico aziendale (in assenza un Coordinatore infermieristico territoriale indicato dalla Direzione Sanitaria)
- Un Assistente sociale in rappresentanza degli AASS degli EELL. e uno della ASL
- Un Medico di Medicina Generale in rappresentanza dei MMG
- Un Farmacista SSR

L'ufficio di coordinamento dovrà prevedere incontri finalizzati alla verifica delle attività a livello dei singoli distretti con periodicità almeno trimestrale.

### **1.4 Direzione distrettuale CD**

Il livello direttivo è svolto dal Direttore di Distretto che svolge le seguenti funzioni:

- definisce le strategie operative per l'attuazione del Piano Aziendale
- cura i contatti con le direzioni ospedaliere, con i dipartimenti territoriali (Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento delle Dipendenze Patologiche), con i servizi territoriali
- propone e gestisce le convenzioni con i terzi e con gli erogatori
- definisce protocolli organizzativi sanitari e sociosanitari d'intesa con i Responsabili degli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali
- monitorizza e verifica le attività e l'uso delle risorse
- effettua l'analisi dei costi e della qualità delle prestazioni
- provvede ad individuare le necessità formative di tutti gli operatori delle Cure Domiciliari

### **1.5 Gruppo Operativo Distrettuale**

Il livello operativo è curato da un Dirigente Medico del Distretto cui viene affidata la direzione di una unità operativa deputata alla gestione dell'erogazione delle Cure Domiciliari.

Nell'ambito di tale unità operativa dovrà prevedersi un nucleo di operatori territoriali, cui affidare l'erogazione delle prestazioni, comprendente, oltre la figura del Coordinatore infermieristico territoriale, le figure professionali sanitarie previste per i

tre diversi livelli di erogazione delle CD:

- infermieri
- medici specialisti
- fisioterapisti
- dietisti
- psicologi
- educatori professionali
- assistenti sociali
- operatori sociosanitari

Del nucleo operativo potrà far parte, a giudizio dell' UVM in sede di formulazione del PAI, qualsiasi altra figura professionale utile alla soluzione dei problemi assistenziali della persona presa in carico, compreso il volontariato, con le modalità e nei limiti stabiliti dalla legislazione vigente.

E' inoltre auspicabile che uno o più operatori facenti parte del Nucleo, si qualifichi nel campo delle cure palliative.

A questo livello sono riconducibili due funzioni:

- accettazione delle richieste
- erogazione delle prestazioni

#### Accettazione delle richieste

Tale funzione, espletata dal Punto Unico d'Accesso, prevede:

- recepimento delle richieste
- attivazione dei percorsi sanitari e sociali semplici
- attivazione Unità di Valutazione Multidimensionale
- attivazione e gestione dei rapporti con gli altri Servizi ospedalieri interni alla ASL per la programmazione delle dimissioni
- cura dei rapporti con i Servizi ospedalieri esterni alla ASL per dimissioni e ricoveri
- tale attività deve essere assicurata 12 ore al giorno nei giorni feriali e prefestivi
- 

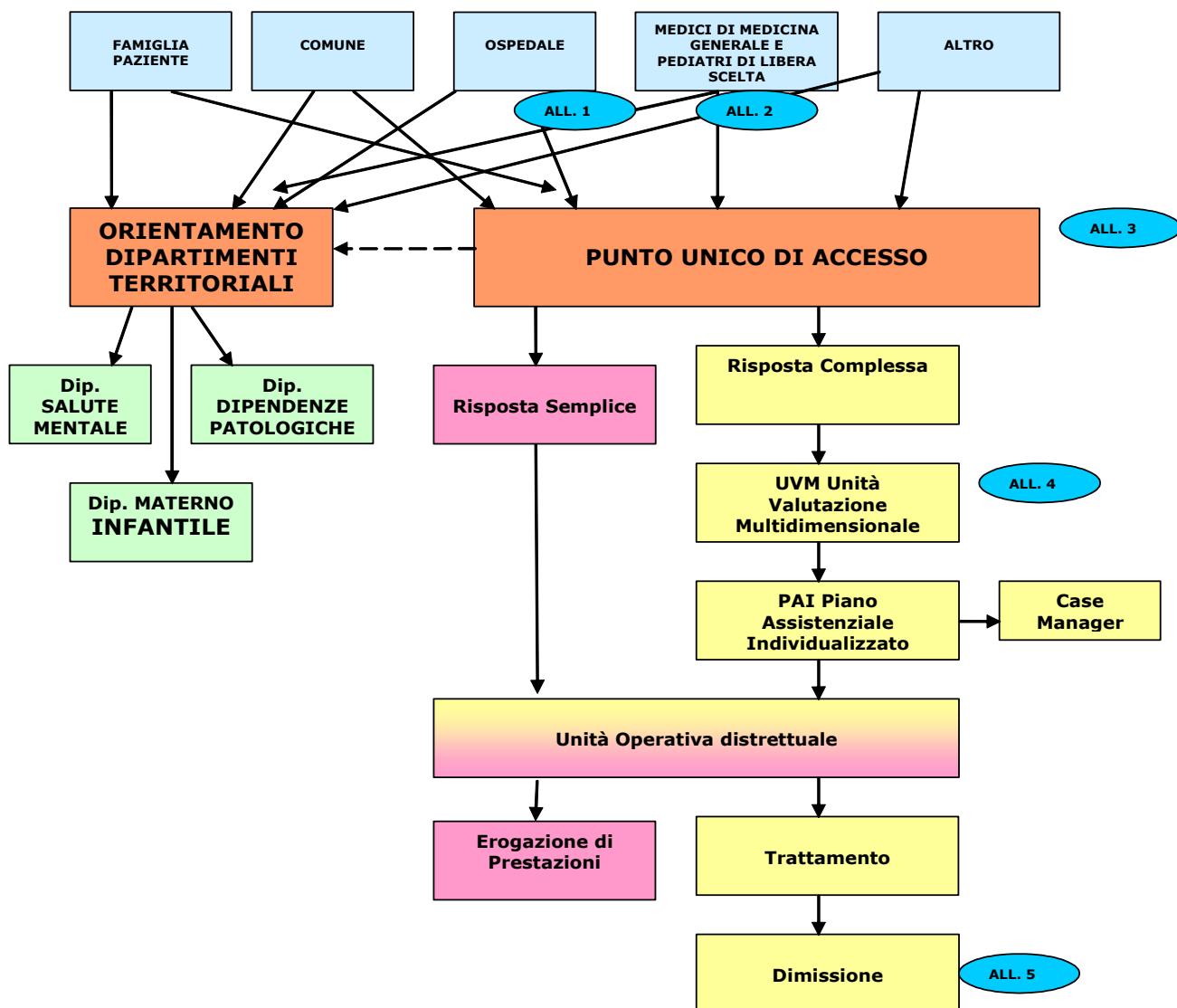
#### Erogazione delle prestazioni

Tale funzione che fa capo alla unità operativa distrettuale per le Cure Domiciliari prevede

- l'erogazione del servizio in base ai protocolli operativi delle differenti tipologie di cure domiciliari e sulla base del P.A.I. concordato in sede di U.V.M. e con la famiglia
- la pianificazione giornaliera delle risorse e degli interventi in base alle richieste pervenute
- la tenuta dell'archivio cartaceo dei diari clinici domiciliari e delle cartelle infermieristiche
- gestione del sistema informativo con la relativa produzione di report per la funzione direttiva.

## PERCORSO PAZIENTE

Nella figura seguente viene rappresentato il Percorso Paziente scandito in tutte le sue tappe, con i relativi strumenti operativi.<sup>1</sup>



- 11 ALLEGATO 1= Scheda di Dimissione Protetta  
 ALLEGATO 2= Scheda di attivazione Cure Domiciliari  
 ALLEGATO 3= Scheda di attività del PUA  
 ALLEGATO 4= Schede di valutazione  
 ALLEGATO 5 = Scheda di rilevazione prestazione domiciliare

## **ACCESSO**

### **Punto Unico di Accesso**

L'accesso alle Cure Domiciliari avviene attraverso il P.U.A. definito come una modalità organizzativa concordata tra Distretto ed Ambito Sociale, ed ha come obiettivi:

- Garantire ai Cittadini ed agli Operatori una porta unitaria di accesso ai servizi socio-sanitari del territorio
- Garantire una capillare azione informativa sui percorsi assistenziali, sociali e socio-sanitari anche mediante attivazione di numero verde
- Garantire l'invio all'UVM per la valutazione del bisogno e per l'eventuale presa in carico
- Garantire la continuità del percorso assistenziale
- Garantire la semplificazione delle procedure amministrative

Il P.U.A. Può essere attivato, tramite diverse modalità di comunicazioni, da:

- Singolo Cittadino o familiare
- Medico di medicina generale o Pediatra di libera scelta (Allegato 2)
- Servizi sociali
- Servizi sanitari (Unità operative ospedaliere, RSA, Consultori familiari, Servizi di riabilitazione etc)
- Servizi istituzionali (scuola , Tribunale per i minorenni, Ambiti sociali, etc)
- Servizi non istituzionali (Case di riposo, cooperative sociali, associazioni di volontariato etc.)

Le funzioni di front-office sono svolte da un Dirigente Medico del Distretto Socio-Sanitario, da un Infermiere e da un'assistente Sociale, con adeguato supporto amministrativo

Le funzioni di back-office e di coordinamento del servizio sono assicurate dal Direttore del distretto o da un suo delegato in stretta collaborazione con il Responsabile dell'ufficio di Piano dell'Ambito

Dovrà essere previsto uno stretto collegamento con i servizi di Segretariato Sociale e con i MMG e con i PLS, in particolare per le situazioni urgenti o che necessitano di accompagnamento nell'accesso.

L'equipe del P.U.A. dovrà essere in grado di discriminare il bisogno espresso, indicando percorsi semplici e complessi di risposta, dove per risposte semplici si intende l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o sociali che non richiedano il coinvolgimento della Unità di Valutazione Multidimensionale.

Dovrà, inoltre, essere in grado di effettuare l'orientamento verso i dipartimenti territoriali: Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento Dipendenze Patologiche e Dipartimento Materno- Infantile.

In particolare, per quanto attiene alle C.D. :

- curerà l'inoltro delle richieste di attivazione delle cure prestazionali al Dirigente Medico del Distretto Sanitario responsabile delle C.D. per l'autorizzazione

- Attiverà l'UVM per l'ammissione alle altre tipologie di C.D.



## **Dimissione Protetta Ospedaliera**

La dimissione protetta si pone i seguenti obiettivi:

- riduzione della durata della degenza
- contenimento dei ricoveri impropri
- creare una interrelazione tra il ricovero ospedaliero ed il reinserimento nel territorio
- promuovere attività congiunte e di raccordo tra il personale socio- assistenziale e sanitario, ospedaliero e del territorio

Possono essere candidati alla dimissione protetta soggetti ospedalizzati, indipendentemente dall'età, affetti da patologie che, superata la fase acuta, tuttavia necessitano ancora di particolari prestazioni sanitarie, socio-assistenziali e riabilitative, effettuabili a domicilio ma in maniera coordinata e continuativa. La dimissione a domicilio in questi casi deve avvenire previo accertamento dell'attivazione dell'assistenza domiciliare.

La richiesta va effettuata dal Medico Ospedaliero al P.U.A. 3 giorni lavorativi prima della data prevista per la dimissione, tramite l'apposita scheda (Allegato 1). Il P.U.A. attiva la UVM per la valutazione del caso e la stesura del P.A.I. In collaborazione con lo Specialista ospedaliero, di norma entro le 48 ore.

In particolare nel caso di persone anziane, alla fase di ricovero ospedaliero è opportuno che si sovrapponga precocemente, intorno alla terza giornata dall'ammissione, l'attivazione e l'interfaccia con le figure professionali e le strutture del distretto (sempre tramite il P.U.A.) per la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione e organizzazione dei percorsi successivi.

Il trasporto dell'Assistito a domicilio va effettuato, quando le condizioni cliniche lo richiedono, mediante ambulanza fornita dalla ASL.

Nel caso in cui le condizioni cliniche lo impongano, deve essere previsto un percorso preferenziale per il rientro presso il reparto di provenienza.

Deve essere auspicata la massima integrazione con il medico ospedaliero del reparto di provenienza, anche con programmazione, riportata nel P.A.I. di consulenze domiciliari o telefoniche.

## **ASSISTENZA**

### **Unità Valutazione Multidimensionale**

L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), unica per l'ammissione alle cure domiciliari e per l'ammissione nelle residenze, deve essere prevista nel Distretto Sanitario di Base ed è composta da

- Responsabile del DSB
- Medico di medicina generale (MMG), nominato tra i componenti dell'UCAD
- Assistente Sociale,
- Infermiere
- MMG dell'Assistito, o PLS, a richiesta dell'UVM
- Medico specialista (geriatra, neurologo, cardiologo, ecc) competente per la specifica patologia clinica; nel caso di valutazione per l'ammissione alle Cure palliative per i malati terminali, il referente aziendale per le cure palliative, o, in mancanza, lo specialista anestesista o oncologo. Inoltre, nel caso di Pazienti ultrasettantacinquenni è sempre consigliabile la presenza del Geriatra.

E' un gruppo altamente qualificato di persone che in base alla propria professionalità ed esperienza predispone il progetto personalizzato del soggetto che presenta una pluralità di bisogni sociali e/o sociosanitari e/o sanitari;

Costituiscono attività specifiche della UVM:

- Analisi e valutazione multidimensionale del bisogno;
- Individuazione del setting operativo dove indirizzare il paziente (domicilio, semiresidenza, residenze sanitarie)
- Elaborazione del progetto personalizzato di assistenza in cui vengono definiti le persone coinvolte, i risultati attesi e le attività;

- Verifica e valutazione del progetto personalizzato e del bisogno a distanza di alcuni mesi o a seguito di cambiamenti del quadro sociosanitario, della situazione psicosociale e di quella sanitaria . Nel caso in cui le verifiche e le valutazioni periodiche diano esiti diversi da quelli previsti, è necessario procedere ad una riformulazione del progetto personalizzato;
- Rilevazione dell'utilizzo di interventi sanitari, sociosanitari e sociali.

Gli strumenti proposti per la valutazione del bisogno assistenziale sono rappresentati dalle Scale di Valutazione (Allegato 4) i cui risultati saranno riportati sulla Scheda del P.A.I.

L'applicazione degli strumenti su indicati permette di identificare i diversi livelli di intensità di cure sanitarie e di intensità delle cure sociali, cui attribuire i rispettivi codici.

### **Piano Assistenziale Individualizzato (P.A.I.)**

Basato su modalità condivise e confrontabili per la loro predisposizione, tenendo conto della metodologia di lavoro per progetti ben identificata dall'art. 2 del Dpcm 14 febbraio 2001, e tale per cui alla valutazione del bisogno (corredata da fattori osservabili e misurabili) deve far seguito la definizione dei risultati attesi, anch'essi misurabili in sede tecnica e, per quanto possibile, anche in sede di valutazione partecipata di efficacia con la persona utente e la sua famiglia.

Nei progetti personalizzati viene identificata la Intensità assistenziale in funzione della natura e complessità del bisogno. La stessa viene definita sulla base della quantità e qualità delle risorse (professionali e di altra natura) impiegate per l'attuazione del progetto personalizzato.

Nel P.A.I. dovranno essere indicati:

- i bisogni sanitari e gli interventi previsti, con l'individuazione delle figure professionali coinvolte, dei loro compiti e della periodicità dei trattamenti
- i bisogni sociali e le azioni previste, con l'individuazione delle parti coinvolte e degli strumenti necessari
- il "case manager", ossia del responsabile del caso, (MMG dell'Assistito, o altra figura professionale del Sistema delle Cure Domiciliari, su delega del MMG) referente dell'organizzazione e del controllo dell'applicazione del P.A.I. nel singolo caso.
- il "caregiver";
- gli obiettivi e la durata del trattamento
- la periodicità della verifica intermedia dell'applicazione del P.A.I. con l'individuazione degli indicatori specifici
- le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi
- il P.A.I. deve essere sottoscritto dal Paziente e/o da un familiare

Si prevede l'istituzione di una cartella ADI con diario unico che deve rimanere a domicilio del Paziente fino a chiusura del caso; su tale cartella devono essere riportati tutti gli accessi (con indicazione dei tempi) e gli interventi effettuati.

Il modello di cartella da adottare sarà elaborato dal gruppo di coordinamento regionale delle CD della ASR Abruzzo, in collaborazione con i referenti aziendali comunicati dalle ASL.

### **Case manager**

Il "Responsabile del caso" è un operatore che si assume la responsabilità del controllo dell'attuazione degli interventi previsti nel programma assistenziale personalizzato (è il garante del piano assistenziale individualizzato). E' colui che ha in mano il controllo della fase operativa dell'ADI, verificando chi ha fatto che cosa, con quale frequenza, in che modo, in che tempi, ecc.. Rappresenta anche il primo riferimento "organizzativo" per l'assistito, la sua famiglia e gli operatori dell'équipe assistenziale. Il responsabile del caso tutela indirettamente l'assistito poiché tutelando il piano assistenziale e individualizzato si fa garante della modalità di lavoro per obiettivi e quindi del raggiungimento degli obiettivi assistenziali stessi. E' quindi una figura di raccordo all'interno dell'équipe assistenziale, garantendone l'integrazione, tenendo le fila della comunicazione tra i suoi membri e assicurando che gli interventi assistenziali sul singolo caso siano effettuati in maniera coordinata senza sovrapposizioni, intralci reciproci e/o vuoti di assistenza.

Visto l'impegno che tale funzione richiede, il responsabile del caso di regola può seguire un numero limitato di casi.

Il responsabile del caso viene individuato dall'unità valutativa distrettuale nella prima riunione di

valutazione ed è alla stessa UVM che deve direttamente rispondere del suo operato

Allo scopo di fornire ogni utile elemento di valutazione per il singolo caso ,partecipa anche alle sedute dell'unità valutativa per la verifica e l'eventuale revisione del programma assistenziale personalizzato. Cura inoltre il rapporto con la famiglia dell'utente con il referente familiare fornendo la più ampia informazione sul programma assistenziale che deve essere dalla famiglia pienamente condiviso, al fine di attivare la massima collaborazione e di raccogliere tutte le indicazioni utili e/o le richieste di aiuto e di supporto.

### **Trattamento**

La Unità operativa delle Cure Domiciliari del distretto, ricevuta la richiesta per il tramite del P.U.A. attiva i relativi percorsi assistenziale con la tempistica e le modalità di seguito esplicitate:

- convocazione della U.V.M. e valutazione del caso entro 48 ore dalla richiesta;
- inizio dell'erogazione del servizio entro le successive 48 ore ed apertura della relativa cartella clinica; nella cartella clinica, della cui tenuta è responsabile il "care manager", sono riportati tutti gli interventi effettuati ed i parametri clinici rilevati; all'atto della dimissione va completata mediante la compilazione della Scheda di Dimissione Cure Domiciliari e archiviata a cura del Servizio Distrettuale per le Cure Domiciliari;
- attiva le figure professionali coerentemente alla tipologia ed alla frequenza dei trattamenti indicati nel P.A.I.
- l'unità operativa distrettuale per le Cure Domiciliari provvede inoltre all'approvvigionamento dei farmaci, attraverso le farmacie ospedaliere ed alla fornitura dei presidi necessari per i trattamenti;
- l'erogazione delle cure domiciliari deve essere garantita nelle ore e nei giorni previsti dal relativo profilo di cura
- al paziente in ADI va garantita la facilitazione all'utilizzo di attività diagnostiche e di laboratorio, nonché alla prestazione specialistica ambulatoriale o domiciliare. Il Direttore di Distretto individua e formalizza corsie preferenziali;
- nel caso di dimissioni protette bisogna garantire un raccordo con l'ospedale che preveda corsie preferenziali per una eventuale riospedalizzazione del Paziente.
- l'erogazione dei farmaci avviene attraverso una modulistica specificamente dedicata

### **DIMISSIONE**

All'atto della dimissione va compilata l'apposita scheda (allegato 5) che, analogamente alla scheda di dimissione ospedaliera (SDO), raccoglie tutti i dati relativi al ciclo di cure domiciliari effettuate.

I dati delle suddette schede saranno raccolte su supporto informatico, nel rispetto della vigente normativa sulla Privacy, ai fini della realizzazione di un flusso informativo regionale.

Si individuano le seguenti modalità di dimissione:

- Dimissione per raggiungimento degli obiettivi previsti dal P.A.I. a seguito di verifica da parte della UVM
- Dimissione per trasferimento ad altro regime assistenziale ( RSA, CR) disposta dalla UVM in seguito a riscontro, in sede di valutazioni intermedie o finali, di impossibilità di raggiungimento degli obiettivi del P.A.I. con l'assistenza domiciliare, o a seguito di mutate condizioni sociosanitarie.
- Dimissione per ricovero in ospedale a seguito del verificarsi di condizioni cliniche non gestibili a domicilio.
- Dimissione per decesso

### **SISTEMI DI SUPPORTO**

#### **SISTEMI INFORMATIVI**

Al fine di attuare il monitoraggio puntuale del Sistema Cure Domiciliari nella Regione Abruzzo, relativamente alla sua implementazione ed alla adozione delle Linee guida regionali, nonché alla valutazione economica di tale linea di attività, viene istituito un flusso informativo per tutte le tipologie di assistenza previste e per i corrispondenti indicatori.

A tale scopo si prevede

- l'adeguamento dei sistemi informatici aziendali finalizzato alla gestione informatizzata delle Cure Domiciliari
- l'adozione della scheda di dimissione delle Cure Domiciliari per gli Assistiti in A.D.I.
- L'adozione di un sistema di reporting relativamente agli indicatori di attività e di qualità
- produzione di report di contabilità analitica

### **1.5.1 Indicatori**

Gli indicatori sotto elencati sono da considerarsi su base annuale.

#### **Indicatori di attività/risultato**

- Numero dei distretti che erogano tutte le tipologie di Cure Domiciliari/totale distretti della ASL
- Numero Assistiti in ADP >65 aa/totale popolazione >65aa
- Numero Assistiti in ADP >65aa/totale Assistiti >65aa in carico ad ogni Medico di MG
- Numero di attivazione di CD di I e II livello Assistiti >65aa/totale popolazione >65aa
- Numero di attivazione di CD di I e II livello Assistiti >65aa/totale Assistiti >65aa in carico ad ogni Medico di MG
- Numero di attivazione di CD di I e II livello Assistiti >75aa/totale popolazione >65aa
- Numero di attivazione di CD di I e II livello Assistiti >65aa/totale Assistiti >75aa in carico ad ogni Medico di MG
- N. annuo di giornate di Cure palliative a malati terminali livello per deceduti a causa di tumore
- N. di Assistiti nei quali il tempo massimo di attesa tra segnalazione e presa in carico domiciliare è < o = a 3gg/N. Assistiti curati a domicilio con assistenza conclusa
- Tasso Dimissioni Protette Assistiti >65aa : numero di attivazione Dimissioni Protette Assistiti >65aa/totale dimissioni da ospedali per acuti di Pazienti >65aa
- Tasso di dimissioni per decesso nelle CD di I e II livello : numero di Assistiti dimessi per decesso/numero totale Assistiti nelle tipologie di CD di I e II livello
- Tasso dimissioni per raggiungimento degli obiettivi terapeutici nelle CD di I e II livello : numero di Assistiti dimessi per raggiungimento degli obiettivi terapeutici/numero totale Assistiti nelle tipologie di CD di I e II livello
- Tasso dimissioni per trasferimento in residenza nelle CD di I e II livello : numero di Assistiti dimessi per trasferimento in residenza /numero totale Assistiti nelle tipologie di CD di I e II livello
- Tasso dimissioni per ricovero in ospedale nelle CD di I e II livello : numero di Assistiti dimessi per ricovero in ospedale/numero totale Assistiti nelle tipologie di CD di I e II livello
- Rapporto totale ore assistenza infermieristica in appalto/totale ore erogate da personale dipendente
- Rapporto totale ore fisioterapia in appalto/totale ore erogate da personale dipendente
- 

#### **Altri Indicatori**

- N. Ambiti Sociali che hanno stipulato accordi per l'integrazione sociosanitaria con la ASL / totale Ambiti Sociali del territorio della ASL
- Esistenza accordi con le associazioni di volontariato
- Numero di ore di formazione del personale organizzata dall'Azienda
- Numero di unità di personale che hanno partecipato ad attività di formazione
- Esistenza di un sistema di rilevazione del grado di soddisfazione dell'Utenza

Nel corso dell'anno 2007 sarà applicato in via sperimentale un modello di analisi multidimensionale finalizzato alla verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate nell'ambito delle C.D. Integrate.

### ***SISTEMA FORMATIVO***

Ciascuna ASL deve prevedere la programmazione di un'attività continua di formazione per gli operatori coinvolti nel Sistema delle C.D. finalizzata all'implementazione del sistema ed all'applicazione dei protocolli integrativi per la gestione delle problematiche relative all'assistenza. Alla suddetta attività dovrà essere destinato almeno l'1% del monte salari del Centro di Responsabilità

### ***SISTEMA PREMIANTE***

Le ASL dovranno prevedere, nell'ambito dei sistemi premianti del Personale, incentivi legati al raggiungimento di obiettivi specifici in relazione agli indicatori di attività/risultato e di qualità previsti per il Sistema delle C. D.

A livello di ASR viene attivato un gruppo di lavoro per formulare una proposta tesa ad individuare un apposito budget finalizzato.

**ALLEGATO 1**

***Al PUA del Distretto Sanitario di \_\_\_\_\_***

<b>SCHEDA DI DIMISSIONE PROTETTA</b>
--------------------------------------

**MEDICO OSPEDALIERO DI**

\_\_\_\_\_  
**(timbro del Reparto)**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ N° tessera sanitaria \_\_\_\_\_

**LUOGO PREVISTO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE:**

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

MOTIVO DEL RICOVERO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DIAGNOSI DI DIMISSIONE

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATA PRESUNTA DI DIMISSIONE \_\_\_\_\_

FAMILIARE DI RIFERIMENTO \_\_\_\_\_

N° DI TELEFONO DEL FAMILIARE \_\_\_\_\_

Firma del familiare di riferimento per avvenuta informazione di avvio di procedura

\_\_\_\_\_

*Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta (nominativo)*

\_\_\_\_\_

**SITUAZIONE ABITATIVA/FAMILIARE IN CUI AVVERRÀ L'ASSISTENZA**

**CASA PRIVATA:**

- ☐ vive da solo
- ☐ vive con il coniuge
- ☐ vive con i figli
- ☐ altro \_\_\_\_\_

## CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE

- **RICOVERI RIPETUTI NEGLI ULTIMI TRE MESI, IN ASSENZA DI SOSTANZIALI VARIAZIONI DELLA STORIA CLINICA** ☐ SI ☐ NO
- **ELEVATO INDICE DI COMORBILITA'** ☐ SI ☐ NO
- **STATO DI COSCIENZA** ☐ orientato ☐ disorientato ☐ coma
- **RESPIRAZIONE** ☐ Autonoma ☐ ventilazione assistita meccanica  
☐ ossigeno: prescrizione \_\_\_\_\_
- **PAZIENTE COLLABORANTE** ☐ SI ☐ NO
- **DEAMBULAZIONE AUTONOMA** ☐ SI ☐ NO
- **ALIMENTAZIONE** ☐ autonoma ☐ sondino nasogastrico ☐ PEG ☐ TPN  
☐ altro (specificare) \_\_\_\_\_
- **CONTINENZA URINARIA** ☐ SI ☐ NO (dispositivi utilizzati)  
☐ Pannolini  
☐ Catetere vescicale: tipo \_\_\_\_\_  
data ultimo posizionamento \_\_\_\_\_  
☐ altro \_\_\_\_\_
- **CONTINENZA FECALE** ☐ SI ☐ NO
- **PORTATORE DI STOMIA** ☐ NO ☐ SI (modello e misura) \_\_\_\_\_
- **EVACUAZIONE SPONTANEA** ☐ SI ☐ NO specificare le modalità \_\_\_\_\_
- **PRESENZA DI ACCESSO VENOSO CENTRALE**  
☐ NO ☐ SI (tipo e gestione) \_\_\_\_\_
- **LESIONI DA DECUBITO** ☐ NO ☐ SI  
Sede \_\_\_\_\_  
Grado \_\_\_\_\_

## PREVISIONE BISOGNI ASSISTENZIALI PER LA DIMISSIONE

AUSILI/PROTESI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MEDICAZIONI – Tipo

\_\_\_\_\_

Frequenza prevedibile \_\_\_\_\_

*Terapia proposta:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*NOTE* \_\_\_\_\_

Data Timbro e Firma Medico di Reparto

\_\_\_\_\_

Caposala

\_\_\_\_\_

Tel. Di riferimento e FAX

\_\_\_\_\_



## ALLEGATO 2

**Al PUA del Distretto Sanitario di \_\_\_\_\_**

## SCHEDA ATTIVAZIONE CURE

**MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

**(timbro del Medico)**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA	N° tessera sanitaria
-----------------	----------------------

**LUOGO PREVISTO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE:**

INDIRIZZO

FAMILIARE DI RIFERIMENTO

N° DI TELEFONO DEL FAMILIARE

Firma del familiare di riferimento per avvenuta informazione di avvio di procedura

*Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta (nominativo)*

**SITUAZIONE ABITATIVA/FAMILIARE IN CUI AVVERRA' L'ASSISTENZA**

**CASA PRIVATA:**

- ☐ vive da solo
- ☐ vive con il coniuge
- ☐ vive con i figli
- ☐ altro

## CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE

- **RICOVERI RIPETUTI NEGLI ULTIMI TRE MESI, IN ASSENZA DI SOSTANZIALI VARIAZIONI DELLA STORIA CLINICA**    ☐ SI   ☐ NO
- **ELEVATO INDICE DI COMORBILITA'**    ☐ SI    ☐ NO
- **STATO DI COSCIENZA** ☐ orientato   ☐ disorientato   ☐ coma
- **RESPIRAZIONE** ☐ Autonoma   ☐ ventilazione assistita meccanica  
☐ ossigeno: prescrizione \_\_\_\_\_

- **PAZIENTE COLLABORANTE** ☐ SI ☐ NO
- **DEAMBULAZIONE AUTONOMA** ☐ SI ☐ NO
- **ALIMENTAZIONE** ☐ autonoma ☐ sondino nasogastrico ☐ PEG ☐ TPN  
☐ altro (specificare) \_\_\_\_\_
- **CONTINENZA URINARIA** ☐ SI ☐ NO (dispositivi utilizzati)  
☐ Pannoloni  
☐ Catetere vescicale: tipo \_\_\_\_\_  
data ultimo posizionamento \_\_\_\_\_  
☐ altro \_\_\_\_\_
- **CONTINENZA FECALE** ☐ SI ☐ NO
- **PORTATORE DI STOMIA** ☐ NO ☐ SI (modello e misura) \_\_\_\_\_
- **EVACUAZIONE SPONTANEA**  
☐ SI ☐ NO specificare le modalità \_\_\_\_\_
- **PRESENZA DI ACCESSO VENOSO CENTRALE**  
☐ NO ☐ SI (tipo e gestione) \_\_\_\_\_
- **LESIONI DA DECUBITO**  
☐ NO ☐ SI  
Sede \_\_\_\_\_  
Grado \_\_\_\_\_

#### PREVISIONE BISOGNI ASSISTENZIALI PER LA DIMISSIONE

AUSILI/PROTESI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MEDICAZIONI-Tipo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Frequenza prevedibile \_\_\_\_\_

Terapia proposta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOTE \_\_\_\_\_

Data Timbro e Firma Medico

Tel. di riferimento e FAX

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ALLEGATO 3****Punto Unico di Accesso****1 - DATI ANAGRAFICI (compilare per tutte le tipologie assistenziali)****COGNOME****NOME**M ☐ F ☐**SESSO****DATA DI NASCITA****COMUNE DI NASCITA****PROVINCIA****TITOLO DI STUDIO****CITTADINANZA****STATO  
CIVILE****COMUNE DI RESIDENZA****VIA****N° CIVICO****DOMICILIO (se diverso dalla  
residenza)****VIA****N° CIVICO****N° TELEFONO DELL'ASSISTITO****N° TELEFONO CELLULARE  
DELL'ASSISTITO****PERSONA DI RIFERIMENTO****N° DI TELEFONO (persona di  
riferimento)****2 - RICHIESTA DI PRESA IN CARICO (compilare per tutte le tipologie assistenziali)**

- ☐ Paziente/Familiari  
☐ Servizi sociali  
☐ MMG/PLS  
☐ Ospedale  
☐ Struttura residenziale extra-ospedaliera  
☐ Dipartimento di salute mentale  
☐ Dipartimento delle dipendenze patologiche  
☐ Altro.....

**3 - TIPOLOGIA DI DOMANDA****3.1- TIPOLOGIA DI DOMANDA SEMPLICE per L'ACCESSO ALLE CURE (valutazione della domanda ed erogazione dell'assistenza)****Attivazione diretta: PRESTAZIONI DI SERVIZIO SOCIALE**

<input type="checkbox"/> PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SOCIALE	
	_____
	_____
	_____
	_____

<b>Attivazione diretta: PRESTAZIONI AMBULATORIALI</b>	
<input type="checkbox"/> PRESTAZIONI SPECIALISTICA AMBULATORIALI	
	_____
	_____
	_____

<b>Attivazione diretta: PRESTAZIONI FARMACEUTICA/PROTESICA</b>	
<input type="checkbox"/> PRESTAZIONI FARMACEUTICA/PROTESICA	
	_____
	_____
	_____
	_____

<b>Attivazione diretta: CURE DOMICILIARI PRESTAZIONALI:</b>	
<b>CURE DOMICILIARI DI TIPO PRESTAZIONALE OCCASIONALE O CICLICO PROGRAMMATO</b>	
Prestazioni:	
	ADP : assistenza domiciliare programmata da parte del MMG/PLS
	Assistenza domiciliare per Bisogno sanitario semplice
	<input type="checkbox"/> Prelievo ematico <input type="checkbox"/> Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.) <input type="checkbox"/> Terapia iniettiva intramuscolare sottocutanea <input type="checkbox"/> Terapia iniettiva sottocutanea <input type="checkbox"/> Cateterismo vescicale (sostituzione periodica) <input type="checkbox"/> Istruzione all'utilizzo di ausili per la deambulazione <input type="checkbox"/> Educazione del caregiver all'utilizzo di ausili per la mobilitazione del paziente <input type="checkbox"/> Educazione del caregiver alla attività di nursing (cure igieniche, somministrazione di terapie, ecc.) <input type="checkbox"/> Educazione del caregiver alla gestione di derivazioni urinarie <input type="checkbox"/> Educazione del caregiver alla gestione di enterosistema <input type="checkbox"/> Educazione del caregiver alla corretta mobilitazione/corretta postura del paziente <input type="checkbox"/> Educazione del caregiver alla prevenzione di lesioni cutanee <input type="checkbox"/> Prescrizione di ausili o protesi <input type="checkbox"/> Consulenza medico specialistica <input type="checkbox"/> Visite programmate del Medico di Medicina Generale
Figure professionali:	
	<input type="checkbox"/> Infermiere :.....minuti di assistenza <input type="checkbox"/> Terapista della riabilitazione:.....minuti di assistenza <input type="checkbox"/> Medico:.....minuti di assistenza

**3.2 - TIPOLOGIA DI DOMANDA COMPLESSA per L'ACCESSO ALLE CURE (invio**

della domanda all'UVM)

**Attivazione UVM: CURE DOMICILIARI INTEGRATE**

**-CURE DOMICILIARI INTEGRATE PRIMO E SECONDO LIVELLO - ADI  
-CURE DOMICILIARI INTEGRATE TERZO LIVELLO E CURE DOMICILIARI  
PALLIATIVE A MALATI TERMINALI**

Richiesta di valutazione multidimensionale e successiva stesura del PAI (piano di assistenza individuale) in sede di Unità di Valutazione Multidimensionale

**Attivazione UVM: RICOVERO IN STRUTTURA RESIDENZIALE :**

RSA : residenza sanitaria  
assistenziale

CR : centro residenziale

**3.3 - TIPOLOGIA DI DOMANDA COMPLESSA per L'ACCESSO ALLE CURE (invio della domanda ad altro soggetto per la presa in carico)**

**Invio della domanda: DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE**

Richiesta di valutazione della domanda e presa in carico da parte del Dipartimento di salute mentale

**Invio della domanda: DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE :**

Richiesta di valutazione della domanda e presa in carico da parte del Dipartimento delle dipendenze patologiche

**Invio della domanda: ENTE LOCALE**

Richiesta di valutazione della domanda e presa in carico da parte dell'Ente locale

**Invio della domanda: AREA MATERNO INFANTILE**

#### 4 - VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

##### 4.1 - DIAGNOSI (compilare per tutte le tipologie assistenziali)

<div></div> <b>PATOLOGIA PREVALENTE CHE DETERMINA L'ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA</b>	<div>□□□□□</div> <b>CODICE ICD-10 CM</b>
<div></div> <b>PATOLOGIE CONCOMITANTI CHE CONDIZIONANO LA PRESA IN CARICO</b>	<div>□□□□□</div> <b>CODICE ICD-10 CM</b>
<div></div> <b>PATOLOGIE CONCOMITANTI CHE CONDIZIONANO LA PRESA IN CARICO</b>	<div>□□□□□</div> <b>CODICE ICD-10 CM</b>
<div></div> <b>PATOLOGIE CONCOMITANTI CHE CONDIZIONANO LA PRESA IN CARICO</b>	<div>□□□□□</div> <b>CODICE ICD-10 CM</b>
<div></div> <b>PATOLOGIE CONCOMITANTI CHE CONDIZIONANO LA PRESA IN CARICO</b>	<div>□□□□□</div> <b>CODICE ICD-10 CM</b>

##### 4.1.1 - CRITERI DI ELEGGIBILITA' PER attivazione diretta CURE DOMICILIARI

##### 4.1.2 - CONDIZIONE DI NON-AUTOSUFFICIENZA E FRAGILITA' (compilare per cure domiciliari\_valutazione scheda ADL e IADL)

ADL	IADL	NON AUTOSUFFICIENZA	FRAGILITA' CLINICA
.....	.....	<input type="checkbox"/> Persona non autosufficiente	<input type="checkbox"/> temporanea <input type="checkbox"/> permanente
		<input type="checkbox"/> persona parzialmente autosufficiente	
		<input type="checkbox"/> persona con limitazione lieve dell'autosufficienza	
		<input type="checkbox"/> persona autosufficiente ma in situazione di rischio socio-sanitario	

##### 4.1.3 - IMPOSSIBILITA' A DEAMBULARE (compilare solo per cure

**domiciliari)**

☐ Impossibilità permanente a deambulare      ☐ Impossibilità temporanea a deambulare

Impossibilità a recarsi in ambulatorio a causa di:

☐ Non autosufficienza      ☐ Abitazione in piano alto e senza ascensore  
☐ Situazione socio-sanitaria e/o ambientale critica con necessità di particolare assistenza (specificare):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4.1.4 - DETERIORAMENTO DELLO STATO COGNITIVO (compilare solo per cure domiciliari)**

☐ Presenza di deterioramento dello stato cognitivo di livello elevato con disturbi del comportamento  
☐ Assenza di deterioramento dello stato cognitivo di livello elevato con disturbi del comportamento

**4.1.5 - VALUTAZIONE DI INDAGINE SOCIALE (compilare per tutte le tipologie assistenziali: valutazione sintetica)**

L'assistito presenta la seguente situazione socio-assistenziale:

CONVIVENTI: ☐ nessuno      ☐ il coniuge      ☐ i figli      ☐ altri

SITUAZIONE FAMILIARE ED ASSISTENZIALE RILEVATA:

☐ SITUAZIONE IDONEA: la persona convive con i familiari che lo assistono, è seguito dai familiari con continuità

☐ PARZIALMENTE IDONEA: ha assistenza saltuaria e/o insufficiente dei familiari/vicini/volontariato

☐ NON IDONEA: privo di assistenza dai parenti, assenza di rapporti con vicinato e/o volontariato

Nucleo abitativo(escluso l'assistito) .....

**5 - PIANIFICAZIONE della tipologia assistenziale di ATTIVAZIONE DIRETTA**

DATA di ATTIVAZIONE DIRETTA della TIPOLOGIA ASSISTENZIALE:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**5.1 - PERIODICITA' DEGLI ACCESSI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (compilare per cure domiciliari prestazionali ADP)**

☐ ogni \_\_\_\_ giorni      ☐ settimanale      ☐ quindicinale      ☐ mensile

☐ dal giorno:

\_\_\_\_\_

☐ presumibilmente per mesi:

\_\_\_\_\_

**5.2 - Eventuali variazioni nella periodicità degli accessi medici (compilare per cure domiciliari prestazionali ADP)**

<input type="checkbox"/> ogni ....giorni	<input type="checkbox"/> settimanale	<input type="checkbox"/> quindicinale	<input type="checkbox"/> mensile	____/____/____
<input type="checkbox"/> ogni ....giorni	<input type="checkbox"/> settimanale	<input type="checkbox"/> quindicinale	<input type="checkbox"/> mensile	____/____/____
<input type="checkbox"/> ogni ....giorni	<input type="checkbox"/> settimanale	<input type="checkbox"/> quindicinale	<input type="checkbox"/> mensile	____/____/____

**5.3 - Eventuali variazioni della TIPOLOGIA ASSISTENZIALE DI ATTIVAZIONE DIRETTA**

DATA	DIVERSA TIPOLOGIA ASSISTENZIALE	MOTIVAZIONE
____/____/____	.....	.....
____/____/____	.....	.....
____/____/____	.....	.....

Data di compilazione

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
—

Timbro Distretto e firma



**Allegato 4 SCHEDE DI VALUTAZIONE****ADL – Index of Independence in Activities of Daily Living**

<b>A - FARE IL BAGNO</b>	
Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo)	<b>1</b>
Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso)	<b>1</b>
Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo	<b>0</b>
<b>B - VESTIRSI</b> (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti, inclusa biancheria intima, vestirsi, uso delle allacciature e delle bretelle)	
Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza	<b>1</b>
Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe	<b>1</b>
Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito	<b>0</b>
<b>C - USO DEI SERVIZI</b> (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi e rivestirsi)	
Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandole al mattino)	<b>1</b>
Ha bisogno di assistenza nell'andare al bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda	<b>0</b>
Non si reca in bagno per l'evacuazione	<b>0</b>
<b>D - SPOSTARSI</b>	
Si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore)	<b>1</b>
Compie questi spostamenti se aiutato	<b>0</b>
Allettato, non esce dal letto	<b>0</b>
<b>E - CONTINENZA</b>	
Controlla completamente feci ed urine	<b>1</b>
Incidenti occasionali	<b>0</b>
Necessita di supervisione per controllo di feci ed urine, usa il catetere, è incontinente	<b>0</b>
<b>F - ALIMENTAZIONE</b>	
Senza assistenza	<b>1</b>
Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane	<b>1</b>
Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parentale	<b>0</b>

**PUNTEGGIO**  
(Range 0 – 6)

**VALUTAZIONE DESCRITTIVA ADL**

- A)** Indipendente nell'alimentarsi, nella continenza, nello spostarsi, nell'uso dei servizi, nel vestirsi e nel fare il bagno.
- B)** Indipendente in tutte le suddette funzioni eccetto una.
- C)** Indipendente in tutte le funzioni eccetto che nel fare il bagno ed in un'altra funzione.
- D)** Indipendente in tutte le funzioni eccetto che nel fare il bagno, nel vestirsi ed in un'altra funzione.
- E)** Indipendente in tutte le funzioni eccetto che nel fare il bagno, nel vestirsi, nell'uso dei servizi, nello spostarsi ed in un'altra funzione.
- F)** Dipendente in tutte le sue funzioni.



### IADL – Instrumental Activities of Daily Living Scale

<b>A - ABILITA' AD USARE IL TELEFONO</b>	
Usa il telefono di propria iniziativa: cerca il numero e lo compone	<b>1</b>
Compone solo pochi numeri ben conosciuti	<b>1</b>
Risponde al telefono, ma non compone i numeri	<b>1</b>
E' incapace di usare il telefono	<b>0</b>
<b>B - FARE LA SPESA</b>	
Si prende cura della spesa e la fa in maniera autonoma	<b>1</b>
E' capace di effettuare solo piccoli acquisti	<b>0</b>
Ha bisogno di essere accompagnato per qualunque tipo di acquisto	<b>0</b>
<b>C - PREPARARE I PASTI</b>	
Pianifica i pasti, li prepara adeguatamente e li serve in maniera autonoma	<b>1</b>
Prepara i pasti solo se gli forniscono tutti gli ingredienti	<b>0</b>
E' in grado solo di riscaldare cibi già pronti, oppure prepara cibi in maniera non costante tanto da non riuscire a mantenere un'alimentazione adeguata	<b>0</b>
Ha bisogno di cibi già preparati e di essere servito	<b>0</b>
<b>D - CURA DELLA CASA</b>	
Riesce ad occuparsi della casa autonomamente o con occasionale aiuto per i lavori pesanti	<b>1</b>
Riesce ad effettuare i lavori domestici leggeri come lavare i piatti, rifare il letto, ecc.	<b>1</b>
Riesce ad effettuare i lavori domestici leggeri, ma non è capace di mantenere un livello adeguato di pulizia	<b>1</b>
Ha bisogno di aiuto per tutte le pulizie della casa	<b>0</b>
E' completamente disinteressato a qualsiasi faccenda domestica	<b>0</b>
<b>E - FARE IL BUCATO</b>	
Lava la propria biancheria	<b>1</b>
Lava solo i piccoli indumenti	<b>1</b>
Tutto il bucato deve essere fatto da altri	<b>0</b>
<b>F - SPOSTAMENTI FUORI CASA</b>	
Viaggia autonomamente, servendosi dei mezzi pubblici o della propria automobile	<b>1</b>
Fa uso di taxi, ma non è capace di usare i mezzi pubblici	<b>1</b>
Viaggia su mezzi pubblici solo se assistito o accompagnato	<b>1</b>
Viaggia in macchina o in taxi solo quando assistito o accompagnato da altri	<b>0</b>
Non può viaggiare affatto	<b>0</b>
<b>G - ASSUNZIONE DEI PROPRI FARMACI</b>	
E' capace di assumere correttamente le medicine	<b>1</b>
E' capace di assumere le medicine solo se in precedenza già preparate	<b>0</b>
E' incapace di assumere da solo le medicine	<b>0</b>
<b>H - USO DEL PROPRIO DENARO</b>	
Provvede in modo autonomo alle proprie finanze (conti, assegni, pagare l'affitto e altre spese, andare in banca) controlla le proprie entrate	<b>1</b>
Provvede alle spese ed ai conti quotidiani, ma ha bisogno di aiuto per le operazioni maggiori (andare in banca, fare assegni, fare grosse spese, ecc.)	<b>1</b>
E' incapace di maneggiare il denaro in modo proprio	<b>0</b>

### VALUTAZIONE COGNITIVA

**PUNTEGGIO IADL:**  
(Range 0 – 8)

**C. I. R. S. (CUMULATIVE ILLNESS RATING)**

<b>SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE (SPMSQ)</b>	
<i>0 se la risposta è esatta, 1 se è errata</i>	
Che giorno è oggi? (mese, giorno, anno)	
Che giorno è della settimana?	
Come si chiama questo posto?	
Qual è il suo indirizzo?	
Quanti anni ha?	
Quando è nato?	
Chi è il Presidente della Repubblica? (o il Papa?)	
Chi era il Presidente precedente? (o il Papa?)	
Qual è il cognome da ragazza di sua madre?	
Sottragga da 20 tre e poi ancora fino in fondo	
<b>TOTALE VALUTAZIONE COGNITIVA</b> (Range 0 – 10)	
<p><i>Nel caso il test non sia somministrabile per la gravità del deterioramento, assegnare punteggio VCOG = 10.</i>  <i>Nel caso non sia somministrabile per altre motivazioni, indicarle di seguito, ed attribuire un punteggio esclusivamente su base clinica.</i></p>	
<div style="text-align: right;">VCOG</div>	

SCALE)

ambito esplorato:	punteggio:				
	1	2	3	4	5
cardiopatie (solo cuore)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ipertensione (si valuta solo la severità: gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
apparato G.I. inferiore (intestino, ernie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
epatopatie (solo fegato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nefropatie (solo rene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sistema muscolo-scheletro-cutaneo (muscoli, ossa, tegumenti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
patologie neurologiche (sistema nervoso centrale e periferico; N.B.: non comprende la demenza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
patologie endocrine e metaboliche (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
patologie psichiatriche-comportamentali (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 = compromissione **assente**; 2 = **lieve** (c'è ma non interferisce con la normale attività, trattamento non necessario, prognosi eccellente: es. ernie, emorroidi...); 3= **moderata** (interferisce con la normale attività, trattamento necessario, prognosi buona: es. colelitiasi, diabete, fratture...); 4= **grave** (produce disabilità, trattamento indilazionabile, prognosi incerta: es. cancro operabile, scompenso cardiaco...); 5= **molto grave** (mette a rischio la sopravvivenza, trattamento urgente, prognosi grave: es. IMA, emorragia G.I., stroke...).

RISULTATI:

**Indice di Severità:** \_\_\_\_\_

(media dei punteggi delle prime 13 categorie, escludendo le patologie Psichiatriche-comportamentali).

**Indice di Comorbidità:** \_\_\_\_\_

(n. delle categorie in cui si ottiene un punteggio  $\geq 3$ , escluse le patologie psichiatriche-comportament.).

## VALUTAZIONE SOCIALE

**SITUAZIONE FAMILIARE E DI INTEGRAZIONE SOCIALE**

CON CHI VIVE	<input type="checkbox"/> SOLO	<input type="checkbox"/> CON IL CONIUGE	<input type="checkbox"/> CON I FIGLI	<input type="checkbox"/> CON ALTRI	
<b>RAPPORTI CON I FAMILIARI</b> grado di parentela	QUOTIDIANI	FREQUENTI	SALTUARI	INESISTENTI	
1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>EVENTUALI SITUAZIONI CONFLITTUALI:</b>					
<b>RAPPORTI CON AMICI E VICINATO</b>	<input type="checkbox"/> OTTIMI	<input type="checkbox"/> BUONI	<input type="checkbox"/> SUFFIC.	<input type="checkbox"/> CARENTI	<input type="checkbox"/> CONFLITT.
<b>COME TRASCORRE LA GIORNATA</b> (attività prevalenti)	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> PICCOLE OCCUPAZ. FAMILIARI	<input type="checkbox"/> HOBBIES	<input type="checkbox"/> CINEMA O TEATRO	<input type="checkbox"/> CIRCOLI O BAR
	<input type="checkbox"/> PARROC- CHIA	<input type="checkbox"/> LAVORI DOMESTICI	<input type="checkbox"/> LETTO / POLTRONA	<input type="checkbox"/> ALTRO	<input type="checkbox"/>
<p align="center"><b>CRITERI DI VALUTAZIONE PER LA SINTESI FINALE</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>SITUAZIONE IDONEA:</b> buon livello di accettazione familiare e sociale</p> <p><input type="checkbox"/> <b>PARZIALMENTE IDONEA:</b> - discreto livello di accettazione familiare e sociale  - rapporti saltuari con il clan familiare e sociale  - rapporti saltuari con il clan familiare e sufficienti rapporti con la comunità</p> <p><input type="checkbox"/> <b>NON IDONEA:</b> conflittuali o inesistenti rapporti con il clan familiare e con la comunità</p>					

**B****SITUAZIONE ASSISTENZIALE**

<b>TIPO DI SOSTEGNO IN ATTO</b> Soggetto che eroga l'intervento: familiari, comune, Asl, volontariato, ecc.)	TIPOLOGIA:	FREQUENZA:

**SE HA BISOGNO DI AIUTO PUO' RICORRERE A:**

<input type="checkbox"/> CONIUGE	<input type="checkbox"/> PARENTI	<input type="checkbox"/> VICINI / AMICI
<input type="checkbox"/> FIGLI	<input type="checkbox"/> VOLONTARIATO	<input type="checkbox"/> PERSONA RETRIBUITA

**BISOGNI SOCIOASSISTENZIALI RILEVATI (specificare)**

<input type="checkbox"/> IGIENE DELLA CASA	<input type="checkbox"/> ASSISTENZA ALLA PERSONA
<input type="checkbox"/> PASTI A DOMICILIO	<input type="checkbox"/> SERVIZIO LAVANDERIA
<input type="checkbox"/> SEGRETARIATO SOCIALE	<input type="checkbox"/> TELESOCORSO
<input type="checkbox"/> COMPAGNIA	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare)

**CRITERI DI VALUTAZIONE PER LA SINTESI FINALE**

☐ **SITUAZIONE IDONEA:** convive con i familiari che lo curano – è seguito dai familiari con rapporti quotidiani o frequenti

☐ **PARZIALMENTE IDONEA:** ha assistenza saltuaria e/o insufficiente dei familiari/vicinato/volontariato

☐ **NON IDONEA:** privo di assistenza dei parenti – rapporti con il vicinato e/o con il volontariato nulli

**C****SITUAZIONE ABITATIVA**

<b>TITOLO DI GODIMENTO DELL'ABITAZIONE</b>	<input type="checkbox"/> PROPRIETA'	<input type="checkbox"/> AFFITTO (Canone mensile €. _____)	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare)
<b>LOCALIZZAZIONE</b>	<input type="checkbox"/> CASA ISOLATA	<input type="checkbox"/> GRUPPO DI CASE	
	<input type="checkbox"/> CENTRO STORICO	<input type="checkbox"/> PERIFERIA	<input type="checkbox"/> FRAZIONE
<b>SERVIZI DI TRASPORTO</b>	<input type="checkbox"/> SUFFICIENTI		<input type="checkbox"/> INSUFFICIENTI
	<input type="checkbox"/> ACCESSIBILI		<input type="checkbox"/> NON ACCESSIBILI
<b>PIANO DELL'ABITAZIONE</b>	<input type="checkbox"/> TERRA	<input type="checkbox"/> 1°	<input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3°
	<input type="checkbox"/> 4°	<input type="checkbox"/> 5°	<input type="checkbox"/> SUP. 5°
<b>ASCENSORE</b>	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
<b>HA UNA STANZA PROPRIA</b>	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
<b>RISCALDAMENTO</b>	<input type="checkbox"/> TERMOSIFONE	<input type="checkbox"/> STUFE	<input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/> NO
<b>SERVIZI IGIENICI</b>	<input type="checkbox"/> INTERNI CON BAGNO O DOCCIA	<input type="checkbox"/> INTERNI SENZA BAGNO O DOCCIA	<input type="checkbox"/> ESTERNI
<b>TELEFONO</b>	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
<b>BARRIERE ARCHITETTONICHE</b>	INTERNE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ESTERNE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<p align="center"><b>CRITERI DI VALUTAZIONE PER LA SINTESI FINALE</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>SITUAZIONE IDONEA:</b> sana, con tutti i comforts, priva di barriere architettoniche</p> <p><input type="checkbox"/> <b>PARZIALMENTE IDONEA:</b> modesto degrado, riscaldamento parziale, barriere architettoniche facilmente eliminabili</p> <p><input type="checkbox"/> <b>NON IDONEA:</b> barriere architettoniche non eliminabili, alto degrado dell'ambiente</p>			

**D**

**SITUAZIONE ECONOMICA**



<b>PENSIONE SOCIALE</b>		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>ASSEGNO ACCOMPAGNAMENTO</b>	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
<p style="text-align: center;"><b>Situazione economica dell'assistito</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>SITUAZIONE IDONEA:</b> buona</p> <p><input type="checkbox"/> <b>PARZIALMENTE IDONEA:</b> sufficiente</p> <p><input type="checkbox"/> <b>NON IDONEA:</b> insufficiente</p> <p style="text-align: center;"><b>Situazione economica del nucleo familiare convivente dell'assistito</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>SITUAZIONE IDONEA:</b> buona</p> <p><input type="checkbox"/> <b>PARZIALMENTE IDONEA:</b> sufficiente</p> <p><input type="checkbox"/> <b>NON IDONEA:</b> insufficiente</p>			

## SCALA DI KARNOFSKY

*Per la valutazione del malato oncologico*

Normale attività; non evidenza malattie	100
Capace di svolgere una normale attività; segni minori di malattia	90
Normale attività con sforzo; qualche segno di malattia	80
Autosufficiente; inabile a svolgere una normale attività lavorativa	70
Richiede assistenza occasionalmente, ma è in grado di adempiere alla maggior parte delle proprie necessità	60
Richiede assistenza particolare e frequente intervento medico	50
Inabile; richiede speciali cure ed assistenza	40
Gravemente inabile; l'ospedalizzazione è indicata anche se la morte non è imminente	30
Molto malato; ospedalizzazione e terapie di supporto necessarie	20
Moribondo; processi fatali rapidamente ingravescenti	10
Morto	0

**INDICE DI KARNOFSKY:**

## SCALA DI BRADEN

	Punti 4	Punti 3	Punti 2	Punti 1
PERCEZIONE SENSORIALE	<b>Lucido e orientato</b> <input type="checkbox"/> (Non deficit sensoriali che limitano la capacità di percepire e dolore e disagio)	<b>Disorientato</b> <input type="checkbox"/> (Risponde agli ordini verbali. Non sempre manifesta disagio o bisogni)	<b>Confuso</b> <input type="checkbox"/> (Limitata percezione di dolore o disagio. Gemiti, agitazione)	<b>Stuporoso o comatoso</b> <input type="checkbox"/> (Non risponde agli stimoli dolorosi)
INCONTINENZA E UMIDITA'	<b>Assente</b> <input type="checkbox"/> (Cute abitualmente asciutte)	<b>Occasionale</b> <input type="checkbox"/> (Cute occasionalmente umide)	<b>Urinaria</b> <input type="checkbox"/> (Cute spesso umide)	<b>Doppia</b> <input type="checkbox"/> (Cute costantemente bagnate)
DEAMBULAZIONE	<b>Cammina da solo</b> <input type="checkbox"/> (Da solo o con presidi, fino a stancarsi)	<b>Cammina con aiuto</b> <input type="checkbox"/> (Richiede assistenza e/o presidi. Trattamenti molto brevi)	<b>Costretto su sedia</b> <input type="checkbox"/> (Richiede assistenza per sedersi)	<b>Costretto a letto</b> <input type="checkbox"/>
MOBILITA'	<b>Non limitata</b> <input type="checkbox"/> (Autonomi e frequenti cambi di posizione)	<b>Poco limitata</b> <input type="checkbox"/> (Richiede poca assistenza per il controllo degli arti o autonomo limitatamente)	<b>Molto limitata</b> <input type="checkbox"/> (Va assistito per cambio posizione. Scarso controllo arti)	<b>Assente</b> <input type="checkbox"/> (Totalmente immobile e senza controllo arti)
ALIMENTAZIONE	<b>Buona</b> <input type="checkbox"/> (Non rifiuta cibo, integrazioni non necessarie)	<b>Discreta</b> <input type="checkbox"/> (Rifiuto occasionale del pasto, abituale integrazione)	<b>Scadenti</b> <input type="checkbox"/> (Raro consumo di un pasto completo e saltuaria integrazione con supplementi)	<b>Pessime</b> <input type="checkbox"/> (Mai un pasto completo, mai supplementi)
FRIZIONE E SCIVOLAMENTO		<b>Assente</b> <input type="checkbox"/> (Mantiene la posizione sia in poltrona che a letto)	<b>Potenziale</b> <input type="checkbox"/> (La minima assistenza può generare frizione. Occasionalmente può scivolare in basso)	<b>Presente</b> <input type="checkbox"/> (La frizione è inevitabile se richiede assistenza, per muoversi scivola in basso)

### ***Per la valutazione della esposizione al rischio di sviluppare lesioni da decubito (LdD)***

Nel caso di dubbi nell'attribuzione del punteggio, conviene sempre attribuire il punteggio più basso.

La somma totale dei punteggi può variare da un massimo di 23 (nessun rischio) ad un minimo di 6 (massimo rischio). L'area di rischio per LdD è compresa tra i punteggi 6 e 16

## ALLEGATO 5

### Scheda di Rilevazione Assistenza Domiciliari (RAD)

## Sezione 1: Dati Anagrafici

_   _   _   Codice Regione EROGANTE EROGANTE	_   _   _   Codice Azienda USL
---	--------------------------------

| \_ | \_ | \_ | Codice Regione di residenza | \_ | \_ | \_ | Codice Azienda  
USL di residenza

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Codice Comune di residenza

[illegible]

Cognome

Nome \_\_\_\_\_

| | | / | | / | | | data di nascita

Sesso:

## 1 Maschio

2 Femmina

Stato civile:

1 celibe/nubile

2 coniuqato/a o convivente

3 separato/a

4 vedovo/a

5 non dichiarato

Cittadinanza:

1 Italiana

2 Unione Europea

### 3 Extracomunitaria

Nucleo abitativo (escluso l'assistito): | \_\_ | \_\_ | Numero dei componenti

Identificativo utente

## Sezione 2: Dati Attivazione/Chiusura dell'assistenza domiciliare

Richiesta di presa in carico:

1 ☐ Apertura convenzionale al 1° gennaio

## 2 ☐ Servizi Sociali

3 ☐ MMG / PLS

4 ☐ Ospedale

## 5 □ Struttura residenziale extraospedaliera

Motivo di dimissione dell'ADI:

1 □ Chiusura convenzionale al 31 dicembre

## 2 □ Completamento del programma assistenziale

3 ☐ Ricovero in Ospedale seguito da decesso

#### 4 □ Decesso a domicilio

## 5 □ Trasferimento in struttura residenziale

6 ☐ Cessazione volontaria (cambio residenza, allontanamento temporaneo, volontà dell'utente, etc.)

|\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| Data della presa in carico (da inserire anche se  
 precedente all'anno considerato)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data della dimissione dell'ADI (se diversa dalla chiusura convenzionale)

|\_\_|\_\_| Numero di valutazioni multidimensionali effettuate nell'anno

### Sezione 3: Diagnosi

Classificazione nosologica relativa alla patologia prevalente che determina l'attivazione

- 1 ☐ Malattie infettive e parassitarie
- 2 ☐ Tumori
- 3 ☐ M. ghiandole endocrine, nutrizione, metabolismo e disturbi immunitari
- 4 ☐ M. sangue e organi emopoietici
- 5 ☐ Disturbi psichici
- 6 ☐ M. sist. nervoso e organi e senso
- 7 ☐ M. sistema circolatorio
- 8 ☐ M. apparato respiratorio
- 9 ☐ M. apparato digerente
- 10 ☐ M. apparato genitourinario
- 11 ☐ Complicazioni gravidanza, parto e puerperio
- 12 ☐ M. pelle e tessuto sottocutaneo
- 13 ☐ M. sistema osteomuscolare e connettivo
- 14 ☐ Malformazioni congenite
- 16 ☐ Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti
- 17 ☐ Traumatismi e avvelenamenti dell'assistenza

Patologia prevalente che determina l'attivazione dell'assistenza

1 |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Codice ICD-9 CM

Patologie concomitanti che condizionano la presa in carico

- 2 |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Codice ICD-9 CM
- 3 |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Codice ICD-9 CM
- 4 |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Codice ICD-9 CM

### Sezione 4: Valutazione dell'assistito\_Autonomia

Attività della vita quotidiana (fare il bagno, mangiare, lavarsi, vestirsi, essere continenti, usare i servizi igienici):

	Valutazione iniziale	Valutazione successiva 1	Valutazione successiva 2	Valutazione successiva 3
Autonomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parzialmente dipendente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Totalmente dipendente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Area mobilità:

	Valutazione iniziale	Valutazione successiva 1	Valutazione successiva2	Valutazione successiva3
Si sposta da solo (eventualmente con ausili)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si sposta assistito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non si sposta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Area cognitiva (disturbi della memoria, orientamento, attenzione):

	Valutazione iniziale	Valutazione successiva 1	Valutazione successiva2	Valutazione successiva3
Gravi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moderati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assenti/Lievi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Area disturbi comportamentali:

	Valutazione iniziale	Valutazione successiva 1	Valutazione successiva2	Valutazione successiva3
Assenti/Lievi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moderati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Area sociale(supporto della famiglia e della rete informale):

	Valutazione iniziale	Valutazione successiva 1	Valutazione successiva2	Valutazione successiva3
Presenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presenza parziale e/o temporanea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### **Sezione 4: Valutazione dell'assistito\_Bisogni assistenziali**

		Valutazione iniziale	Valutazione successiva 1	Valutazione successiva2	Valutazione successiva3
Rischio infettivo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiratori	Broncoaspirazione/ Drenaggio posturale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ossigeno terapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ventiloterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tracheostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentazione	Assistita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Enterale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Parenterale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eliminazione urinaria/intestinale	Manovre per favorire l'eliminazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gestione della stomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterazione del ritmo sonno/veglia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necessità di supporto al care giver		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educazione terapeutica al paziente o al Care giver		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulcere cutanee	1°-2° grado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3°-4° grado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procedure diagnostiche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procedure Terapeutiche	Sottocutanea/intramuscolare /infusionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gestione catetere centrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trasfusioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Controlli del dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità	Terminalità oncologica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Terminalità non oncologica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisogni assistenziali relativi alla disabilità	Trattamento riabilitativo neurologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trattamento riabilitativo ortopedico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trattamento riabilitativo di mantenimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Supervisione continua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Assistenza nelle IADL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Assistenza nelle ADL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Sezione 5: Assistenza erogata

<b>Numero di ricoveri ospedalieri nell'anno</b>	_ _
<b>Trasporti programmati a carico del SSN</b>	_ _
<b>Fornitura relativa all'assistenza protesica</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Assistenza in telemedicina</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Prestazioni socio-assistenziali</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Fornitura relativa all'assistenza integrativa</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Assistenza Farmaceutica ad erogazione diretta</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Contributo economico a totale o parziale carico del Fondo Sanitario Regionale</b>	<input type="checkbox"/>

<b>Numero di ricoveri ospedalieri nell'anno</b>	_ _
<b>Trasporti programmati a carico del SSN</b>	_ _
<b>Fornitura relativa all'assistenza protesica</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Assistenza in telemedicina</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Prestazioni socio-assistenziali</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Fornitura relativa all'assistenza integrativa</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Assistenza Farmaceutica ad erogazione diretta</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Contributo economico a totale o parziale carico del Fondo Sanitario Regionale</b>	<input type="checkbox"/>



## **BIBLIOGRAFIA**

"Progetto Mattoni Assistenza Primaria e Prestazioni Domiciliari".

DPCM 29/11/2001: "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

DPCM 14/02/2001: "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie".

CIRS – *Indice di Comorbilità*.

Parmelee PA, Thuras PD, Katz IR, Lawton MP.

Validation of cumulative illness rating scale in a geriatric residential population.

*J AM Geriatr Soc* 1995;119-126

Indice di Barthel – *Activities of daily living* – *Situazione funzionale*.

Mahoney FI, Barthel D.

Functional evaluation: the Barthel Index.

*Maryland State Med J* 1965; 14: 56-61 ;