



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Oggetto: Riordino delle cure domiciliari e sua strutturazione organizzativa e gestionale.

L'anno duemiladieci il giorno **02 FEB. 2010** del mese di....., nella sede della Direzione Generale dell'ASP di Crotone

IL DIRETTORE GENERALE

Premesso

Che nell'ambito delle cure domiciliari il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.

Che le cure domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 recante "Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria".

Che il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione di un progetto di assistenza individuale sociosanitario integrato.

Che in relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli:

- a) cure domiciliari prestazionali: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo, che non richiedono la "presa in carico" della persona, né la valutazione multidimensionale. Le cure domiciliari prestazionali sono attivate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta o da altri servizi distrettuali;
- b) cure domiciliari integrate (ADI) di I[^] e II[^] livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sino a 5 giorni (I[^] livello) o su 6 giorni (II[^] livello) in relazione alla criticità e complessità del caso. Le cure domiciliari di primo e secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la "presa in carico" della persona e la definizione di un "Progetto di assistenza individuale" (PAI), e sono attivate con le modalità definite dall'azienda anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di

libera scelta assume la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;

c) cure domiciliari integrate a elevata intensità (III[^] livello): costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sui 7 giorni anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al caregiver. Le cure domiciliari ad elevata intensità sono attivate con le modalità definite dall'azienda e richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un "Progetto di assistenza individuale" (PAI). La responsabilità clinica è affidata al medico di medicina generale, al pediatra di libera scelta o al medico competente per la terapia del dolore, secondo gli indirizzi aziendali

Rilevato

che l'attuale servizio di assistenza domiciliare reso dall'azienda nei vari distretti risulta assicurato in maniera frammentaria e non sempre rispondente a criteri di appropriatezza, economicità ed efficienza organizzativa;

Dato atto

che al fine di procedere ad un necessario riordino del servizio di assistenza domiciliare questa azienda con deliberazione n. 73 del 13 maggio 2009, nell'ambito del piano delle attività aziendali 2009, ha provveduto ad adottare le linee aziendali in materia di riordino delle cure domiciliari per come definite nel documento allegato n. 3 del piano delle attività aziendali 2009.

Considerato

Che le linee aziendali in materia di riorganizzazione delle cure domiciliari di cui al citato documento allegato 3 del piano di attività aziendale 2009 si prefiggono l'obiettivo di un riordino delle cure domiciliari finalizzato a superare la frammentarietà delle modalità di erogazione attualmente esistente e a ricondurre ad un sistema unitario di garanzia e di gestione delle cure domiciliari, valorizzando a tal fine anche gli aspetti innovativi presenti negli accordi nazionali e regionali con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali interni che consentono a tali professionisti di concorrere in modo significativo alla realizzazione di nuovi modelli assistenziali, con particolare riferimento all'assistenza domiciliare.

Che gli obiettivi prioritari che si intende raggiungere con il nuovo modello di assistenza domiciliare integrata sono quelli di:

- assistere i pazienti con patologie trattabili a domicilio evitando il ricorso improprio al ricovero in ospedale o nelle strutture residenziali operanti nell'azienda, assicurando comunque la continuità assistenziale.
- mantenere le persone non autosufficienti al proprio domicilio.
- favorire il recupero delle capacità residue di autonomia e relazionali per migliorare la qualità di vita dei pazienti.
- supportare i familiari ed eventualmente trasmettere competenze per un'autonomia di intervento.

Che i destinatari a cui è rivolta principalmente l'assistenza domiciliare sono le persone non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza, in particolare con:

- presenza di patologie in fase terminale.
- riacutizzazioni di patologie croniche.
- dimessi o dimissibili da strutture ospedaliere o residenziali (dimissione protetta).
- bambini con patologie croniche e in particolari condizioni di disagio sociale.
- portatori di gravi disabilità.

Che sul piano organizzativo ed operativo il riordino delle cure domiciliari ha come fondamento prioritario la realizzazione di piani personalizzati di assistenza nonché diversi livelli di intensità assistenziale a domicilio.

Che le caratteristiche intrinseche del nuovo approccio assistenziale delle cure domiciliari sono:

- la valutazione multidimensionale dello stato funzionale del paziente, sulla base di griglie valutative omogenee e standardizzate.
- la predisposizione di un piano personalizzato di assistenza.
- l'assistenza erogata da un'équipe multiprofessionale.

- l'organizzazione assistenziale e la realizzazione del piano di cura, assicurati da un componente dell'équipe, quale responsabile del caso che, in stretta collaborazione con il responsabile terapeutico, ne coordina gli interventi e verifica la coerenza a quanto definito nelle diverse fasi del processo assistenziale.

Ritenuto

che l'assistenza domiciliare integrata si realizza in modo efficace solo se è effettuata in maniera tempestiva e secondo un piano di assistenza personalizzato basato sulla valutazione dello stato funzionale del paziente ed orientato per problemi assistenziali.

che ciò comporta un'attività multiprofessionale ad alta integrazione che richiede necessariamente un coordinamento di tipo organizzativo e di supporto, effettuato da un componente dell'équipe così come descritto nei tre livelli assistenziali indicati in premessa.

che il coordinatore o responsabile del caso individuato, garantisce la realizzazione del piano di assistenza da parte dell'équipe curante che assume la presa in carico del paziente; concorda con il responsabile organizzativo le risorse necessarie; coordina il piano di interventi dell'équipe secondo le modalità organizzative ed operative dei nuclei operativi di assistenza domiciliare di riferimento.

che a seconda delle necessità assistenziali del paziente e quindi della complessità dell'intervento terapeutico da garantire, è prevista, ogni qualvolta necessaria, l'integrazione con lo specialista interessato.

che nell'ambito del piano personalizzato a media ed alta intensità sanitaria viene ricompresa - in quanto costituisce un aspetto complementare della prestazione complessiva assicurata a livello distrettuale al domicilio del paziente con le modalità appresso meglio indicate:

- l'erogazione dei medicinali
- dei dispositivi medici
- dei prodotti per la nutrizione artificiale
- dei presidi sanitari e ausili necessari per l'intero periodo programmato di cure domiciliari, sulla base di protocolli definiti dalla Commissione professionale per le cure domiciliari.

Considerato

Che l'intensità e la complessità degli interventi richiedono periodiche verifiche del piano assistenziale per garantire al paziente l'assistenza più adeguata nei diversi periodi della malattia, sia questa di breve durata che a decorso cronico evolutivo.

Che il responsabile del caso è invece individuato fra i componenti dell'équipe assistenziale che nello specifico piano di cura svolge l'attività assistenziale prevalente.

Che, inoltre, è fondamentale il ruolo dei familiari coinvolti, che svolgono un ruolo importante nella realizzazione del piano assistenziale, al fine di garantire al paziente la continuità assistenziale nelle 24 ore ed il necessario supporto allo svolgimento delle attività della vita quotidiana.

Ritenuto

Che al fine di adeguare l'organizzazione distrettuale delle cure domiciliari per come sopra delineati si rende necessario stabilire:

1. che la sede organizzativa dell'assistenza domiciliare è il Distretto e pertanto in ciascun di essi il direttore di distretto è individuato quale responsabile organizzativo e coordinatore di tutte le attività, le prestazioni e le risorse correlate al nuovo modello di cure domiciliari.
2. che gli elementi indispensabili per la realizzazione delle cure domiciliari, secondo il nuovo modello organizzativo proposto sono:
 - la definizione operativa, previa valutazione multidimensionale dell'accesso alle cure domiciliari.
 - la definizione qualitativa e quantitativa del personale infermieristico che in ciascun distretto dovrà essere utilizzato in via esclusiva al servizio di assistenza domiciliare.
 - la disponibilità e il coinvolgimento operativo e diretto dei medici di medicina generale nonché dei pediatri di base ad assicurare le attività e prestazioni di loro competenza nel nuovo sistema organizzativo delle cure domiciliari.
 - l'apporto e la presenza definita di assistenti sociali dipendenti dall'azienda nelle attività di assistenza domiciliare.
 - la disponibilità e la tempestiva possibilità di attivare gli specialisti ambulatoriali interni oltre che altre risorse proprie delle strutture sanitarie dell' Azienda (es. personale della riabilitazione, educatori, ecc.)

- il collegamento con i dipartimenti ospedalieri ed in particolare con le unità operative che in relazione al piano individuale di assistenza possono concorrere al corretto espletamento delle prestazioni e dei servizi di assistenza domiciliare, (ad esempio: UU.OO. ospedaliere di oncologia, malattie infettive, geriatria e lungodegenza, medicina, ortopedia, SAR, ecc.)
 - l'attivazione in ciascun distretto di un punto di accesso unico alle cure domiciliari.
3. che, anche in considerazione delle esperienze positive realizzate in altre realtà aziendali, elemento importante per favorire la diffusione dell'assistenza domiciliare risulta la disponibilità di risorse integrative offerte dalle Associazioni di volontariato e da altro privato sociale, da definire, con apposite convenzioni, sul piano organizzativo ed operativo a livello aziendale in rapporto alle specifiche esigenze locali.

Ritenuto

Che per migliorare l'attuale organizzazione delle cure domiciliari e per facilitarne l'accesso da parte del cittadino si ritiene importante creare in ciascun Distretto un punto unico di accesso alle cure domiciliari quale riferimento, per i cittadini e gli operatori, in grado di indirizzare i bisogni sanitari e socio assistenziali degli utenti relativamente alle cure erogate presso il proprio domicilio.

Che in ogni caso occorre individuare un centro unico di riferimento per l'accesso alle cure domiciliari sanitarie, al fine di snellire le procedure dell'accesso e migliorare la tempestività di una risposta appropriata ed in grado di attivare direttamente o in via mediata i percorsi necessari per garantire le risposte assistenziali.

Considerato

Che per la popolazione anziana non autosufficiente o a rischio di non autosufficienza la valutazione del bisogno ed il conseguente accesso alla rete dei servizi territoriali è assicurata, nell'ambito del nuovo sistema, dalle unità di valutazione geriatrica territoriale già operative in ciascuno dei distretti dell'azienda.

Ritenuto

Che al fine di assicurare il riordino delle cure domiciliari e strutturare un modello organizzativo unico si rende necessario che in ciascun distretto il direttore dello stesso o suo delegato è individuato quale *Responsabile Organizzativo dell'Assistenza Domiciliare* (ROAD)

Che il responsabile organizzativo dell'assistenza domiciliare assicuri l'erogazione delle cure domiciliari sanitarie e in particolare svolge le seguenti funzioni/attività:

- Presiede la commissione professionale per l'eleggibilità alle cure domiciliari e concorda le risorse necessarie per le attività assistenziali previste dal piano individuale di assistenza domiciliare.
- pianifica con la unità di valutazione territoriale, meglio definita come nucleo operativo di assistenza domiciliare (NOAD), i responsabili delle unità operative territoriali ed ospedaliere coinvolte, l'attività in relazione ai bisogni rilevati e le risorse disponibili e con loro predispone, inoltre, le necessarie verifiche della rispondenza dell'attività agli obiettivi prefissati e pianificati.
- predispone i percorsi organizzativi con le altre strutture sanitarie sia ospedaliere che territoriali per garantire la realizzazione dell'attività integrata da parte dei diversi operatori.

Che al fine di assicurare il riordino delle cure domiciliari si rende necessario che in ciascun distretto sia costituito il *Nucleo Operativo di Assistenza Domiciliare* (NOAD) sopra richiamato e composto, in relazione ai volumi effettivi di attività in assistenza domiciliare, per come di seguito stabilito:

- Medico di medicina generale o pediatra di base del paziente interessato.
- Operatori professionali infermieri ed assistenti sociali in relazione agli effettivi carichi di lavoro da assicurare.
- Medici specialisti ambulatoriali, terapisti della riabilitazione ed altro personale professionale dell'azienda che sono chiamati a far parte dei NOAD in relazione ai fabbisogni assistenziali definiti dal piano individuale di assistenza.

Che, conseguentemente il NOAD si configura come un presidio del distretto finalizzato ad assicurare al domicilio del paziente un'assistenza continuativa e globale, nell'arco delle ore programmate nel piano individuale di assistenza e attraverso modalità organizzative concordate a livello distrettuale in rapporto alle caratteristiche e disponibilità locali.

Le associazioni di volontariato con competenza tecnico-professionale possono essere inserite nella realtà distrettuale, ad integrazione e supporto dell'assistenza erogata dai medici di medicina generale, per garantire prestazioni e/o presidi non disponibili nel contesto organizzativo locale.

Ritenuto

Che l'attivazione del nuovo modello di assistenza domiciliare richiede l'approfondimento dei principali aspetti dell'assistenza domiciliare integrata quali: la valutazione multidimensionale ai fini della eleggibilità in ADI del paziente, nonché l'individuazione e l'implementazione del piano assistenziale individuale.

Che l'efficacia dell'assistenza infatti, comporta che i professionisti e le unità operative coinvolte operino secondo criteri predefiniti basati sul lavoro interdisciplinare e finalizzato all'unicità del processo assistenziale.

Che il coordinamento per garantire una omogenea realizzazione delle cure domiciliari è assicurato in ciascun ambito distrettuale da una apposita Commissione Professionale per le cure Domiciliari (CPD).

Che la Commissione professionale per le cure domiciliari (CPD) è composta oltre che dal direttore del distretto (o suo delegato) che la coordina, dai componenti dei NOAD distrettuali

Che alla Commissione professionale per le cure domiciliari compete in particolare:

- la definizione dei criteri di eleggibilità per la presa in carico del paziente in assistenza domiciliare e la individuazione dei gradi di intensità assistenziale che connotano i diversi livelli di intensità.
- la predisposizione di strumenti comuni per la valutazione multidimensionale.
- l'elaborazione di protocolli e del piano terapeutico-assistenziale individuale, ivi compresa l'individuazione dell'elenco dei farmaci, dei dispositivi medici, dei prodotti per la nutrizione artificiale dei presidi sanitari e ausili esclusivamente compresi nel Piano Terapeutico Aziendale Domiciliare (PTADI) ritenuti necessari ed appropriati ed erogati direttamente ed in via esclusiva dall'azienda attraverso le strutture organizzative del servizio farmaceutico territoriale secondo modalità che prevedano per quanto riguarda l'assistenza domiciliare relativa a atologie che richiedono l'uso di presidi e / o farmaci per la cura di lesioni di continuo cutanei ivi comprese la piaghe da decubito ovvero la somministrazione di farmaci che richiedono l'intervento infermieristico la fornitura domicilio del paziente dal personale infermieristico dell'adi al quale il servizio farmaceutico territoriale provvederà a fornire i materiali necessari per la cura del caso in esame secondo le indicazioni della CPD.
- l'individuazione e la verifica degli standard assistenziali e dei requisiti organizzativi, ivi compreso il numero degli accessi ai domicili dei componenti dell'equipe assistenziale.

Che in particolare per la valutazione multidimensionale la Commissione dovrà approfondire:

- gli strumenti di valutazione multidimensionale più adeguati, nonché la verifica dell'adesione ai protocolli individuati e la conseguente formazione per il personale assegnato alle cure domiciliari
- la verifica della corretta applicazione degli strumenti adottati
- la verifica dell'efficacia degli strumenti di valutazione multidimensionale adottati.

Che per garantire uniformità di accesso alle cure domiciliari tutte le richieste di assistenza domiciliare dovranno pervenire al punto unico di accesso alle cure domiciliari del distretto redatte su apposito modulo predisposto dall'azienda per come indicato nell'allegato A) del presente provvedimento.

Ritenuto

Di disciplinare la documentazione sanitaria e l'erogazione diretta di farmaci e presidi necessari per l'assistenza domiciliare stabilendo che:

- tutta l'attività svolta dagli operatori coinvolti al domicilio del paziente è rilevata in un unico documento (*Cartella integrata per l'assistenza domiciliare*), che, rappresenta lo strumento indispensabile per la efficace realizzazione del piano personalizzato di assistenza.
- il modello di cartella integrata sanitaria e socio-assistenziale orientata per problemi, per l'assistenza domiciliare e definito per come indicato nell'allegato B) del presente provvedimento.
- Il tesserino individuale del paziente in ADI dal quale si evinca il piano assistenziale, ivi compresa la composizione del NOAD, la cadenza e la tipologia degli accessi, le prescrizioni posologiche e la tipologia della fornitura dei farmaci e dei presidi;

- nell'ambito delle cure domiciliari, gli operatori addetti all'assistenza dovranno fornire direttamente al domicilio dell'assistito i materiali per medicazione e i farmaci per i quali è necessario l'intervento infermieristico e tramite i servizi farmaceutici territoriali aziendali presenti in ciascun distretto, tutti gli altri farmaci ed i presidi necessari per l'assistenza domiciliare.
- Le prescrizioni dei farmaci e dei presidi da parte della CPD potrà esclusivamente avvenire nell'ambito di un apposito Prontuario Terapeutico Aziendale per l'ADI (PTADI), la cui stesura sarà definita con successivo atto di determina del Direttore del Dipartimento Tecnico di Coordinamento dell'Area Territoriale entro 10 giorni dall'adozione del presente atto, su proposta di un'apposita Commission presieduta dal Direttore Sanitario Aziendale e costituita dal ROAD, dal Direttore del Servizio Farmaceutico Territoriale, da uno Specialista in Oncologia, da uno Specialista in Geriatria, da un MMG e da un PLS
- dall'anno in corso costituisce obiettivo prioritario per i direttori di distretto, per il personale medico ed infermieristico e per il personale operante nei servizi farmaceutici territoriali aziendali, assicurare la distribuzione diretta di farmaci e presidi correlati all'ADI.

Ritenuto

Che la realizzazione del nuovo modello di cure domiciliari rende necessaria la formazione e l'aggiornamento degli operatori addetti all'assistenza domiciliare.

Che a livello aziendale sono previste iniziative formative per le figure professionali di riferimento per l'assistenza domiciliare che successivamente in ambito distrettuale si impegnano, nell'ambito dei programmi della formazione permanente, a realizzare iniziative di formazione al personale distrettuale coinvolto nell'assistenza domiciliare integrata.

Che per tali ragioni si ritiene opportuno che l'Azienda individui, quale argomento prioritario di formazione permanente, l'assistenza domiciliare integrata almeno nella fase di prima attuazione.

Ritenuto

Necessario individuare specifici indicatori di verifica del nuovo modello di assistenza domiciliare adottato con il presente provvedimento stabilendo che l'assistenza domiciliare integrata (ADI) ha peculiarità proprie che necessitano di flussi informativi specifici, idonei a descriverne l'attività e a verificarne il raggiungimento dei risultati rispetto agli obiettivi attesi.

Che pertanto si rende necessario attivare uno specifico flusso informativo aziendale, su base distrettuale, rilevato con criteri omogenei, che consenta a livello aziendale la conoscenza e la valutazione dell'assistenza domiciliare integrata superando la frammentarietà e la precarietà dei flussi informativi al riguardo oggi esistenti.

Che a tal fine si rimanda a quanto al riguardo già stabilito nel documento allegato 3 del piano delle attività aziendali 2009, specificando che i flussi informativi ivi previsti ed indicati dovranno pervenire a cura dei direttori di distretto alla direzione aziendale per il tramite della U.O. di epidemiologia dello staff del direttore generale.

Considerato

Che l'assistenza domiciliare è una componente dell'offerta assistenziale presente nel Distretto, per assicurare la continuità delle cure al cittadino nelle sue diverse fasi della malattia ed è inserita nella rete dei servizi:

- sanitari quali i presidi ospedalieri, con particolare riguardo alle unità di lungodegenza post acuta e riabilitazione estensiva, di geriatria, di oncologia, di malattie infettive;
- socio assistenziali di tipo residenziale e semiresidenziale quali: i centri diurni, le strutture protette, le residenze sanitarie assistenziali e le nuove strutture tipo Hospice.

Che per realizzare una efficace integrazione fra i diversi servizi che assicuri la continuità assistenziale è indispensabile che siano definiti dei percorsi semplificati per l'erogazione dei servizi assistenziali in modo adeguato e tempestivo.

Che a questo proposito le diverse unità operative ospedaliere e territoriali sono tenute a concordare e stabilire precise procedure ad esempio per le dimissioni protette dalle unità operative ospedaliere, per l'attivazione delle consulenze specialistiche, per l'accesso ai servizi di diagnostica strumentale, per l'approvvigionamento tempestivo dei medicinali, dei dispositivi medici, dei prodotti per la nutrizione artificiale, dei presidi e ausili necessari, per l'attivazione dell'assistenza domiciliare.

Che i Responsabili Organizzativi delle cure domiciliari distrettuali, i Responsabili dei Servizi Comunali Assistenza Anziani, i Responsabili dei Presidi ospedalieri sono tenuti pertanto a individuare collegialmente i percorsi assistenziali, nonché le modalità operative di comunicazione fra gli operatori interessati.

Ritenuto

che il presente provvedimento, adottato in esecuzione degli indirizzi aziendali in materia di riordino dell'assistenza domiciliare di cui al documento allegato 3 del piano delle attività aziendali 2009, ai fini della sua effettiva realizzazione concreta dovrà essere trasmesso al competente dipartimento macroarea assistenza distrettuale nonché al direttore del servizio farmaceutico territoriale ed ai direttori dei dipartimenti ospedalieri.

Visto

- Il documento allegato 3 del piano delle attività aziendali 2009 adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 73 del 13 maggio 2009.
- La proposta al riguardo formulata dal direttore del servizio aziendale di programmazione e organizzazione sanitaria.
- Il parere favorevole del direttore del dipartimento di coordinamento tecnico assistenza distrettuale
- Le vigenti disposizioni di legge nazionale e regionali in materia nonché i provvedimenti al riguardo adottati dalla Giunta Regionale.

Acquisito

Il parere favorevole del direttore sanitario e del direttore amministrativo

DELIBERA

Per quanto espresso in premessa che qui si intende integralmente ripetuto e confermato di:

1. Adottare con decorrenza immediata il nuovo modello assistenziale delle cure domiciliari dell'ASP di Crotone per come in premessa definito.
2. Stabile che in ciascun ambito distrettuale dell'azienda il direttore di distretto è individuato quale responsabile organizzativo e coordinatore di tutte le attività, le prestazioni e le risorse correlate al nuovo modello di cure domiciliari.
3. Stabilire che al fine di migliorare l'attuale organizzazione delle cure domiciliari e di facilitarne l'accesso da parte degli utenti in ciascun Distretto è attivato un *punto unico di accesso alle cure domiciliari* quale riferimento per i cittadini e gli operatori anche al fine di snellire le procedure dell'accesso e migliorare la tempestività di una risposta appropriata ed in grado di attivare direttamente o in via mediata i percorsi necessari per garantire le risposte assistenziali.
4. Che per garantire uniformità di accesso alle cure domiciliari tutte le richieste di assistenza domiciliare dovranno pervenire al punto unico di accesso alle cure domiciliari del distretto redatte su apposito modulo predisposto dall'azienda per come indicato nell'allegato A) del presente provvedimento.
5. Stabilire che in ciascun distretto il direttore dello stesso o suo delegato è individuato quale *Responsabile Organizzativo dell'Assistenza Domiciliare* (ROAD) e in particolare svolge le seguenti funzioni/attività:
 - Presiede la commissione professionale per l'eleggibilità alle cure domiciliari e concorda le risorse necessarie per le attività assistenziali previste dal piano individuale di assistenza domiciliare.
 - pianifica con la unità di valutazione territoriale, meglio definita come nucleo operativo di assistenza domiciliare (NOAD), i responsabili delle unità operative territoriali ed ospedaliere coinvolte, l'attività in relazione ai bisogni rilevati e le risorse disponibili e con loro predispone, inoltre, le necessarie verifiche della rispondenza dell'attività agli obiettivi prefissati e pianificati.
 - predispone i percorsi organizzativi con le altre strutture sanitarie sia ospedaliere che territoriali per garantire la realizzazione dell'attività integrata da parte dei diversi operatori.

6. Stabilire che in ciascun distretto è costituito il *Nucleo Operativo di Assistenza Domiciliare (NOAD)* composto, in relazione ai volumi effettivi di attività in assistenza domiciliare, per come di seguito stabilito:
 - Medico di medicina generale o pediatra di base del paziente interessato.
 - Operatori professionali infermieri ed assistenti sociali in relazione agli effettivi carichi di lavoro da assicurare.
 - Medici specialisti ambulatoriali, terapisti della riabilitazione ed altro personale professionale del distretto che sono chiamati a far parte dei NOAD in relazione ai fabbisogni assistenziali definiti dal piano individuale di assistenza.
7. Stabilire che l'attivazione del nuovo modello di assistenza domiciliare richiede l'approfondimento dei principali aspetti dell'assistenza domiciliare quali: la valutazione multidimensionale e professionale ai fini della eleggibilità in ADI del paziente, nonché l'individuazione e l'implementazione del piano assistenziale individuale.
8. Stabilire che il coordinamento per garantire una omogenea realizzazione delle cure domiciliari è assicurato in ciascun ambito distrettuale da una apposita *Commissione Professionale per le cure Domiciliari (CPD)*, composta oltre che dal direttore del distretto (o suo delegato) che la presiede, dai componenti dei NOAD distrettuali (medici geriatri, infermieri e assistenti sociali), medici specialisti (in particolare medico oncologo e geriatra) ed integrata, qualora necessario, da altri professionisti in relazione al fabbisogno assistenziale dei singoli utenti.
9. Stabilirsi che alla Commissione professionale per le cure domiciliari compete in particolare:
 - la definizione dei criteri di eleggibilità per la presa in carico del paziente in assistenza domiciliare e la individuazione dei gradi di intensità assistenziale che connotano nei diversi livelli di assistenza domiciliare il trattamento del paziente.
 - la predisposizione di strumenti comuni per la valutazione multidimensionale.
 - l'elaborazione di protocolli e del piano terapeutico-assistenziale individuale, ivi compresa l'individuazione dell'elenco dei farmaci, dei dispositivi medici, dei prodotti per la nutrizione artificiale dei presidi sanitari e ausili, ritenuti necessari ed appropriati ed erogati direttamente ed in via esclusiva dall'azienda attraverso le strutture organizzative del servizio farmaceutico territoriale, nonché il numero programmato degli accessi dei professionisti presso il domicilio del paziente.
 - l'individuazione e la verifica degli standard assistenziali e dei requisiti organizzativi nonché la definizione del periodo di rivedibilità dell'ammissione in ADI.
10. Stabilire che per la valutazione multidimensionale e professionale la Commissione dovrà utilizzare apposito modello predisposto dall'azienda e di cui all'allegato b) del presente provvedimento.
11. Stabilire di disciplinare la documentazione sanitaria e l'erogazione diretta di farmaci e presidi necessari per l'assistenza domiciliare per come segue:
 - tutta l'attività svolta dagli operatori coinvolti al domicilio del paziente è rilevata in un unico documento (*Cartella integrata per l'assistenza domiciliare*), che, rappresenta lo strumento indispensabile per la efficace realizzazione del piano personalizzato di assistenza.
 - il modello di cartella integrata sanitaria e socio-assistenziale orientata per problemi, per l'assistenza domiciliare e definito per come indicato nell'allegato c) del presente provvedimento costituisce il documento medico legale di riferimento dalla quale si evince la storia clinica del paziente in ADI.
 - Ogni paziente in ADI dovrà essere fornito di un "tesserino individuale del paziente in ADI" dal quale si evince il piano assistenziale, ivi compresa la composizione del NOAD, la cadenza e la tipologia degli accessi, le prescrizioni posologiche e la tipologia della fornitura dei farmaci e dei presidi per come indicato nell'allegato d);
 - nell'ambito delle cure domiciliari, gli operatori addetti all'assistenza dovranno fornire direttamente al domicilio dell'assistito i materiali per le medicazioni e i farmaci per i quali è necessario l'intervento infermieristico o tramite i servizi farmaceutici territoriali aziendali presenti in ciascun distretto, tutti gli altri farmaci ed i presidi necessari per l'assistenza domiciliare tenuto conto delle modalità operative in premessa individuate.
 - Le prescrizioni di farmaci e presidi da parte della CPD potrà esclusivamente avvenire nell'ambito di un apposito Prontuario Terapeutico Aziendale per l'ADI (PTADI) la cui stesura sarà definita con successivo atto di determina del Direttore del Dipartimento Tecnico di Coordinamento dell'Area Territoriale entro 10 giorni dall'adozione del presente

atto , su proposta di un'apposita Commissione presieduta dal Direttore Sanitario Aziendale e costituita dal ROAD, dal Direttore del Servizio Farmaceutico Territoriale, da uno specialista in Oncologia, da uno Specialista in Geriatria, da un MMG e da un PLS.

- dall'anno in corso costituisce obiettivo prioritario per i direttori di distretto, per il personale medico ed infermieristico e per il personale operante nei servizi farmaceutici territoriali aziendali, assicurare la distribuzione diretta di farmaci e presidi correlati all'ADI.

12 .Stabilire che la realizzazione del nuovo modello di cure domiciliari rende necessaria la formazione e l'aggiornamento degli operatori addetti all'assistenza domiciliare e pertanto a livello aziendale sono previste iniziative formative per le figure professionali di riferimento per l'assistenza domiciliare che successivamente in ambito distrettuale si impegnano, nell'ambito dei programmi della formazione permanente, a realizzare iniziative di formazione al personale distrettuale coinvolto nell'assistenza domiciliare integrata.

11. Stabilire di attivare uno specifico flusso informativo aziendale, su base distrettuale, rilevato con criteri omogenei, che consente a livello aziendale la conoscenza e la valutazione dell'assistenza domiciliare integrata superando la frammentarietà e la precarietà dei flussi informativi al riguardo oggi esistenti, pertanto a tal fine si rimanda a quanto al riguardo già stabilito nel documento allegato 3 del piano delle attività aziendali 2009, specificando che i flussi informativi ivi previsti ed indicati dovranno pervenire a cura dei direttori di distretto alla direzione aziendale per il tramite della U.O. di epidemiologia dello staff del direttore generale.

12. Stabilire che il nuovo modello di assistenza domiciliare adottato con il presente provvedimento è una componente dell'offerta assistenziale presente nel Distretto, per assicurare la continuità delle cure al cittadino nelle sue diverse fasi della malattia ed è inserita nella rete dei servizi per cui le diverse unità operative ospedaliere e territoriali sono tenute a concordare e stabilire precise procedure ad esempio per le dimissioni protette dalle unità operative ospedaliere, per l'attivazione delle consulenze specialistiche, per l'accesso ai servizi di diagnostica strumentale, per l'approvvigionamento tempestivo dei medicinali, dei dispositivi medici, dei prodotti per la nutrizione artificiale, dei presidi e ausili necessari, per l'attivazione dell'assistenza domiciliare.

13. Stabilire che ai fini della sua effettiva realizzazione concreta il presente provvedimento è trasmesso al competente dipartimento macroarea assistenza distrettuale nonché al direttore del servizio farmaceutico territoriale ed ai direttori dei dipartimenti ospedalieri.

14. Stabilire di sottoporre a revisione da parte della CPD tutti gli attuali assistiti in ADI al fine di verificare l'aderenza ai criteri del nuovo modello di cure domiciliari stabilito con il presente provvedimento.

15. Stabilire che la realizzazione degli obiettivi definiti dal presente provvedimento costituisce elemento di valutazione dei direttori di distretto e degli altri operatori delle équipes di assistenza domiciliare anche ai fini della retribuzione di risultato.

Il Responsabile del procedimento: _____

Il Direttore Sanitario Aziendale : _____

Il Direttore Amministrativo: _____

Il Direttore Generale: _____

UFFICIO AFFARI GENERALI

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge all'Albo Pretorio dell'Azienda in data 03 FEB. 2010 con protocollo della U.O. Segreteria Generale n. 08, ed ivi rimarrà per un periodo di dieci giorni.

Crotone, li 03 FEB. 2010

Il Responsabile del procedimento

Flavio Giuseppe Mancuso

Flavio Giuseppe Mancuso

Il Direttore dell'Ufficio

IL DIRETTORE

Ufficio Affari Generali

(Sig. Giorgio Leopoldo FIORICARDI)

Giorgio Leopoldo Fioricardi

Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona

Distretto di _____

Scheda per la Valutazione Multidimensionale per l'Assistenza Domiciliare

SVAMAD

Cartella

Sig./ra

Data di nascita

Tessera sanitaria

Esenzione ticket

Cod. Fiscale

Residenza - via

Tel.

Comune

Distretto Sanitario

Prov.

Medico curante

Tel.

Assistente sociale

Tel.

Persona di riferimento

Tel.

Via

Comune

Tel.

Grado di parentela

Istruzioni

Vanno trascritti tutti i dati identificativi, il nome del Medico, Assistente Sociale e della persona di riferimento con numeri di telefono e indirizzo (solo per la persona di riferimento).

2.Valutazione in sede C.P.D.

Necessità di assistenza sanitaria

Assistenza infermieristica (Vedi scheda "Valutazione Sanitaria")

Prevenzione - trattamento decubiti (Vedi scheda "Valutazione Cognitiva e funzionale")

Potenziale residuo (Da valutare in sede U.O.D.)

poco probabili significativi recuperi di autonomia	0
vi è la possibilità di recuperare l'autonomia (punteggio ≤ 3) in almeno 1 item del Barthel ADL o Mobilità	5
buon potenziale residuo (anche in patologia cronico - degenerativa, se presente sindrome ipocinetica da assistenza inadeguata)	20
elevato potenziale residuo dopo evento acuto, con scarsa probabilità di recupero spontaneo	25

Totale assistenza infermieristica e riabilitativa **vsan**

Supporto della rete sociale (famiglia, privato, vicinato e volontariato)

	Soggetto autonomo	Supporto della rete per soggetto non autonomo		
		Sufficiente	Parzialmente sufficiente o difficoltà di tenuta	Insufficiente
Preparazione dei pasti	0	5	10	10
Pulizia della casa	0	5	5	10
Lavanderia	0	5	5	10
Effettuazione acquisti	0	5	5	10
Alimentazione	0	5	10	20
Bagno	0	5	5	10
Toeletta personale	0	5	10	15
Abbigliamento	0	5	10	15
Uso del WC (o padella o panno)	0	5	15	25
Assunzione di medicinali (se pertinente)	0	5	10	10
Trasferimenti	0	5	15	20
Deambulazione	0	5	10	15
Gestione del denaro	0	5	10	10
Sostegno psicoaffettivo	0	5	10	10
Supervisione diurna	0	5	15	25
Supervisione notturna	0	5	15	25

Totale valutazione della rete sociale **vsoc**

Istruzioni

Nella sezione titolata Necessità di assistenza sanitaria si riporta, sulla prima riga, il punteggio relativo alla voce Assistenza infermieristica (vedi pag.1 della scheda di Valutazione sanitaria)(VIP).

Sulla seconda riga si riporta il punteggio ottenuto alla voce Prevenzione-trattamento decubiti (vedi pag.4 della scheda di Valutazione Cognitiva e Funzionale)(VPIA).

Sulla terza riga, Potenziale residuo (VPOT) si riporta la valutazione della UOD, tradotta in punteggio, relativa alla possibilità di recupero del soggetto in termini di autonomia; è fondamentale che venga compilata in sede UOD dopo attenta valutazione dei pareri espressi dai singoli componenti che, ovviamente, devono aver valutato di persona l'utente interessato.

È necessario utilizzare le indicazioni riportate nel riquadro per attribuire il punteggio corretto.

- punti "0" se non vi è possibilità di recupero funzionale;
- punti "5" se è possibile raggiungere l'autonomia (vedi riquadro) in almeno 1 item della scala Barthel ADL-Mobilità;
- punti "20" in caso di sindrome ipocinetica quale possibile complicanza, anche in corso di patologia cronico-degenerativa, di inadeguata assistenza o di patologia acuta successivamente guarita con esito di ipofunzione globale (es. broncopolmonite, scompenso cardiaco ecc.);
- punti "25" in caso di disabilità grave da evento acuto (es. frattura, ictus ecc.) con esiti trattabili e buone prospettive di recupero ma con scarsa probabilità di recupero spontaneo.

Gli utenti destinatari dei due livelli più elevati di punteggio (20-25) sono tipicamente quelli inseribili in strutture dotate di buon servizio riabilitativo e destinati, spesso, ad essere dimessi a domicilio a miglioramento ottenuto.

Sommare tutti i punteggi e riportare il risultato nella casella apposita (VSAN).

Nella sezione intitolata Supporto della rete sociale (famiglia, privato, vicinato e volontariato) si riporta la valutazione della UOD, tradotta in punteggio, relativa alla possibilità della rete sociale (senza considerare gli interventi dei servizi pubblici o privati convenzionati) di garantire il soddisfacimento dei bisogni realmente presentati dall'anziano; è fondamentale che venga compilata in sede UOD dopo attenta valutazione dei pareri espressi dai singoli componenti i quali, ovviamente, devono aver valutato di persona l'utente interessato.

Per ogni riga (corrispondente ad una funzione), si procede nel seguente modo:

- se il soggetto è autonomo in quella funzione si assegna punteggio "0", barrando la casella corrispondente;
- se il soggetto non è autonomo, si esprime un giudizio sul supporto che la famiglia (e/o il vicinato, il volontariato), eventualmente con il supporto di personale o servizi privati non convenzionati, riescono a garantire per quella funzione:
- nel caso tale supporto sia sufficiente (la funzione è assicurata correttamente) si barra la seconda colonna;
- nel caso il supporto sia parzialmente sufficiente (la funzione è assicurata solo in parte), oppure, pur essendo attualmente sufficiente, la UOD ritenga che vi saranno difficoltà di tenuta nel tempo, si barra la seconda colonna;
- nel caso il supporto non sia sufficiente (la funzione non è assicurata), si barra la terza colonna.

Sommare tutti i punteggi e riportare il risultato nella casella apposita (VSOC).

Si noti che in questa sezione non si tiene conto del ruolo svolto dai servizi pubblici o privati convenzionati, siano questi già attivi al momento della valutazione o attivabili in seguito: infatti i servizi pubblici o privati convenzionati fanno parte della rete dei servizi, il cui accesso deve avvenire tramite UOD o comunque tramite uno dei componenti la UOD (vedi la [DGR 561/98](#)). Pertanto, l'intervento di questi servizi costituisce parte del progetto assistenziale che deve essere formulato o aggiornato dalla UOD al termine della valutazione, e viene registrato nella pagina 4 di questa stessa scheda.

Cartella S.V.A.M.A.D.
3. Profilo dell'autonomia

Situazione cognitiva			
PCOG		VCOG	
01	Lucido		Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 0 - 3
02	Confuso		Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 4 - 8
03	Molto confuso o stuporoso		Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 9 - 10
04	Problemi comportamentali (qualsiasi punteggio SPMSQ)		
Mobilità			
PMOB		VMOB	
1	Si sposta da solo		Punteggio Barthel mobilità = 0 - 14
2	Si sposta assistito		Punteggio Barthel mobilità = 15 - 29
3	Non si sposta		Punteggio Barthel mobilità = 30 - 40
Situazione funzionale (attività di base)			
PADL		VADL	
1	Autonomo o quasi		Punteggio Barthel ADL = 0 - 14
2	Dipendente		Punteggio Barthel ADL = 15 - 49
3	Totalmente indipendente		Punteggio Barthel ADL = 50 - 60
Necessità di assistenza sanitaria			
PSAN		VSAN	
1	Bassa		Punteggio = 0 - 5
2	Intermedia		Punteggio = 10 - 20
3	Elevata		Punteggio ≥ 25
Supporto della rete sociale			
PSOC		VSOC	
1	Ben assistito		Punteggio = 0 - 80
2	Parzialmente assistito		Punteggio = 85 - 160
3	Non sufficientemente assistito		Punteggio = 165 - 240
Istruzioni			
<p>La scheda Profilo dell'autonomia contiene gli spazi destinati a raccogliere la sintesi delle singole valutazioni, distinte in livelli in funzione dei cut-off evidenziati. I singoli punteggi devono essere trasferiti nell'asse di competenza.</p> <p>Per quanto riguarda, in particolare, la sezione relativa alla Situazione Cognitiva, utilizzando sia la rilevazione analitica dell'apposita scheda che ogni altro parametro clinico-funzionale conosciuto dai singoli componenti la UOD, si deve giudicare se eventuali disturbi comportamentali (quali tentativi di fuga, aggressività fisica, sintomi psicotici) siano di tale entità da richiedere un progetto assistenziale specifico con l'adozione di provvedimenti particolari. In tal caso, si giudicano prevalenti i disturbi comportamentali e si assegna il punteggio "4" anziché uno dei precedenti.</p> <p>Il Codice Profilo risulta dall'incrocio dei diversi livelli nei primi 4 assi e si ottiene consultando l'apposita tabella (TABELLA PER L'INDIVIDUAZIONE DEL PROFILO DI AUTONOMIA); viene completato dal livello di supporto della rete sociale.</p>			

Cartella S.V.A.M.A.D.

4. Verbale C.P.D.

Nome

Data di nascita

Sintesi dei problemi attuali rilevati

Sulla base della documentazione agli atti e di quanto emerso dalla valutazione multidimensionale, la Commissione Professionale per le cure Domiciliari prende le seguenti decisioni:

Codifica progetto assistenziale per l'assistenza domiciliare (una sola codifica)

01 Cure domiciliari prestazionali

03 Cure domiciliari integrate 2° livello

02 Cure domiciliari integrate 1° livello

04 Cure domiciliari integrate 3° livello

Piano assienziale di intervento

ACCESSI SETTIMANALI MEDICO MEDICINA GENERALE

ACCESSI

SETTIMANALI
SPECIALISTA

GERIATRA

ONCOLOGO

ALTRO: _____

ALTRO: _____

ALTRO: _____

ACCESSI SETTIMANALI INFERMIERE PROFESSIONALE

ACCESSI SETTIMANALI ASSISTENTE SOCIALE

ACCESSI SETTIMANALI TERAPISTA RIABILITAZIONE

Piano terapeutico di intervento

A) materiale sanitario

quantità

--	--

B) farmaci

--	--

c) dietetici

--	--

Modalità di consegna dei farmaci e del materiale sanitario

Al domicilio del paziente

Presso le sedi del S.F.T.

I componenti della Commissione Professionale per le Cure Domiciliari

Convocati	Presenti	Partecipanti	Firma
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>		
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>		
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		
6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>		
7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>		
8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>		
Il responsabile del caso sarà: <input type="checkbox"/> attivazione <input type="checkbox"/> verifica		Verifica programmata:	
data:		Timbro e firma del responsabile C.P.D	

Istruzioni

Viene dato spazio alla sintesi dei problemi presenti, in particolare quelli non evidenziati a sufficienza dalle scale di valutazione (es: deficit motorio/cognitivo secondario a trattamento farmacologico, ecc.).

La valutazione si concretizza in un progetto assistenziale che deve essere evidenziato nello spazio dedicato e per il quale viene identificato un responsabile del caso con ruolo di attivatore-verificatore. A fine pagina tutti i partecipanti alla valutazione devono controfirmare nello spazio di competenza.

Valutazione Sanitaria S.V.A.M.A.D.

1. Dati generali

Istruzioni

Vanno annotati il cognome e nome dell'utente e la sede di valutazione (domicilio, ambulatorio, ospedale ecc.).

Va evidenziata l'anamnesi, con particolare riguardo alle condizioni cliniche più rilevanti nel condizionare la situazione attuale dell'anziano; queste andranno elencate in ordine decrescente di importanza.

Successivamente va indicato il trattamento (farmacologico e non) in atto specificando il nome commerciale e la posologia.

Vanno evidenziate (barrare la casella contenente il punteggio) le condizioni cliniche-assistenziali proposte che inducono un aumento del bisogno di Assistenza infermieristica; se le singole condizioni proposte non sono presenti barrare la casella "0"; sommare e annotare nella casella apposita (VIP) e, in sede di UOD, trascrivere il risultato a pag. 2 della Cartella SVAMA (vedi le relative istruzioni).

Valutazione Sanitaria S.V.A.M.A.D.

2. Sensorio e comunicazione a

Linguaggio (comprensione)

0 = normale

2 = comprensione non valutabile

1 = comprende solo frasi semplici

3 = non comprende

Linguaggio (produzione)

0 = parla normalmente

3 = si comprendono solo parole isolate

1 = linguaggio menomato, ma esprime comunque il suo pensiero

4 = non si esprime

Udito (eventualmente con protesi)

0 = normale

2 = grave deficit non correggibile

1 = deficit, ma udito adeguato alle necessità personali

3 = sordità completa

Vista (eventualmente con occhiali)

0 = normale

2 = grave deficit non correggibile

1 = deficit, ma vista adeguata alle necessità personali

3 = cecità e bisogno di assistenza

Codifica patologie - estratto ICPC

Identificare fino a 3 patologie principali che concorrono a determinare la situazione di non autosufficienza (da utilizzare a cura del medico curante oppure in sede di U.O.D.)

Malattie generali

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A07 Coma <input type="checkbox"/> Sindrome ipocinetica <input type="checkbox"/> A79 Carcinomatosi (sede primitiva sconosciuta) <input type="checkbox"/> A80 Incidente / Lesione traumatica NSA <input type="checkbox"/> A81 Politraumatismo / Lesioni interne <input type="checkbox"/> A82 Effetti tardivi di un trauma <input type="checkbox"/> A84 Avvelenamento da sostanza medicinale | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A86 Effetti tossici da altre sostanze <input type="checkbox"/> A87 Complicazione chirurgica / trattamento medico <input type="checkbox"/> A89 Conseguenze applicazione protesi <input type="checkbox"/> A90 Anomalie multiple congenite <input type="checkbox"/> A97 Assenza di malattia <input type="checkbox"/> A99 Altre malattie generali / non spec. |
|--|---|

Sangue / Linfatici / Milza

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> B71 Linfadenite cronica / non specifica <input type="checkbox"/> B72 Morbo di Hodgkin <input type="checkbox"/> B73 Leucemia | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> B80 Anemia da carenza di ferro <input type="checkbox"/> B81 Anemia perniciosa / da carenza folati <input type="checkbox"/> B83 Porpora / difetti coagulazione / piastrine |
|--|--|

- B74 Altre neoplasie maligne
- B75 Neoplasie benigne / non spec.
- B78 Anemie emolitiche ereditarie
- B79 Altre anomalie congenite

- B87 Splenomegalia
- B90 Infezione da HIV (AIDS / ARC)
- B99 Altra malattia sangue / linfatici / milza

Sistema digerente

- D17 Incontinenza intestinale
- D70 Diarrea infettiva / Dissenteria
- D72 Epatite virale
- D74 Neoplasie maligne stomaco
- D75 Neoplasie maligne colon / retto
- D76 Neoplasie maligne pancreas
- D77 Altre neoplasie maligne / non spec.
- D81 Anomalie congenite
- D82 Malattie di denti / gengive
- D83 Malattie di bocca / lingua / labbra
- D84 Malattie dell'esofago
- D85 Ulcera duodenale
- D86 Altre ulcere peptiche

- D87 Disturbi funzione gastrica
- D88 Appendicite
- D89 Ernia inguinale
- D90 Ernia diaframmatica / dello hiatus
- D91 Altre ernie addominali
- D92 Malattia diverticolare
- D93 Sindrome del colon irritabile
- D94 Enterite cronica / colite ulcerosa
- D95 Ragade anale / ascesso perianale
- D96 Epatomegalia
- D97 Cirrosi / altre malattie epatiche
- D98 Colecistite / colelitiasi
- D99 Altre malattie del sistema digerente

Occhio

- F74 Neoplasie occhio / annessi
- F81 Altre malattie oculari congenite
- F82 Distacco di retina
- F83 Retinopatia
- F84 Degenerazione della macula
- F85 Ulcera corneale (incl) erpetica

- F91 Errori di rifrazione
- F92 Cataratta
- F93 Glaucoma
- F94 Tutti i gradi / tipi di cecità
- F99 Altre malattie oculari

[Continua alla pagina seguente >>](#)

Istruzioni

Nel quadro Sensorio e comunicazione va evidenziato lo stato funzionale utilizzando gli esempi proposti ed evidenziando (sottolineatura) quello più conforme a quanto rilevato.

L'Elenco codificato delle patologie (codice ICPC) propone un'ampia scelta tra quelle più frequentemente causa di disabilità. Il Medico compilatore deve evidenziare le tre patologie principali causa di deficit funzionale dell'utente. Se ritenuto opportuno, tale evidenziazione può essere effettuata in sede di UOD.

Istruzioni

Nel quadro Sensorio e comunicazione va evidenziato lo stato funzionale utilizzando gli esempi proposti ed evidenziando (sottolineatura) quello più conforme a quanto rilevato.

L'Elenco codificato delle patologie (codice ICPC) propone un'ampia scelta tra quelle più frequentemente causa di disabilità. Il Medico compilatore deve evidenziare le tre patologie principali causa di deficit funzionale dell'utente. Se ritenuto opportuno, tale evidenziazione può essere effettuata in sede di UOD.

Valutazione cognitiva e funzionale S.V.A.M.A. D.**1. Situazione cognitiva**

Nome	Data di nascita
Sede di valutazione	Data

Situazione cognitiva**Short Portable Mental Status Questionnaire (barrare la casella in caso di errore)**

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	
Totale valutazione cognitiva	vcog

Nel caso il test non sia somministrabile per la gravità del deterioramento, assegnare punteggio VCOG = 10. Nel caso non sia somministrabile per altre motivazioni, indicarle di seguito, ed attribuire un punteggio esclusivamente su base clinica (eventualmente previa consulenza specialistica):

VCOG

Nel caso i problemi prevalenti siano quelli comportamentali (ad esempio: pericolo di fuga, o aggressività fisica verso gli altri), specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un'assistenza adeguata:

Nel caso si tratti di soggetti psicogeriatrici, specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un'assistenza adeguata:

Istruzioni

Vanno riportati i dati relativi al paziente e alla sede di valutazione come per le altre schede.
SPMSQ: la somministrazione del test richiede alcune indicazioni di tipo operativo:

- È indispensabile che l'esaminatore assuma un atteggiamento facilitante e non punitivo evitando l'impressione di

"porre sotto esame" l'utente; una parte del test può essere somministrato simulando la richiesta di dati informativi generali utili per compilare una cartella clinica (data di nascita, età, indirizzo, nome della madre) e la restante parte durante la visita intercalando le domande con quesiti generali sullo stato di salute ecc.

- Il luogo di valutazione deve essere tranquillo, confortevole, ben illuminato e se possibile familiare; la posizione dell'esaminatore deve essere frontale per permettere la visione dell'espressione e dei movimenti delle labbra.
- Parlare con tono di voce adatto a superare eventuali problemi uditivi ed utilizzare, se necessario, domande formulate per iscritto.
- Concedere tempo adeguato senza dare l'impressione di essere incalzanti; utilizzare termini non eccessivamente tecnici.
- Non vanno forniti suggerimenti facilitanti.
- Si barra la casella corrispondente a ciascuna risposta errata.
- Vanno considerati errori anche i rifiuti a rispondere.
- La prima domanda è multipla e viene considerata corretta la risposta che sia esatta per almeno 2 dei 3 quesiti.

Sommare gli errori e riportare il risultato nella casella (VCOG).

Se il test non è somministrabile annotare il motivo negli spazi appositi, secondo le istruzioni (es.: grave deficit sensoriale multiplo, coma ecc.).

Le annotazioni relative ai disturbi comportamentali devono essere compilate con molta attenzione; in particolare, deve emergere se siano indispensabili provvedimenti specifici per contenere il problema (ad es.: accessi controllati 24 ore su 24, impossibilità di convivenza con altri soggetti, rapporto operatore/ospite 1:1 in alcune fasi della giornata).

Indice di Barthel - Attività di base**Alimentazione**

Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare i cibi e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.	0
Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc. Non è necessaria la presenza di un'altra persona.	2
Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare il latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro.	5
Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.	8
Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc.)	10

Bagno / doccia (lavarsi)

Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.	0
Necessità di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.)	1
Necessità di aiuto per il trasferimento nella doccia / bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.	2
Necessità di aiuto per tutte le operazioni.	4
Totale dipendenza nel lavarsi.	5

Igiene personale

Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un Uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata a farlo, ma non è necessario che sia in grado di acconciarsi i capelli.	0
In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.	1
Necessità di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.	2
Necessità di aiuto per tutte le operazioni.	4
Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.	5

Abbigliamento

Capace di indossare, togliere, e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto o una protesi.	0
Necessità solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.	2
Necessità di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.	5
Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.	8
Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.	10

Continenza intestinale

Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario.	0
Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma, occasionali perdite.	2
Capace di assumere una posizione appropriata, ma non di eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, e ha perdite frequenti. Necessità di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc.	5
Necessità di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.	8
Incontinente.	10

Continenza urinaria

Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con dispositivi esterni o interni.	0
Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita e necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni.	2
In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario l'aiuto parziale nell'uso dei dispositivi.	5

Incontinente ma in grado di cooperare nell'applicazione di un dispositivo esterno o interno.	8
Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi esterni o interni.	10

Istruzioni

La valutazione funzionale realizzata con il BARTHEL ADL, così come la successiva con il BARTHEL MOBILITÀ, si attua barrando, per ogni tipo di attività (alimentazione, bagno ecc.), la casella corrispondente al livello funzionale più rappresentativo dell'utente.

In generale per una "raccolta dati" di buona qualità sono parimenti importanti sia l'osservazione diretta con test funzionali che le informazioni anamnestiche raccolte dai familiari o altro personale di assistenza.

È fondamentale che, nella raccolta di notizie anamnestiche, gli intervistati, in particolare i familiari, recepiscano l'importanza di fornire un'informazione corretta e non vengano indotti a sovra-sottovalutare i deficit funzionali nella speranza-paura di guadagnare-perdere vantaggi potenziali connessi con l'inserimento in Istituto o altro.

Per tutti i singoli items il livello con punteggio pari a "0" definisce uno stato funzionale ritenuto di completa autonomia. Come metodo consigliabile nella valutazione dell'utente è opportuno leggere attentamente, ogni volta, la descrizione relativa al livello "0" e attribuire tale punteggio se la descrizione è corrispondente o lo stato funzionale è addirittura migliore; in caso contrario si scorrono le definizioni successive e si identifica quella più rappresentativa.
Alimentazione: la valutazione è funzionale diretta e anamnestica.

Può essere valutata la capacità di trasferire, con le posate, del materiale solido di piccole dimensioni (fagioli secchi, riso crudo ecc.) dal piatto ad altri contenitori di piccole dimensioni posti nelle vicinanze. È necessario poter disporre di parte del materiale elencato nella scheda per valutazioni funzionali più fini (vasetti con coperchio apribile, spargisale, bricco porta latte ecc.).

- Bagno-doccia (lavarsi): la valutazione è prevalentemente anamnestica.
- Igiene Personale: la valutazione è anamnestica e, se dubbia, osservazionale diretta facendo eseguire le manovre chieste dal test .
- Abbigliamento: la valutazione deve privilegiare l'osservazione diretta.
- Continenza Intestinale: la valutazione è prevalentemente anamnestica utilizzando al meglio le notizie fornite dal personale dedito all'assistenza e familiari.
- Continenza urinaria: vedi sopra (continenza intestinale).
- Uso del gabinetto: vedi sopra (continenza intestinale); la valutazione utilizza anche quanto rilevato direttamente con il test dell'abbigliamento.

Uso del gabinetto	
Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.	0
Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.	2
Necessita di aiuto per svestirsi / vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani.	5
Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.	8
Completamente dipendente.	10
Totale valutazione funzionale (attività di base)	VADL

**Mobilità
Indice di Barthel**

Trasferimento letto - sedia o carrozzina (compilare anche in caso di paziente totalmente allettato)	
E' indipendente durante tutte le fasi. Capace di avvicinarsi al letto in carrozzina con sicurezza, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina e ritrasferirsi con sicurezza.	0
Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza.	3
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	7
Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.	12
Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'anziano con o senza un sollevatore meccanico.	15

Deambulazione
(funzionalmente valida)

Uso della carrozzina

(utilizzare questa scala solo se il paziente ha punteggio di 15 nella scala "deambulazione" ed è stato addestrato all'uso della carrozzina).

In grado di usare stampelle, bastoni, walker e deambulare per 50 m. senza l'aiuto o supervisione. Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano.	0	
Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia << 50 m. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.	3	
Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili / o per la loro manipolazione.	7	
	Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.); l'autonomia deve essere > 50 m.	10
	Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.	11
Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.	Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.	12
	Capace di spostarsi solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre.	14
Non in grado di deambulare autonomamente.	Dipendente negli spostamenti con la carrozzina.	15

Scale

In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza l'aiuto o supervisione. In grado di usare il corrimano, bastone o stampelle se necessario, ed in grado di portarli con se durante la salita o discesa.	0
In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es. a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.).	2
Capace di salire / scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione per assistenza.	5
Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili).	8
Incapace di salire e scendere le scale.	10
Totale valutazione mobilità	VMOB

Istruzioni

Vale anche per l'indice di BARTHEL MOBILITA' quanto detto in premessa per il Barthel ADL.

È molto importante l'osservazione diretta attuata nelle fasi di avvicinamento alla sede della valutazione (es.: discendere dall'auto) quando la mobilità è totalmente spontanea.

Porre attenzione alla presenza, talora eccessivamente vicariante, di personale o familiari.

È indispensabile disporre di locali e attrezzature idonee a valutare quanto richiesto dai singoli test:

- spazi sufficienti ed idonei con accesso ad una rampa di scale dotate di corrimano e gradini antiscivolo;
- ausili alla deambulazione personali o adattabili alla configurazione fisica dell'utente;
- lettino alto, tutto compreso, tra i 55 e 57 cm. e largo non meno di 80 cm. (modello simile a quello utilizzato per i trattamenti FKT).

I singoli test vengono somministrati nella forma e modo prescritto nella scheda.

Barrare la casella con il punteggio più simile alle capacità dell'utente.

- Trasferimento letto-sedia o carrozzina: se il paziente è totalmente allettato dare il punteggio massimo (15).
- Deambulazione: il punteggio può essere (0-3-7-12-15); ATTENZIONE !! qualora il punteggio attribuibile sia pari a "15" ed il paziente sia stato addestrato all'uso della carrozzina (paraplegico, amputato ecc.) deve essere utilizzato, in modo sostitutivo, il quadro Uso della carrozzina (il punteggio relativo a Deambulazione non è considerato utile per la somma totale).

Valutazione cognitiva e funzionale S.V.A.M.A.D.

4. Prevenzione - trattamento decubiti

Istruzioni

Contiene lo spazio per evidenziare la presenza di eventuali decubiti e, se non presenti, il test di EXTON SMITH per la valutazione del rischio di decubiti che utilizza una valutazione qualitativa o semiquantitativa di 5 parametri (condizioni generali, stato mentale ecc.).

Il punteggio attribuibile a ciascun parametro è evidenziato a fianco di ciascun esempio di riferimento e va riportato nello spazio libero di destra corrispondente.

Condizioni generali si riferiscono alle condizioni clinico-nutrizionali e non allo stato funzionale o cognitivo; vengono proposti i seguenti criteri orientativi per la classificazione:

- Buone e discrete si riferiscono a soggetti in condizioni cliniche, nutrizionali e di sanguificazione normali o poco alterate (es.: creatinemia < 2 mg/dl, albumina sierica > 3.5 g/dl, emoglobina > 12 g/dl ecc). La presenza anche di una sola condizione citata fuori norma fa classificare l'esaminato in una delle categorie successive.
- Scadenti sono quelle dei pazienti con scompenso cardiaco, neoplasie, ascite ecc., creatinemia tra 2 e 5 mg/dl, albuminemia tra 3.5 e 2.5 g/dl, emoglobina tra 12 e 10 g/dl ecc.. Anche una sola condizione può far classificare il soggetto in questa categoria.
- Pessime tutte le condizioni peggiori di quelle citate nella categoria scadenti.

Stato mentale:

- Lucido è riferito ad un paziente con normale orientamento temporo-spaziale.
- Confuso è un paziente con alterato orientamento, eventualmente agitato, ma in grado di relazionare, seppur abnormemente, con l'ambiente.
- Apatico è un paziente che relaziona per breve tempo dopo stimolazione sensoriale (tattile, acustica ecc.) di intensità medio - forte.
- Stuporoso è un paziente con deficit di coscienza stabili che non permettono una relazione con l'ambiente.

Attività: le descrizioni contenute nella scheda sono esaustive.

Mobilità: si intende la mobilità a letto ovvero la possibilità di spostamenti da supino/prono a decubito laterale e i trasferimenti in orizzontale sul piano del letto.

Incontinenza: le descrizioni contenute nella scheda sono esaustive.

Qualora il test di Exton-Smith dia una somma pari o inferiore a 10 oppure (indipendentemente dal punteggio del test) siano già presenti lesioni da decubito di I - II grado si attribuisce il punteggio di "10" (seconda riga del quadro).

Qualora siano presenti lesioni da decubito di III - IV grado (necrosi a tutto spessore con interessamento del sottocutaneo esclusa la zona sottofasciale - III- od oltre questa con lesioni anche ossee, tendinee ecc. - IV), indipendentemente dal punteggio del test, si attribuisce il punteggio previsto nelle ultime due righe del quadro (15-25).

Riportare il punteggio a pag. 2 della Cartella SVAMA (VPJA).

Valutazione sociale S.V.A.M.A.
1. Dati generali e domanda di intervento

Sig./ra		Data di nascita	
Tessera sanitaria	Esenzione ticket	Cod. Fiscale	
Residenza - via		Tel.	
Comune	Distretto Sanitario	Prov.	
Stato civile	1 <input type="checkbox"/> coniugato	2 <input type="checkbox"/> separato/divor	3 <input type="checkbox"/> vedovo <input type="checkbox"/> celibe/nubile
Sesso	1 <input type="checkbox"/> M	2 <input type="checkbox"/> F	
Istruzione	1 <input type="checkbox"/> nessun titolo 2 <input type="checkbox"/> licenza elemen. 3 <input type="checkbox"/> scuola media inf./avviamnto		
	4 <input type="checkbox"/> scuola profess. 5 <input type="checkbox"/> medie superiori 6 <input type="checkbox"/> laurea		
Pensione	1 <input type="checkbox"/> nessuna	2 <input type="checkbox"/> minima/sociale	3 <input type="checkbox"/> altra pensione
Ultima professione			
Invalità civile	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> Indennità accompagn.	1 <input type="checkbox"/> sì 2 <input type="checkbox"/> no 3 <input type="checkbox"/> in attesa
Domanda di intervento (una sola risposta)			
Motivo della domanda		La persona è informata della domanda	
01 <input type="checkbox"/> perdita dell'autonomia		01 <input type="checkbox"/> sì	
02 <input type="checkbox"/> famiglia non in grado di provvedere		02 <input type="checkbox"/> no	
03 <input type="checkbox"/> solitudine			
04 <input type="checkbox"/> alloggio non idoneo			
05 <input type="checkbox"/> altro			
Iniziativa della domanda (una sola risposta)		Tipologia della domanda (una sola risposta)	
01 <input type="checkbox"/> propria		01 <input type="checkbox"/> generica	
02 <input type="checkbox"/> familiare o affine		02 <input type="checkbox"/> assistenza domiciliare	
03 <input type="checkbox"/> soggetto civilmente obbligato		03 <input type="checkbox"/> centro diurno	
04 <input type="checkbox"/> assistente sociale pertinente		04 <input type="checkbox"/> ospitalità temporanea riabilitativa	
05 <input type="checkbox"/> medico		05 <input type="checkbox"/> altra ospitalità temporanea	
06 <input type="checkbox"/> tutore		06 <input type="checkbox"/> accoglimento in residenza	
07 <input type="checkbox"/> altro soggetto			
Medico curante		Tel.	
Persona di riferimento contattabile			
Cognome e nome			
Indirizzo		Comune	
Tel.		Grado di parentela	
Istruzioni			

Contiene i dati anagrafici dell'utente, oltre che dati identificativi dell'anagrafe sanitaria e fiscale.

Sono raccolti i dati relativi a: stato civile, sesso, istruzione, tipologia pensionistica, professione svolta, e godimento dei benefici previsti per gli invalidi civili.

In questo ambito vanno rilevati in particolare a cura del Servizio Sociale competente: le motivazioni che inducono la domanda di valutazione, chi sono i soggetti che attivano concretamente la domanda, il consenso della persona interessata alla domanda di valutazione, in assenza del quale se la persona risulta in grado di intendere e volere la valutazione non può essere effettuata.

Vanno inoltre raccolti il nominativo e il recapito telefonico del medico curante e della persona di riferimento.

Valutazione sociale S.V.A.M.A.

2. Assistenza e alimenti

Parenti tenuti agli alimenti

(nelle ultime righe indicare cumulativamente i parenti esistenti ma non significativi per il progetto assistenziale) (ART. 433 C.C.: coniuge, figli e discendenti prossimi, genitori e ascendenti prossimi, generi e nuore, suoceri, fratelli e sorelle).

Cogn./nome	P ¹	età	Profess.	Ind./tel.	L ²	I ³	Si occupa di ⁴			I ⁵	Si occuperà di ⁴			
							adl	iadl	super visione		adl	iadl	super visione	
1														
2														
3														
..														

Altre persone attive (compreso personale privato)

1														
2														
..														

Legenda

1. Parentela	C = coniuge; FI = figlio / figlia; G = genitore; NO = nonno / nonna; ND = nipote diretto; NI = nipote indiretto; NU = genero / nuora; AL = altro familiare; VI = amici / vicini.
2. Lontananza	C = convivente; V = immediate vicinanze; 15 = entro 15 minuti; 30 = entro 30 minuti; 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora.
3. Intensità attivazione attuale	Indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'assistenza (o lo è stata finora).
4. Si occupa di	Crocettare se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti), iADL (pulizia casa, preparazione pasti, lavanderia), supervisione (diurna e/o notturna).
5. Intensità attivazione possibile	Indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui la persona possa essere presente nell'assistenza per il futuro.

Istruzioni

Contiene i dati descrittivi della rete familiare e sociale.

Tab. Parenti tenuti agli alimenti

Viene richiesta una descrizione analitica di tutti i soggetti tenuti agli alimenti.

Nell'elencazione si indicano preliminarmente i soggetti effettivamente presenti ed attivi nell'assistenza dell'anziano, e successivamente si elencano gli altri tenuti agli alimenti al fine di favorire l'eventuale procedura nel caso di intervento comunale per il pagamento dei servizi.

1. Per tutti i soggetti elencati vanno indicati:

- il grado di parentela (con i codici individuati dalla nota 1),
- l'età,
- la professione,
- l'indirizzo e il telefono

- la lontananza dall'abitazione dell'anziano (secondo i codici individuati dalla nota 2).
- 2.** Per i soggetti effettivamente presenti ed attivi nell'assistenza dell'anziano si evidenziano inoltre:
- 2a.** L'intensità di attivazione attuale di ciascuno rilevando:
- (vedi nota 3) il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui la persona è (o è stata finora) presente nell'assistenza;
 - (vedi nota 4) in che ambiti prevalenti è orientato il suo intervento, in particolare se interviene nell'ambito delle disabilità connesse: alle ADL (bagno, igiene, abbigliamento, alimentazione, trasferimenti), alle iADL (igiene della casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia), alla necessità di supervisione (diurna e/o notturna).
- 2b.** L'intensità di attivazione presunta dalla persona per il futuro, rilevando:
- (vedi nota 5) il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui la persona potrà attivarsi;
 - (vedi nota 4) in quali ambiti prevalenti sarà orientato il suo intervento, in particolare se interverrà nell'ambito delle disabilità connesse: alle ADL (bagno, igiene, abbigliamento, alimentazione, trasferimenti), alle iADL (igiene della casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia), alla necessità di supervisione (diurna e/o notturna).

Si evidenzia che la tenuta/disponibilità della rete familiare può variare al modificarsi delle condizioni sanitarie e quindi la codifica va ridefinita con la famiglia per l'aggiornamento della valutazioni UOD.

Tab. Altre persone attive

Con le stesse modalità descritte per la rete familiare vanno elencate eventuali altre persone presenti nell'assistenza (conoscenti, volontari, personale privato), ad esclusione degli interventi pubblici.

Tab. Assistenza pubblica attiva

Vanno segnati i servizi pubblici già attivi.

Per gli interventi attuati vanno precisate le ore settimanali di intervento ed il numero di interventi settimanali.

Valutazione sociale S.V.A.M.A.
3. Situazione abitativa e reddito

Situazione abitativa	
Titolo di godimento	
1 <input type="checkbox"/> Proprietà	In affitto da:
2 <input type="checkbox"/> Usufrutto	5 a
3 <input type="checkbox"/> Titolo gratuito	5 b
4 <input type="checkbox"/> Non proprio, non in affitto	E' in atto lo sfratto esecutivo? sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Dislocazione nel territorio	
1 <input type="checkbox"/> Servita	
2 <input type="checkbox"/> Poco servita	
3 <input type="checkbox"/> Isolata	
Barriere architettoniche	
1 <input type="checkbox"/> Assenti	Piano
2 <input type="checkbox"/> Solo esterne	Ascensore sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/> Interne	
Giudizio sintetico	
1 <input type="checkbox"/> Abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne / esterne e adeguato al numero di persone)	
2 <input type="checkbox"/> Abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne)	
3 <input type="checkbox"/> Abitazione non idonea (alloggio pericoloso, fatiscente ed antigienico e/o abitazione)	
Note	
... ..	
Situazione economica: reddito mensile	
Reddito totale ell'anziano (inclusa l'eventuale indennità di accompagnamento)	
Risparmi dell'anziano	<input type="checkbox"/> no o inferiori a 2000 € <input type="checkbox"/> fino a 5000 € <input type="checkbox"/> fino a 10000 €

	<input type="checkbox"/> fino a 50000 €
	<input type="checkbox"/> non noti
Spesa per affitto o mutuo	
	<input type="checkbox"/> copertura completa delle spese
	<input type="checkbox"/> nessuna
Ulteriore disponibilità economica mensile dichiarata dai familiari per l'assistenza	<input type="checkbox"/> fino a 500 €
	<input type="checkbox"/> fino a 1000 €
	<input type="checkbox"/> fino a 1500 €
	<input type="checkbox"/> oltre
Integrazione economica del comune per l'assistenza	<input type="checkbox"/> certamente no
	<input type="checkbox"/> possibile
	<input type="checkbox"/> certamente sì

Note

... ..

Istruzioni

Situazione abitativa

Si compone di tre variabili relative a:

- Titolo di godimento dell'alloggio, precisando in caso di affitto la presenza o meno di sfratto esecutivo.
- Dislocazione nel territorio.
- Presenza-assenza di barriere architettoniche

Le tre variabili concorrono a definire un GIUDIZIO SINTETICO articolato su tre possibili alternative. Leggere attentamente le note contenute nei singoli riquadri.

Situazione economica

Vanno rilevati:

- il reddito totale dell'anziano, inclusa l'eventuale indennità di accompagnamento se percepita o anche se riconosciuta e non ancora percepita;
- l'eventuale spesa fissa per affitto o mutuo;
- i risparmi dell'anziano secondo la classificazione indicata nella tabella;
- l'ulteriore disponibilità economica mensile dichiarata dai familiari per l'assistenza;
- la possibile integrazione economica del Comune per l'assistenza.

Valutazione sociale S.V.A.M.A.
4.Valutazione assistente sociale

Valutazione finale dell'assistente sociale

Dato...

Assistente sociale

Nome assistente sociale

Data di compilazione

Firma

Istruzioni

La relazione sociale è indispensabile per passare da una dimensione descrittiva ad una dimensione valutativa che permetta di "individuare" all'interno una specifica storia relazionale e familiare il modo in cui le variabili descritte si esprimono e per comprendere le caratteristiche della domanda espressa dal nucleo familiare e dall'interessato.

REGIONE CALABRIA
ASP
AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI CROTONE
MagnaGrecia

DISTRETTO SANITARIO DI CROTONE
Direttore: dott. Nicola Grillo

DISTRETTO TERRITORIALE DI BASE
A.D.I.

Via Piazza Umberto - 88900 CROTONE - Tel. 0962.903608

CARTELLA CLINICA A.D.I.
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Assistito Sig. _____

N. Cartella

Anno

AS N..... Tess..... Ticket [A] [R]..... Eta'.....
Codice Fiscale.....
Nato Il..... I..... I 19..... a.....
Indirizzo..... Citofono.....
Città..... Tel.....

EMERGENZA

Familiare..... Tel.....
Medico famiglia..... Tel ab.....
Tel st.....

Prima visita (data)..... /..... I..... Ambulatorio Casa Ospedale

Segnalato da: Ospedale Altro Ospedale Medico famiglia Altro

Consapevolezza della malattia: nessuna vaga completa

Referente: familiare paziente

Coscienza della terminalità: nessuna vaga completa

EQUIPE DOMICILIARE

Medico Curante.....

Medico Domiciliare.....

Infermiere Professionale.....

Assistente Sociale.....

Psicologo.....

Volontario.....

STATO CIVILE

Nubile / Celibe Coniugato Separ. / Divor Vedovo/A

Convivente Figli N°

SCOLARITA'

Analfabeta Elementare Media Diploma Laurea Altro

ATTIVITA' LAVORATIVA

Professione.....

In Attivita' Pensionato Disoccupato

Temp. libero.....

RELIGIONE

Cattolica Ateo Altro

Presenza Di Operatori Religiosi Si No

SITUAZIONE ECONOMICA

Buona Adeguata Insufficiente

PENSIONE

Già erogata Si No

In corso di erogazione Si No

Invaldità civile Si No

ABITAZIONE

Proprietà affitto condominio unifamiliare singola

N. stanze..... piano..... ascensore si no

Telefono si no _____

RED

PAZIENTE DIMESSO DA: OSPEDALE

GRADO DI AUTOSUFFICIENZA

	DIPENDENTE	SEMIDIPENDENTE	AUTOSUFFICIENTE
LAVARSI			
VESTIRSI			
ALIMENTARSI			

DEAMBULAZIONE	ALLETTATO
	CARROZZINA
	CAMMINA CON APPOGGIO
	NORMALE

CONTROLLO FECI	STIPSI
	INCONTINENZA
	NORMALE

CONTROLLO URINE	RITENZIONE
	INCONTINENZA
	NORMALE

STATO DI COSCIENZA	DISORIENTATO
	LUCIDO

PRESENZA DI:

- CATETERE VESCICALE TIPO: _____ N. _____ SOSTITUITO IL: _____
- PANNOLONE
- STOMIE TIPO: _____
- DRENAGGI TIPO: _____
- ACCESSO VENOSO PERIFERICO
- ACCESSO VENOSO CENTRALE TIPO: _____ POSIZIONATO IL: _____
MODALITÀ DI LAVAGGIO: _____
- CATETERINO EPIDURALE
- NUTRIZIONE ENTERALE, TRAMITE - SNG POSIZIONATO IL _____
- PEG POSIZIONATO IL _____ DA SOST: _____
- OSSIGENOTERAPIA
- SECREZIONI BRONCHIALI DA ASPIRARE

SCHEDA DEL VOLONTARIO

PAZIENTE: COGNOME:..... NOME:.....

1° Accesso: data: durata:.....

Fine assistenza: data:.....

Numero di accessi settimanali (media).....

Comunicazione con il malato: buona scarsa nulla

Comunicazione con la famiglia: buona scarsa nulla

ACCUDIMENTO DEL PAZIENTE

Igiene e cura personale	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Preparazione pasto	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Aiuto nell'alimentazione	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Aiuto negli spostamenti in casa.	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Accompagnamento in ospedale o ambulatorio	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

COLLABORAZIONE PRATICA ALLA FAMIGLIA

Aiuto pulizia casa:	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Spesa:	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Disbrigo commissioni o pratiche burocratiche:	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Accadimento bambini:	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Sostegno al momento del decesso:	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

Altro:.....
.....
.....

Consegna aiuto economico si no

Integrazione con l'equipe di cura: buona scarsa nulla

Giudizio complessivo sull'esperienza personale riscontrata con il paziente:

- gratificante
- soddisfacente
- coinvolgente
- difficile
- angosciante

PRINCIPALI PROBLEMI RISCONTRATI NEL MALATO E NELLA FAMIGLIA

.....
.....
.....
.....

FIRMA

Dall'inizio Dell'assistenza:

- Igiene Personale: Autosufficiente Non Autosufficiente
Alimentazione: Auto sufficient Non Auto sufficiente
Deambulazione Normale Assistita Impossibile
Decubito Indifferente Preferenziale Obbligatorio
Peso Corporeo Invariato Diminuito Aumentato

Ore di Sonno

Perf. Status (ECOG)

Loc. Dol. .

O.S. (Ore Di Sonno)

Nessuna Ora 0<4 4<8 8 O.S.

P.S. (Performance Status)

- Incapace di lavorare
 In grado di vivere a casa e di occuparsi delle proprie necessità personali
 E' richiesto un certo grado di assistenza

70 Può accudire a se stesso. Incapace di condurre attività normale o di lavoro attivo

60 richiede assistenza occasionalmente, ma è in grado di accudire alla maggior parte delle proprie necessità

50 richiede notevole assistenza e frequenti prestazioni mediche

- Incapace di accudire a sé
 E' richiesto il ricovero ospedaliero
 Progressione rapida della malattia

40 Costretto A Letto. Richiede assistenze e cure speciali

30 In condizioni serie. E' indicata l'ospedalizzazione

20 In condizioni gravi. E' necessaria l'ospedalizzazione ed un intenso trattamento generale di supporto

10 In condizioni gravissime. Progressione rapida della malattia

0 Morto

SCHEDA MEDICA

QUADRO SANITARIO

PAZIENTE: COGNOME.....NOME.....

Anamnesi familiare

Anamnesi fisiologica

Anamnesi patologica remota

Anamnesi patologica prossima.....

ESAME OBIETTIVO

SCHEDA VISITA ASSISTENTE SOCIALE

(.....)

PAZIENTE: COGNOME:..... NOME:.....

Accesso (data, ora, durata).....

QUADRO ABITATIVO

Condominio Piano N..... Ascensore Si No

Altro.....

Locali n°..... N. Servizi..... Interni Esterni Proprietà Affitto

Condizioni igieniche pessime insufficiente discrete buone

Areazione pessime insufficiente discrete buone

Riscaldamento pessime insufficiente discrete buone

Illuminazione pessime insufficiente discrete buone

QUADRO SOCIO-FAMILIARE

<i>nominativo</i>	<i>età</i>	<i>professione</i>	<i>bisogno assistenza</i>	<i>collab</i>	<i>conviv</i>	<i>g. parent</i>
.....
.....
.....

1) Rapporti interpersonali tra le figure parentali.....

2) Rapporti con il vicinato.....

3) Eventuali problematiche familiari.....

4) Capacità relazionale.....

5) Proposte d'intervento.....

6) Situazione economica del nucleo convivente.....

NOTE:.....
.....
.....
.....

L'ASSISTENTE SOCIALE

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____

Io sottoscritto/a _____ familiare del paziente

Acconsento volontariamente ad essere seguito, secondo le indicazioni riportate nel piano assistenziale presente in cartella, presso il mio domicilio dal Servizio Territoriale Distrettuale.

Sono informato/a delle modalità con cui tale servizio viene svolto e, in particolare, del fatto che non è realizzabile una condizione di assistenza costante da parte del personale sanitario o di assistenza, così come presso un presidio ospedaliero.

LA FAMIGLIA E' PARTE INTEGRANTE DEL PROGRAMMA ASSISTENZIALE ed è quindi parte integrante del piano di cura e collabora con l'equipe infermieristica ADI: non potrebbe essere attivato alcun progetto d'assistenza domiciliare senza la presenza di almeno un familiare che si renda disponibile ad essere di riferimento ed a collaborare con il personale di servizio.

Il Medico di medicina Generale di scelta dell'Assistito ha la Responsabilità unica e complessiva del paziente, attiva le eventuali consulenze specialistiche, gli interventi infermieristici e sociali programmati, coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente.

Il servizio ADI si avvale, di personale infermieristico del Distretto Sanitario e di altro personale eventualmente necessario.

Il servizio si svolge con modalità programmata e sono consapevole del fatto che non potranno essere garantiti interventi d'urgenza né una presenza continuativa, presso la mia abitazione, di personale assistenziale.

Durante la notte e nelle ore di non operatività del servizio e comunque in presenza di situazioni e problemi gravi, occorrerà rivolgersi ai servizi sanitari che gestiscono le urgenze (Servizio di Continuità Assistenziale, 118, Pronto Soccorso, Ospedale).

Si rammenta, infine, che alla famiglia è affidata la custodia della cartella clinica, che a chiusura dell'Assistenza Domiciliare Integrata deve essere restituita al Servizio Cure Domiciliare del Distretto.

Ho letto e compreso chiaramente quanto sopra ed ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta di chiarimento.

_____, li, _____

Il Paziente

Il Familiare

