

LINEE GUIDA REGIONALI PER LE CURE DOMICILIARI

I - IL SISTEMA INTEGRATO PER I SERVIZI E GLI INTERVENTI DOMICILIARI

Il sistema per gli interventi ed i servizi domiciliari si ispira al modello della domiciliarizzazione delle prestazioni; (intendendo per domicilio il normale ambiente di vita della persona, sia essa la propria abitazione, sia una struttura comunitaria, casa di riposo o casa protetta a residenzialità permanente) si caratterizza per la forte valenza integrativa delle prestazioni, in relazione alla natura ed alla complessità dei bisogni a cui si rivolge. Si connota per l'unitarietà d'intervento basato sul concorso progettuale di apporti professionali, sanitari e di protezione sociale organicamente inseriti nel progetto assistenziale personalizzato. La continuità assistenziale che il sistema garantisce si basa sulla condivisione degli obiettivi, delle responsabilità e sulla complementarietà delle risorse necessarie per il raggiungimento dei risultati di salute.

Il SISID, come componente organizzativa del più ampio sistema di welfare locale, comprende diversi tipi di assistenza a domicilio che si distinguono per la maggiore o minore intensità assistenziale, per il numero e la competenza professionale specifica degli operatori coinvolti, per il profilo di persona/paziente a cui si rivolgono, per la modalità di lavoro degli operatori, e per il livello operativo territoriale e integrato coinvolto. L'erogazione di prestazioni in regime domiciliare avviene sulla base di valutazioni di convenienza, adeguatezza ed economicità sia per quanto riguarda il sistema dei servizi che per quanto di specifica pertinenza dell'utente. Tale forma d'erogazione di prestazioni non deve essere esclusiva della possibilità dell'utente di fruire di altre prestazioni del sistema dei servizi, rispetto alle quali dovrà essere anzi facilitante, in accordo al modello della presa in carico territoriale.

A) – Sono prestazioni a bassa intensità assistenziale e strumentali del sistema integrato per gli interventi ed i servizi domiciliari innanzi tutto quelle che ai sensi dell'Art.20 punto 3 della L.R.17.07.96 n.26 costituiscono funzioni/attività proprie dei Distretti Sanitari:

- l'assistenza infermieristica domiciliare (AID) quando non fa parte dall'ADI
- l'assistenza riabilitativa domiciliare (ARD) quando non fa parte dell'ADI
- l'assistenza programmata domiciliare da parte dei MMG per assistiti non deambulanti (ADP)
- la visita /consulto specialistico domiciliare (VSD)
- la teleassistenza domiciliare (TD) nelle sue diverse forme di telecontrollo, telesoccorso, teleconsulto e telemedicina
- l'Ossigeno Liquido Terapia Domiciliare a Lungo Termine (OLTI)
- la Dialisi Peritoneale Domiciliare
- l'assistenza Integrativa e Protesica
- le Prestazioni Aggiuntive rese al domicilio del paziente dal medico di medicina generale secondo quanto stabilito dallo specifico Accordo Collettivo Nazionale
- altre forme di assistenze/prestazioni domiciliari (terapia antalgica a domicilio, ecc.

e inoltre quelle previste dal Piano Regionale dei servizi e degli interventi sociali che costituiscono funzioni/attività proprie dei Comuni esercitate al livello degli Ambiti Territoriali.

Il livello operativo delle prestazioni assistenziali e di cura è quello territoriale coincidente con il distretto per le prestazioni sanitarie e con l'Ambito Territoriale per quelle sociali; possono essere attuate anche in forma singola o in semplice associazione tra loro, dagli specifici operatori ad esse

addetti (medico di MG per l'ADP, infermiere per l'AID, medico specialista per la VSD, operatore socio sanitario ed operatore socio-assistenziale). Tra queste prestazioni:

- L'assistenza infermieristica domiciliare, l'assistenza riabilitativa domiciliare, l'Assistenza programmata Domiciliare e la Visita/Consulto Specialistica Domiciliare sono rivolte a soggetti in condizioni di temporanea o permanente impossibilità ad accedere allo studio del medico di medicina generale o agli

ambulatori dei presidi distrettuali o poliambulatoriali (assistiti non ambulabili o con oggettivi impedimenti di natura sociale e/o sanitaria). Tale impossibilità può essere dovuta a vari motivi quali ad esempio: grandi anziani con deficit della deambulazione, portatori di protesi agli arti inferiori con gravi difficoltà a deambulare, impossibilità ad essere trasportato con mezzi comuni in ambulatorio (ad es. paz. non autosufficiente abitante in un piano alto e senza ascensore), tipo di patologia condizionante una grave difficoltà a deambulare, donna in gravidanza con minaccia d'aborto, ecc.

- L'attivazione di queste tipologie assistenziali avviene per opera del Medico di Medicina Generale tramite il modulo unico di attivazione del sistema integrato per i servizi e gli interventi domiciliari di cui all'allegato 3, specificando il tipo di assistenza da attivare. Detto modulo andrà di volta in volta accompagnato dalla richiesta di prestazioni su ricettario regionale.

Alle prestazioni di pertinenza sociale si accede attraverso l'Ufficio per la Promozione Sociale quando, singoli o nuclei familiari hanno necessità del solo aiuto domestico, per esigenze anche temporanee, per il soddisfacimento dei bisogni essenziali, relativi alla cura delle persone e della loro abitazione.

B) – Le forme di Assistenza Domiciliare integrate, ad elevata intensità assistenziale e che impongono una modalità di lavoro integrato sono :

1 - l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

il cui livello operativo è territoriale, distrettuale (ai sensi dell' Art.20 punto 3 della L.R.17.07.96 n.26 l'ADI costituisce una funzione/attività propria del Distretto Sanitario) e può comprendere qualsiasi forma di assistenza a domicilio sia sanitaria che socio-assistenziale, comprese le cure domiciliari oncologiche.

2 - l'Ospedalizzazione Domiciliare (OD)

che richiede il raccordo operativo tra il livello ospedaliero, quello distrettuale e quello dell'Ambito Territoriale.(ad esempio la terapia trasfusionale domiciliare).

II - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) : DEFINIZIONE

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 o 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. E' rivolta altresì a pazienti oncologici in fase critica e/o terminale.

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

- migliorando la qualità della vita dell'utente e della sua famiglia;
- evitando l'ospedalizzazione impropria o il ricovero in strutture residenziali
- anticipando le dimissioni tutte le volte che le condizioni sanitarie e socio-ambientali lo permettano.

Il ricovero ospedaliero deve quindi essere sempre più riservato a condizioni patologiche non curabili a domicilio.

Caratteristica peculiare dell'ADI è la complessità assistenziale del paziente trattato che richiede una forte componente di integrazione

- tra componenti sanitarie e
- tra queste ultime e quelle socioassistenziali.

Inoltre, componenti essenziali per l'erogazione di questo tipo di assistenza sono la famiglia, il volontariato e le altre risorse di cittadinanza, che, in una corretta logica di integrazione con i servizi sociali possono costituire un supporto alla famiglia o

vicariare quest'ultima quando non sia presente o abbia difficoltà a svolgere i compiti assistenziali.

III - ADI : ELEMENTI CARATTERIZZANTI

L'ADI è caratterizzata non tanto dal numero e dalla professionalità degli operatori che assistono il soggetto interessato, quanto piuttosto:

- dalle condizioni di bisogno e dalle risorse dell'assistito
- dalla modalità di lavoro degli operatori coinvolti.

La modalità di lavoro "integrata" si realizza attraverso:

- l'attenzione alla persona con i suoi bisogni
- l'accento sui problemi da risolvere e non sulle competenze delle singole istituzioni o servizi
- il lavoro per obiettivi da raggiungere e non per prestazioni
- la condivisione degli obiettivi da parte degli operatori
- il coinvolgimento di diverse professionalità, sia sanitarie che sociali, con valorizzazione delle stesse,
- la collaborazione attiva,
- la corresponsabilità nel raggiungimento dell'obiettivo,
- la comunicazione reciproca
- l'adozione di una metodologia di lavoro che utilizza strumenti organizzativi integranti (riunioni di valutazione, di programmazione degli interventi, di verifica, coordinamento, individuazione e responsabilizzazione del referente familiare (care giver), procedure, cartella assistenziale, piano assistenziale personalizzato, responsabile del caso(case manager), valutazione del servizio, riprogettazione, ecc.)
- il coinvolgimento di tutte le risorse (istituzionali e informali) che possono contribuire alla soluzione del problema
- monitoraggio dei guadagni di salute (efficacia) e dell'economicità degli interventi effettuati.

IV - ADI : CRITERI PER L'AMMISSIONE DEI PAZIENTI

Dalla definizione di cui al punto II, scaturiscono i requisiti generali dei pazienti assistibili con l'ADI:

1 – RIDOTTA AUTOSUFFICIENZA

così come evidenziato dall'applicazione di apposite scale di valutazione validate sul piano scientifico internazionale : A.D.L. – I.A.D.L. – PFEIFFER E LA SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE (Allegato 1).

La valutazione del paziente oncologico dovrà essere completata con la compilazione delle schede di KARNOFSKY – ECOG; limitatamente alle neoplasie della cute e del capo-collo, si ritiene opportuno l'utilizzo, in via sperimentale, della Scheda ESTETICO/SOCIALE (Allegato 2).

2 – COMPLESSITA' ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE

il che significa necessità di assistenza da parte di un'équipe multiprofessionale per interventi assistenziali multidisciplinari, sanitari e sociali.

3 – IDONEITA' DELLE CONDIZIONI SOCIO-AMBIENTALI DELL'ASSISTITO

il che significa sostanzialmente assistibilità a domicilio, vale a dire compresenza di :

- supporto familiare o, in caso di sua assenza o insufficienza, supporto da parte di personale dei servizi sociali o di volontariato che possa vicariarlo ;
- alloggio idoneo o comunque reso il più possibile tale con interventi di assistenza abitativa.

Tali aspetti andranno rilevati tramite l'applicazione di schede di valutazione sociale che valutino la situazione familiare e di integrazione sociale dell'assistito, la sua situazione assistenziale, la sua situazione abitativa e le sue risorse economiche (vedi allegato 1). I componenti dell'UVD

completano e approfondiscono la valutazione con le metodiche proprie dei rispettivi ambiti disciplinari.

4 – NECESSITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA (ambito delle cure primarie)

cioè assenza della necessità di interventi altamente specialistici o di tecnologie complesse che impongono il ricovero ospedaliero.

Per l'ammissione all' ADI, dovranno essere soddisfatti tutti i requisiti generali di cui ai punti 1, 2, 3 e 4 precedentemente esposti. In particolare, la valutazione del grado di autosufficienza con le apposite scale, dovrà essere effettuata in tutti i casi proposti per l'ADI. L'Unità valutativa distrettuale è tenuta a valutare l'autosufficienza attraverso le scale proposte in allegato. Può inoltre completare il processo di valutazione utilizzando strumenti e criteri disciplinari pertinenti al caso e utili alla definizione del programma personalizzato.

La richiesta formale di ammissione alle cure domiciliari compete al medico di medicina generale o all'Ufficio per la Promozione Sociale e va trasmessa alla segreteria organizzativa dell'ADI.

Trascorsi sette giorni, dalla data di presentazione della richiesta formale di ammissione alle cure domiciliari, senza che la stessa abbia ricevuto motivata risposta:

- la richiesta dovrà ritenersi accolta, in questo caso e nel caso in cui il MMG o l'UPS ritengano talune situazioni compromissorie per la salute ed il benessere psico-fisico della persona, potranno richiedere o disporre interventi urgenti in attesa della valutazione e della definizione del progetto personalizzato da parte dell'UVD.

V - ADI : IL “PACCHETTO ASSISTENZIALE” MINIMO

Ogni Distretto ed ogni Ambito Territoriale, dovranno garantire in regime di Assistenza Domiciliare Integrata un "pacchetto assistenziale" costituito almeno dalle prestazioni tipiche e coincidenti con i livelli minimi di prestazione previsti. Tra questi dovranno comunque essere assicurati:

Assistenza Infermieristica Domiciliare (AID)

Nell'ambito dell'ADI il servizio di assistenza infermieristica domiciliare dovrà assicurare almeno i seguenti standard minimi orario:

dal Lunedì al Venerdì :	- 6 ore di mattina - 3 ore di pomeriggio
Sabato e prefestivi :	- 6 ore di mattina

Per casi individuati dall'Unità di Valutazione del Distretto, in particolare per i pazienti oncologici in fase critica e/o terminale, i pazienti in trattamento antalgico, i pazienti con respiratore automatico e i pazienti in condizioni assimilabili, il servizio di assistenza infermieristica domiciliare dovrà essere garantito nei giorni festivi e prefestivi almeno per interventi programmati o di emergenza.

Le necessità di intervento anche non programmate che eccedano tale pacchetto minimo, possono essere assicurate con gli strumenti della continuità assistenziale.

Dovranno essere garantite tutte le prestazioni infermieristiche.

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.

Assistenza medico-generica (AMG) e pediatrica di base (APB) programmate

L'assistenza da parte del medico di Medicina Generale o del pediatra di libera scelta sarà erogata in riferimento e in osservanza di quanto stabilito dai rispettivi Accordi Collettivi Nazionali integrati dagli accordi regionali.

L'ADI non è possibile e non può essere considerata tale senza il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale (o del pediatra di libera scelta) che costituisce il responsabile primario dell'assistenza stessa. Il medico di medicina generale, unico referente clinico del proprio paziente, della cui salute ha la responsabilità globale, fa parte sia dell'équipe valutativa che costituisce l'UVD, sia dell'équipe operativa che è chiamato a coordinare in veste di capo-équipe.

L'ADI è una scelta professionale del medico di MG che ne qualifica la figura sia perché ne evidenzia la diversa capacità assistenziale nell'ambito delle Cure Primarie rispetto all'Ospedale, ambito spesso alternativo a certe forme di ricovero, con indiscutibili vantaggi socio-economici, sia perché, anche per il ruolo che occupa nella conoscenza globale del paziente, lo pone al centro del processo assistenziale, ruotando intorno a lui le altre figure impegnate nell'assistenza, ciascuna secondo le proprie specifiche e autonome competenze.

Assistenza medico-specialistica (AMS)

Ogni ASL dovrà garantire, su richiesta del medico di medicina generale, l'attivazione degli specialisti ospedalieri e poliambulatoriali sul progetto alla persona definito dall'UVD, con consulti a domicilio di tutte le branche specialistiche potenzialmente interessate. Nell'ambito della disponibilità di tutte le discipline specialistiche, poliambulatoriali e ospedaliere, lo standard minimo deve prevedere la possibilità di interventi/consulti specialistici a domicilio almeno per le seguenti branche :

- geriatria
- fisiatria
- cardiologia
- chirurgia
- algologia/anestesia
- neurologia
- oncologia
- psicologia

Assistenza riabilitativa domiciliare (ARD)

Nell'ambito dell'ADI il servizio di assistenza riabilitativa domiciliare dovrà assicurare almeno i seguente standard minimi :

- Consulenze medico-specialistiche fisiatriche a domicilio per :
 - Valutazione fisiatrica delle necessità riabilitative
 - Stesura del piano di trattamento riabilitativo a domicilio
 - Visite di verifica dell'andamento del piano di trattamento riabilitativo
 - Prescrizione di protesi ed ausili
- Prestazioni di riabilitazione e recupero funzionale a domicilio ad opera di tecnici della riabilitazione (fisioterapisti) con orario:
 - dal Lunedì al Venerdì : - 6 ore di mattina
 - 3 ore di pomeriggio
 - Sabato e prefestivi : - 6 ore di mattina

Le prestazioni del sistema degli interventi e dei servizi sociali

L'organizzazione dei servizi domiciliari si ispira al modello della domiciliarizzazione delle prestazioni. Pur riconoscendosi alcune prestazioni di carattere specifico, che richiedono quindi una disponibilità di operatori

adeguatamente preparati, il domicilio dell'utente deve essere inteso alla stregua di uno dei regimi in cui si effettuano le prestazioni sociali; per cui occorre offrire agli utenti un ventaglio sufficientemente ampio di opportunità.

L'attività al domicilio si iscrive precipuamente nell'area dei servizi di sostegno al nucleo familiare ed alla persona. Le prestazioni organizzate da questo livello, con le necessarie integrazioni da parte di altri comparti della Pubblica Amministrazione, sono:

- Prestazioni professionali di carattere sociale, psicologico, educativo;
- Visite programmate dell'assistente sociale;
- Affidamenti familiari di minori, anziani, portatori di handicap, malati, per periodi da definire in base alle esigenze del nucleo familiare. Gli affidamenti sono supportati da una serie di interventi in ambito domiciliare o extra domiciliare.
- Attività di cura delle persone e della loro abitazione in caso di ridotta o totale non autosufficienza, permanente o temporanea, quale che ne sia la causa.
- Attività di supporto educativo;
- Attività amministrative quali certificazioni, denuncia dei redditi, domande di pensione, ecc.
- Accompagnamento dal domicilio a servizi sociali, sanitari, formativi.
- Organizzazione dei servizi di trasporto verso servizi, scuola, luoghi di lavoro.
- Pasti a domicilio
- Attività di supporto al referente familiare anche attraverso servizi di sollievo quali accoglienza per periodi determinati presso strutture residenziali e semiresidenziali .

Si accede alle prestazioni domiciliari attraverso l'*Ufficio di promozione sociale* che individua un assistente sociale referente per il caso. L'assistente sociale individuato fa parte sia del gruppo di valutazione che costituisce l'UVD sia del gruppo operativo.

Gli interventi socio-assistenziali ed educativi vengono definiti attraverso l'analisi effettuata utilizzando l'apposita scheda (vedi allegato 1) eventualmente integrata dai componenti dell'UVD.

L'organizzazione e l'erogazione di queste prestazioni dovranno essere definite in linea programmatica di concerto tra il Distretto e l'Ambito Territoriale attraverso il Piano di Zona.

Fornitura di farmaci e materiale sanitario

Per tutti i pazienti inseriti nell'ambito delle cure domiciliari, dovrà essere prevista la fornitura diretta e/o la somministrazione di prodotti farmaceutici d'uso per l'assistenza infermieristica da utilizzare a domicilio, da parte dei servizi di farmacia dei presidi ospedalieri delle Aziende USL, in conformità con la normativa vigente, e con oneri a totale carico dell'Az. USL stessa. Tale assistenza deve essere adeguatamente documentata nella cartella clinica dei singoli casi. Ai pazienti oncologici dovranno essere garantiti i farmaci per la terapia del dolore compresi quelli in fascia C.

La prescrizione dei farmaci deve avvenire ad opera dei Medici di Medicina Generale e deve sottostare alla legislazione vigente in materia (modalità prescrittive, limitazioni, note CUF, attivazione registro USL, ecc.).

Ciascuna Az. Usl provvederà a stilare un prontuario dei farmaci fornibili direttamente ai pazienti in ADI e a regolamentare la fornitura stessa anche in conformità alle linee guida che la regione possa adottare in merito.

Analogamente, per gli stessi pazienti si dovrà prevedere la fornitura diretta di materiale sanitario per le cure infermieristiche, protesi, ausili e presidi sanitari, attivando procedure snelle e semplificate su richiesta del medico di medicina generale validata dall'UVD. E' auspicabile che il distretto abbia la disponibilità di un magazzino fornito degli ausili di più largo uso al fine di garantire l'immediata disponibilità.

VI - ADI: PROFILO DEL "RESPONSABILE DEL CASO " (O " 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 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.

Può essere una figura sanitaria o sociale (infermiere o assistente sociale).

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

Non tutti gli assistiti in ADI necessitano di un responsabile del caso ma solo quelli caratterizzati da una maggiore complessità assistenziale e conseguentemente da un piano assistenziale personalizzato articolato e complesso.

Il responsabile del caso viene individuato quando necessario, dall'unità valutativa distrettuale nella prima riunione di valutazione ed è alla stessa UVD 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/ le richieste di aiuto e di supporto.

VII – ADI: “IL REFERENTE FAMILIARE”

Il "Referente familiare" è colui che si prende cura per più tempo dell'assistito, stando più frequentemente in "contatto" con lui.

E' in genere un familiare o comunque un convivente con l'assistito stesso; in qualche caso può essere un amico o un vicino di casa o un volontario.

Svolge quindi una funzione di assistenza diretta della singola persona, provvedendo ad aiutare l'assistito. E' importante che l'équipe assistenziale e l'unità valutativa ADI individuino precocemente la persona che svolge questo ruolo e ne valuti capacità competenze ed esigenze di supporto in quanto può costituire risorsa operativa preziosa contribuendo alla realizzazione del piano assistenziale individuale.

VIII - IL SISTEMA INTEGRATO PER I SERVIZI E INTERVENTI DOMICILIARI: coordinamento, organigramma e funzionigramma

L'organizzazione del Sistema delle Cure Domiciliari deve prevedere in ogni Azienda USL:

- a) - Il Comitato di Coordinamento
- b) - Un Medico Responsabile delle cure domiciliari per ogni distretto
- c) - Una Unità Valutativa per ogni Distretto
- d) - Un nucleo operativo per le cure domiciliari per ogni distretto
- e) - Una Segreteria organizzativa per il Sistema delle Cure Domiciliari per ogni Distretto.

Comitato di Coordinamento delle Cure Domiciliari.

Il Comitato di coordinamento ha compiti di indirizzo, monitoraggio e verifica dell'attività e delle risorse impegnate al livello distrettuale.

Fanno parte del Comitato di Coordinamento delle Cure Domiciliari:

- Il Direttore sanitario aziendale
- I Direttori di Distretto (di cui al D.Leg.vo n.229/99) o loro delegati;
- I coordinatori degli Ambiti Territoriali
- Il Responsabile del Servizio Infermieristico (di cui alla L. R. 17/07/96 n. 26 - Art. 19 -comma 2) o suo delegato ;
- I Responsabili/Coordinatori delle Unità Valutative;

Un Medico di Medicina Generale in rappresentanza dei MMG

Il Coordinatore dei Servizi Sociali dell'Az. USL, là dove è presente, o suo delegato

I Dirigenti dei Servizi Sociali degli Enti locali capofila degli ambiti territoriali o loro delegati.

Detto Comitato potrà avvalersi di volta in volta di professionalità specifiche relative alle problematiche trattate. Il Comitato di Coordinamento si riunirà ogni sei mesi e comunque ogni qualvolta sia richiesto da almeno un terzo dei componenti.

La mancata attivazione del Comitato non preclude l'attivazione del servizio secondo le indicazioni contenute nel presente documento che vanno comunque attuate.

Unità valutativa distrettuale (UVD)

L'Unità Valutativa di ogni Distretto è costituita da :

- Il medico responsabile delle cure domiciliari (coordinatore/responsabile dell'UVD) ;
- Il medico di Medicina Generale curante dell'assistito (Responsabile clinico del paziente) ;
- Un infermiere professionale (Responsabile delle cure infermieristiche);
- L'assistente sociale referente del caso dei Servizi Sociali dell'Ambito Territoriale.

Per la segreteria organizzativa, l'UVD si avvale di un operatore tecnico.

L'Unità Valutativa è integrata di volta in volta da altre figure professionali, sanitarie e sociali, specialiste del settore : medici specialisti, tecnici della riabilitazione, medico ospedaliero in caso di dimissione protetta, psicologo, educatore professionale.

Per i pazienti ultra sessantacinquenni, lo specialista di riferimento è il geriatra.

L'Unità Valutativa è " ... un'équipe professionale, con competenze multidisciplinari, che sia in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi 3' e con il compito di - ... b) rilevare e classificare le condizioni di bisogno per poter disegnare il percorso ideale di trattamento del paziente (Legge Regionale 34P98 - Piano Sanitario Regionale 1998/2000 -paragrafo 4.2.3.3). Costituisce in sostanza il filtro della domanda e ha il compito di identificare per ciascun soggetto la soluzione assistenziale più adatta tra quelle disponibili o indicare altri percorsi assistenziali. Per poter svolgere tali compiti, l'UVD si relaziona costantemente con i servizi territoriali e con gli Uffici di Promozione Sociale presenti nel distretto.

Spettano in particolare all'Unità Valutativa i seguenti compiti:

- Valutazione dell'autosufficienza dei pazienti da ammettere all'ADI;
- Valutazione Multi Dimensionale (VMD) dei bisogni assistenziali dei pazienti e dei loro nuclei familiari (il piano assistenziale deve essere condiviso con il paziente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto)
- Ammissioni e dimissioni relative all'ADI;
- Definizione del percorso assistenziale del paziente nel sistema residenziale;
- Elaborazione del Piano Assistenziale Individuale Personalizzato comprendente:
 - a) - gli obiettivi assistenziali da raggiungere
 - b) - le modalità di raggiungimento degli obiettivi assistenziali
 - c) - la tipologia degli interventi
 - d) - la frequenza degli accessi dei singoli operatori MMG, infermiere, fisioterapista, operatore socio sanitario, ecc.)
 - e) - la durata presumibile degli interventi assistenziali
- Elaborazione del Piano di Lavoro dei singoli componenti dell'équipe operativa assistenziale tempi e luoghi dell'intervento, turni, orari di accesso ecc.
- Verifica dell'andamento del Piano Assistenziale
- Discussione in gruppo degli eventuali problemi emersi nel corso dell'assistenza
- Individuazione del responsabile del caso ("... La UVD al termine di una valutazione multidimensionale individua la figura professionale - responsabile del caso o case manager - che sarà il punto di riferimento del cittadino nel percorso individuato. -Legge Regionale 34/98 - Piano Sanitario Regionale 1998/2000 - paragrafo 4.2.3.3)

Gli strumenti di lavoro dell'Unità Valutativa sono:

- le riunioni di valutazione e di verifica
- le scale di valutazione dell'autosufficienza
- la cartella di assistenza domiciliare e in particolare il diario clinico
- i responsabili del caso
- il lavoro di gruppo centrato sugli obiettivi
- i rapporti con la Segreteria organizzativa delle cure domiciliari
- i rapporti con gli uffici di promozione sociale
- i rapporti con il nucleo operativo delle cure domiciliari (équipe assistenziale).

L'Unità valutativa risponde direttamente al Direttore del Distretto che si raccorda all'Ambito Territoriale attraverso il suo Coordinatore. La riunione dell'Unità Valutativa ha, per il medico di MG che vi partecipa, il valore di un accesso ADI.

Nucleo operativo.

Il livello organizzativo dell'ADI e di tutto il sistema delle cure domiciliari coincidono con il Distretto e con l'Ambito Territoriale. Perciò in ciascun distretto dovrà prevedersi un nucleo di operatori territoriali, che svolgono la loro attività nel distretto, cui affidare l'erogazione delle prestazioni, comprendente almeno:

- FIGURE SANITARIE
 - medici di medicina generale
 - infermieri
 - medici specialisti
 - fisioterapisti
- FIGURE AD INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA ED A RILEVANZA SOCIALE
 - assistenti sociali
 - Educatori
 - Assistenti di Base

Del nucleo operativo potrà far parte, a giudizio dell' UVD, 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' auspicabile che uno o più operatori facenti parte del Nucleo, si qualifichi nel campo delle cure palliative.

Segreteria organizzativa dei servizi e degli interventi Domiciliari.

In ogni Distretto/Ambito si dovrà realizzare una Segreteria organizzativa per i servizi e gli interventi domiciliari, che provvederà:

- alla fornitura a chiunque ne faccia richiesta, anche telefonica, di tutte le informazioni sul Sistema delle Cure Domiciliari offerto dall'Az. USL e dall'Ambito Territoriale sulle modalità di accesso allo stesso
- all'accoglimento di tutte di tutte le segnalazioni / richieste relative al bisogno di cure/interventi domiciliari (qualsiasi forma di assistenza domiciliare, dalla più semplice alla più complessa) la segnalazione, che può essere anche solo telefonica, può partire:
 - dal Medico di Medicina Generale del paziente.
 - dalla struttura residenziale in cui il paziente è inserito
 - dagli Ospedali,
 - dalla famiglia,
 - dalla rete del volontariato,
 - dal diretto interessato,
 - da altri servizi territoriali della A.S.L. o dell'Ambito Territoriale;
- La richiesta / attivazione di Cure Domiciliari deve invece essere effettuata dal Medico di Medicina Generale o dall'Ufficio di Promozione Sociale tramite l'apposito modulo di attivazione (Allegato 3).

- La gestione della domanda, che a seconda dei casi, potrà essere:
 - invio immediato della segnalazione / richiesta al nucleo operativo per l'attivazione di uno specifico intervento domiciliare quando già a livello di Sportello è possibile decidere che la tipologia della prestazione richiesta non è tale da richiedere una valutazione multidimensionale (es. : richiesta di prelievi, di sostituzione di catetere vescicale, ecc
 - invio della richiesta all'Unità Valutativa competente per quel Distretto in tutti i casi in cui sia prospettabile la necessità di una risposta multiprofessionale contemporaneamente attivazione del nucleo operativo per gli interventi specifici domiciliari che rivestano carattere di urgenza (piano di intervento provvisorio);
 - invio della segnalazione / richiesta ad altro servizio dell'Az. USL o al di fuori dell'Az. USL perché non pertinente al Sistema delle Cure Domiciliari.

La Segreteria organizzativa delle Cure Domiciliari costituisce il riferimento per i pazienti, i familiari, i medici e gli altri operatori. Dovranno essere predisposti dalle Az. USL appositi programmi informativi e formativi per gli operatori che svolgono le funzioni sopra menzionate e previste modalità di informazioni dell'utenza.

Le sedi naturali per la Segreteria organizzativa sono lo Sportello per la salute e l'Ufficio di Promozione sociale

IX - ADI : INTEGRAZIONE DISTRETTO / OSPEDALE

L'integrazione distretto / ospedale si realizza attraverso :

- a) – la dimissione protetta
- b) – la condivisione di risorse (ospedaliere e territoriali) quando utile / necessario / possibile
- c) – la realizzazione di percorsi preferenziali per la diagnostica e le urgenze
- d) – la condivisione di procedure riguardanti il percorso assistenziale
- e) – la comunicazione reciproca
- f) – appositi accordi (tra Az.USL e Az. Ospedaliera oppure tra Distretto e Presidio Ospedaliero della medesima ASL)

Dimissione protetta.

Obiettivi della dimissione protetta sono :

- riduzione o eliminazione di ingiustificati prolungamenti della degenza ospedaliera
- eliminazione di “dimissioni selvagge”
- riduzione o eliminazione dei ricoveri ripetuti
- mantenimento della continuità assistenziale
- integrazione dell'ospedale con la rete assistenziale territoriale (domiciliare e residenziale)
- mantenimento / miglioramento della qualità della vita dell'assistito.

Si realizza con la dimissione di pazienti critici non stabilizzati ma comunque con i requisiti di ammissione in ADI o con quelli di ammissione in strutture residenziali extraospedaliere. La cartella clinica ospedaliera viene chiusa al momento della dimissione e il paziente viene preso totalmente in carico dal sistema delle cure territoriali con il medico di Medicina Generale come unico responsabile clinico del paziente.

I momenti essenziali della stessa, da mettere in atto prima della dimissione, con un anticipo di almeno tre giorni rispetto alla data prevista di dimissione, sono :

- l'esistenza di problemi complessi o la necessità di cure palliative
- l'analisi della capacità della famiglia di prendersi cura del proprio congiunto
- la programmazione partecipata degli interventi (piano di assistenza)

- la predisposizione delle risorse e delle procedure organizzative (chi fa che cosa , come, con quali mezzi, dove e quando ; chi comanda su chi ; chi è responsabile di che cosa)
- l'individuazione del/dei medico/i del reparto/divisione ospedaliera referente/i per la dimissione protetta stessa
- l'individuazione degli specialisti ospedalieri disposti ad effettuare consulenze a domicilio.

Il momento fondamentale per la programmazione delle attività da realizzare è costituito dall'incontro/comunicazione tra personale medico e infermieristico di reparto, operatori dell'assistenza domiciliare ed il medico di medicina generale. Ciò può essere realizzato in vario modo :

- visita dell'infermiere territoriale al reparto ospedaliero per la valutazione infermieristica;
- accesso del medico di medicina generale al reparto (l'attuale normativa prevede che il MMG possa accedere in ogni momento al presidio ospedaliero, sia in fase di accettazione che in quella di degenza o di dimissione del proprio paziente. In ogni caso il MMG nell'interesse del proprio paziente può accedere, qualora lo ritenga opportuno, in tutti gli ospedali pubblici e le case di cura convenzionate o accreditate anche ai fini di evitare dimissioni improprie con il conseguente eccesso di carico assistenziale a livello domiciliare. – Vedi Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale) ;
- visita dell'assistente sociale territoriale al reparto ospedaliero per la valutazione sociale ;
- riunione di valutazione UVD / personale ospedaliero (a questa riunione possono venire convocati altri soggetti, come ad esempio gli operatori dell'assistenza sociale del comune di residenza del paziente e i familiari del paziente stesso ; in questo modo, tutti i livelli assistenziali, inclusa la famiglia, possono essere coinvolti)
- attuazione, da parte del medico ospedaliero referente per la dimissione protetta, di un contatto diretto (colloquio, convocazione, incontro) con il medico di medicina generale curante del paziente.(Allegato 4)

X - ADI : PARTECIPAZIONE ALLA SPESA

I pazienti in regime di ADI non sono soggetti a forme di partecipazione alla spesa sanitaria e per visite specialistiche.

XI - ADI : INDICATORI

- 1) Numero medici di medicina generale che fanno ADI / Numero medici di medicina generale totale
- 2) Numero pazienti in ADI nell'anno solare (**mod. FLS 21 D.M.23.12.96**)
- 3) Numero pazienti in ADI con età ≥ 65 anni nell'anno solare
- 4) Utenti in lista di attesa
- 5) Terapisti riabilitazione/ infermieri professionali/ altri operatori/ totale
Ore di assistenza erogata _____
Di cui ad anziani _____
- 6) Numero medici di medicina generale che fanno ADP _____
- 7) Numero assistiti in ADP/ popolazione residente ≥ 65 anni
- 8) Numero assistiti ADI di 1°livello(medico di medicina generale ed assistenza infermieristica), escluse le strutture residenziali, (*100) / popolazione residente ≥ 65 anni
- 9) Numero assistiti ADI di 1°livello(medico di medicina generale ed assistenza infermieristica), escluse le strutture residenziali, di età < 65 anni / totale assistiti ADI di 1° livello
- 10) Numero assistiti ADI di 2°livello(medico di medicina generale, assistenza infermieristica, medico specialista, servizi sociali,terapisti della riabilitazione), escluse le strutture residenziali / popolazione residente ≥ 65 anni
- 11) Numero assistiti ADI di 2°livello(medico di medicina generale, assistenza infermieristica, medico specialista, servizi sociali,terapisti della riabilitazione), escluse le strutture residenziali, di età < 65 anni / totale assistiti ADI di 2° livello

- 12) Numero assistiti ADI di 3°livello(integrazione distretto-ospedale per pazienti ad assistenza complessa: oncologici, respirazione assistita, alimentazione parenterale, terapia del dolore), escluse le strutture residenziali, (*100) / popolazione residente >=65 anni
- 13) Numero assistiti ADI di 3°livello(integrazione distretto-ospedale per pazienti ad assistenza complessa: oncologici, respirazione assistita, alimentazione parenterale, terapia del dolore), escluse le strutture residenziali, di età < 65 anni / totale assistiti ADI di 3° livello
- 14) Numero assistiti oncologici in ADI sul totale degli assistiti ADI
- 15) Numero assistiti in Assistenza Infermieristica semplice/ popolazione residente dell'Azienda
- 16) Numero assistiti in Assistenza Riabilitativa semplice/ popolazione residente dell'Azienda
- 17) Numero Comuni che hanno stipulato accordi per l'integrazione socio-sanitaria con l'Azienda / totale dei comuni di ciascuna Azienda
- 18) Esistenza di accordi con le associazioni di volontariato (allegare copie)
- 19) N. Sportelli di accesso o Segreterie organizzative di accesso per i cittadini che necessitano di assistenza domiciliare
- 20) Numero ore di formazione annuale per personale ADI
- 21) Esistenza di un sistema di misurazione del livello di soddisfazione degli utenti
- 22) Numero pazienti assistiti ADI ricoverati in ospedale per patologie croniche, esclusi i ricoveri per eventi acuti, interventi chirurgici, emergenze cliniche /n. assistiti ADI.

XII - ADI : FORMAZIONE DEL PERSONALE

L'offerta formativa del personale dedicato alle cure domiciliari, va definita d'intesa con le Società medico-scientifiche e le OO.SS. di categoria e va considerata parte integrante del Piano annuale regionale della formazione

ALLEGATO 2

SCHEDE DI VALUTAZIONE TARATE SUL MALATO ONCOLOGICO

A.D.L.
(Index of Indipendence in Activities of Daily Living)¹

	punteggio	
(AD1) FARE IL BAGNO	1	<input type="checkbox"/> 1) - NON RICEVE ALCUNA ASSISTENZA (entra ed esce dalla vasca autonomamente, nel caso che la vasca sia il mezzo abituale per fare il bagno) <input type="checkbox"/> 2) - RICEVE ASSISTENZA NEL LAVARE SOLO UNA PARTE DEL CORPO (Es. la schiena o una gamba)
	0	<input type="checkbox"/> 3) - RICEVE ASSISTENZA NEL LAVARE PIU' DI UNA PARTE DEL CORPO (O RIMANE NON LAVATO)
(AD2) VESTIRSI	1	<input type="checkbox"/> 1) - PRENDE GLI ABITI E SI VESTE COMPLETAMENTE SENZA ASSISTENZA <input type="checkbox"/> 2) - PRENDE GLI ABITI E SI VESTE COMPLETAMENTE SENZA ASSISTENZA, TRANNE CHE PER ALLACCIARE LE SCARPE
	0	<input type="checkbox"/> 3) - RICEVE ASSISTENZA NEL PRENDERE GLI ABITI O NEL VESTIRSI OPPURE RIMANE PARZIALMENTE O COMPLETAMENTE SVESTITO
(AD3) USO DEI SERVIZI	1	<input type="checkbox"/> 1) - VA AI SERVIZI, SI PULISCE, SI RIVESTE SENZA ASSISTENZA (può usare supporti come il bastone o il deambulatore o la sedia a rotelle, è in grado di maneggiare la padella o la comoda vuotandola al mattino)
	0	<input type="checkbox"/> 2) - RICEVE ASSISTENZA NELL' ANDARE AI SERVIZI O NEL PULIRSI O NEL RIVESTIRSI O NELL'USARE LA PADELLA O LA COMODA <input type="checkbox"/> 3) - NON VA AI SERVIZI PER I BISOGNI CORPORALI
(AD4) SPOSTARSI	1	<input type="checkbox"/> 1) - ENTRA ED ESCE DAL LETTO COME PURE SI SIEDE E SI ALZA DALLA SEDIA SENZA ASSISTENZA (può usare supporti come il bastone o il deambulatore)
	0	<input type="checkbox"/> 2) - ENTRA ED ESCE DAL LETTO COME PURE SI SIEDE E SI ALZA DALLA SEDIA CON ASSISTENZA <input type="checkbox"/> 3) - NON SI ALZA DAL LETTO
(AD5) CONTINEN- ZA	1	<input type="checkbox"/> 1) - CONTROLLA COMPLETAMENTE DA SOLO LA MINZIONE O LA DEFECAZIONE
	0	<input type="checkbox"/> 2) - HA OCCASIONALI " INCIDENTI " <input type="checkbox"/> 3) - IL CONTROLLO DELLA MINZIONE O DELLA DEFECAZIONE E' CONDIZIONATA DALLA SORVEGLIANZA ; USA IL CATETERE O E' INCONTINENTE
(AD6) ALIMENTAR- SI	1	<input type="checkbox"/> 1) - SI ALIMENTA DA SOLO SENZA ASSISTENZA <input type="checkbox"/> 2) - SI ALIMENTA DA SOLO ECCETTO CHE NECESSITA DI ASSISTENZA PER TAGLIARE LA CARNE O PER SPALMARE IL BURRO SUL PANE
	0	<input type="checkbox"/> 3) - RICEVE ASSISTENZA NELL'ALIMENTARSI O VIENE ALIMENTATO PARZIALMENTE O COMPLETAMENTE PER SONDINO O PER VIA ENDOVENOSA

¹ S.Katz, T.D. Downs, H.R. Cash, R.C. Grotz : "Progress in development of the index of ADL". Gerontologist, 1, 20, 1970, modificata da L.Z. Rubenstein.

VALUTAZIONE NUMERICA

(AD-TOT) PUNTEGGIO TOTALE A.D.L. (range 0 - 6) : _____

VALUTAZIONE DESCRITTIVA A.D.L.

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 ED IN UN'ALTRA FUNZIONE
F	INDIPENDENTE IN TUTTE LE FUNZIONI ECCETTO CHE NEL FARE IL BAGNO, NEL VESTIRSI, NELL'USO DEI SERVIZI, NELLO SPOSTARSI ED IN UN'ALTRA FUNZIONE
G	DIPENDENTE IN TUTTE LE SEI FUNZIONI
ALTRO	DIPENDENTE IN ALMENO DUE FUNZIONI MA NON CLASSIFICABILE COME C , D , E o F

I.A.D.L. (Instrumental Activities of Daily Living Scale)²

	punti	
(IA1) A) CAPACITA' DI USARE IL TELEFONO	1	3 <input type="checkbox"/> USA IL TELEFONO DI PROPRIA INIZIATIVA, ALZA IL MICROFONO E COMPONE IL NUMERO 2 <input type="checkbox"/> COMPONE SOLO ALCUNI NUMERI BEN CONOSCIUTI 1 <input type="checkbox"/> E' IN GRADO DI RISPOND. AL TELEFONO, MA NON DI CHIAMARE
	0	0 <input type="checkbox"/> NON E' CAPACE DI USARE IL TELEFONO
(IA2) B) MOVIM. PER ACQUISTI NEI NEGOZI	1	3 <input type="checkbox"/> SI PRENDE AUTONOMAMENTE CURA DI TUTTE LE NECESSITA' DI ACQUISTI NEI NEGOZI
	0	2 <input type="checkbox"/> E' IN GRADO DI EFFETT. SOLO PICCOLI ACQUISTI NEI NEGOZI 1 <input type="checkbox"/> NECESSITA DI ESSERE ACCOMPAGNATO PER QUALSIASI GIRO DI ACQUISTI NEI NEGOZI 0 <input type="checkbox"/> E' DEL TUTTO INCAPACE DI FARE ACQUISTI NEI NEGOZI
(IA3) C) MEZZI DI TRASPORT.	1	4 <input type="checkbox"/> SI SPOSTA DA SOLO SUI MEZ. PUBBL. O GUIDA LA PROPRIA AUTO 3 <input type="checkbox"/> ORGANIZZA I PROPRI SPOSTAMENTI CON TAXI, MA NON USA I MEZZI PUBBLICI 2 <input type="checkbox"/> USA I MEZZI PUBBLICI SE ACCOMPAGNATO DA QUALCUNO
	0	1 <input type="checkbox"/> PUO' SPOSTARSI SOLTANTO CON TAXI O CON AUTO CON L' ASSISTENZA DI ALTRI 0 <input type="checkbox"/> NON SI SPOSTA PER NIENTE
(IA4) D) RESPONSA- BILITA' NELL'USO DI FARMACI	1	2 <input type="checkbox"/> E' IN GRADO DI ASSUMERE I MEDICINALI NELLE GIUSTE DOSI E AL TEMPO GIUSTO
	0	1 <input type="checkbox"/> E' IN GRADO DI ASSUMERE I MEDICINALI SE PREPARATI IN ANTICIPO IN DOSI SEPARATE 0 <input type="checkbox"/> NON E' IN GRADO DI ASSUMERE LE MEDICINE DA SOLO
(IA5) E) CAPACITA' DI GESTIRE IL DENARO	1	2 <input type="checkbox"/> GESTISCE LE OPERAZIONI FINANZIARIE INDIPENDENTEMENTE (bilanci, scrive assegni, paga affitti, conti, va in banca, raccoglie e tiene nota delle entrate) 1 <input type="checkbox"/> GESTISCE GLI ACQUISTI QUOTIDIANI, MA NECESSITA DI AIUTO PER LE OPERAZ. BANCARIE, GLI ACQUISTI MAGGIORI, ECC.
	0	0 <input type="checkbox"/> E' INCAPACE DI MANEGGIARE IL DENARO
(IA6) F) CUCINARE	1	<input type="checkbox"/> SI PREPARA E SI SERVE I PASTI DA SOLO
	0	<input type="checkbox"/> ASSUME CIBO INADEGUATO ANCHE SE PREPARATO DA SOLO O GLI DEVONO ESSERE FORNITI GLI INGREDIENTI
(IA7) G) ACCUD. LA CASA	1	<input type="checkbox"/> FA LAVORI LEGGERI DA SOLO ANCHE SE NON MANTIENE LA CASA PULITA O VA AIUTATO MA FA TUTTI I LAVORI
	0	<input type="checkbox"/> NON FA ALCUN LAVORO DOMESTICO
(IA8) H) BUCATO	1	<input type="checkbox"/> LAVA DA SOLO TUTTO O SOLO LA BIANCHERIA
	0	<input type="checkbox"/> TUTTO IL BUCATO E' FATTO DA ALTRI

(IA-TOT) PUNTEGGIO TOTALE I.A.D.L. (range 0 - 8) : _____

² M.P. Lawton, E.M. Brody : "Assessment of older people : self-maintaining and instrumental activities of daily living". Gerontologist, 9, 179, 1969, mod. da L.Z. Rubenstein.

**TEST DI PFEIFFER
(SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE) (SPMSQ)**

RISPONDE CORRETTAMENTE ALLE SEGUENTI DOMANDE ?

Scrivere **0** se la risposta è esatta ed **1** se errata

- | | |
|--|-----|
| (SP1) Qual è la data di oggi (giorno, mese, anno) | [] |
| (SP2) Che giorno della settimana | [] |
| (SP3) In quale luogo ci troviamo | [] |
| (SP4) Qual è il suo numero di telefono | [] |
| (SP4a) Qual è il suo indirizzo | [] |
| (SP5) Quanti anni ha | [] |
| (SP6) Quando è nato (giorno, mese, anno) | [] |
| (SP7) Chi è il presidente della Repubblica (o il Papa) | [] |
| (SP8) Chi era il presidente precedente | [] |
| (SP9) Quale era il cognome di sua madre da ragazza | [] |
| (SP10) Sottragga 3 da 20 e da ogni numero fino in fondo | [] |

Porre le domande da 1 a 10 ;

chiedere la domanda 4a solo se il soggetto non ha telefono ;

sommare le risposte errate, sottraendo un errore se il soggetto ha frequentato fino alle scuole elementari e aggiungendo un errore se ha frequentato scuole oltre le medie superiori.

(SP-TOT) PUNTEGGIO TOTALE S.P.M.S.Q. (range 0 - 10) _____

VALUTAZIONE ASPETTI SENSORIALI (3) E DI COMUNICAZIONE

CAPACITA' VISIVA (anche se con occhiali) (far leggere al paziente il titolo di un giornale)	1	<input type="checkbox"/>	LETTURA RAPIDA SENZA ERRORI
	2	<input type="checkbox"/>	LETTURA LENTA CON ERRORI
	3	<input type="checkbox"/>	NON RIESCE A LEGGERE
CAPACITA' Uditiva (anche se con protesi acustica) (valutare l'ascolto e la ripetizione di frasi)	1	<input type="checkbox"/>	SENTE A VOCE NORMALE
	2	<input type="checkbox"/>	SENTE SOLO A VOCE ALTA
	3	<input type="checkbox"/>	NON SENTE AFFATTO
CAPACITA' DI COMUNICAZIONE (capacità verbale e non verbale di comunicare)	1	<input type="checkbox"/>	BUONA - NON HA DIFFICOLTA' A COMUNICARE/COMPNDERE
	2	<input type="checkbox"/>	MEDIA - PRESENTA DIFFICOLTA' NEL COMUNICARE/COMPNDERE
	3	<input type="checkbox"/>	NON E' IN GRADO DI COMUNICARE/COMPNDERE

³ F. Fabris, 1989

RISORSE SOCIALI

QUADRO A (QA) SITUAZIONE FAMILIARE E DI INTEGRAZIONE SOCIALE					QUADRO B (QB) SITUAZIONE ASSISTENZIALE																				
(QA1) - CON CHI VIVE :		1 <input type="checkbox"/> SOLO	2 <input type="checkbox"/> CON IL CONIUG.	3 <input type="checkbox"/> CON I FIGLI	4 <input type="checkbox"/> CON ALTRI	(QB1) - TIPO DI SOSTEGNO IN ATTO <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">DA PARTE DI :</td> <td style="width: 20%; border: none;">TIPOLOGIA :</td> <td style="width: 30%; border: none;">FREQUENZA :</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: none; font-size: small;">(indicare il soggetto che eroga l'intervento : familiari, comune, usl, volontariato, ecc.)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> </tr> </table>		DA PARTE DI :	TIPOLOGIA :	FREQUENZA :	(indicare il soggetto che eroga l'intervento : familiari, comune, usl, volontariato, ecc.)														
DA PARTE DI :	TIPOLOGIA :	FREQUENZA :																							
(indicare il soggetto che eroga l'intervento : familiari, comune, usl, volontariato, ecc.)																									
(QA2) - RAPPORTI CON I FAMILIARI : grado di parentela		quotidiani	frequenti	saltuari	Inesistenti																				
1)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																					
2)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																					
3)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																					
4)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																					
5)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																					
(QA2.a) ESISTENZA DI EVENTUALI SITUAZIONI CONFLITTUALI :					(QB2) - SE HA BISOGNO DI AIUTO PUO' RICORRERE A :																				
					1 <input type="checkbox"/> CONIUGE	1 <input type="checkbox"/> PARENTI	1 <input type="checkbox"/> VICINI/AMICI																		
					1 <input type="checkbox"/> FIGLI	1 <input type="checkbox"/> VOLONTAR.	1 <input type="checkbox"/> PERSON. RETR.																		
					(QB3) - BISOGNI SOCIOASSISTENZIALI RILEVATI (specificare) :																				
					<input type="checkbox"/> ASSIST. DOMICIL. DOMEST. (SAD)	<input type="checkbox"/> SOLUZIONE ABITATIVA																			
					<input type="checkbox"/> PASTI A DOMICILIO	<input type="checkbox"/> CONTRIBUTO ECONOMICO																			
					<input type="checkbox"/> SERVIZIO LAVANDERIA	<input type="checkbox"/> SEGRETARIATO SOCIALE																			
					<input type="checkbox"/> TELECONTROLLO	<input type="checkbox"/> ALTRO (SPECIFICARE)																			
					<input type="checkbox"/> COMPAGNIA																				
					<input type="checkbox"/> MENSA																				
(QA3) - RAPPORTI CON AMICI E VICINATO :																									
1 <input type="checkbox"/> OTTIMI	2 <input type="checkbox"/> BUONI	3 <input type="checkbox"/> SUFFIC.	4 <input type="checkbox"/> CARENTI	5 <input type="checkbox"/> CONFLITT.																					
(QA4) - COME TRASCORRE LA GIORNATA (attività prevalenti) :		1 <input type="checkbox"/> TV	2 <input type="checkbox"/> PICC. OCCUP. FAMILIARI	3 <input type="checkbox"/> HOBBIES	4 <input type="checkbox"/> CINEMA O TEATRO	5 <input type="checkbox"/> CIRCOLI O BAR																			
		6 <input type="checkbox"/> PARROC-CHIA	7 <input type="checkbox"/> LAVORI DOMEST.	8 <input type="checkbox"/> LETTO/ POLTRONA	9 <input type="checkbox"/> ALTRO	10 <input type="checkbox"/>																			
CRITERI DI VALUTAZIONE PER LA SINTESI FINALE :					CRITERI DI VALUTAZIONE PER LA SINTESI FINALE :																				
<input type="checkbox"/> SITUAZIONE IDONEA : buon livello di accettazione familiare e sociale					<input type="checkbox"/> SITUAZIONE IDONEA : convive con i familiari che lo curano - è seguito dai familiari con rapporti quotidiani o frequenti																				
<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE IDONEA : - 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.					<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE IDONEA : ha assistenza saltuaria e/o insufficiente dei familiari/vicinato/volontariato																				
<input type="checkbox"/> NON IDONEA : conflittuali o inesistenti rapporti con il clan familiare e con la comunità.					<input type="checkbox"/> NON IDONEA : privo di assistenza dai parenti - rapporti con il vicinato e/o con il volontariato nulli																				

RISORSE ECONOMICHE

QUADRO C (QC) SITUAZIONE ABITATIVA				QUADRO D (QD) SITUAZIONE ECONOMICA			
(QC1) - TITOLO DI GODIMENTO DELL'ABITAZIONE	1 <input type="checkbox"/> proprietà	2 <input type="checkbox"/> affitto mensile (£)	(canone) 3 <input type="checkbox"/> altro (specificare)	(QD1) - REDDITO PERSONALE :			
(QC2) - LOCALIZZAZIONE	1 <input type="checkbox"/> casa isolata	2 <input type="checkbox"/> gruppo di case	3 <input type="checkbox"/> centro storico				
(QC3) - SERVIZI DI TRASPORTO	1a <input type="checkbox"/> sufficienti		2a <input type="checkbox"/> insufficienti		(QD1b) - ALTRI REDDITI		
	1b <input type="checkbox"/> accessibili	2b <input type="checkbox"/> non accessib.		(QD1c) - % INVALIDITA'			
				(QD1d) - ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO 1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no			
				(QD2) - REDDITO DEI PARENTI TENUTI PER LEGGE AGLI ALIMENTI (da compilarsi solo se le prestazioni socio assistenziali sono condizionate da limiti di reddito) :			
				(a) Familiari (grado di parentela)	(b) n° componenti il nucleo	(c) convivente con l'anziano	(d) reddito complessivo del nucleo (ult. dichiar. redditi)
(QC4) - PIANO DELL'ABITAZIONE	0 <input type="checkbox"/> terra	1 <input type="checkbox"/> 1°	2 <input type="checkbox"/> 2°	3 <input type="checkbox"/> 3°	4 <input type="checkbox"/> 4°	1) 1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no	
	5 <input type="checkbox"/> 5°	6 <input type="checkbox"/> sup. 5°				2) 1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no	
(QC5) - ASCENSORE	1 <input type="checkbox"/> si	2 <input type="checkbox"/> no				3) 1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no	
(QC6) - HA UNA STANZA PROPRIA ?	1 <input type="checkbox"/> si	2 <input type="checkbox"/> no				4) 1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no	
(QC7) - RISCALDAMENTO	1 <input type="checkbox"/> termos.	2 <input type="checkbox"/> stufe	3 <input type="checkbox"/> altro	2 <input type="checkbox"/> no		5) 1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no	
(QC8) - SERVIZI IGIENICI	1 <input type="checkbox"/> interni con bagno o doccia	2 <input type="checkbox"/> interni senza bagno-doccia	3 <input type="checkbox"/> esterni				6) 1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no
						7) 1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no	
						8) 1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no	
(QC9) - TELEFONO	1 <input type="checkbox"/> si	2 <input type="checkbox"/> no		CRITERI DI VALUTAZIONE RIFERITI AL REGOLAMENTO DELL'ENTE : 1) - Situazione economica dell'assistito <input type="checkbox"/> IDONEA : reddito netto superiore a £ _____ pro capite <input type="checkbox"/> PARZ. IDONEA : reddito netto da £ _____ a £ _____ pro capite <input type="checkbox"/> NON IDONEA : reddito netto inferiore a £ _____ pro capite			
(QC10) - BARRIERE ARCHITETTONICHE	(a) INTERNE	1a <input type="checkbox"/> si	2a <input type="checkbox"/> no				
CRITERI DI VALUTAZIONE PER LA SINTESI FINALE :				2) - Situazione economica dei parenti dell'assistito <input type="checkbox"/> IDONEA : buona, in grado di contribuire <input type="checkbox"/> PARZ. IDONEA : sufficiente, in grado di contribuire parzialmente <input type="checkbox"/> NON IDONEA : insufficiente, non in grado di contribuire			
<input type="checkbox"/> SITUAZIONE IDONEA : sana, con tutti i comforts, priva di barriere architettoniche. <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE IDONEA : modesto degrado, riscaldamento parziale, barriere architettoniche facilmente eliminabili. <input type="checkbox"/> NON IDONEA : barriere architettoniche non eliminabili, alto degrado dell'ambiente							

SINTESI DELLA VALUTAZIONE SOCIALE EFFETTUATA

RISORSE SOCIALI : (QA-TOT) Quadro A 1 <input type="checkbox"/> SITUAZIONE IDONEA 2 <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE IDONEA 3 <input type="checkbox"/> NON IDONEA	OSSERVAZIONI SULLA SITUAZIONE SOCIOECONOMICA ATTUALE DEL SOGGETTO E PROPOSTE ASSISTENZIALI
RISORSE ECONOMICHE : (QB-TOT) Quadro B 1 <input type="checkbox"/> SITUAZIONE IDONEA 2 <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE IDONEA 3 <input type="checkbox"/> NON IDONEA	
RISORSE ECONOMICHE : (QC-TOT) Quadro C 1 <input type="checkbox"/> SITUAZIONE IDONEA 2 <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE IDONEA 3 <input type="checkbox"/> NON IDONEA	
(QD-TOT) Quadro D 1 <input type="checkbox"/> SITUAZIONE IDONEA 2 <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE IDONEA 3 <input type="checkbox"/> NON IDONEA	Firma e qualifica del compilatore

SCHEMA DI ATTIVAZIONE DEL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI

Attivazione sistema delle cure domiciliari

SEGNALAZIONE / PROPOSTA DI ATTIVAZIONE DA PARTE DEL MEDICO DI MED. GEN.

Al Direttore del Distretto

(si prega di scrivere in stampatello maiuscolo)

SEZIONE A - DATI ANAGRAFICI		
<input type="text"/> COGNOME	<input type="text"/> NOME	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> SESSO
<input type="text"/> DATA DI NASCITA	<input type="text"/> COMUNE DI NASCITA	<input type="text"/> COD. SANIT.
<input type="text"/> COMUNE DI RESIDENZA	<input type="text"/> VIA	<input type="text"/> N° CIVICO
<input type="text"/> PERSONA DI RIFERIMENTO	<input type="text"/> N° TELEF. PERSONA DI RIFERIMENTO	<input type="text"/> N° TEL. ASSIST

necessita di: Assistenza Domiciliare Integrata Assistenza Infermierist. Domiciliare
 Assistenza Domiciliare Programmata

SEZIONE B - AUTOSUFFICIENZA (ADI)			
<input type="checkbox"/> persona non autosufficiente	<input type="checkbox"/> temporaneamente <input type="checkbox"/> permanentemente	Punteggio scale VMD	
<input type="checkbox"/> persona parzialmente autosufficiente		ADL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> persona con limitazione lieve dell'autosufficienza		IADL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> persona autosufficiente ma in situaz. di rischio socio-sanitario		SPMSQ	<input type="text"/>
		FIM	<input type="text"/>

SEZIONE C - IMPOSSIBILITA' A DEAMBULARE (ADP) (ASSIST. INFERMIERIST. DOMICILIARE)		
<input type="checkbox"/>	Impossibilità permanente a deambulare	
<input type="checkbox"/>	Impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni a causa di	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Non autosufficienza	<input type="checkbox"/> Abitazione in piano alto e senza ascensore
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare) :	
<input type="checkbox"/>	Impossibilità a deambulare per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico (specificare) :	

Il paz. presenta la seguente situazione socio-sanitaria (sez. D) e pertanto necessita delle seguenti prestazioni (sez. E/F) :

SEZIONE D - DIAGNOSI DETTAGLIATA E SINTESI DEI PROBLEMI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI

SEZIONE E - PRESTAZIONI SANITARIE					SEZIONE F - PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI						
	Data di inizio			Durata presunt			Data di inizio			Durata presunt	
	g	m	a	g	m		g	m	a	g	m
<input type="checkbox"/> assistenza medico generica						<input type="checkbox"/> assistenza sociale e segretariato sociale					
<input type="checkbox"/> assistenza infermieristica domiciliare (specificare) :											
<input type="checkbox"/> visita medico-specialistica domiciliare (specificare) :						<input type="checkbox"/> assistenza domestica (S.A.D.)					
<input type="checkbox"/> assist. riabilitat. e di recup. funz. a domicilio						<input type="checkbox"/> assistenza abitativa (compresa quella rivolta alla eliminazione delle barriere architettoniche)					
<input type="checkbox"/> servizio di telesoccorso-telecontrollo						<input type="checkbox"/> assistenza economica					
<input type="checkbox"/> fornitura di ausili per incontinenza e/o presidi sanitari						<input type="checkbox"/> altro (specificare):					
<input type="checkbox"/> assist. OSA per :						<input type="checkbox"/> altro (specificare):					

Ritengo necessario recarmi a visitarlo al suo domicilio con cadenza :

SEZIONE G - CADENZA DEGLI ACCESSI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

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

successive eventuali variazioni :

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

Data	timbro, codice regionale e firma del medico
------	---

presentata al Distretto il _____ e approvata il _____	timbro e firma del coordinatore dell' U.V.D.
--	--

**SCHEDE DI VALUTAZIONE TARATE SUL MALATO
ONCOLOGICO**