



Adottata dal Commissario Straordinario in data 16 MAG 2016

**Oggetto: procedura per la presa in carico del paziente ad alta intensità assistenziale da inserire nelle cure domiciliari integrate di area critica.**

Su proposta del Direttore Sanitario e del Direttore Socio Assistenziale, i quali:

**PREMESSO CHE** i pazienti che necessitano di elevata assistenza sono affetti da patologie evolutive irreversibili, quali gli esiti di gravi lesioni del Sistema Nervoso Centrale e periferico (stati vegetativi conseguenti ad anossia-ipossia cerebrale, esiti di ictus, Sclerosi Laterale Amiotrofica, fasi avanzate di Sclerosi multipla), malattie neuromuscolari e respiratorie;

il paziente ad alta intensità è dipendente in alcune funzioni vitali da supporti esterni invasivi (ventilazione tramite tracheostomia, nutrizione enterale tramite peg, nutrizione parenterale con cvc );

per questi pazienti si rende necessaria l'attivazione di un insieme di interventi medici specialistici, infermieristici e fisioterapico, a causa della complessità e peculiarità dell'intervento richiesto;

tali interventi devono essere coordinati, programmati e integrati con attività di tipo medico, infermieristico e fisioterapico, con il supporto di vari servizi aziendali;

**PRECISATO CHE** per il malato ad alta intensità occorre predisporre una dimissione concordata, che gli assicuri la possibilità di essere avviato al proprio domicilio e/o in una struttura a cure intermedie a garanzia delle continuità delle cure in termini di qualità e sicurezza delle stesse;

data la complessità assistenziale del paziente, che necessita di elevata assistenza, si evidenzia l'esigenza della contemporanea attivazione di più servizi aziendali di varia tipologia fra cui l'assistenza domiciliare, i servizi di cure palliative, i Servizi protesi ed ausili, la Medicina Legale, I Servizi farmaceutici territoriali e Ospedaliero, i Servizi sociali del Comune etc, si rende necessaria l'individuazione di una procedura unica e condivisa tra i vari attori, al fine di garantire la complessità assistenziale per questo tipo di utenza;

**DATO ATTO** che con propria deliberazione n. 1936 del 21.12.2015, avente per oggetto presa d'atto obiettivi di budget strutture organizzative è stato assegnato l'obiettivo, (condiviso tra le Direzioni mediche, i Distretti sanitari, il SPS, il 118 e l'ADI) di *definizione del percorso assistenziale dei pazienti in cure domiciliari*, come previsto dalla Delibera del Commissario Straordinario n. 1524 del 16/10/2015;

**VISTO** Il documento elaborato dal Gruppo di Lavoro, coordinato dal Direttore Socio Assistenziale che si allega alla presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

**RICHIAMATA** la propria deliberazione n. 633/c del 29/04/2015 avente per oggetto "*approvazione del progetto di continuità assistenziale. Proroga e implementazione delle cure domiciliari ad alta intensità assistenziale verso l'istituzione delle UU.OO. di Cure Palliative e Terapia antalgica e del completamento della rete con l'apertura dell'Hospice*" e n. 1524/c del 16/10/2015 concernente "*l'articolazione organizzativa, modello assistenziale e definizione dotazioni della struttura semplice a valenza aziendale della terapia del dolore, cure palliative e Hospice*";



**RITENUTO** pertanto necessario ed opportuno procedere all'approvazione di tale documento;

## PROPONGONO

l'adozione del presente provvedimento;

## IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

**VISTA** l'istruttoria svolta dal Direttore Sanitario unitamente al Direttore Socio sanitario

**ACQUISITO** il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

## DELIBERA

per quanto meglio esposto in premessa:

1. di approvare il documento sulla presa in carico del paziente ad alta intensità assistenziale da inserire nelle cure domiciliari integrate di area critica, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale;
3. di impegnare Direzioni ospedaliere e di Distretto a dare attuazione a quanto stabilito nel documento;
4. di stabilire che il Gruppo di Lavoro valuterà la necessità di aggiornare i contenuti documento, decorsi tre mesi dall'entrata in vigore della presente deliberazione;

Il Commissario Straordinario  
Dott. Antonio Onnis

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Maria Fanni Pittau

Il Direttore Sanitario  
Dott. Silvio Maggetti

Dir/SA dott. A. Atzori

Segreteria DS C. Dessi





REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
Asl n° 7 Carbonia

Il Responsabile del Servizio Affari Generali,

Attesta che la deliberazione  
n. 7 del c del 16 MAG 2016  
è stata pubblicata

nell'Albo pretorio dell'Azienda USL n. 7

a partire dal 19 MAG 2016

Resterà a disposizione per la consultazione nella sezione  
Archivio Deliberazioni del sito [www.aslcarbonia.it](http://www.aslcarbonia.it)



Servizio Affari Generali

# PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE AD ALTA INTENSITÀ ASSISTENZIALE DA INSERIRE IN A.C. DELLE CURE DOMICILIARI

Data	Redazione	Verifica	Approvazione
17 maggio 2016	A. Atzori, Gruppo di Lavoro	S. Maggetti	A. Onnis

Valenza Documentale	Aziendale	P.O./Distretto	Dipartimento	Unità Operativa
	x			

Livello di diffusione	Portale aziendale		Riunioni
	x		x

Storia del documento	Data	N Rev.	Tipo di revisione
	17.5.16		Prima emissione

# Indice

1. Oggetto	3
2. Scopo	3
3. Applicabilità	3
4. Rete dei servizi sanitari e socio sanitari	3
5. Destinatari	3
6. Finalità	4
7. Descrizione Attività	4
7.1. Considerazioni generali	4
7.2. Fasi del processo	4
7.3. Presa in carico	6
7.4. accoglimento a domicilio	9
7.5. Proseguimento delle cure a domicilio	9
7.6. Collaborazione col servizio farmaceutico territoriale e ospedaliero	9
7.7. Continuità assistenziale a domicilio 24 ore su 24	10
8. Attivazione delle strutture territoriali (RSA Hospice)	10
9. Urgenza ed emergenza	11
10. Riferimenti per il paziente e la sua famiglia	11
11. applicazione della procedura	11
12. Strumenti	11
13. Principali normativi e procedure per l'erogazione di presidi e ausili del Servizio Farmaceutico	11
14. Gruppo di Lavori	12
Diagramma di Flusso	13
Moduli allegati v. punto 12	14

## **1. Oggetto**

La presente procedura descrive le modalità e le responsabilità per la presa in carico del paziente, che necessita di Cure ad alta intensità assistenziale, nella gestione extraospedaliera, al fine di assicurare l'assistenza e la continuità delle cure.

Le cure domiciliari integrate rispondono ad un bisogno socio-sanitario complesso e sono basate su un progetto di assistenza definito dalla Unità di valutazione territoriale (UVT) operante nel Punto unico di accesso (PUA), previa valutazione multidimensionale del caso e su un piano attuativo degli interventi (PAI) terapeutico riabilitativi, definito dalla unità operativa delle cure domiciliari e dal referente dell'UO cure palliative. Detta tipologia assistenziale presuppone "una presa in carico globale" della persona da parte di una équipe multiprofessionale e multidisciplinare che eroga le prestazioni programmate che coinvolge il MMG e il PLS.

## **2. Scopo**

La presente procedura definisce modalità omogenee per l'attivazione della rete dei servizi sanitari e socio-assistenziali per i pazienti con necessità di prestazioni ad alta intensità di tipo sanitario e/o sociali che rientrano nella tipologia definita di Area Critica.

## **3. Applicabilità**

La procedura viene applicata in tutti i Distretti e i Presidi Ospedalieri della ASL n. 7 di Carbonia e riguarda le strutture ed i Servizi che fanno parte della rete delle cure domiciliari e di cure intermedie.

## **4. Rete dei Servizi sanitari e Socio Assistenziali**

Fanno parte della Rete assistenziale i Distretti socio sanitari di Carbonia e Iglesias, le Direzioni Sanitarie dei presidi ospedalieri della ASL, le UU.OO. Specifiche (uo anestesia e rianimazione, PS e rete dell'emergenza), le UU.OO di Cure domiciliari, UO cure palliative, i Servizi sociali dei Comuni, i MMG e i PLS dei singoli assistiti, l'Hospice e le strutture che eventualmente dovessero sottoscrivere il protocollo di intesa (RSA, altro).

## **5. Destinatari**

Destinatari della seguente procedura sono tutti gli assistiti che si trovano nelle seguenti condizioni clinico assistenziali:

- Pazienti che necessitano di supporto ventilatorio invasivo (Ventilazione meccanica Assistita), continua o intermittente, affetti da malattie neuro degenerative progressive e /o altre malattie rare, con alto carico assistenziale;
- pazienti in stato di minima coscienza e/o stato vegetativo che necessitano di assistenza ad alta intensità e professionalità di tipo continuo e/o intermittente;
- pazienti con patologie ad andamento evolutivo, in fase avanzata e a prognosi infausta (neoplasia allo stato terminale), che necessitano di terapia sintomatica del dolore e/o di cure palliative per il fine vita;
- pazienti affetti da altre patologie cronico degenerative (Duchenne, sclerosi multiple progressive, etc) o che si trovino in condizioni clinico assistenziali tali da configurare un inserimento in A.C. delle cure, come eventualmente deciso in sede di valutazione multidisciplinare.

## 6. Finalità

La procedura deve assicurare , la presa in carico globale degli assistiti, tale da evitare l'interruzione delle cure e garantire la continuità assistenziale in condizioni di sicurezza e appropriatezza in particolare, devono essere garantire:

la continuità assistenziale fra Ospedale e Territorio, consentendo il miglior inserimento possibile in ambito domestico e familiare e/o nella struttura territoriale adeguata;  
l'integrazione fra i servizi territoriali (Distretti sociosanitari, servizi sociali territoriali, strutture semiresidenziali e residenziali) e i servizi ospedalieri nel passaggio dalla presa in carico del paziente nei modi e tempi previsti;  
La continuità tra i Servizi di Cure Domiciliari, l' U.O. Cure palliative, l'Hospice e la condivisione degli interventi con i MMG , i PLS , l'assistito e la sua famiglia di riferimento.  
L'erogazione diretta a domicilio dell' Assistenza farmaceutica e integrativa.

## 7. Descrizione attività

### 7.1 Considerazioni generali

Considerata la specificità dei singoli casi, si considerano condizioni preliminari, necessarie alla presa in carico del paziente, oltre alla eleggibilità clinica al fine di garantire il proseguimento delle cure a casa e/o nelle strutture di riferimento appropriate:

- l'accettazione informata della famiglia
- il consenso informato del paziente o di un suo delegato (giuridicamente riconosciuto) (modulo 1 e 2) e in caso di ventilazione il modulo 4
- l'adesione del MMG o del PLS al piano di Cura ;
- la disponibilità e l'adeguatezza del domicilio (vedi anche valutazioni specifiche degli uffici competenti);
- l'affidabilità e la copresenza del nucleo familiare;
- la preparazione del domicilio con la fornitura dei presidi necessari per un'adeguata e sicura assistenza a casa della persona;
- la formazione del Care-giver (famigliare di riferimento) e del paziente con valutazione dell'apprendimento (modulo 7).

### 7.2 Fasi del processo (dalla segnalazione alla valutazione )

Sono previste le seguenti fasi del processo assistenziale:

**1) La segnalazione**, della necessità di una valutazione per l'inserimento dell'assistito in cure di A. C., con conseguente presa in carico, da parte dei seguenti soggetti abilitati :

- Direzione Sanitaria dei PPOO e/o delle singole UUOO di ricovero o di gestione dell'assistito (dimissione concordata);
- MMG e PLS dei singoli assistiti;
- Servizio Cure Domiciliari e UO cure Palliative e Hospice;
- Strutture Territoriali (RSA, Hospice)

La segnalazione del bisogno dovrà seguire le modalità previste nella procedura da parte dei soggetti abilitati. L'attivazione della procedura per definire la presa in carico devono essere tempestive e condivise tra i vari attori coinvolti .

## 2 ) PUA Distrettuale

Al PUA dovranno pervenire le segnalazioni provenienti dai PO, dalle singole UUOO (rianimazione, medicina, etc) e dalle Strutture (RSA / Hospice).

Le segnalazioni dei Servizi di Cure Domiciliari come le UUOO ADI Distrettuali e UO cure palliative devono essere processate direttamente tra i Servizi coinvolti.

Ricevuta la segnalazione, Il PUA Distrettuale informa il medico referente del Distretto, che attiverà il percorso necessario per lo studio del caso e successivamente condividerà con gli attori coinvolti la calendarizzazione dell'UVT specifica con il coinvolgimento del MMG o del PLS dell'assistito e delle altre figure previste a seconda del singolo caso da valutare.

In sintesi le funzioni del PUA Distrettuale sono :

- accoglienza e registrazione della segnalazione;
- verifica della presenza dei criteri necessari alla prosecuzione del percorso;
- attivazione dei servizi e degli operatori coinvolti per lo studio del caso (Medico distrettuale, UUOO ospedaliere, UO ADI , UO Cure Palliative, Servizi Sociali dei Comuni, MMG e il PLS dell'assistito);
- effettuare un'analisi delle necessità assistenziali (esprimendo una prima valutazione sulla fattibilità della gestione a domicilio rispetto alle risorse solitamente disponibili ed attivabili sul territorio);
- calendarizzare e attivare l'UVT di riferimento.

Per l'approfondimento della valutazione nella fase che precede l'UVT, gli attori coinvolti dovranno verificare, come richiesto dalla procedura, che siano presenti le condizioni cliniche e che sussistano i criteri preliminari alla presa in carico, in particolare dovrà essere verificato che:

- sia stata definita in modo adeguato l'eleggibilità clinica del paziente alle cure domiciliari;
- sia stato ottenuto il consenso della famiglia alla dimissione;
- sia stato contattato il MMG o il PLS dell'assistito;
- siano prescritte le apparecchiature ed i presidi necessari a garantire la continuità delle cure a domicilio;
- sia stata verificata la fattibilità dell'intervento (bilancio delle risorse disponibili nel territorio) e la disponibilità del domicilio ad accogliere con sicurezza l'assistito e gli operatori coinvolti.

## 3 ) La Valutazione Multidimensionale

Definita l'UO che dovrà farsi carico del paziente a domicilio, il PUA si attiva per la convocazione dell'UVT . L'UVM per la presa in carico dei pazienti ad alta intensità assistenziale è così costituita:

- Referente Medico PUA del Distretto ;
- Responsabile o suo delegato U.O. Cure Palliative ;
- Responsabile o suo delegato dell'U.O. ADI Distrettuale;
- Responsabile o suo delegato U.O. Ospedaliere ;
- Coordinatore infermieristico dell' UO Cure Palliative ;
- MMG o PLS dell'assistito;
- Altre eventuali figure necessarie (Assistente Sociale del Comune di riferimento/altri specialisti).

In alcuni casi la presenza dei singoli componenti coinvolti può essere sostituita dalla documentazione specifica (Valutazione multidimensionale, Documentazione Clinica, prescrizione dei presidi) necessaria alla completa definizione del caso.

In sede di Unita Valutativa Multidimensionale Distrettuale (U.V.T) vengono predisposti il Progetto assistenziale e il Piano Assistenziale Individuale (PAI). Completata la procedura di Valutazione, con la definizione del PAI, il Referente dell'UO che prende in carico il paziente UO Cure Palliative, nel caso di pazienti ventilati e /o terminali, comunica al Direttore e al Coordinatore infermieristico della U.O. Ospedaliere o di Struttura (RSA – Hospice) interessati, le modalità per l'attivazione, specificando



i tempi e le modalità della domiciliazione che verranno comunicati contestualmente, anche alla famiglia dell'assistito.

Nel caso il paziente sia già in ADI sarà cura del referente medico o infermieristico dell'UO ADI collaborare con l'U O cure palliative per definire il passaggio del paziente in A.C.

### **7.3. La presa in carico**

Una volta Definito che il paziente presenta i criteri di eleggibilità clinica e sono presenti le condizioni per l'attivazione dei Servizi necessari a garantire il proseguimento delle Cure a domicilio o eventualmente nelle strutture di riferimento, si dovranno attivare le modalità per l'effettiva presa in carico dell'assistito.

Le modalità della presa in carico si distinguono in base alla tipologia dell'assistito e ai suoi bisogni assistenziali , pertanto si descrivono le procedure dei casi specifici che più frequentemente richiedono l'attivazione della Dimissione Concordata per la prosecuzione delle cure:

#### ***A) Dimissione concordata con Attivazione dei servizi domiciliari per i pazienti in ventilazione meccanica invasiva (VM) e non invasiva (NIV) che rientrano negli assistiti di A.C.***

Si parlerà di Dimissione concordata ogni qual volta è necessario che venga segnalata dall'UO Ospedaliera che ha in carico l'assistito, l'esigenza di garantire la continuità assistenziale con la prosecuzione delle Cure a domicilio o nelle strutture adeguate a tale funzione.

#### **Compiti dell' Unità Operativa Ospedaliera che ha in carico l'assistito :**

Se il paziente, candidato alla dimissione, è in ventilazione meccanica invasiva il Medico dell'U.O. Ospedaliera, oltre a seguire le procedure precedentemente descritte, procederà come segue :

- Attiverà la Dimissione Concordata Segnalando al PUA Distrettuale di riferimento (modulo segnalazione) che il paziente è avviato alla stabilizzazione clinica e pertanto è candidato alla prosecuzione delle cure in ambiente extraospedaliero;
- Disporrà che il coordinatore infermieristico dell'U.O. Ospedaliera valuti l'apprendimento del familiare e/o della persona di riferimento (Care-giver) attraverso l'apposita check-list (modulo n 7).
- Prenderà contatti con Il Referente delle U.O. di Cure Palliative, responsabile dell'assistenza del paziente a domicilio, per un passaggio di consegne sulle problematiche cliniche specifiche;
- Condividerà con l'assistito e/o i suoi familiari le modalità per attivare la domiciliazione prendendo i contatti con il Medico di Medicina Generale per verificare le necessità e le criticità da affrontare;
- prescriverà le apparecchiature , i presidi ed i dispositivi necessari per la continuità assistenziale (allegato 1 );
- Compilerà la VM (modulo n° 5) da inviare al PUA .

Dal momento della segnalazione al PUA , tutte le fasi preliminari dovranno essere attuate entro 5 giorni lavorativi, tenendo conto che i tempi necessari per la dimissione possono essere sensibilmente modificati dalla disponibilità delle apparecchiature e dei materiali (ventilatore, aspiratore, pulsossimetro, circuiti e filtri, pallone di ambu, pompe infusionali, etc) necessari per garantire la sicurezza della continuità assistenziale a domicilio.

#### **Scelta delle apparecchiature e dei presidi necessari alla continuità assistenziale**

La scelta delle apparecchiature e dei presidi necessari alla continuità assistenziale risulta spesso essere definitiva anche nel proseguimento delle cure in regime extraospedaliero.

E' quindi fondamentale che la scelta tenga conto, oltre ovviamente delle esigenze di tipo clinico, anche di aspetti organizzativi che possono facilitare la gestione a casa delle stesse.

E' pertanto necessario che il soggetto prescrittore, tenga conto per effettuare la scelta sulle apparecchiature da prescrivere per il domicilio, di tutte le variabili che entrano in gioco (appalti Aziendali, eventuali service, collaborazione con altre equipe, facilità di gestione).

In un'ottica di razionale e adeguato utilizzo delle risorse, è auspicabile la collaborazione tra il medico dell'U.O. Ospedaliera a cui l'assistito è in carico e le UU.OO. di riferimento che seguiranno il paziente a domicilio .

### **Compiti del Referente medico del Distretto (PUA)**

Coordina gli interventi necessari e ricevuta la segnalazione attiva il percorso coinvolgendo il Referente dell' UO di Cure Palliative, e dell' ADI che sentito il Medico dell'U.O. Ospedaliera, il Medico di Medicina Generale e i famigliari (Care-giver ) definiranno le modalità per la presa in carico e la calendarizzazione dell'UVT specifica.

### **Compiti del Referente medico dell'UO Cure Palliative**

Ricevuta la segnalazione dal PUA, contatta l'UO Ospedaliera di riferimento per la definizione della procedura necessaria alla dimissione; verifica, ai fini del completamento della valutazione:

- la disponibilità e l'adeguatezza del domicilio ai fini della sicurezza e della qualità dell'assistenza;
- l'adesione alla procedura dell'assistito e della sua famiglia
- il materiale necessario a garantire la sicurezza assistenziale, sentito il Servizio Farmaceutico Territoriale, da predisporre a domicilio;
- la calendarizzazione dell'UVT in collaborazione con il Medico distrettuale e dell'ADI Distrettuale.

### **La definizione del Piano Assistenziale**

Completata la valutazione in UVT, si proseguirà nella predisposizione del PAI e alla compilazione della cartella ADI Distrettuale tra gli operatori dell'equipe che prende in carico l'assistito (Medico e referente infermieristico ADI, Medico e referente infermieristico UO Cure Palliative e MMG o PLS dell'assistito).

La Cartella ADI contiene i seguenti documenti :

- l'adesione al piano del MMG,
- i dati anagrafici per la segnalazione al Servizio Farmaceutico Territoriale,
- la VMD,
- la sintesi dei bisogni assistenziali con il flusso,
- i criteri di eleggibilità (care giver, sicurezza del domicilio),
- il consenso informato,
- la scheda di dimissione,
- la cartella domiciliare che sarà consegnata al MMG o PLS,
- il PAI.

Il piano assistenziale individuale (**PAI**) , dovrà contenere:

- il piano terapeutico;
- il piano degli ausili, dei dispositivi medici, dei presidi e delle apparecchiature necessari a domicilio;;
- il piano degli interventi (attori coinvolti e frequenza e programmazione della frequenza degli accessi e della tipologia degli interventi);
- gli accessi del MMG o PLS;
- gli interventi di supporto (la prescrizione farmaceutica nel rispetto del Prontuario Terapeutico Regionale delle note AIFA e/o dei Piani Terapeutici, trasporti, interventi specialistici, monitoraggio ematochimico).

La dimissione dell'assistito ed il suo trasferimento a domicilio devono essere programmate con precisione, attraverso la collaborazione tra l'U.O. ospedaliera che dimette e l'U.O. Cure palliative che prende in carico l'assistito.

La registrazione dell'assistito ai sistemi informatici Aziendali (Sisar) e la gestione della cartella Distrettuale sarà in carico all'UO ADI, mentre la gestione della cartella domiciliare sarà in carico al MMG o PLS e all'UO cure palliative per la parte specialistica.

Sarà cura dell'UO ADI formare gli operatori dell'UO cure palliative per un completo passaggio delle attività di supporto necessarie a garantire l'autonomia nella gestione delle attività quotidiane dell'assistenza (prescrizione farmaci, gestione prelievi, gestione supporto specialistico, gestione trasporto farmaci e ritiro rifiuti; gestione dei flussi informatici per quanto riguarda il caricamento delle attività effettuate).

Tale passaggio dovrà essere guidato e attivato in questa fase preliminare e completato entro il **01/07/2016**.

***B) Dimissione concordata con Attivazione dei servizi domiciliari per i pazienti con bisogni assistenziali che non necessitano di assistenza ventilatoria e apparecchiature complesse (Neoplastici terminali, terapia antalgica, stati vegetativi, pazienti con altri bisogni arruolabili in AC)***

Se il paziente candidato alla dimissione è affetto da una patologia che non richieda una ventilazione meccanica per il proseguimento delle cure a domicilio, si rende necessaria una procedura semplificata rispettando il delicato equilibrio tra l'esigenza di dimissione da parte del reparto ospedaliero e la possibilità di presa in carico da parte dei servizi territoriali al fine di garantire al paziente la continuità delle cure.

- il Medico dell' U.O. Ospedaliera individua i bisogni del paziente e verifica le condizioni di eleggibilità per l'inserimento in area critica;

-informa il paziente e/o i suoi familiari sulla possibilità di proseguire le cure a domicilio;

-contatta il MMG /PLS dell' assistito almeno 2-3 giorni prima della presunta dimissione, per segnalare la necessità di proseguimento a domicilio delle cure e predispone il piano terapeutico anche attraverso l'attivazione della consulenza;

-Il Medico di Medicina Generale dell' assistito verifica la sussistenza dei requisiti necessari per la prosecuzione delle cure a domicilio (adeguato supporto familiare) e prende accordi con l' UO distrettuale per proporre l' inserimento del paziente in ADI;

- L' UO ADI supporta il MMG nella compilazione della cartella distrettuale e completa la definizione del PAI in collaborazione con l'U.O. Cure Palliative. La cartella domiciliare viene consegnata al MMG che la deposita al domicilio del paziente quale unico riferimento per tutti gli operatori. l'U.O. ADI provvede inoltre, alla registrazione dell' assistito ai sistemi informatici aziendali SISAR;

-L' UO Cure palliative conclude il percorso organizzativo gestendo le attività di supporto necessarie a garantire la successiva presa in carico del paziente e concorda con l'Unità ospedaliera tempi e modi per la dimissione al fine di garantire la continuità assistenziale.

Nel caso in cui non sia possibile predisporre la compilazione del PAI anticipatamente, rispetto alla dimissione, si attiva una procedura d'urgenza con la presa in carico del paziente da parte dell'UO Cure palliative per garantire la continuità delle cure e la successiva compilazione del PAI da parte degli attori coinvolti (MMG, UO ADI, UO Cure palliative)

In ogni caso, l'U.O. Ospedaliera dovrà garantire, nei limiti del possibile, che giorno previsto della dimissione non cada in giorni festivi o prefestivi.

### **C) Attivazione dei Servizi per i pazienti già inseriti in ADI che necessitano di Cure di Area Critica.**

Nel caso sia necessario attivare le cure di AC in pazienti già inquadrati nell'ADI , sarà cura dei referenti dell' UO ADI Distrettuale di riferimento dell'assistito contattare l'UO cure palliative e predisporre in collaborazione, il passaggio di consegne e la definizione del nuovo PAI .  
Tale passaggio dovrà essere predisposto informando adeguatamente l'assistito e/o la sua famiglia ed il MMG o PLS e registrando l'intervento nella procedura dei flussi Sisar.

#### **7.4. Accoglimento a domicilio**

L'equipe assistenziale che prende in carico l'assistito (U.O. cure Palliative o eventuali altre équipe), dovrà accertarsi della adeguatezza del domicilio, dopo aver attivato tutte le risorse necessarie per l'assistenza a casa del paziente e contemporaneamente valutato l'apprendimento della famiglia e la preparazione del *caregiver*, dispone il rientro del paziente.  
E' auspicabile che a domicilio, in particolare nei casi ad elevata complessità assistenziale, il giorno di arrivo del paziente siano presenti le figure sanitarie che seguiranno l'assistito.

#### **7.5. Proseguimento delle cure a domicilio**

Come già precedentemente enunciato, Il Medico di Medicina Generale è il responsabile clinico dell'assistenza, gestisce le problematiche cliniche generali e collabora con i medici specialisti dell'U.O. Cure palliative. I medici specialisti sono i responsabili delle problematiche specialistiche e del monitoraggio della situazione clinica, al fine del mantenimento del paziente a domicilio in condizioni di sicurezza .

Il piano di monitoraggio specifico è proposto dal Medico Specialista dell'UO Cure Palliative in accordo con l'U.V.M.D. dell'ADI del Distretto di riferimento.

A domicilio deve essere mantenuta e aggiornata, da tutto il gruppo curante, la cartella clinica integrata (allegato ..... ).

#### **7.6. Collaborazione con il Servizio Farmaceutico Territoriale e Ospedaliero**

**Il Servizio Farmaceutico Territoriale** provvederà ad erogare i farmaci, i dispositivi medici, gli ausili e gli alimenti destinati ai fini medici specialistici in ottemperanza alle normative nazionali e regionali.

**Farmaci:** possono essere prescritti i farmaci presenti nel Prontuario Terapeutico Regionale nel rispetto delle indicazioni riportate in scheda tecnica, per i farmaci soggetti a note limitative e a Piano Terapeutico (il medico prescrittore dovrà indicare la nota e predisporre il P.T. da allegare alla richiesta). Per i farmaci non presenti in Prontuario sarà necessario predisporre una richiesta motivata e personalizzata.

**Dispositivi medici, alimenti, presidi e ausili:** possono essere prescritti nel rispetto delle normative nazionali e regionali.

Tutte le principali normative e procedure sono riportate nel paragrafo 13

Al fine di agevolare la presa in carico dei pazienti il Servizio Farmaceutico Territoriale, in collaborazione con U.O. Cure Palliative, individuerà un elenco di farmaci e di dispositivi medici che saranno gestiti dalla U.O. cure palliative al fine di consentire la continuità assistenziale in caso di dimissioni ospedaliere durante il fine settimana.

**La Farmacia Ospedaliera**, interviene relativamente alla tipologia di pazienti di cui al punto B, assicurando la consegna della terapia dei farmaci di classe A così come previsto dall'art 8 della L 405/2001 presenti nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero, prescritta in dimissione dall'U.O. Ospedaliera che ha in carico il paziente per almeno 7 giorni, tempo necessario per la completa definizione del PAI e per poter ridurre il tempo della dimissione.

### **7.7. Continuità assistenziale a domicilio 24 ore su 24.**

Per i pazienti ad elevata complessità assistenziale (profilo ADI III livello ad Alta Intensità Assistenziale) la continuità è garantita, 24 su 24 attraverso la reperibilità del personale medico e infermieristico dell' U.O. di Cure Palliative.

La continuità medica è inoltre garantita dai Servizi Aziendali che svolgono le attività di Emergenza - Urgenza (118) e dai Servizi Aziendali di Continuità Assistenziale (Guardia Medica).

Alla famiglia al momento della presa in carico a domicilio verrà consegnata la Carta dei Servizi con tutti i riferimenti telefonici nel caso di inconvenienti tecnici o problematiche cliniche.

### **8. Attivazione delle strutture territoriali (RSA- Hospice)**

In alcune situazioni, anche temporaneamente, è possibile che la domiciliazione non sia resa possibile e pertanto si dovrà ricorrere (sempre con il consenso dell'assistito e/o della sua famiglia o dei suoi amministratori) ad attivare la procedura di ricovero in strutture territoriali, al fine di rendere possibile la deospedalizzazione. In particolare si ricorre al ricovero in strutture nel caso cui in cui si verificassero le seguenti condizioni:

- temporanea o permanente impossibilità della famiglia ad accogliere a domicilio il paziente;
- assenza di familiari o problemi temporanei di assenza del caregiver di riferimento;
- presenza di bisogni e/o problematiche di tipo sanitario e/o socio-assistenziali non soddisfabili a domicilio (riacutizzazione patologia, interventi sanitari non effettuabili a domicilio, problemi domestici o del domicilio stesso);

In questa evenienza il Medico dell'U.O. Ospedaliera, seguendo le disposizioni aziendali, segnala alla Struttura identificata e al PUA Distrettuale di riferimento la necessità di un intervento extradomiciliare che andrà concordato con l'assistito e con i familiari di riferimento.

Tale richiesta andrà inoltrata compilando le schede di VMD e di inserimento già presenti nella normativa di riferimento (modulo 5)

### **9. Urgenze ed Emergenze**

Nei casi in cui il paziente in area critica, ventilato o non, abbia necessità urgente di prestazioni non praticabili a domicilio e o che necessitino del supporto di tecnologie Ospedaliere (ad esempio, trattamenti invasivi di terapia antalgica, esecuzione radiografie, ecografie, esami di laboratorio urgenti, terapia medica da effettuarsi in ambiente ospedaliero, gestione cannula tracheostomica, posizionamento difficile di catetere vescicale, esecuzione EGA ecc.) è individuata un posto letto OBI dedicato del Pronto Soccorso. Aziendale prontamente disponibile con breve preavviso prendendo contatti col Direttore del Pronto Soccorso.

Il paziente eseguirà gli accertamenti diagnostico-terapeutici necessari, comprese le eventuali consulenze specialistiche, senza spostarsi dal posto letto. Tale percorso del paziente, oltre che garantire la privacy e la minor movimentazione possibile dello stesso, eviterà il ricorso ad un ricovero se non strettamente necessario, Il paziente verrà accompagnato presso il Pronto soccorso dal personale dell'U.O, Terapia del dolore e cure palliative e sarà supportato durante il decorso dal personale Medico ed Infermieristico del Pronto soccorso. Il paziente verrà registrato al *triage* come di norma e l'esito del percorso sarà deciso in base all'andamento degli accertamenti eseguiti e delle terapie praticate, esitando in dimissione a domicilio o in regime di ricovero Ospedaliero.

Le emergenze insorte nei pazienti inseriti in ADI III livello Area Critica in ventilazione meccanica o in terapia del dolore verranno gestite con le seguenti modalità:

- qualora il paziente che a domicilio presenti sintomi di riacutizzazione della patologia cronica di cui è affetto o sintomi di insufficienza respiratoria acuta. I familiari contatteranno direttamente il SET 118 ed eventualmente il team dell' UO Cure Palliative per un consulto.

– Il paziente condotto in Pronto Soccorso dal 118 o dal personale AD verrà gestito dal personale Medico ed Infermieristico del Pronto Soccorso come di consueto. Il medico del Pronto Soccorso, valuterà la necessità di ricovero o un eventuale trasferimento.

Verrà attivato in Azienda un percorso formativo specifico per gli operatori medici ed infermieristici del 118 per le conoscenze teorico / pratiche sulle apparecchiature complesse (ventilatori in uso). Sarà cura dell'UO cure palliative o di altri esperti eventualmente identificati dalla Direzione ASL, creare un percorso formativo sul campo per la conoscenza degli assistiti e delle loro patologie e dei bisogni assistenziali, al fine di migliorare le capacità di intervento su questi assistiti nel territorio.

I singoli percorsi dovranno essere successivamente integrati in questa procedura da gruppi di lavoro specifici ospedale territorio che trattino le diverse aree di intervento

## **10. Riferimenti per il paziente e la sua famiglia**

In linea di principio Il Medico di Medicina Generale e/o il Pediatra di Libera Scelta sono comunque i responsabili dell'assistenza, il riferimento per la famiglia e il paziente, per tutte le problematiche di tipo assistenziale e i primi referenti per la famiglia in caso di problematiche cliniche e assistenziali generali mentre le competenze specialistiche sono a carico dell' U.O. che ha in carico il paziente

## **11. Applicazione della Procedura**

Questa procedura ha validità dal momento di pubblicazione della delibera di riferimento. La definizione dei singoli processi interni alla procedura necessitano di ulteriori passaggi e condivisione tra gli operatori dell'ospedale e del Territorio, che verranno stabilite in incontri successivi ai fini di integrare la procedura stessa. Tal procedura governerà per la ASL 7 Carbonia il sistema di gestione ospedale – territorio per le aree critiche di intervento ed è quindi da ritenersi integrabile nel caso in cui dovessero presentarsi altri scenari organizzativi e /o professionali non previsti in questa procedura.

## **12. Strumenti**

- Modulo 1 Privacy
- Modulo 2 Consenso Informato alle cure
- Modulo 3 Consenso Farmaci OSP
- Modulo 4 Consenso per ventilazione domiciliare
- Modulo 5 Segnalazione/attivazione Cure Domiciliari AC e Valutazione multidimensionale (VMD)
- Modulo 6 Cartella integrata del Servizio
- Modulo 7 Check list avvenuta formazione del caregiver
- Modulo 8 Valutazione del dolore

## **13. Principali normative e procedure per l'erogazione di presidi e ausili del Servizio Farmaceutico**

- **Procedura prescrizione/erogazione presidi nomenclatore tariffario (D.M. DEL 30LUGLIO 1991).**
- **Direttiva regionale 17/56 del 2 giugno 1992 (Servizi individuati/preposti alla autorizzazione e alla consegna dei presidi del Nomenclatore Tariffario D.M. 30 luglio 1991).**
- **Circolare regionale 27/04/1993(Servizi preposti all'autorizzazione).**

- **Procedura prescrizione/erogazione ausili elenco 3 (D.M. 332/2009).**

Art. 1 comma 4 (elenco 3) apparecchi acquistati dalle USL ed assegnati in uso con le procedure indicate nell'art.4

Art. 2 (aventi diritto alle prestazioni)

Art .4 (Modalità di erogazione)

- Prescrizione specialistica
- Autorizzazione alla fornitura (Distretti Carbonia /Iglesias)
- Invio ai S.F.T. della autorizzazione da parte dei Distretti
- Acquisto da parte dei S.F.T. collaudo e inventariazione ( il S.F.T. contatta il servizio Tecnico Aziendale ) collaudo della funzionalità elettrica
- Verifica e impostazione dei parametri da parte dello specialista prescrittore
- Consegna in comodato d'uso all'assistito (predisposizione del fascicolo paziente)

- **Procedura prescrizione/erogazione dispositivi medici e alimenti:**

Decreto dell' Assessorato all'Igiene e Sanità 28 gennaio 1997 n° 26/III Serv.

Il Decreto 26 sopra citato all' art. 1 individua le protesi i presidi e gli ausili erogabili quali prestazioni straordinarie dalle Aziende USL ai sensi della L.R. 01/08/96 n° 34.

#### **14. Gruppo di lavoro**

Coordinato da: Dr. Aldo Atzori

dr.ssa Gabriella Gatto

dott. Roberto Massidda

dott. G.Bruno Cusano

dott. Sara Naitza

dott.Antonello Cuccuru

dott. Abu Marhil Wessam

CPS Claudia Puddu

dott. Quirico Sale

dott.sa Tiziana Serci

dott.sa Ninfa di Cara

dott.sa Teresa Galdieri

dott. Sergio Pili

dott. Carlo Murru

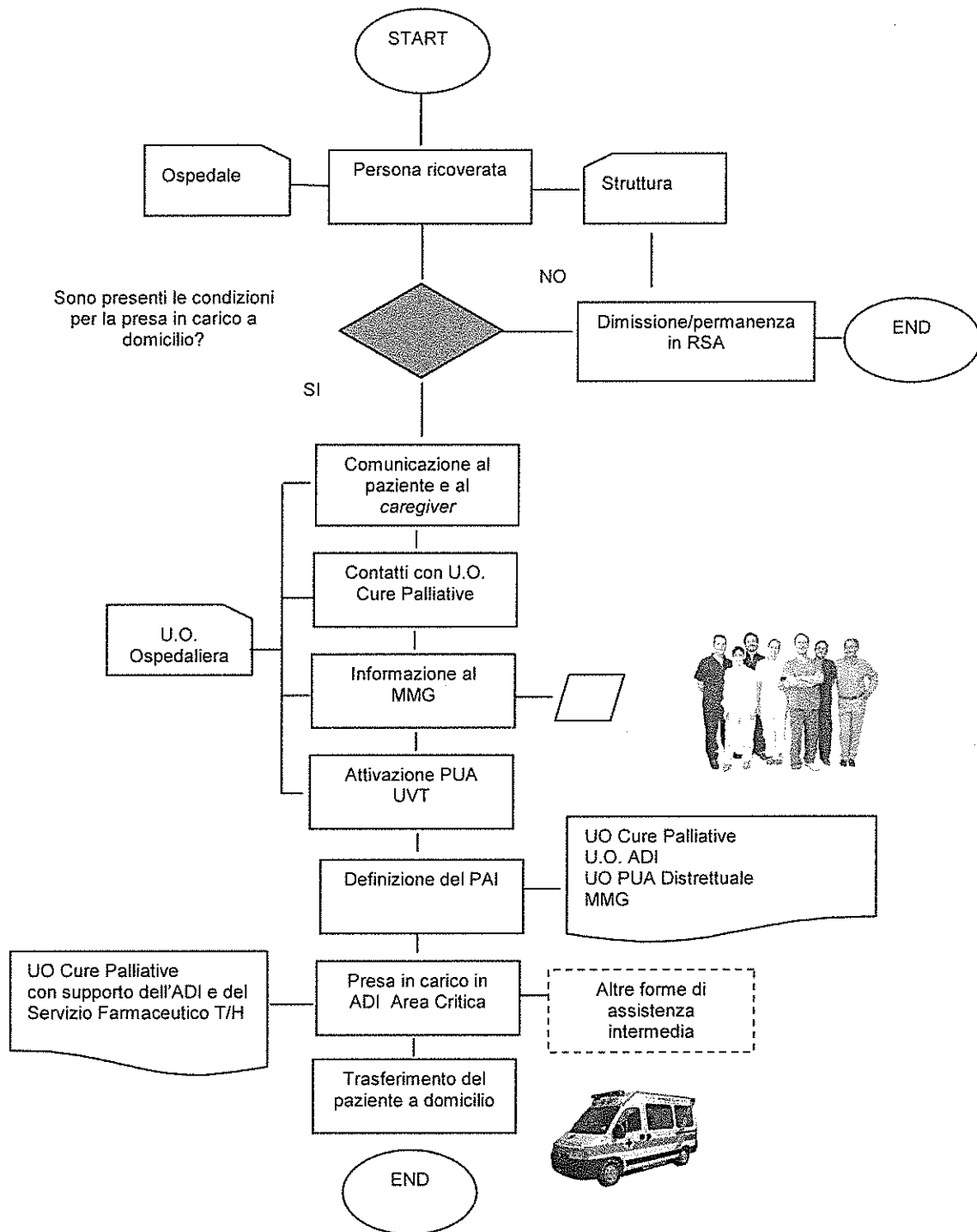
dott. Marco Sulcis

dott. Marco Vinicio Grussu

dott.ssa Maria Martinetti

dott.ssa Viviana Lantini

## DIAGRAMMA DI FLUSSO – DIMISSIONE CONCORDATA





## INFORMATIVA EX ART. 13 Dlgs 196/03 ( Privacy)

Gentile Signore/ Signora , la normativa sulla privacy dei dati personali prevede che il trattamento dei suoi dati personali debba essere effettuato nel rispetto della legge 196/03 , e che le strutture che trattano dati personali debbano informare le persone dell'uso che si farà dei propri dati e delle misure di sicurezza adottate per proteggere i dati, nonché dei propri diritti.

La ASL n. 7 nel rispetto della normativa vigente intende pertanto informarla che ai sensi dell'art. 13 del Dlgs 196/03:

Il trattamento dei dati da lei forniti si svolgerà con liceità e riservatezza e nel pieno rispetto dei suoi diritti e delle libertà fondamentali, nonché della sua dignità in osservanza del Codice Deontologico e del segreto professionale. In particolare, i dati sensibili ovvero i dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato e previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali (art. 26).

### FINALITA' DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati verrà effettuato per permettere la fornitura dei servizi sanitari da Voi richiesti e per gli obblighi di legge ad essi connessi . In particolare i dati sensibili da Voi forniti o raccolti presso terzi, verranno trattati nei limiti dell'Autorizzazione generale del Garante n° 2/2008 da personale debitamente incaricato per svolgere le seguenti prestazioni:

Attività amministrative correlate alla erogazione di attività di assistenza ambulatoriale e/o domiciliare  
Programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria

-Instaurazione, gestione, pianificazione e controllo dei rapporti tra l'amministrazione ed i soggetti accreditati o convenzionati del Servizio sanitario nazionale;

-Interventi di riabilitazione;

-Interventi anche di rilievo sanitario in favore di soggetti bisognosi o non autosufficienti o incapaci, ivi compresi i servizi di assistenza domiciliare;

-I dati potranno essere trattati inoltre con finalità connesse agli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate;

### MODALITA' E LOGICA DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati personali da Voi forniti quali pazienti di questa struttura, ovvero altrimenti acquisiti nel contesto della nostra attività, nel rispetto delle disposizioni legislative e contrattuali vigenti, avviene mediante strumenti ed accorgimenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato con il supporto di mezzi informatici e cartacei o telematici, ad opera di soggetti appositamente incaricati, che si avvarranno di strumenti elettronici e non elettronici, configurati in modo da garantire la riservatezza e la tutela dei vostri dati.

I dati che riguardano l'interessato, nonché eventualmente i dati che riguardano il nucleo familiare e/o gli esercenti la potestà genitoriale, saranno conservati, da parte dei servizi allo scopo individuati, in archivi cartacei e/o informatizzati, protetti da sottrazione, alterazione o distruzione e dotati di appositi sistemi di sicurezza attivi e passivi.

Il trattamento avverrà con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e potrà comportare tutte le operazioni previste dall'Articolo 4, comma 1, lettera a), del D. Lgs. n. 196/2003.

I servizi individuati, potranno trattare (cioè registrare, organizzare, conservare, consultare, estrarre, raffrontare ecc.) i dati direttamente o tramite persone incaricate, nel rispetto della riservatezza e nei limiti strettamente necessari allo svolgimento dei rispettivi compiti. I dati trattati non saranno oggetto di diffusione.

## CONSEGUENZE DI UN EVENTUALE RIFIUTO DI FORNITURA DEI DATI

Il tipo di dati raccolto e il loro trattamento è da considerare indispensabile per poter correttamente e compiutamente ottemperare agli adempimenti richiesti per le prestazioni sociosanitarie nell'ambito degli interventi previsti. Il fascicolo individuale viene infatti alimentato con aggiornamenti continui e conservato con adeguata protezione.

Un eventuale rifiuto a fornire i dati richiesti o al successivo trattamento comporterà inevitabilmente l'impossibilità a dar corso alla prestazione richiesta;

## SOGGETTI CHE POSSONO VENIRE A CONOSCENZA DEI DATI PERSONALI DELL'INTERESSATO

Per il completamento della procedura di presa in carico da parte dei Servizi, gli incaricati dovranno, con l'utilizzo di strumenti cartacei ed anche attraverso strumenti informatizzati, trasmettere i dati ad altri servizi dell'Azienda, nonché ad altri soggetti pubblici specificatamente individuati da norme di legge. Tutti questi soggetti saranno adeguatamente responsabilizzati sul corretto utilizzo dei dati. I dati potranno altresì essere utilizzati in modo anonimo a fini di ricerca e/o di rilevazione statistica.

Ferme restando le comunicazioni e diffusioni effettuate in esecuzione di obblighi di legge, i dati potranno essere comunicati in Italia e/o all'estero per l'espletamento dell'incarico ricevuto a:

Altri organismi sanitari privati e/o pubblici;

Altri organismi sanitari privati che gestiranno l'appalto di assistenza domiciliare;

Nostre figure aziendali debitamente incaricate, quali personale medico sanitario, parasanitario e amministrativo.

Vi informiamo, inoltre, che – ferma restando la richiesta del Vostro consenso quando così richiesto dalla Legge – il predetto trattamento dei Vostri dati personali potrà essere effettuato da soggetti ai quali la facoltà di accedere ai Vostri dati personali sia riconosciuta da disposizioni di legge o di normative regolamentari o comunitarie. I dati trattati non verranno in alcun modo diffusi.

## TITOLARE DEL TRATTAMENTO E RESPONSABILI

Il titolare del trattamento è il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale n. 7 Carbonia che ha sede presso Via Dalmazia in Carbonia. Il Responsabile del trattamento dei dati è il Coordinatore Aziendale delle cure domiciliari, Dott. Aldo Atzori.

Vi chiediamo cortesemente di segnalare tempestivamente ogni eventuale variazione dei Vostri dati personali in modo da poter ottemperare all'art. 11, lettera (c) della suddetta normativa, che richiede che i dati raccolti siano esatti e, quindi, aggiornati.

**Vi ricordiamo inoltre che potrete esercitare tutti i diritti di cui all'art. 7 del D.lgs.vo n. 196/2003 che per Vostra comodità riproduciamo integralmente**

### Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto

riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Ulteriori informazioni
------------------------

I dati personali idonei a rilevare il Suo stato di salute Le saranno notificati direttamente o per il tramite di un medico da Lei designato.

Modulo 2

CONSENSO INFORMATO ALLE CURE

Distretto  Data

**Sezione A Dati dell'assistito ( compilare sempre con i dati dell'assistito)**

Io sottoscritto  Nato a

il  , residente a  Via

In qualità di  
 Paziente/Utente

**Oppure ( riportare i dati della persona che autorizza al trattamento in caso di paziente impossibilitato )**  
 (nel caso in cui l'interessato non possa prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere, o per la minore età il consenso è manifestato da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente od in loro assenza, dal Responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato – articolo 24 D.Lgs. 196/2003).

**Sezione B Dati della persona che firma l'autorizzazione in vece dell'assistito impossibilitato**

**ATTENZIONE RIPORTARE I DATI DELLA PERSONA CHE FIRMA L'AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO IN CASO DI PAZIENTE IMPOSSIBILITATO :**

Io sottoscritto  Nato a

il  , residente a  Via

In qualità di :  
 Genitore  Tutore  Coniuge/Convivente  Esercente la patria potestà

Parente: indicare il grado di parentela

Responsabile della struttura :

**DELL'ASSISTITO INDICATO ALLA SEZIONE A**

**Dichiara di avere ricevuto l'informativa circa:**

1. Le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati.
  2. La natura obbligatoria o volontaria del conferimento dei dati e le conseguenze di un eventuale rifiuto di rispondere.
  3. I soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, e l'ambito di comunicazione dei dati medesimi.
  4. Gli estremi identificativi del titolare.
  5. I diritti di cui all'articolo 7 del D.Lgs. 196/2003.
- Pertanto acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del Decreto Legislativo 196/2003, :

esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali ed a quelli dell'interessato sul quale esercita la patria potestà ed autorizza al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente ai fini di prevenzione, diagnosi, cura e ricerca (in questo caso resi assolutamente anonimi), i medici, il terapeuta o l'educatore designato (in caso di assenza il sostituto) e tutti i componenti della équipe coinvolti nella gestione del caso	FIRMA
--	-------

autorizza gli operatori del servizio cure domiciliari a prestargli le cure al proprio domicilio ; autorizza, mediante il consenso informato, all'attuazione del Piano Assistenziale e Terapeutico stabilito dal medico curante / specialista.	FIRMA
---	-------

**Consenso informato per la somministrazione a domicilio di farmaci ad uso ospedaliero**

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_ Paziente Tutore  
(barrare la casella corrispondente)

nato a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

dichiara di essere stato informato dal dott. \_\_\_\_\_ dell'U.O. \_\_\_\_\_

di necessitare della prosecuzione in regime di assistenza domiciliare integrata della terapia con farmaco per uso ospedaliero

dichiara sotto la propria responsabilità di essere stato messo a conoscenza delle caratteristiche del trattamento a cui viene sottoposto e dei rischi e benefici che ne possono conseguire nel fornire il consenso a tale trattamento.

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

Firma del paziente o del legale rappresentante

\_\_\_\_\_

Firma del medico che ha informato il paziente

\_\_\_\_\_

## Modulo 4

### MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA NON INVASIVA DOMICILIARE

Il

sottoscritto \_\_\_\_\_

dichiara di essere stato informato dal

Dott. \_\_\_\_\_

di essere affetto / che il proprio parente è affetto dalla seguente patologia

Tale patologia determina insufficienza respiratoria che deve essere corretta mediante l'utilizzo di ventiloterapia invasiva per via tracheostomica non invasiva

Sono stato informato dal medico che questa terapia, essendo le mie condizioni/del mio parente stabilizzate, non presentando complicanze in atto, può essere erogata mediante ventilazione meccanica domiciliare (VMD).

E' necessario che per utilizzare tale tipo di terapia, possa contare sulla collaborazione di altra persona presente al domicilio. Per la mia patologia è indicata una ventilazione meccanica invasiva mediante l'utilizzo di cannula tracheostomica non invasiva.

Sono stato istruito, durante il periodo di ricovero in Ospedale, a controllare le modalità di erogazione della ventiloterapia, ad eseguire l'aspirazione tramite aspiratore elettrico domiciliare, informando prontamente di eventuali anomalie il personale di assistenza.

Le stesse nozioni sono state impartite a \_\_\_\_\_ che ha dimostrato di intendere l'importanza di tale compartecipazione all'utilizzo di questa terapia domiciliare; è stata comprovata la nostra capacità attraverso scheda di valutazione delle *skills* conseguite ed esercitazioni pratiche.

Una carente igiene e pulizia dei circuiti potrebbe determinare l'insorgenza di infezioni che risulterebbero pericolose. Sono consapevole che solo i medici incaricati della prescrizione e/o della gestione della ventilazione meccanica domiciliare potranno modificare i tempi e le modalità di somministrazione.

Sono stato informato che eventuali cambiamenti dei tempi e delle modalità di somministrazione della ventiloterapia, effettuati arbitrariamente, così come eventuali manomissioni dell'attrezzatura o utilizzo della stessa secondo schemi diversi da quelli suggeritemi, potrebbero essere di grave pericolo per la vita. Ogni eventuale cambiamento del piano terapeutico o di utilizzo dell'apparecchiatura dovrà essere autorizzato dal Centro prescrittore o Gestore.

Sono a conoscenza che per qualunque esigenza potrò mettermi in contatto con l'U.O. di Cure Palliative, Terapia del Dolore e Hospice ai numeri telefonici che mi sono stati forniti nell'allegato che contiene anche le indicazioni principali relative al protocollo terapeutico e alla gestione dell'apparecchiatura.

Essendo stato quindi informato in modo chiaro, completo e preciso dei vantaggi, degli svantaggi, dei rischi, delle modalità di somministrazione della terapia domiciliare ventilatoria invasiva, acconsento ad essere sottoposto/che il mio parente sia sottoposto a tale tipo di terapia.

In caso di incapacità di intendere e volere del paziente, comprovata da certificazione medica di struttura pubblica, il consenso all'utilizzo di tale terapia, potrà essere demandato al parente più prossimo o al tutore legale, e comunque come previsto dalle vigenti disposizioni di legge.

Nel caso di trattamento su minori devono essere acquisite entrambe le firme dei genitori o in casi particolari, del genitore che ne ha la patria potestà o l'affidamento.

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente / di entrambi i genitori o di chi ne ha la patria potestà / del tutore legale \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_

Firma dell'eventuale referente domiciliare che ha partecipato all'addestramento \_\_\_\_\_

**MODULO DI SEGNALAZIONE/ATTIVAZIONE CURE DOMICILIARI  
(per pazienti da inserire in ADI III livello Area Critica)**

\_I\_ sottoscritt\_Dott. \_\_\_\_\_

U.O. di \_\_\_\_\_ Presidio Ospedaliero \_\_\_\_\_

chiede l'inserimento nel servizio di Cure Domiciliari III livello Area critica

del \_I\_ Sig/ra \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

C. F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

affett\_ da: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

con i seguenti bisogni assistenziali (sintesi) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Persona di riferimento

\_\_\_\_\_

- Nuova presa in carico
- Utente che ha già usufruito del servizio A.D.I.

Ho contattato il MMG/PLS dell'assistito dott. \_\_\_\_\_ SI NO

Ho preso visione della Procedura Operativa di inserimento dei pazienti al servizio? SI NO

Ho contattato il Referente UO Cure Palliative o il Servizio ADI Distrettuale? SI NO

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Il Medico di U.O. \_\_\_\_\_

# SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

## PAZIENTE

Cognome e Nome

Sesso

Luogo di nascita

Data di nascita

Residente a

Cap.

Via

Telefono

Codice Fiscale:



Paziente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## 1a. DIMENSIONE CLINICA Indice di Comorbidità (CIRS)<sup>1</sup>

### Patologie Cardiache (solo cuore)

Diagnosi

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

### Iipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)

Diagnosi

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

### Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)

Diagnosi

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

### Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)

Diagnosi

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

### Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)

Diagnosi

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

<sup>1</sup> Palmalee P.A., Thuras P.D., Katz I.R., Lawton M.P.: Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population. J. Am Geriatr. Soc. 1995; 43:130-137. Modificata per la raccolta delle diagnosi collegate alla codifica ICD-9 CM e la loro stadiazione per apparato ai fini della compilazione della CIRS da Studio VEGA di Fabio Vidotto & C. S.a.s. © 2003 SIAE 002540-D003388.

**Apparato digerente tratto superiore** (esofago, stomaco, vie biliari-epato-pancreatiche; escluso diabete)

Diagnosi

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

**Apparato digerente tratto inferiore** (intestino, ernie)

Diagnosi

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

**Fegato**

Diagnosi

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

**Rene**

Diagnosi

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

**Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie** (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)

Diagnosi

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

**Apparato Muscolo-Scheletro e Cute** (muscoli, scheletro, tegumenti)

Diagnosi

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Mod. 1/a.3

**Patologie sistema nervoso** (sistema nervoso centrale e periferico; non include la demenza)

Diagnosi

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

**Patologie sistema Endocrino-Metabolico** (include diabete, infezioni, ipertensione, ecc.)

Diagnosi

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Stato mentale e comportamentale (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)

Diagnosi

	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

Patologia principalmente invalidante

Quando è sorta?

1 Meno di 1 mese  
  2 Da 1 a 2 mesi  
  3 Da 2 a 3 mesi  
  4 Da 3 a 6 mesi  
  5 Più di 6 mesi

### Indici di severità e di Comorbilità

Indice di severità a 13 item (CIRS)

media dei punteggi delle prime 13 categorie, escludendo la categoria "stato mentale e comportamentale"

Indice di severità a 14 item (CIRS)

media dei punteggi di tutte le categorie

Indice di comorbilità a 13 item (CIRS)

numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3, escludendo la categoria "stato mentale e comportamentale"

Indice di comorbilità a 14 item (CIRS)

numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3, calcolato su tutte le categorie

Legenda:

- 1- **Nessuna menomazione**
- 2- **Menomazione lieve:** non interferisce con le normali attività; trattamento facoltativo; prognosi eccellente (ad es. lesioni dermatologiche, ernie, emorroidi)
- 3- **Menomazione Moderata:** interferisce con le normali attività; trattamento necessario; prognosi buona (ad es. colelitiasi, diabete o fratture trattabili)
- 4- **Menomazione Grave:** è invalidante; trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata (ad es. carcinoma operabile, infisema polm., insuff. cardiaca conges.)
- 5- **Menomazione Molto Grave:** può essere letale; trattamento di emergenza o inefficace; prognosi grave (ad es. infarto miocardico, ictus, emorragie digestive, embolia)

Mod.

Il Medico compilatore: \_\_\_\_\_

Paziente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## 1b. DIMENSIONE CLINICA

### Scala di Instabilità Clinica<sup>2</sup>

Sulla base di tutti i dati clinici (anamnesi, esame obiettivo, numero e tipo di patologie concomitanti, esami di laboratorio e strumentali), la valutazione sulla stabilità clinica *attuale* dell'anziano è la seguente:



Legenda:

- 0- Stabile** Senza nessun particolare problema, o con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico<sup>3</sup> *programmabile* ad intervalli **maggiori di 60 giorni**.
- 1- Moderatamente Stabile** Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico *programmabile* ad intervalli di **30-60 giorni**.
- 2- Moderatamente Instabile** Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico *programmabile* ad intervalli di **più di una volta al mese ma meno di una volta/settimana**.
- 3- Instabile** Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico *NON programmabile*, presumibilmente **una o più volte alla settimana, ma non quotidiano**.
- 4- Altamente Instabile** Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico **quotidiano**.
- 5- Acuzie** Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico **pluriquotidiano**.

Il Medico compilatore: \_\_\_\_\_

---

<sup>2</sup> Bernardini et al. 1995.

<sup>3</sup> Monitoraggio clinico significa: visita medica completa o valutazione attenta "problema orientata" e/o esami di laboratorio e/o esami strumentali.

Paziente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## 2. DIMENSIONE FUNZIONALE

### Indice di Barthel<sup>4</sup>

Item	Punteggio		
<b>Alimentazione</b>	<b>10</b>	Indipendente, capace di allocarsi qualsiasi ausilio tecnico necessario: si alimenta in un tempo ragionevole	<b>2</b>
	<b>5</b>	Necessita di aiuto, per esempio per tagliare	<b>1</b>
	<b>0</b>	Dipendente	<b>0</b>
<b>Bagno/doccia</b>	<b>5</b>	Senza assistenza	<b>1</b>
	<b>0</b>	Dipendente	<b>0</b>
<b>Igiene personale</b>	<b>5</b>	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 la 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	<b>1</b>
	<b>0</b>	Dipendente	<b>0</b>
<b>Abbigliamento (vestirsi e svestirsi)</b>	<b>10</b>	Indipendente, si allaccia le scarpe, si allaccia le chiusure, si applica i tutori	<b>2</b>
	<b>5</b>	Necessita di aiuto, ma esegue almeno la metà dei compiti entro un tempo ragionevole	<b>1</b>
	<b>0</b>	Dipendente	<b>0</b>
<b>Controllo sfinterico intestinale</b>	<b>10</b>	Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi le supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario	<b>2</b>
	<b>5</b>	Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma, occasionali perdite	<b>1</b>
	<b>0</b>	Incontinente	<b>0</b>
<b>Controllo sfinterico vescicale</b>	<b>10</b>	Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni	<b>2</b>
	<b>5</b>	In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario l'aiuto parziale nell'uso dei dispositivi	<b>1</b>
	<b>0</b>	Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni	<b>0</b>
<b>Uso del gabinetto</b>	<b>10</b>	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 svuotarla e pulirla	<b>2</b>
	<b>5</b>	Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla	<b>1</b>
	<b>0</b>	Completamente dipendente	<b>0</b>
<b>Trasferimento letto – sedia (incluso mettersi a sedere sul letto)</b>	<b>15</b>	Indipendente, compreso, se necessario, il mettere i freni alla carrozzina e il sollevare le pedane	<b>3</b>
	<b>10</b>	Minima assistenza o supervisione	<b>2</b>
	<b>5</b>	Capace di sedersi, ma necessita di massima assistenza al trasferimento	<b>1</b>
	<b>0</b>	Dipendente	<b>0</b>
<b>Deambulazione (compresa la capacità di spingere la carrozzina)</b>	<b>15</b>	Indipendente per 45 metri può usare ausili	<b>3</b>
	<b>10</b>	Con aiuto o girello per 45 metri	<b>2</b>
	<b>5</b>	Indipendente con carrozzina per 45 metri (solo se incapace di camminare)	<b>1</b>
	<b>0</b>	Dipendente	<b>0</b>
<b>Salire e scendere le scale</b>	<b>10</b>	Indipendente, può usare ausili	<b>2</b>
	<b>5</b>	Necessita di aiuto o supervisione	<b>1</b>
	<b>0</b>	Non è in grado	<b>0</b>
<b>BI</b>		<b>RAS</b>	
←----- Punteggio Totale -----→			

<sup>4</sup> Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: the Barthel Index." *Maryland State Med Journal* 1965;14:56-61.

Paziente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

### 3.a DIMENSIONE COGNITIVA

#### Mini Mental State Examination<sup>5</sup>

#### 1. ORIENTAMENTO TEMPORO-SPAZIALE (trascrivere sempre le risposte dell'ospite)

##### 1.1. ORIENTAMENTO TEMPORALE

- 1.1.1. In che anno siamo?
- 1.1.2. In che stagione dell'anno siamo?
- 1.1.3. Quanti ne abbiamo oggi (data)?
- 1.1.4. Che giorno della settimana è oggi?
- 1.1.5. In che mese siamo?

No	Si
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 1.2. ORIENTAMENTO SPAZIALE

- 1.2.1. In che regione siamo?
- 1.2.2. In che provincia siamo?
- 1.2.3. In che città siamo?
- 1.2.4. In che luogo siamo (ospedale, casa di riposo, casa, etc)?
- 1.2.5. A che piano siamo?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 2. MEMORIZZAZIONE (O REGISTRAZIONE)

##### 2.1. Pronunciare ad alta voce (una sola volta) il nome di tre oggetti e farli ripetere

es: Casa, Pane, Gatto (uno al secondo - segnare un punto per risposta esatta)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

##### 2.2. Dopo ripetere gli oggetti, fino a massimo 6 volte, finché l'ospite non li abbia appresi

Ci si ferma quando li ha appresi registrando il numero di tentativi

<input type="text"/>
----------------------

#### 3. ATTENZIONE E CALCOLO

##### 3.1. Chiedere all'ospite di sottrarre 7 da 100 per 5 volte

(segnare le risposte esatte nella prova all'indietro 93, 86, 79, 72, 65)

se l'ospite ha difficoltà di calcolo fare la prova 3.2

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

##### 3.2. Chiedere all'ospite di ripetere, lettera per lettera in avanti e all'indietro, la parola MONDO

(segnare le risposte esatte nella prova all'indietro O-D-N-O-M)

(fare la prova 3.2 solo se l'ospite ha difficoltà di calcolo)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

#### 4. MEMORIA DI RICHIAMO (O RIEVOCAZIONE)

##### 4.1. Chiedere la ripetizione dei 3 oggetti imparati precedentemente

Casa, Pane, Gatto (un punto per oggetto ricordato correttamente)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

#### 5. LINGUAGGIO

##### 5.1. DENOMINAZIONE

5.1.1. Mostrare all'ospite una MATITA e chiedere: **Che cos'è?**

5.1.2. Mostrare all'ospite un OROLOGIO e chiedere: **Che cos'è?**

(indicare un punto per ogni oggetto identificato)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

##### 5.2. RIPETIZIONE

5.2.1. Far ripetere all'ospite la seguente frase: "**Tigre contro tigre**" (un punto)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

<sup>5</sup> MF Folstein, PR McHugh - Journal of psychiatry 1975; 12:189-198 S.

**5.3. COMPrensione ORALE**

5.3.1. Far eseguire il seguente comando:

"a) **prenda un foglio con la mano destra, b) lo pieghi a metà e c) lo metta sul tavolo**"

(indicare un punto per ogni azione corretta)

0  1  2  3

**5.4. LETTURA (e COMPrensione SCRITTA)**

5.4.1. Presentare all'ospite la scritta seguente (assegnare un punto se esegue l'azione)

0  1

# CHIUDERE GLI OCCHI

**5.5. GENERAZIONE DI FRASE SCRITTA**

5.5.1. Far scrivere all'ospite una frase; controllare se è comprensibile, se contiene un verbo e un soggetto (si assegna un punto se risponde ai requisiti)

0  1

---

---

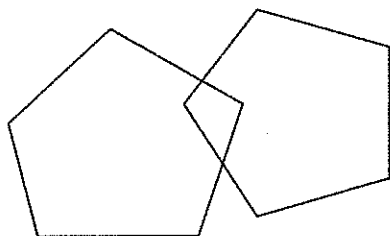
---

**6. COPIA DISEGNO (o PRASSIA COSTRUTTIVA)**

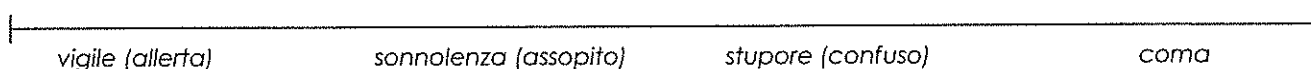
6.1. Far copiare all'ospite il disegno dei due PENTAGONI INTERSECANTI:

(si assegna un punto se il disegno viene copiato correttamente)

0  1



Stabilire il livello di coscienza del paziente ponendo **una crocetta** lungo il continuum da "vigile" a "coma"



Livello di istruzione  0-4 anni     5-7 anni     8-12 anni     13-17 anni

Punteggio Complessivo

Punteggio Complessivo Aggiustato


Il compilatore \_\_\_\_\_

**Note per l'esaminatore:**

1) materiali necessari: Il test, un orologio da polso, una matita, un foglio di carta.

2) per la domanda n. 6 (copia disegno) il punto viene assegnato se: sono presenti 10 angoli e due di questi si intersecano formando una figura a quattro lati. Tremore e rotazione vanno ignorati).

Paziente: .....

Data: .....

### 3.b DIMENSIONE COGNITIVA

#### Short Portable Mental Status Questionnaire<sup>6</sup>

- |  |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 1) Che giorno è oggi? (giorno, mese, anno)                         | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 2) Che giorno è della settimana?                                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 3) Qual è il nome di questo posto?                                 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 4a) Qual è il vostro numero di telefono?                           | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 4b) (Se non ha il telefono) Qual è il vostro indirizzo?            |                            |                            |
| 5) Quanti anni ha?   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 6) Qual è la sua data di nascita?                                  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 7) Qual è l'attuale Papa? (o Presidente della Repubblica)          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 8) Qual era il Papa precedente? (o il Presidente della Repubblica) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 9) Che cognome aveva sua madre prima di sposarsi?                  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 10) Faccia 20 - 3, ed ora di nuovo - 3, fino a 2.                  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |

Legenda:  1 risposta corretta       0 risposta sbagliata      **Totale**

Formulare le domande da 1 a 10 e registrare le risposte; formulare la domanda 4b) solo se l'anziano non ha il telefono. Registrare il numero totale di errori basato sulle 10 domande; sottrarre 1 errore se il soggetto ha frequentato solo le scuole elementari, aggiungere 1 errore se il soggetto ha frequentato scuole oltre le medie superiori.

0 - 2 errori: assenza di deterioramento      3 - 4 errori: deterioramento lieve  
 5 - 7 errori: deterioramento moderato      8 - 10 errori: deterioramento grave

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

Punteggio

- 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 (ad esempio: psicosi dell'età adulta in evoluzione verso la demenza), specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un'assistenza adeguata:

Il compilatore .....

<sup>6</sup> Pfeiffer E., *Journal of the American Geriatrics Society*, oct.1975, vol.23, n.10, 433-441



*ATLANTE - Sistema di Valutazione Multidimensionale*

Operatore: \_\_\_\_\_ Data di compilazione: \_\_\_\_\_

<b>Clinical Dementia Rating Scale - CDR</b>
---

	Normale CDR 0	Demenza dubbia CDR 0,5	Demenza lieve CDR 1	Demenza moderata CDR 2	Demenza grave CDR 3
<b>Memoria</b>	Memoria adeguata o smemorata occasionale	Lieve smemorata permanente; parziale rievocazione di eventi	Perdita di memoria modesta per eventi recenti; interferenza con attività quotidiane	Perdita di memoria severa; materiale nuovo perso rapidamente	Perdita di memoria grave; rimangono alcuni frammenti
<b>Orientamento</b>	Perfettamente orientato		Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento topografico	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
<b>Giudizio e soluzione di problemi</b>	Risolve bene i problemi giornalieri; giudizio adeguato rispetto al passato	Dubbia compromissione nella soluzione di problemi; analogie e differenze (prove di ragionamento)	Difficoltà moderata; esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale adeguato	Difficoltà severa nell'esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale compromesso	Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi
<b>Attività sociali</b>	Attività indipendente e livelli usuali in lavoro, acquisti, pratiche burocratiche	Solo dubbia compromissione nelle attività descritte	Incapace di compiere indipendentemente le attività, a esclusione di attività facili	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa; in grado di essere portato fuori casa	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa; non in grado di uscire
<b>Casa e tempo libero</b>	Vita domestica e interessi intellettuali conservati	Vita domestica e interessi intellettuali lievemente compromessi	Lieve ma sensibile compromissione della vita domestica; abbandono hobby e interessi	Interessi ridotti, non sostenuti, vita domestica ridotta a funzioni semplici	Nessuna funzionalità fuori dalla propria camera
<b>Cura personale</b>	Interamente capace di curarsi della propria persona	Richiede facilitazione	Richiede aiuto per vestirsi, igiene, utilizzazione di effetti personali	Richiede molta assistenza per cura personale; non incontinenza urinaria	Richiede molta assistenza per cura personale; incontinenza urinaria
<b>CDR 4: demenza molto grave</b>					
Il paziente presenta severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i famigliari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da solo e nel controllare la funzione intestinale o vescicale					
<b>CDR 5: demenza terminale</b>					
In paziente richiede assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente.					



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**ADI - ASL 7 CARBONIA**

Organizzazione con Sistema di Gestione per la Qualità Certificato  
UNI EN ISO 9001:2008 - Certificato n° 0815103  
Allegato 6

Codice Utente \_\_\_\_\_

**DISTRETTO DI**  
\_\_\_\_\_

# SERVIZIO CURE DOMICILIARI CARTELLA UTENTE

Cognome Nome Utente  
\_\_\_\_\_

**Cartella n° \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_**

Emesso in data 16.01.2012 – Rev.03 del 16.01.2012

La Cartella si compone dei seguenti moduli codificati :

Mod. 01/05 Proposta di Inserimento nel servizio A.D.I

Mod. 02/05 Scheda di Valutazione

Mod. 03/05 Scheda Rilevazione Bisogni

Mod. 04/05 Piano di assistenza individuale

Mod. 05/05 Scheda di dimissione

## PROPOSTA DI INSERIMENTO NEL SERVIZIO CURE DOMICILIARI

\_I\_ sottoscritt\_ Dott. \_\_\_\_\_

chiede l'inserimento nel servizio di Cure Domiciliari

del \_I\_ Sig/ra \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

C. F. 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

reside  
nte in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

affett\_ da: \_\_\_\_\_

con i seguenti bisogni assistenziali (sintesi) :

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

Persona di riferimento

Il paziente è attualmente reperibile presso:

- Il proprio domicilio
- Ospedale
- Casa di cura
- Altro

Nuova presa in carico

Utente che ha già usufruito del servizio A.D.I.

Ho preso visione dell'informativa sul servizio di Servizio Cure Domiciliari SI NO -

Ho preso visione della Procedura Operativa di inserimento dei pazienti al servizio SI NO

Ho provveduto ad acquisire il consenso al trattamento dei dati personali del paziente ai sensi del **D.lgs. 196/03** SI NO

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Il Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

Mod. 01/05  
Proposta di  
Inserimento  
nel servizio  
A.D.I  
Rev.02 del  
16.01.2012  
Responsabilità:  
MMG



## SCHEDA DI VALUTAZIONE 1/6 1a. DIMENSIONE CLINICA

Indice di Comorbidità (CIRS)

		assente	lieve	moderato	grave	molto grave
1	<b>Patologie Cardiache</b> (solo cuore)	1	2	3	4	5
2	<b>Ipertensione</b> (si valuta la severità, gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)	1	2	3	4	5
3	<b>Patologie vascolari</b> (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	1	2	3	4	5
4	<b>Patologie respiratorie</b> (polmoni, bronchi, trachea sotto la faringe)	1	2	3	4	5
5	<b>Occhi / O.R.L.</b> (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	1	2	3	4	5
6	<b>Apparato digerente tratto superiore</b> (esofago, stomaco, vie biliari-epato-pancreatiche; escluso diabete)	1	2	3	4	5
7	<b>Apparato digerente tratto inferiore</b> (intestino, ernie)	1	2	3	4	5
8	<b>Patologie epatiche</b> (solo fegato)	1	2	3	4	5
9	<b>Patologie renali</b> (solo rene)	1	2	3	4	5
10	<b>Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie</b> (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	1	2	3	4	5
11	<b>Apparato Muscolo-Scheletro e Cute</b> (muscoli, scheletro, tegumenti)	1	2	3	4	5
12	<b>Patologie sistema nervoso</b> (sistema nervoso centrale e periferico; non include la demenza)	1	2	3	4	5
13	<b>Patologie sistema Endocrino-Metabolico</b> (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	1	2	3	4	5
14	<b>Patologie psichiatriche comportamentali</b> (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	1	2	3	4	5

Indice di severità \_\_\_\_\_

Indice di comorbidità \_\_\_\_\_

**Legenda:**

- (1) **Nessuna menomazione**
- (2) **Menomazione lieve:** non interferisce con le normali attività; trattamento facoltativo; prognosi eccellente (ad es. lesioni dermatologiche, ernie, emorroidi)
- (3) **Menomazione Moderata:** interferisce con le normali attività; trattamento necessario; prognosi buona (ad es. colelitiasi, diabete o fratture trattabili)
- (4) **Menomazione Grave:** è invalidante; trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata (ad es. carcinoma operabile, infsema pulm., insuff. cardiaca conges.)
- (5) **Menomazione Molto Grave:** può essere letale; trattamento di emergenza o inefficace; prognosi grave (ad es. infarto miocardio, ictus, emorragie digestive, embolia)

Il Medico: \_\_\_\_\_



## SCHEDA DI VALUTAZIONE 2/6

### 1b. DIMENSIONE CLINICA Scala di Instabilità Clinica<sup>7</sup>

Sulla base di tutti i dati clinici (anamnesi, esame obiettivo, numero e tipo di patologie concomitanti, esami di laboratorio e strumentali), la valutazione sulla stabilità clinica *attuale* dell'anziano è la seguente:

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

*Legenda:*

Mod. 02/05  
Scheda di  
valutazione  
Rev.02 del  
16.01.2012  
Responsabilità:  
M.M.G.

**Stabile**

Senza nessun particolare problema, o con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico<sup>8</sup> *programmabile* ad intervalli **maggiori di 60 giorni**.

**Moderatamente Stabile**

Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico *programmabile* ad **intervalli di 30-60 giorni**.

**Moderatamente Instabile**

Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico *programmabile* ad intervalli di **più di una volta al mese ma meno di una volta/settimana**.

**Instabile**

Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico *NON programmabile*, presumibilmente **una o più volte alla settimana, ma non quotidiano**.

**Altamente Instabile**

Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico **quotidiano**.

**Acuzie**

Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico **pluriquotidiano**.

Il Medico: \_\_\_\_\_

<sup>7</sup> Bernardini et al. 1995.

<sup>8</sup> Monitoraggio clinico significa: visita medica completa o valutazione attenta "problema orientata" e/o esami di laboratorio e/o esami strumentali.



**SCHEDA DI VALUTAZIONE 3/6**

**2. DIMENSIONE FUNZIONALE**  
**Indice di Barthel<sup>9</sup>**

Item	Punteggio		
<b>Alimentazione</b>	<b>10</b>	Indipendente, capace di allocarsi qualsiasi ausilio tecnico necessario: si alimenta in un tempo ragionevole	<b>2</b>
	<b>5</b>	Necessita di aiuto, per esempio per tagliare	<b>1</b>
	<b>0</b>	Dipendente	<b>0</b>
<b>Bagno/ doccia</b>	<b>5</b>	Senza assistenza	<b>1</b>
	<b>0</b>	Dipendente	<b>0</b>
<b>Igiene personale</b>	<b>5</b>	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 la 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.	<b>1</b>
	<b>0</b>	Dipendente	<b>0</b>
<b>Abbigliamento</b> (vestirsi e svestirsi)	<b>10</b>	Indipendente, si allaccia le scarpe, si allaccia le chiusure, si applica i tutori	<b>2</b>
	<b>5</b>	Necessita di aiuto, ma esegue almeno la metà dei compiti entro un tempo ragionevole	<b>1</b>
	<b>0</b>	Dipendente	<b>0</b>
<b>Controllo sfinterico intestinale</b>	<b>10</b>	Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi le supposte o praticarsi un enterocisma se necessario	<b>2</b>
	<b>5</b>	Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enterocisma, occasionali perdite	<b>1</b>
	<b>0</b>	Incontinente	<b>0</b>
<b>Controllo sfinterico vescicale</b>	<b>10</b>	Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni	<b>2</b>
	<b>5</b>	In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario l'aiuto parziale nell'uso dei dispositivi	<b>1</b>
	<b>0</b>	Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni	<b>0</b>
<b>Uso del gabinetto</b>	<b>10</b>	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	<b>2</b>
	<b>5</b>	Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla	<b>1</b>
	<b>0</b>	Completamente dipendente	<b>0</b>
<b>Trasferimento letto – sedia (incluso mettersi a sedere sul letto)</b>	<b>15</b>	Indipendente, compreso, se necessario, il mettere i freni alla carrozzina e il sollevare le pedane	<b>3</b>
	<b>10</b>	Minima assistenza o supervisione	<b>2</b>
	<b>5</b>	Capace di sedersi, ma necessita di massima assistenza al trasferimento	<b>1</b>
	<b>0</b>	Dipendente	<b>0</b>
<b>Deambulazione</b> (compresa la capacità di spingere la carrozzina)	<b>15</b>	Indipendente per 45 metri può usare ausili	<b>3</b>
	<b>10</b>	Con aiuto o girello per 45 metri	<b>2</b>
	<b>5</b>	Indipendente con carrozzina per 45 metri (solo se incapace di camminare)	<b>1</b>
	<b>0</b>	Dipendente	<b>0</b>

Mod. 02/05  
Scheda di valutazione  
Rev.02 del  
16.01.2012  
Responsabilità:  
M.M.G.



**SCHEDA DI VALUTAZIONE 4/6**

**3.a DIMENSIONE COGNITIVA Mini Mental State Examination**

**1 ORIENTAMENTO**

**No Si**

**1.1. ORIENTAMENTO TEMPORALE**

1.1.1. In che anno siamo?

0	1
---	---

1.1.2. In che stagione dell'anno siamo?

0	1
---	---

1.1.3. Quanti ne abbiamo oggi (data)?

0	1
---	---

1.1.4. Che giorno della settimana è oggi?

0	1
---	---

1.1.5. In che mese siamo?

0	1
---	---

**1.2. ORIENTAMENTO SPAZIALE**

1.2.1. In che regione siamo?

0	1
---	---

1.2.2. In che provincia siamo?

0	1
---	---

1.2.3. In che città siamo?

0	1
---	---

1.2.4. In che luogo siamo (ospedale, casa di riposo, casa, etc)?

0	1
---	---

1.2.5. A che piano siamo?

0	1
---	---

**2. MEMORIZZAZIONE (O REGISTRAZIONE)**

**2.1. PRONUNCIARE AD ALTA VOCE** (una sola volta) il nome di tre oggetti e farli ripetere

es: *Casa, Pane, Gatto* (uno al secondo - segnare un punto per risposta esatta )

0	1	2	3
---	---	---	---

**2.2. DOPO RIPETERE GLI OGGETTI, FINO A MASSIMO 6 VOLTE, FINCHÉ L'OSPITE NON LI ABBIA APPRESI**

Ci si ferma quando li ha appresi registrando il numero di tentativi

--

**3. ATTENZIONE E CALCOLO**

**3.1. CHIEDERE ALL'OSPITE DI SOTTRARRE 7 DA 100 PER 5 VOLTE**

(segnare le risposte esatte nella prova all'indietro 93, 86, 79, 72, 65)  
*se l'ospite ha difficoltà di calcolo fare la prova 3.2*

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

**3.2. CHIEDERE ALL'OSPITE DI RIPETERE, LETTERA PER LETTERA IN AVANTI E ALL'INDIETRO, LA PAROLA MONDO**

(segnare le risposte esatte nella prova all'indietro O-D-N-O-M)  
*(fare la prova 3.2 solo se l'ospite ha difficoltà di calcolo)*

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

**4. MEMORIA DI RICHIAMO (O RIEVOCAZIONE)**

**4.1. CHIEDERE LA RIPETIZIONE DEI 3 OGGETTI IMPARATI PRECEDENTEMENTE**

*Casa, Pane, Gatto* (un punto per oggetto ricordato correttamente)

0	1	2	3
---	---	---	---

Il Medico: \_\_\_\_\_

Mod. 03/05  
Scheda di  
valutazione  
Rev.02 del  
16.01.2012  
Responsabilità  
: M.M.G.



**SCHEDA DI VALUTAZIONE 5/6**

**5. LINGUAGGIO**

**5.1. DENOMINAZIONE**

5.1.1 Mostrare all'ospite una MATITA e chiedere: **Che cos'è?**

5.1.2 Mostrare all'ospite un OROLOGIO e chiedere: **Che cos'è?**  
(indicare un punto per ogni oggetto identificato)

0  1  2

**5.2. RIPETIZIONE**

5.2.1 Far ripetere all'ospite la seguente frase: "**Tigre contro tigre**" (un punto)

0  1

**5.3 COMPrensione ORALE**

5.3.1 Far eseguire il seguente comando:

- "a) prenda un foglio con la mano destra,**
  - b) lo pieghi a metà e**
  - c) lo metta sul tavolo"**
- (indicare un punto per ogni azione corretta)

0  1  2  3

**5.4 LETTURA (e COMPrensione SCRITTA)**

5.4.1. Presentare all'ospite la scritta seguente (assegnare un punto se esegue l'azione)

0  1

**CHIUDERE GLI OCCHI**

Mod. 02/05  
Scheda di  
valutazione  
Rev.02 del  
16.01.2012  
Responsabilità:  
M.M.G.

**5.5 GENERAZIONE DI FRASE SCRITTA**

5.5.1. Far scrivere all'ospite una frase; controllare se è comprensibile, se contiene un verbo e un soggetto (si assegna un punto se risponde ai requisiti)

0  1

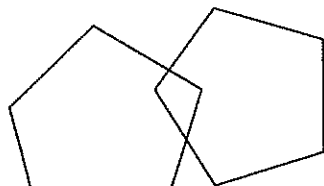
---

---

**6. COPIA DISEGNO (o PRASSIA COSTRUTTIVA)**

6.1 Far copiare all'ospite il disegno dei due PENTAGONI INTERSECANTI:  
(si assegna un punto se il disegno viene copiato correttamente)

0  1



Stabilire il livello di coscienza del paziente ponendo una crocetta lungo il continuum da "vigile" a "coma"

\_\_\_\_\_

vigile (allerta)

sonnolenza (assopito)

stupore (confuso)

coma

Livello di istruzione

0-4 anni

5-7 anni

8-12 anni

13-17 anni

**PUNTEGGIO COMPLESSIVO**

**PUNTEGGIO COMPLESSIVO AGGIUSTATO**

Il Medico: \_\_\_\_\_





**Note per l'esaminatore:**

1) materiali necessari: Il test, un orologio da polso, una matita, un foglio di carta.

2) per la domanda n. 6 (copia disegno) il punto viene assegnato se: sono presenti 10 angoli e due di questi si intersecano formando una figura a quattro lati. Tremore e rotazione vanno ignorati).

**SCHEDA DI VALUTAZIONE 6/6**

**3.b DIMENSIONE COGNITIVA  
Short Portable Mental Status  
Questionnaire<sup>10</sup>**

1) Che giorno è oggi? (giorno, mese, anno)

1	0
---	---

2) Che giorno è della settimana?

1	0
---	---

3) Qual è il nome di questo posto?

1	0
---	---

4a) Qual è il vostro numero di telefono?

1	0
---	---

4b) (Se non ha il telefono) Qual è il vostro indirizzo?

1	0
---	---

5) Quanti anni ha?

1	0
---	---

6) Qual è la sua data di nascita?

1	0
---	---

7) Qual è l'attuale Papa? (o Presidente della Repubblica)

1	0
---	---

8) Qual era il Papa precedente? (o il Presidente della Repubblica)

1	0
---	---

9) Che cognome aveva sua madre prima di sposarsi?

1	0
---	---

10) Faccia 20 - 3, ed ora di nuovo - 3, fino a 2.

1	0
---	---

Mod. 02/05  
Scheda di  
valutazione  
Rev.02 del  
16.01.2012  
Responsabilit  
à: M.M.G.

Legenda: 1 risposta corretta 0 risposta sbagliata

**Totale**

--

Formulare le domande da 1 a 10 e registrare le risposte; formulare la domanda 4b) solo se l'anziano non ha il telefono. Registrare il numero totale di errori basato sulle 10 domande; sottrarre 1 errore se il

<sup>10</sup> Pfeiffer E., *Journal of the American Geriatrics Society*, oct.1975, vol.23, n.10, 433-441



soggetto ha frequentato solo le scuole elementari, aggiungere 1 errore se il soggetto ha frequentato scuole oltre le medie superiori.

0 – 2 errori: assenza di deterioramento

3 – 4 errori: deterioramento lieve

5 – 7 errori: deterioramento moderato

8 – 10 errori: deterioramento grave

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

**Punteggio**

- **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** (ad esempio: psicosi dell'età adulta in evoluzione verso la demenza), specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un'assistenza adeguata:

Il Medico: \_\_\_\_\_



## SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI BISOGNI 1/2

1) INCONTINENZA SFINTERICA

NO

SI

pannoloni

catetere

2) PROBLEMI CUTANEI

NO

SI

LESIONI DA DECUBITO

SEDE	STADIO*
SACRO	
TROCANTERI	
TALLONI	
ALTRO	

\* NOTE

STADIO 1	AREA DI PELLE PERSISTENTEMENTE ARROSSATA
STADIO 2	PLACCHE CUTANEE SUPERFICIALI
STADIO 3	PERDITA DELLA CUTE A TUTTO SPESSORE CON ESPOSIZIONE DEL SOTTOCUTANEO
STADIO 4	PERDITA A TUTTO SPESSORE DI CUTE E SOTTOCUTE CON ESPOSIZIONE DI MUSCOLO E OSSO

USTIONI

STOMIE

ULCERE DA STASI

FERITE CHIRURGICHE

ALTRO



## SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI BISOGNI 2/2

### 3) NUTRIZIONE

O.S.

ENTERALE

SONDINO NASO GASTRICO

P.E.G.

PARENTERALE

C.V.C

---

### 4) TERAPIA DEL DOLORE

---

---

---

### 5) VENTILAZIONE MECCANICA ASSISTITA

INVASIVA

NON INVASIVA

---

### 6) EMOTRASFUSIONE

---

### 7) ALTRE TERAPIE

INFUSIONE VENOSA PERIFERICA

INFUSIONE VENOSA CENTRALE

CHEMIOTERAPIA

OSSIGENOTERAPIA

---

### 8) TERAPIE PRATICATE

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

---

---

---

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma MMG: \_\_\_\_\_



**PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE**

Sintesi delle problematiche assistenziali:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si concorda con il medico di Famiglia Dott. \_\_\_\_\_

la presa in carico A.D.I. del paziente Sig. \_\_\_\_\_

**Livello Assistenziale:** \_\_\_\_\_

Data di inserimento nel servizio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Durata presunta del **PAI** \_\_\_\_\_

Cadenza visite domiciliari del medico di medicina generale:

- Settimanale     Bisettimanale     Altro

Mod.  
04/05  
Piano  
Assistenza  
Individual  
e  
Rev.02 del  
16.01.201  
2  
Responsab  
ilità:  
Medico  
Distretto e  
M.M.G.

\_\_\_\_\_ firma

**Note**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

data	Variazioni



## SCHEDA DI DIMISSIONE

Si procede alla dimissione dal Servizio di Cure Domiciliari  
del Sig.

\_\_\_\_\_

Per:

- Conclusione del PAI
- Decesso a domicilio
- Decesso in ospedale
- Trasferimento ad altra struttura (specificare)

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

- Volontà dell'utente
- Altro: (specificare)

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

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il Dirigente Medico del Distretto

\_\_\_\_\_



Modulo 7 Check list formazione *care giver*

A. IL PAZIENTE	SI	NO
Spiega come mai bere acqua od usare un umidificatore è utile per gestire le secrezioni		
Spiega perché la frequenza respiratoria e quella cardiaca aumentano in caso di sforzo fisico o malattia		
Spiega come mai cambiare la posizione corporea o mangiare può influire sulla respirazione		
Descrive i segni o i sintomi che possono indicare un'infezione toracica		
Spiega l'importanza dell'igiene delle mani nel prevenire le infezioni		
<b>B. IL VENTILATORE</b>		
Spiega da dove proviene il ventilatore e come contattare la ditta fornitrice		
Descrive quando un paziente ha bisogno di un ventilatore		
Descrive come accendere il ventilatore		
Descrive cosa controllare all'accensione del ventilatore		
Descrive come cambiare l'acqua all'umidificatore e che tipo di acqua ci vuole		
Descrive cos'è un allarme di alta e bassa pressione		
Descrive cosa può far attivare l'allarme di bassa pressione e cosa fare		
Descrive cosa può attivare l'allarme di alta pressione e cosa fare		
Descrive qualche altro allarme del ventilatore		
Dimostra come assemblare e disassemblare il circuito paziente		
Descrive quando e come pulire circuito, maschera e filtri		
Spiega come posizionare correttamente la maschera		
Spiega come passare da modalità primaria a secondaria e come montare il circuito idoneo (se contemplato nel piano di ventilazione domiciliare)		
Esponde il corretto utilizzo dell' in-exsufflator (se presente)		
<b>C. LE EMERGENZE</b>		
Conosce qual è il numero per le emergenze (118)		
Spiega come e quando un paziente va aspirato		
Spiega come montare correttamente il dispositivo per l'aspirazione		
Descrive come effettuare la ventilazione manuale con AMBU		

Data \_\_\_\_\_

Caregiver \_\_\_\_\_ Firma Caregiver \_\_\_\_\_

Istruttore \_\_\_\_\_ Firma Istruttore \_\_\_\_\_



### CHECK LIST EDUCAZIONALE PAZIENTE IN IMV

<b>LA TRACHEOSTOMIA E LA VALVOLA FONATORIA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Spiega perché un paziente può necessitare di una tracheostomia		
Denomina le varie parti della cannula		
Descrive come pulire correttamente la cute attorno alla cannula		
Dimostra come gonfiare e sgonfiare correttamente la cuffia della cannula (se presente)		
Spiega l'utilità della controcanula e come si pulisce		
Spiega come inserire e rimuovere correttamente la controcanula		
Spiega a cosa serve la valvola fonatoria, come connetterla alla cannula e come pulirla		
Spiega come connettere e disconnettere la cannula dal circuito del ventilatore		
<b>ASPIRAZIONE E VENTILAZIONE MANUALE</b>		
Descrive quando un paziente deve essere aspirato		
Dimostra come si monta correttamente il dispositivo per l'aspirazione		
Spiega perché è importante utilizzare i guanti mentre si aspira		
Esponde la tecnica di aspirazione attraverso la cannula		
Spiega perché l'aspirazione fa effettuata solo quando necessario, evitando aspirazioni inutili		
Spiega l'importanza del pallone AMBU e come utilizzarlo		

Data \_\_\_\_\_

Caregiver \_\_\_\_\_ Firma Caregiver \_\_\_\_\_

Istruttore \_\_\_\_\_ Firma Istruttore \_\_\_\_\_





## Modulo 8 Scheda del dolore

### SCALA VERBALE (VRS)

La scala verbale è una semplice scala del dolore, molto simile alla VAS, poiché ripropone una asta di 10 cm in cui la scelta è facilitata dalla presenza di aggettivi che quantificano il dolore. Viene facilmente compresa dal paziente, a cui si chiede: " Quanto è il suo dolore che sta provando in questo momento?".

---

**Nessuno      Molto lieve      Lieve      Moderato      Forte      Molto forte**

### SCALA NUMERICA (NRS)

Al paziente si chiede: " Considerando una scala da 0 a 10 in cui a 0 corrisponde l'assenza di dolore e a 10 il massimo dolore immaginabile, quanto valuta l'intensità del suo dolore?".

---

**0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10**

Nessun dolore

Il peggior dolore immaginabile