



### PROCEDURA PER LA GESTIONE **DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AZIENDALE**

Cod. P/110/15/2024 Rev. 3 del 05/06/2024

PAG 1 DI 27

### U.O.S.D. ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

PROPOSTO	FIRMA	VERIFICATO	APPROVATO
UOSD Assistenza Domiciliare Integrata Dr. Michele Ciro Totaro	Diro	UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing  UOS Governo Clinico e Sistemi Qualità Dott.ssa Antonella Stefania Morgante	Direzione Sanitaria Aziendale Dott. Angelo Bandato

Il presente documento è destinato esclusivamente all'utilizzo interno aziendale. Per eventuali necessità di utilizzo anche parziale da parte di terzi è necessario richiedere formale autorizzazione alla Direzione Sanitaria della ASL Rieti.

#### **GRUPPO DI LAVORO:**

Dr. M.C. Totaro - Responsabile UOSD Assistenza Domiciliare Integrata

Dott.ssa R. Francescangeli - Incarico di Organizzazione Percorsi di Assistenza Riabilitativa Aziendale

Dott.ssa A. Barsacchi - Direttore DAPS

Dott. M. Aureli, incarico di funzione organizzativa del territorio.

Dott. G. Di Gianfilippo- Responsabile UOSD SIS

Dott. M. Pitorri – Incarico di Organizzazione Assistenza Infermieristica di Comunità

Dott.ssa F. Fornara – Incarico di Organizzazione Coordinamento Infermieristico ADI

Dr. L. Moriconi — Direttore UOC Medicina Interna Dr. M. Marchili — Responsabile UOSD Malattie Infettive

Dott, A. Boncompagni - Direttore Distretto 1

Dott. F. Mancini - Direttore Distretto 2

Dott.ssa R. Frattali – Incarico di Organizzazione e Gestione delle Attività Amministrative e del contenzioso Strutture Accreditate

Dott.ssa M. R. De Santis - Assistente Sociale Coordinatore

Dott.ssa V. Piras - Collaboratore amministrativo UOSD ADI

Dott.ssa C. Vecchi - Staff Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing

### STATO DELLE REVISIONI:

00/00/0000		
26/09/2020	0	Prima pubblicazione procedura ADI Alta Complessità
10/07/2021	1	Estensione al terzo livello ADI
29/06/2022	2	Integrazione del SIATeSS e del teleconsulto
05/06/2024	3	Definizione dei nuovi livelli di integrazione e dei rapporti con l'ospedale





### PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AZIENDALE

Cod. P/110/15/2024 Rev. 3 del 05/06/2024

PAG 2 DI 27

#### INDICE:

1. PREMESSA	2
1.1 Livelli Assistenziali e Intensità di cure	3
1.2 ADI ad Alta complessità	3
1.3 Somministrazione di farmaci a domicilio	4
1.4 Teleconsulto medico e teleconsulenza medico-sanitaria in ADI	5
2. SCOPO	7
3. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI	8
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	8
5. MODALITÀ OPERATIVE	9
5.1. Modalità di presa in carico dell'Assistenza Domiciliare	9
5.2. Prestazioni domiciliari puntuali (ADI base) e loro rendicontazione	10
5.3. L'attivazione dell'ADI complessa	12
5.4. Modifiche estemporanee del PAI	15
5.5 Flusso informativo e remunerazione	16
5.6. Fornitura di materiale sanitario da parte degli enti accreditati	17
5.7. Trasporti dei pazienti in ADIAC	
5.8. Compresenza del caregiver alle figure assistenziali in ADIAC	19
5.9. Valutazione della qualità dell'assistenza domiciliare	
5.10. Somministrazione domiciliare di farmaci ospedalieri	20
5.11. Ospedalizzazione a domicilio	
5.12. Rapporti tra ADI, TOH, COT-A e COT-D e proattività	
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	
7. MONITORAGGIO DI APPLICAZIONE DEL DOCUMENTO E INDICATORI	
8. DIFFUSIONE E CONSERVAZIONE DOCUMENTO	
9. AGGIORNAMENTO DOCUMENTO	
10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA, NORMATIVA	24
4.4 ALLEOATI	O-T

#### 1. PREMESSA

Come da DCA U00256/2017, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è rivolta agli utenti in situazione di fragilità, non autosufficienti, caratterizzate da:

- presenza di una condizione di non autosufficienza parziale o totale, di carattere temporaneo o definitivo:
- presenza di una condizione di impossibilità alla deambulazione e di non trasportabilità con i comuni mezzi presso presidi sanitari ambulatoriali in grado di rispondere ai bisogni ordinari della persona;
- presenza di un supporto tutelare formale e/o garantito dalla rete familiare/parentale e/o informale;
- presenza di condizioni abitative che garantiscano la praticabilità dell'assistenza, acquisite anche a seguito di azioni per il superamento di eventuali fattori ostativi.

L'assistenza domiciliare integrata è realizzata mediante la integrazione professionale tra i medici di medicina generale (MMG) e le altre figure dell'assistenza territoriale, in un sistema integrato, anche di prestazioni, che complessivamente offra una risposta globale al bisogno di salute della persona non autosufficiente.

Secondo quanto stabilito dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i MMG, allegato 9, il medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, nell'ambito del piano di interventi:





### PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AZIENDALE

Cod. P/110/15/2024 Rev. 3 del 05/06/2024

PAG 3 DI 27

- ha la responsabilità unica e complessiva del paziente;
- redige la scheda degli accessi fornita dalla Azienda presso il domicilio del paziente sul quale gli operatori sanitari riportano i propri interventi;
- attiva le eventuali consulenze specialistiche, gli interventi infermieristici e sociali programmati;
- coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente.

Il tipo di assistenza viene stabilito tenendo conto dei seguenti parametri:

- la natura del bisogno, rilevato tramite la valutazione multidisciplinare;
- la complessità dell'intervento, con particolare riferimento alla tipologia delle prestazioni;
- l'intensità assistenziale stabilita in base alla frequenza degli accessi, al numero e alla durata degli interventi previsti.

Oltre all'ADI, esiste la cosiddetta Assistenza Domiciliare Programmata (ADP), che è svolta assicurando al domicilio dell'utente la presenza effettiva periodica settimanale o quindicinale o mensile del solo MMG.

I criteri di elezione per l'ADP riguardano esclusivamente pazienti con impossibilità a raggiungere lo studio del MMG per motivazioni derivanti dalle loro condizioni cliniche.

#### 1.1 Livelli Assistenziali e Intensità di cure

Il livello assistenziale viene stratificato tramite il coefficiente di intensità assistenziale (CIA), calcolato come rapporto tra le Giornate Effettive di Assistenza (GEA) e il totale delle Giornate di Cura (GdC). Si delineano pertanto quattro profili di bisogno assistenziale, stratificati tramite il CIA:

- ADI di livello base (prestazionale e/o prestazionale continuativa/ciclica), che non necessita di Unità Valutativa Multidimensionale (UVM) né di redazione del Progetto di Assistenza Individuale Integrata (PAI) (CIA <0,14);
- ADI di I livello, per i soggetti con compromissione funzionale medio-lieve (necessarie UVM e redazione del PAI) (CIA 0,14-0,30);
- ADI di II livello, per i soggetti con compromissione globale moderata che può giungere fino alla dipendenza totale (CIA 0,31-0,50);
- ADI di III livello, per i soggetti con grave o gravissima compromissione funzionale e con totale dipendenza nelle attività quotidiane (CIA >0,50).

Per gli utenti con insufficienza respiratoria si delineano ulteriori difficoltà di tipo assistenziale, soprattutto legate alla possibilità di supporti respiratori di varia intensità. Nelle patologie respiratorie e in modo particolare nelle patologie neuromuscolari, questi supporti, in costante evoluzione, sono in grado di "sospendere" i processi di morte per tempi sempre più lunghi. Ciò implica una progressiva dipendenza vitale da apparecchiature elettromedicali e determina la complessità e la criticità dei protocolli assistenziali.

Si delineano in tali soggetti tre regimi di intensità di cure:

- regime a bassa intensità di cure, destinato agli utenti in ossigenoterapia, in fase di stabilità clinica, che non necessitano di ventilazione meccanica domiciliare (di solito inquadrati nell'ADI di I livello);
- regime a media intensità di cure, destinato agli utenti in fase di stabilità clinica, che necessitano di ventilazione domiciliare invasiva o non invasiva per un tempo inferiore alle 16 ore al giorno, con o senza ossigenoterapia (di solito inquadrati nell'ADI di I e II livello):
- regime ad alta intensità di cure, destinato agli utenti in fase di stabilità clinica con necessità di ventilazione invasiva o non invasiva per un tempo maggiore o uguale alle 16 ore al giorno, oppure utenti già inseriti in regimi a bassa o media intensità, ma in fase di instabilità clinica (di solito inquadrati nell'ADI di III livello).

#### 1.2 ADI ad Alta complessità





# PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AZIENDALE

Cod. P/110/15/2024 Rev. 3 del 05/06/2024

PAG 4 DI 27

Secondo il DCA U00283 del 2017, corretto nel DCA U00036 del 2020, si definiscono soggetti ad alta complessità gli utenti affetti da patologie neurologiche progressive in fase avanzata di malattia (SLA), accidenti cerebrovascolari, lesioni gravi al sistema nervoso centrale da trauma, spesso pediatrici con gravi encefalopatie alla nascita o con malattie mitocondriali in fase avanzata generalmente caratterizzati dalla presenza di ventilazione meccanica e/o nutrizione artificiale enterale. In merito ai criteri di eleggibilità relativi all'alta complessità, nel DCA 47/2020, si precisa che l'elenco delle patologie individuato dal DCA n. U00283/2017 e successivamente rivisto dal DCA n. U00036/2020, non può essere ritenuto esaustivo: sarà la valutazione multidimensionale, effettuata dai competenti servizi aziendali, che determinerà l'effettivo bisogno assistenziale dell'utente, l'attribuzione del livello di "alta complessità" e le correlate prestazioni sanitarie e sociosanitarie da erogare, con modalità e tempi appropriati.

L'alta complessità è parte dell'ADI di III livello, e si contraddistingue per la presenza di un supporto sanitario continuativo nell'arco della giornata, superiore ai singoli accessi previsti nell'ADI di III livello. Il DCA U00283 del 2017 e successivi normano il carico assistenziale standard dei pazienti in assistenza domiciliare ad alta complessità (ADIAC), sotto forma di pacchetto standard di n. 4 ore quotidiane di infermiere o tecnico della riabilitazione. Solo nei pazienti in ADIAC, come definito nei suddetti DCA, è contemplata inoltre la possibile gestione da parte della ASL della componente sociale, unitamente al supporto sociale fornito dagli ambiti territoriali sociali (Comuni, Consorzi, Comunità Montane, ecc.). È prevista infatti l'attribuzione di un pacchetto ore "di sollievo" costituito da 5 ore di attività di operatore socio-sanitario (OSS) a supporto del caregiver degli utenti in ADIAC. L'UVM può inoltre decidere di derogare da tali pacchetti preformati, modificando le ore di assistenza in rapporto al quadro socio-sanitario dell'utente, anche per l'eventuale continuità gestionale rispetto ai PAI preesistenti al DCA U00283 del 2017.

#### 1.3 Somministrazione di farmaci a domicilio

Il Decreto Legislativo n. 219 del 24/04/2006 classifica i medicinali ai fini della loro fornitura in una delle seguenti categorie:

- a) medicinali soggetti a prescrizione medica (art. 88);
- b) medicinali soggetti a prescrizione medica da rinnovare volta per volta (art. 89);
- c) medicinali soggetti a prescrizione medica speciale;
- d) medicinali soggetti a prescrizione medica limitativa, comprendenti:
  - medicinali vendibili al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (art. 93);
  - 2) medicinali utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile (art. 92);
  - 3) medicinali utilizzabili esclusivamente dallo specialista (art. 94);
- e) medicinali non soggetti a prescrizione medica.

L'erogazione dell'assistenza farmaceutica è parte integrante delle attività ADI, come descritto nei DCA regionali vigenti (in particolare il 525 del 2019). Le seguenti mansioni sono previste dal nomenclatore ADI regionale:

- somministrazione di medicinali prescritti per via parenterale
- gestione di una perfusione a termine o a permanenza
- esecuzione di fleboclisi
- preparazione e somministrazione di nutrizione parenterale
- terapie iniettive attraverso le diverse vie di somministrazione
- perfusione con catetere venoso PICC o catetere venoso Midline
- sorveglianza e gestione di cateteri venosi centrali
- gestione cateteri spinali e sistemi di infusione cronodosabili
- somministrazione di medicinali prescritti per via enterale





## PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AZIENDALE

Cod. P/110/15/2024 Rev. 3 del 05/06/2024

PAG 5 DI 27

#### - emotrasfusione

La maggior parte dei farmaci endovena in uso in ADI rientrano tra i normali medicinali vendibili al pubblico su prescrizione medica (art. 88), e sono quindi somministrabili ad uso domiciliare su prescrizione e responsabilità clinica del MMG, con precise indicazioni in merito alle modalità di somministrazione e di eventuale monitoraggio degli effetti. Tra questi: ranitidina, mannitolo, ringer lattato, sodio cloruro in soluzione ipotonica isotonica o ipertonica, elettrolitica reidratante, glucosio dal 5% al 20%, potassio fosfato aspartato o cloruro, magnesio solfato, metoclopramide, furosemide, metilprednisolone da 20 mg a 1000 mg, albumina 5% e 20% (in nota 15), ceftriaxone 1 g, ceftazidima, piperacillina-tazobactam, cefepime, amikacina, gentamicina, ampicillina + sulbactam, ampicillina, rifampicina, benzilpenicillina, cefotaxima.

Alcuni farmaci endovena ADI rientrano tra i medicinali vendibili al pubblico soggetti a prescrizione specialistica (art. 93), e quindi somministrabili in ambiente domiciliare su prescrizione del medico specialista con precise indicazioni in merito alle modalità di somministrazione e di eventuale monitoraggio degli effetti: nutrizioni parenterali (es. Olimel, Kabiven, Smofkabiven), polivitaminici (es. Cernevit), amminoacidi 4% (es. Isoram), colistimetato sodico, ciprofloxacina, vancomicina, fluconazolo, voriconazolo.

Per alcuni antimicrobici endovena (teicoplanina, rifabutina, imipenem + cilastatina, meropenem, ertapenem, aztreonam), tramite le determinazioni AIFA del 15/10/2009 e del 07/06/2011, è stata elaborata l'apposita nota 56 che ne consente l'utilizzo a domicilio. La prescrizione di tali farmaci può essere redatta sia direttamente dal centro ospedaliero sia, su indicazione dello stesso centro, da parte del MMG. Qualora il trattamento sia iniziato dal MMG è subordinato alla documentata efficacia del farmaco e all'assenza di alternative terapeutiche. La limitazione della prescrivibilità all'ambito ospedaliero o da parte del medico di Medicina Generale con il supporto di indagini microbiologiche è finalizzata al mantenimento dell'efficacia ed alla contemporanea prevenzione dell'insorgenza di resistenza batterica ai principi attivi.

Per le emotrasfusioni, esistono apposite procedure e indicazioni aziendali. Per il ferro endovena, dato l'elevato rischio di gravi reazioni di ipersensibilità, ne è raccomandato l'uso sotto stretto monitoraggio e solo quando siano immediatamente disponibili sia personale qualificato in grado di valutare e gestire reazioni anafilattiche/anafilattoidi, sia apparecchiature di rianimazione (comunicazione AIFA del 25/05/2021); non ne è pertanto indicato l'uso in ADI.

I medicinali utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile (art. 92) sono i medicinali che, per le caratteristiche farmacologiche, o per innovatività, per modalità di somministrazione o per altri motivi di tutela della salute pubblica, non possono essere utilizzati in condizioni di sufficiente sicurezza al di fuori di strutture ospedaliere. Rimangono con tale definizione i seguenti farmaci, importanti nella continuità ospedale-territorio, seppur di uso limitato e spesso disponibili/preferibili in altre vie di somministrazione: ceftazidima-avibactam, tigeciclina, daptomicina, remdesivir, caspofungin, linezolid, pantoprazolo, amoxicillina + clavulanato, levofloxacina, metronidazolo, azitromicina, amminoacidi 8% (es. Sintamin, Isoselect).

Nell'attuale assetto organizzativo dell'assistenza ospedaliera si possono verificare dimissioni da ricovero ordinario di pazienti stabilizzati per i quali può rendersi necessaria la presa in carico temporanea da parte della sanità territoriale, pur in necessità di terapie endovena ad uso esclusivo ospedaliero. In varie regioni è stata già validata la somministrazione domiciliare di farmaci ospedalieri con procedure apposite (vedasi per esempio il DPR del 20/10/1992 e n.175 del 20/12/2022 della regione Veneto, e la Delibera n. 127 del 12/08/2018 della Regione Toscana). Altre ASL o gruppi interaziendali hanno definito appositi protocolli interni appositi (AO di Terni e Perugia).

#### 1.4 Teleconsulto medico e teleconsulenza medico-sanitaria in ADI

Il Decreto Ministeriale del 29/04/2022 "Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare, ai fini del raggiungimento della Milestone EU M6C1-4 del PNRR" norma le modalità di applicazione del modello digitale domiciliare.





### PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AZIENDALE

Cod. P/110/15/2024 Rev. 3 del 05/06/2024

PAG 6 DI 27

Di particolare rilievo risultano la definizione di teleconsulto medico e di teleconsulenza medicosanitaria.

#### 1.4.1 II teleconsulto medico

Il teleconsulto medico è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite una videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso specifico. Tutti i suddetti elementi sono condivisi per via telematica sotto forma di file digitali idonei per il lavoro che i medici in teleconsulto ritengono necessari per l'adeguato svolgimento del loro lavoro. Il teleconsulto tra professionisti può svolgersi anche in modalità asincrona, quando la situazione del paziente lo permette in sicurezza. Quando il paziente è presente al teleconsulto, allora si svolge in tempo reale utilizzando le modalità operative analoghe a quelle di una televisita e si configura come una visita multidisciplinare. Le finalità del teleconsulto sono quelle di condividere le scelte mediche esso rappresenta anche una modalità efficace per fornire la "seconda opinione" specialistica. Il teleconsulto contribuisce alla definizione del referto che viene redatto al termine della visita erogata al paziente, ma non dà luogo ad un referto a sé stante quanto piuttosto ad una "relazione collaborativa".

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare può richiedere la prestazione di teleconsulto medico il MMG/PLS, il medico di continuità assistenziale (MCA), il medico del Distretto, il medico specialista. Tale prestazione, che può essere erogata anche a pazienti con una presa in carico non complessa, non necessita di valutazione in sede di unità di valutazione multidimensionale (UVM), così come non è necessario sia definito un progetto di assistenza individuale integrata (PAI).

Trattandosi di un'interazione tra professionisti, l'attivazione può avvenire in forma diretta (anche attraverso agende interattive e condivise tra gli stessi professionisti) quando esistono percorsi già condivisi o attraverso la Centrale Operativa dell'ADI. È necessaria una dotazione tecnologica di base per la videochiamata integrata da strumenti che consentano di consultare ed inviare la documentazione clinica (referti, immagini, ecc.). Le informazioni del paziente devono essere disponibili nella cartella domiciliare.

#### 1.4.2 La teleconsulenza medico-sanitaria

La teleconsulenza medico-sanitaria è una consultazione tra professionisti sanitari, o tra medico e professionista sanitario, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più professionisti che hanno differenti ruoli rispetto al caso specifico, o intervengono su aspetti e competenze diverse della presa in carico del paziente. Ha lo scopo di rispondere ad una richiesta di supporto durante un percorso di cura e assistenza, e viene espletata attraverso una videochiamata in cui il professionista sanitario interpellato fornisce all'altro, o agli altri, indicazioni per una decisione clinica e/o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte al paziente. La teleconsulenza può essere svolta in presenza del paziente, oppure in sua assenza; in quest'ultimo caso è anche possibile che i professionisti si consultino in modo asincrono. Pur essendo preminente l'interazione diretta tramite la videochiamata, è sempre necessario garantire all'occorrenza la possibilità di condividere i dati clinici, i referti e le immagini riguardanti il caso specifico, anche quando la teleconsulenza si realizza in asincrono. È un'attività su richiesta, sempre programmata e non può essere utilizzata per surrogare le attività di soccorso. La teleconsulenza può essere utilizzata anche in pazienti che necessitano di sola attività prestazionale, non sottoposta al processo di valutazione dell'UVM e alla stesura di un PAI; oppure anche in pazienti con presa in carico proattiva da parte dell'infermiere di famiglia o comunità (IFoC).

Il richiedente varia in relazione alla tipologia di intervento. Può essere sia il medico sia il professionista sanitario che formula un quesito o una richiesta di valutazione. Pur trattandosi spesso





### PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AZIENDALE

Cod. P/110/15/2024 Rev. 3 del 05/06/2024

PAG 7 DI 27

di pazienti già valutati da UVM con PAI e presa in carico (PIC) aperta, la richiesta di teleconsulenza viene dall'operatore che ne ravvisa la necessità sul campo durante le attività di cura, senza necessità di rivalutazione attraverso UVM e modifica del PAI.

La richiesta di teleconsulenza può essere presentata attraverso la Centrale Operativa dell'ADI, oppure in maniera diretta. Il primo caso si rende necessario specialmente quando deve essere sviluppato il raccordo tra servizi diversi, per esempio tra ospedale e territorio. Quando si tratta di interazione tra operatori di servizi con procedure già in atto, o con processi di lavoro comuni, lo strumento idoneo è costituito da agende dedicate e condivise tra i professionisti. L'erogatore può essere il medico o un professionista sanitario. Pertanto, i soggetti coinvolti possono essere diversi, in ragione della linea di attività a domicilio il cui intervento richiede il supporto della consulenza. La co-presenza del paziente avviene nella consultazione in modalità sincrona durante l'intervento a domicilio.

La dotazione base che consente la videochiamata è integrata dagli strumenti che servono a documentare le condizioni cliniche che sono fonte del quesito di consultazione: dispositivi per la gestione e lo scambio di dati e immagini, dispositivi per il monitoraggio, per la riabilitazione, ecc. Le informazioni relative alla presa in carico domiciliare, essenzialmente contenute nella cartella domiciliare, devono essere disponibili al medico e ai professionisti sanitari, tra cui si realizza la teleconsulenza, così come, laddove presente, a tutta l'équipe domiciliare referente della PIC del paziente. Inoltre, devono essere documentati il "quesito d'ingresso" che ha generato la richiesta di consultazione e la relazione di valutazione che ne consegue, oppure devono essere riportate in cartella le considerazioni clinico-assistenziali e le indicazioni che ne derivano.

#### 1.4.3 I livelli di interazione tra i consulenti

Si configurano tre possibili livelli di interazione nel teleconsulto/teleconsulenza.

- 1. Livello testuale: consiste in un'interazione solo testuale tra gli attori coinvolti, asincrona (non si tratta di chat). È previsto sempre uno scambio di documentazione scritta o foto-videografica (anche in più momenti) e un'analisi della documentazione da parte del consulente. Esita nell'elaborazione di una relazione finale. Non prevede l'intervento del paziente.
- 2. Livello vocale: consiste in un'interazione vocale sincrona tra gli attori coinvolti (telefonata). È auspicabile ma non obbligatorio lo scambio di documentazione scritta o foto-videografica antecedente all'evento sincrono, per consentirne l'analisi propedeutica da parte del consulente. Può essere prevista la presenza del paziente e/o del caregiver, che in quel caso assiste alla chiamata telefonica, per fornire eventuali informazioni ulteriori in estemporanea. Anche se si tratta di una interazione vocale, esita comunque sempre nella redazione di una relazione finale da parte del consulente.
- 3. Livello video: consiste in un'interazione vocale e video sincrona tra gli attori coinvolti (videochiamata). È auspicabile ma non obbligatorio lo scambio di documentazione scritta o fotografica antecedente all'evento sincrono, per consentirne l'analisi propedeutica da parte del consulente. La trasmissione della documentazione scritta può avvenire anche in contemporanea alla videochiamata, o successivamente alla stessa, su richiesta del consulente, per consentire una migliore elaborazione della relazione finale. Su indicazione del richiedente (vedere allegato 1) può essere prevista la presenza del paziente e/o del caregiver, che in quel caso partecipa attivamente alla videochiamata in modalità sincrona durante la consultazione a domicilio. In caso sia presente il paziente, e il richiedente e il consulente siano entrambi figure mediche, si configura una "visita multidisciplinare". Anche se si tratta di una interazione in videochiamata, esita comunque sempre nella redazione di una relazione finale.

#### 2. SCOPO

La presente procedura è volta a uniformare l'intervento dei Punti Unici di Accesso (PUA), degli operatori ADI, degli Enti Erogatori privati accreditati ADI e il relativo coordinamento di tutte le figure





# PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AZIENDALE

Cod. P/110/15/2024 Rev. 3 del 05/06/2024

PAG 8 DI 27

da parte dei MMG/PLS e della ASL. La procedura serve a integrare l'azione dei PUA con la Centrale Operativa ADI e con l'ospedale, con particolare riferimento alla convocazione delle UVM e alla puntuale rendicontazione sugli applicativi regionali SIAT e SIATeSS. Al fine di uniformare l'azione delle UVM nei due distretti del territorio della ASL di Rieti, tale documento fornisce anche una modulistica unificata per la valutazione del paziente e la stesura dei PAI, in linea con le direttive regionali.

#### 3. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

La procedura si applica per tutti gli utenti in ADI o ADP, inclusi gli utenti in ADIAC ed è destinata agli utenti stessi, ai caregiver, ai componenti dell'UVM/UVMD/UVMI, al personale dell'assistenza domiciliare aziendale (infermieri, tecnici della riabilitazione, medici SAI, assistenti sociali, medici UCA), ai Medici di Medicina Generale (MMG), ai Pediatri di Libera Scelta (PLS), ai medici ospedalieri, al team operativo ospedaliero (TOH), agli operatori dei PUA (punti unici di accesso). Gli enti privati accreditati ADI, operanti nel territorio della ASL di Rieti sono tenuti ad integrare le proprie procedure operative e protocolli alla presente procedura.

#### 4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

ACN - Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale

ADI - Assistenza Domiciliare Integrata

ADIAC - Assistenza Domiciliare Integrata per utenti ad Alta Complessità

ADP - Assistenza Domiciliare Programmata

ARES - Azienda Regionale Emergenza Sanitaria

ATS - Ambito Territoriale Sociale

CIA - Coefficiente di Intensità Assistenziale

COT-A - Centrale Operativa Territoriale Aziendale

COT-D - Centrale Operativa Territoriale Distrettuale

EGA - Emogasanalisi arteriosa sistemica

GEA - Giornate Effettive di Assistenza

GdC - Giornate di Cura

IFoC - Infermiere di Famiglia e Comunità

MCA - Medico di Continuità Assistenziale

MMG - Medico di Medicina Generale

NSO - Nodo di smistamento degli ordini di acquisto delle amministrazioni pubbliche

OSS - Operatore socio-sanitario

PAI - Progetto di Assistenza Individuale Integrata

PRI - Piano Riabilitativo Individuale

PLS - Pediatra di Libera Scelta

PUA - Punto Unico di Accesso

SAI - Specialista Ambulatoriale Interno

SIAT - Sistema Informativo Assistenza Territoriale

SIATeSS - Sistema Informativo Assistenza Territoriale e Socio-Sanitaria

TOH - Team Operativo Ospedaliero

UCA - Unità di Continuità Assistenziale

UOC - Unità Operativa Complessa

UOS - Unità Operativa Semplice

UOSD - Unità Operativa Semplice Dipartimentale

UVM - Unità Valutativa Multidimensionale

UVMD - Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale

UVMI - Unità di Valutazione Multidimensionale Interdistrettuale

UVMM - Unità di Valutazione Multidimensionale Minori





## PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AZIENDALE

Cod. P/110/15/2024 Rev. 3 del 05/06/2024

PAG 9 DI 27

#### 5. MODALITÀ OPERATIVE

#### 5.1. Modalità di presa in carico dell'Assistenza Domiciliare

L'ADI viene attivata a seguito dell'invio al PUA territorialmente competente (preferibilmente per via telematica), da parte del MMG/PLS o del medico ospedaliero (nel caso in cui il paziente sia degente in una struttura ospedaliera), del modulo "richiesta di attivazione del percorso residenziale, semiresidenziale, domiciliare per persone non autosufficienti, anche anziane e per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale" definito nell'allegato 2 del DCA 431/2012 (di seguito definito come "Modello Unico"), e allegato anche alla presente procedura (Allegato 1). Nel Modello Unico vengono indicati i bisogni assistenziali del paziente oltre che alcune informazioni socio-anagrafiche relative al familiare di riferimento. Tramite la compilazione del Modello Unico il MMG/PLS/medico ospedaliero codifica i bisogni del paziente, e li rende noti alla ASL inviando il modulo al PUA competente.

La richiesta di attivazione (Modello Unico) viene prevalutata dal PUA; viene verificata la congruità della documentazione, integrando eventualmente i dati mancanti, o richiedendo l'integrazione dei dati al MMG/PLS/medico ospedaliero. Qualora dalla prevalutazione emergano bisogni sociali da approfondire (tramite apposita scheda di prevalutazione PUA) l'assistente sociale del PUA verifica se la persona interessata è già in carico al Servizio Sociale dell'ambito territoriale sociale (ATS) di residenza e la tipologia di intervento erogata (SAD, SED, contributi di cura, assegni di cura, contributo care giver, ecc.). In caso si rilevino bisogni socio-sanitari complessi, la stessa si raccorda con l'assistente sociale dell'ATS per effettuare una valutazione nell'ambito di una UVM Distrettuale (UVMD) come da Deliberazione del Direttore Generale n. 253 del 19/03/2019 "Formalizzazione Unità Valutative Multidimensionali Distrettuali (UVMD)".

Gli operatori del PUA effettuano una prima apertura della cartella del paziente su SIATeSS utilizzando i dati raccolti nel Modello Unico e/o integrandoli come suindicato, compilando nello specifico la scheda anagrafica e i successivi campi obbligatori (contact assessment). Particolare attenzione dovrà essere posta da parte del PUA ai dati di residenza, domicilio e recapito telefonico. In particolare è importante l'assegnazione al Distretto territorialmente competente, soprattutto nel caso in cui sia attivo già un altro servizio territoriale, o nel caso vi sia un cambio di domicilio/residenza.

In base a quanto indicato sul Modello Unico (Allegato 1) il PUA aprirà una pratica ADP, ovvero ADI su SIATeSS. L'ADI viene attivata quando, oltre all'intervento del MMG, sia previsto anche l'intervento di un operatore della ASL, anche episodico. È importante considerare che in caso di intervento da parte di figure diverse dal MMG, l'ADP viene automaticamente assimilato ad ADI base. L'apertura di una pratica ADI su SIATeSS comporta automaticamente l'apertura di una pratica SIAT ad essa collegata (cosa che non avviene per le pratiche SIATeSS ADP). Nel caso in cui gli interventi ASL previsti siano pari o superiori a 1 accesso a settimana (CIA > 0,14), il PUA aprirà una pratica ADI complessa (ADI I, II e III livello), altrimenti aprirà una pratica ADI base. Solo in caso di ADI complessa dovrà essere convocata una UVM per la predisposizione del PAI secondo quanto stabilito dal DCA U00256 del 05/07/2017.

In seguito alla ricezione del Modello Unico, l'operatore PUA lo carica sul sistema informatico ADI aziendale (raggiungibile dai PC aziendali all'indirizzo <a href="https://adi.asl.rieti.it/">https://adi.asl.rieti.it/</a>), per la valutazione e l'approvazione da parte del medico ADI/UCA della Centrale Operativa ADI. Il medico ADI/UCA invia la ricevuta di approvazione al MMG/PLS via email, per notifica, e per conoscenza al PUA. In alcune realtà distrettuali l'approvazione del Modello Unico è effettuata direttamente dai Medici dei servizi in loco.

Le pratica ADI/ADP hanno una durata di 12 mesi, o comunque definita dal medico ADI in fase di valutazione iniziale. Al termine dei 12 mesi, sarà cura del MMG/PLS inviare al PUA prima della





# PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AZIENDALE

Cod. P/110/15/2024 Rev. 3 del 05/06/2024

PAG 10 DI 27

scadenza un nuovo Modello Unico compilato, qualora sussistano le caratteristiche socio-sanitarie per le quali il paziente debba rimanere in ADI/ADP.

#### 5.2. Prestazioni domiciliari puntuali (ADI base) e loro rendicontazione

Nell'ambito dell'ADP le uniche prestazioni erogate sono quelle a carico del MMG. Il MMG riepiloga mensilmente i propri accessi tramite il servizio apposito connesso al PUA di riferimento. Il personale amministrativo valuta la congruità di tali accessi in base a quanto definito in fase di attivazione dell'ADP e quindi invia il riepilogo finale al medico ADI per l'approvazione e quindi all'ufficio distrettuale deputato alla remunerazione. Le pratiche ADP non prevedono intervento di figure diverse dal MMG, e le prestazioni domiciliari di quest'ultimo, solo nel caso di pratiche ADP, non vengono registrate su SIAT.

Nell'ambito dell'ADI le prestazioni erogate sono di varia natura, e comprendono anche gli accessi domiciliari del personale ASL oltre a quelli dei MMG/PLS. Tutte tali prestazioni devono essere puntualmente rendicontate su SIAT, incluse quelle del MMG/PLS. Le pratiche ADI base prevedono l'accesso del MMG (con frequenza di almeno una volta al mese), e accessi episodici del personale ASL (su impegnativa del MMG), per esempio per prelievi venosi, visite specialistiche, gestione del catetere vescicale, visita specialistica. Solitamente, in caso di ADI base, il Modello Unico è già accompagnato da una prima impegnativa di prestazione ADI. Se la richiesta pervenuta al PUA riguarda soltanto un bisogno sanitario puntuale, cioè riferito all'ADI base, non è prevista la convocazione della UVM né la redazione di un PAI. Le pratiche ADI complesse prevedono invece un intervento più continuativo delle figure domiciliari (almeno una volta a settimana), e comportano l'esecuzione di una UVM e la stesura di un PAI. In tal caso, dopo la prima attivazione, gli interventi periodici successivi definiti nel PAI non necessitano di produzione di impegnative da parte del MMG/PLS.

Al momento del primo accesso dell'operatore ADI, viene lasciata a domicilio al paziente e/o al suo care giver la documentazione indicata in Allegato 3, contenente indicazioni sull'utilizzo del numero unico della centrale operativa ADI di telenursing, l'informativa specifica all'assistenza domiciliare integrata, il foglio di gestione delle lesioni cutanee (qualora presenti).

#### 5.2.1 Prestazioni puntuali infermieristiche

In caso di necessità di prestazioni puntuali (episodiche, su richiesta) da parte degli infermieri domiciliari per il paziente in ADI, il MMG/PLS invia le apposite impegnative al PUA. Il PUA si accerta che sia stata attivata l'ADI tramite Modello Unico (Allegato 1) e che sia aperta una pratica SIATeSS/SIAT per quel paziente, e invia alla Centrale Operativa ADI l'impegnativa, caricandola sul sistema informatico ADI aziendale (raggiungibile dai PC aziendali all'indirizzo <a href="https://adi.asl.rieti.it/">https://adi.asl.rieti.it/</a>). In caso di ADI base, l'infermiere, al momento del primo accesso, compila l'Allegato 2 "Scheda attivazione ADI base" e ne conserva una copia in cartella avendo cura di far firmare al paziente o al suo tutore la ricevuta di ricezione dell'informativa specifica all'ADI (parte dell'Allegato 3 consegnato a domicilio). L'operatore otterrà anche il consenso generale alle cure, come da procedura aziendale apposita, e ne conserverà copia in cartella. È cura dell'operatore ADI registrare correttamente sulla piattaforma ADI le prestazioni puntuali effettuate, che vengono riversate su SIAT e ReCUP da parte del personale amministrativo della Centrale Operativa ADI sempre per il tramite del sistema informatico ADI. L'avviso telefonico del paziente prima della prestazione viene effettuato dal personale della Centrale Operativa ADI e rendicontato sempre sul software gestionale interno.

Nel caso di paziente assegnato all'ADI accreditato per la parte infermieristica, il PUA inoltrerà l'impegnativa all'Ente accreditato invece che all'ADI aziendale. L'ente dovrà definire il giorno del prelievo e dovrà comunicarlo tramite e-mail al Case Manager aziendale per l'inserimento della prestazione sul SIAT. L'Ente provvederà alla registrazione dell'impegnativa e stampa delle etichette al CUP (fila agevolata) nella sede distrettuale più comoda all'Ente, e al ritiro delle provette presso gli infermieri ADI, se presenti in quella sede, o presso il Centro Prelievi, dove poi riconsegnerà il





# PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AZIENDALE

Cod. P/110/15/2024 Rev. 3 del 05/06/2024

PAG 11 DI 27

materiale a prelievo effettuato. La procedura verrà conteggiata in base a quanto previsto dal nomenclatore. Ad ogni procedura di prelievo, al fine di favorire un'adeguata rendicontazione, l'ente erogatore accreditato invierà notifica via email di avvenuto prelievo al case manager aziendale e al MMG/PLS (gli indirizzi sono indicati nella prima pagina del PAI) e, per conoscenza, al Medico Coordinatore dell'UVM e al Responsabile UOSD Assistenza Domiciliare Integrata.

Riguardo l'emogasanalisi arteriosa (EGA) prevista dal nomenclatore, sarà da preferirsi in ogni caso l'esecuzione di visita pneumologica con EGA da parte dei competenti servizi aziendali, al fine di consentire un'adeguata interpretazione dell'EGA in raccordo con la storia clinica e la terapia con ossigeno e/o ventilazione in atto. In caso di emergenza la procedura verrà svolta dal personale del 118, qualora ritenuto da loro indicato. (cfr. paragrafo "Emergenze e Urgenze"). Il medico specialista pneumologo potrà delegare l'esecuzione dell'EGA al personale infermieristico aziendale, inviando apposita impegnativa al servizio ADI.

### 5.2.1 Prestazioni puntuali specialistiche

Le visite mediche specialistiche ADI seguono un percorso identico. La pianificazione degli interventi degli specialisti domiciliari è cura del personale amministrativo della Centrale Operativa ADI o dei PUA di back office, secondo l'organizzazione locale, con l'eventuale supporto dello specialista domiciliare stesso e/o dei medici ADI/UCA, sulla base delle indicazioni del MMG/PLS apposte sull'impegnativa (B, D o P), stante la corretta compilazione delle impegnative, con diagnosi e quesiti clinici, secondo manuale RAO AGENAS. L'amministrativo del CAD consegna agli specialisti ADI, secondo la calendarizzazione, le impegnative ricevute. Lo specialista ADI effettua la visita e compila il referto in triplice copia (una per sé, una per il paziente, una per l'a ASL). La copia ASL viene poi caricata sul sistema informatico ADI, per l'eventuale consultazione da parte degli altri operatori (in particolare dei tecnici della riabilitazione nel caso di visite fisiatriche). Il personale amministrativo rendiconta la prestazione effettuata sul gestionale interno e su SIAT e ReCUP, e la archivia nella cartella del paziente. In caso di indicazione alla fisioterapia domiciliare, la pratica ADI base viene convertita in ADI complessa con l'inizio della fisioterapia, con contestuale esecuzione di UVM e stesura del PAI.

Le visite mediche specialistiche saranno programmate tramite PAI, o richieste dal MMG/PLS secondo necessità con apposta impegnativa puntuale. In ogni caso la prescrizione spetta unicamente al MMG/PLS. La prescrizione viene inviata al PUA, che a sua volta la inoltra al personale amministrativo della Centrale Operativa ADI o dei PUA di back office.

Per gli utenti in ADIAC, nella tariffa del pacchetto standard dell'ente erogatore accreditato sono previste due visite mediche specialistiche domiciliari al mese, nelle quali dovrà essere garantita l'eventuale sostituzione della cannula tracheostomica, della gastrostomia, il cambio PEG, il posizionamento e la sostituzione del sondino naso-gastrico, il posizionamento e la sostituzione del PICC (DCA U00047 del 2020). Nel caso delle procedure invasive previste dal DCA U00047 del 2020 (sostituzione della cannula tracheostomica, della gastrostomia, cambio PEG, posizionamento e sostituzione del sondino naso-gastrico, posizionamento e la sostituzione del PICC), la fattibilità dell'esecuzione della procedura in apposita visita medica domiciliare anziché in ambiente ospedaliero verrà valutata per ogni utente da parte dell'UVM ed esplicitata nel PAI barrando la voce apposita. Al momento della prescrizione il MMG/PLS potrà decidere un percorso in regime ospedaliero anziché domiciliare, qualora le condizioni cliniche intercorrenti dell'utente lo necessitino, anche contravvenendo a quanto dichiarato nel PAI. In tal caso, per il trasporto per e dall'ospedale, valgono le regole generali dei trasporti come da apposito paragrafo "Trasporti e accessi ospedalieri" della procedura, e per la modifica al PAI vale quanto segnalato nel paragrafo "Modifiche estemporanee del PAI".

Le visite mediche specialistiche domiciliari dovranno essere effettuate da parte del Medico Specialista ASL di riferimento. Solo per gli utenti in ADIAC e di III livello, solo in caso di indisponibilità dello specialista ASL (specialità non presente nel determinato Distretto, oppure procedura non





# PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AZIENDALE

Cod. P/110/15/2024 Rev. 3 del 05/06/2024

PAG 12 DI 27

effettuata dallo specialista ASL di riferimento), se la visita rientra tra quelle erogabili dall'ente erogatore accreditato, la prescrizione sarà assegnata all'ente erogatore accreditato, e il case manager aziendale provvederà ad effettuare tale assegnazione tramite SIAT.

Anche le procedure radiologiche potranno essere erogate a domicilio, a seconda di quanto riportato nel PAI. Le procedure potranno essere effettuate dalla ASL, secondo apposita istruzione operativa aziendale per l'esecuzione di radiologia domiciliare del 10/12/2021, oppure dall'ente erogatore accreditato, come da nomenclatore. L'ente erogatore accreditato potrà rivolgersi a ditte esterne per espletare tali procedure.

#### 5.2.2 Visite specialistiche domiciliari in teleconsulenza medico-sanitaria

Gli specialisti ambulatoriali interni (SAI) potranno intervenire a domicilio del paziente per tramite dell'infermiere in teleconsulenza medico-sanitaria in livello "video", e in modalità sincrona, in presenza del paziente.

L'infermiere è a domicilio con apposito tablet provvisto di videocamera per videochiamata, e lo SAI potrà valutare dalla propria sede ambulatoriale in diretta quanto rilevato dal personale ADI, eventualmente con condivisione in diretta di materiale propedeutico, inclusi esami strumentali come ECG o emogasanalisi, effettuati in mobilità e condivisi sulla piattaforma.

Sarà lo SAI a definire di volta in volta per quali pazienti eseguire una teleconsulenza medicosanitaria, sulla base del quadro clinico noto e della tipologia di prestazione da eseguire. La teleconsulenza medico-sanitaria potrà essere richiesta dall'infermiere stesso, in caso di dubbi a domicilio, per esempio nella gestione delle lesioni della cute. Lo SAI redigerà la relazione collaborativa di valutazione nel sistema informatico ADI.

#### 5.3. L'attivazione dell'ADI complessa

L'ADI complessa si attiva come già descritto con la ricezione del Modello Unico (Allegato 1), o in seguito all'attivazione della fisioterapia decisa dallo specialista fisiatra territoriale. Al momento del primo accesso, l'operatore ADI compila l'Allegato 4 "Questionario InterRAI Home Care" e lo inserisce nella cartella del paziente, anche tramite caricamento sul software ADI.

Gli operatori della Centrale Operativa ADI organizzano la UVM, dopo aver raccolto le disponibilità dei medici ADI/UCA/dei servizi e degli assistenti sociali ASL, individuando anche l'inserimento di eventuali altre figure quali componenti della UVM stessa, a seconda delle problematiche del singolo utente. Almeno due giorni lavorativi prima della data prefissata il medico coordinatore dell'UVM convoca formalmente il MMG/PLS via email e conserva copia dell'email e di un'eventuale risposta nella cartella del paziente. L'operatore della Centrale Operativa ADI contatta il paziente per avvisarlo dell'accesso domiciliare della UVM.

#### 5.3.1 L'UVM

L'UVM:

- avviene in presenza dell'utente e del suo care giver ed è composta dal medico coordinatore dell'UVM (ADI/UCA/dei servizi), dal MMG/PLS, dall'assistente sociale e da altre figure che possono partecipare anche in modalità asincrona (infermiere, tecnico della riabilitazione, assistente sociale dell'ATS, medico specialista);
- effettua la valutazione multidimensionale attraverso gli strumenti di valutazione propri dei vari profili professionali, avvalendosi della scheda NSIS (prima pagina del PAI, Allegato 5) e del questionario InterRAI HC (Allegato 4), e della scheda sociale (Allegato 6)
- redige il PAI preferibilmente in via digitale secondo il modello allegato (Allegato 5);
- individua il caregiver e il case manager aziendale.
- Individua il livello assistenziale (ADI I, II e III livello, oppure ADIAC). Tale classificazione viene inserita nel PAI nell'apposita sezione all'ultima pagina.





### PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AZIENDALE

Cod. P/110/15/2024 Rev. 3 del 05/06/2024

PAG 13 DI 27

Come da Piano Territoriale Regionale Azioni di Fase 4 (nota n. 472488 del 29/05/2020), la redazione dei piani assistenziali rientra tra le procedure che possono essere realizzate in remoto anche con strumenti di comunicazione informatica. Ogni prima valutazione deve essere comunque effettuata in presenza. La redazione del PAI avviene in modo digitale usando il modulo PDF in Allegato 5 compilabile digitalmente, o tramite compilazione diretta su tablet tramite il software ADI aziendale. È importante far firmare al paziente o al suo tutore la ricevuta di ricezione dell'informativa specifica all'ADI presente nell'ultima pagina del PAI. L'informativa è parte dell'allegato 3 già consegnato a domicilio, ed è da consegnare anche in sede di UVM qualora il paziente non ne sia già in possesso. Il personale dell'UVM otterrà anche il consenso generale alle cure, come da procedura aziendale apposita, qualora non già ottenuto dall'operatore ADI, e ne conserverà copia in cartella. È possibile la possibilità di intervento di una parte delle figure dell'UVM in modalità di teleconsulto, laddove clinicamente consentito, preferibilmente tramite lo strumento gratuito di messo a disposizione dalla Regione Lazio, denominato Salute Digitale, coerente con la normativa in termini di sicurezza e privacy, fruibile all'indirizzo: https://jitsi1.regione.lazio.it/.

In accordo con la Deliberazione del Direttore Generale n. 1296 del 01/12/2021, e successive modifiche, nella ASL di Rieti alle UVM sono affiancate le Unità di Valutazione Multidimensionale Interdistrettuali (UVMI) e le Unità di Valutazione Multidimensionale Minori (UVMM). Le UVMI nascono primariamente per la valutazione dei progetti riabilitativi individuali degli utenti, ma ad esse partecipano anche i medici distrettuali e tutte le figure previste dalle UVM, e, oltre ad autorizzare l'invio degli utenti presso una struttura privata accreditata riabilitativa, definiscono di volta in volta il giusto setting assistenziale, soprattutto qualora il setting riabilitativo territoriale non sia ritenuto congruo, anche ai fini dell'efficientamento delle risorse. Gli utenti in ADI complessa hanno spesso necessità preponderante di riabilitazione, oltre che di supporto infermieristico, e l'attività delle UVMI risulta maggiormente importante in tali pazienti, per i quali possono sostituirsi di fatto alle UVM.

#### 5.3.2 II PAI

II PAI deve contenere (DGR n.149/2018):

- l'elenco dei soggetti coinvolti (figure professionali dell'UVM), la valutazione della situazione socio-sanitaria attuale (effettuata tramite scheda NSIS e questionario InterRAI HC), la pianificazione degli interventi, compresi i tempi e i risultati attesi, la frequenza degli accessi e la tipologia delle figure professionali richieste;
- l'individuazione del caregiver, quale familiare di riferimento o colui che assiste l'utente continuativamente nelle 24 ore e che si fa promotore dei suoi bisogni assistenziali e a cui si affiancano, con funzione di supporto, le figure sanitarie dell'ADI (cfr. anche DGR n. 341 del 08/06/2021, linee guida regionali per il riconoscimento del caregiver familiare);
- l'individuazione del case manager aziendale che, quale responsabile del piano, ha i seguenti compiti:
  - fa da referente organizzativo della persona interessata e dei suoi familiari;
  - sottoscrive il PAI insieme all'UVM;
  - inserisce in SIAT il PAI e ne verifica l'attuazione e la correttezza;
  - propone al medico coordinatore dell'UVM l'eventuale revisione e/o proroga del PAI stesso, con l'eventuale rivalutazione al momento della scadenza o prima di tale data.

Il compito del medico coordinatore dell'UVM è quello di redigere il PAI e validare il questionario InterRAI HC compilato dall'operatore ADI apponendo l'apposita firma nel campo "medico UVM" e archiviando il documento compilato all'interno della cartella del paziente. Il questionario InterRAI HC (Allegato 4) viene redatto di norma dall'operatore ADI che effettua il primo accesso a domicilio del paziente, nell'ambito di una fase asincrona dell'UVM. Qualora non sia stato redatto da tale operatore, verrà redatto dall'UVM vera e propria, insieme al PAI (Allegato 5). Nel PAI è indicata, tra le altre voci, la diagnosi principale del paziente secondo l'apposita lista regionale (Allegato 7), che deve essere la stessa presente sul modulo InterRAI HC. La parte "NSIS" alla prima pagina del PAI potrà essere





# PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AZIENDALE

Cod. P/110/15/2024 Rev. 3 del 05/06/2024

PAG 14 DI 27

tralasciata, qualora sia stata già compilata dall'operatore ADI la "scheda attivazione ADI Base" (Allegato 2) in un'altra occasione, e pertanto sia già presente nella cartella del paziente; idem dicasi per la parte relativa alla diagnosi e terapia, qualora già correttamente indicate nel Modello Unico (Allegato 1) e nel questionario InterRAI Home Care (Allegato 4) o in eventuale altra documentazione allegata (come per esempio la lettera di dimissione ospedaliera).

Solo in caso di ADIAC, nel PAI vengono indicati anche il numero di ore e gli orari indicativi dell'assistenza infermieristica, l'eventuale necessità di supporto OSS e il relativo numero di ore e orari indicativi, l'eventuale compresenza di due figure assistenziali (per esempio infermiere e OSS) in supporto al caregiver per determinate fasce orarie (per particolari caratteristiche cliniche), e l'eventuale possibilità di accesso del personale ADI nelle strutture ambulatoriali a supporto del Care Giver (per particolari caratteristiche cliniche).

La durata del PAI è stabilita in sede di UVM/UVMI ed è riportata nella prima pagina del PAI, e comunque non è superiore a sei mesi. Eventuali proroghe possono essere effettuate dal case manager aziendale in accordo con l'utente, il caregiver, e il MMG/PLS, qualora sussistano i dovuti presupposti clinici. Il rinnovo del PAI si effettua con una UVM/UVMI successiva alla prima, organizzata dal case manager aziendale prima della scadenza del PAI. Le rivalutazioni successive possono essere svolte in modalità di teleconsulto, laddove clinicamente consentito, preferibilmente tramite lo strumento gratuito messo a disposizione dalla Regione Lazio, denominato Salute Digitale, coerente con la normativa in termini di sicurezza e privacy, fruibile all'indirizzo: https://jitsi1.regione.lazio.it/.

L'utente, il caregiver, il MMG/PLS, il personale assistenziale dell'ente erogatore, potranno rivolgersi al case manager aziendale per segnalare la necessità di modifiche del PAI. Alla luce di tali indicazioni, il case manager aziendale proporrà al medico coordinatore dell'UVM/UVMI l'eventuale revisione del PAI. Il medico coordinatore attiverà pertanto una nuova UVM con partecipazione eventuale di altri specialisti. Verrà pertanto redatto un nuovo PAI, firmato e sottoscritto dai componenti dell'UVM.

#### 5.3.3 L'invio all'ente ADI privato accreditato

Per le persone che l'UVM/UVMI ha deciso di destinare all'ADI accreditato in base alle caratteristiche cliniche e alle direttive della Direzione strategica deve essere operata la scelta dell'ente secondo i DCA vigenti. La persona assistita in ADI, ovvero il caregiver (nel caso l'interessato sia impossibilitato ad esprimere la sua volontà), dopo essere stata adequatamente informata, sceglie l'ente erogatore accreditato tramite l'apposito Modulo di Scelta (Allegato 8), che va inviato al PUA per via telematica o consegnato direttamente agli sportelli o alla commissione UVM/UVMI. Alla scadenza del PAI l'interessato e/o il caregiver possono chiedere di cambiare l'ente erogatore privato accreditato redigendo un nuovo modulo di scelta. L'utente o il caregiver segnaleranno inoltre se usufruiscono di altri servizi o prestazioni erogate dalla ASL, che, se incompatibili con la presa in carico per ADI, verranno sospese. A seguito della scelta da parte dell'assistito, il case manager aziendale provvede ad inserire su SIATeSS la scheda di valutazione iniziale del paziente redatta nel corso della UVM/UVMI (InterRAI e NSIS) e a inserire il PAI su SIAT e a inoltrarlo all'ente erogatore accreditato via e-mail, inserendo in copia i membri della UVM, il responsabile ADI e il Governo Amministrativo Erogatori Accreditati per la necessaria rendicontazione amministrativa. Il soggetto erogatore dovrà dare un riscontro alla richiesta entro 24 ore su SIAT, comunicando la data di inizio della presa in carico, che dovrà essere assicurata non oltre le 72 ore successive. In caso di mancata risposta da parte del soggetto erogatore o qualora una o più prestazioni previste nel PAI siano oggetto di lista di attesa, il SIAT stessa proporrà l'assistito all'altro ente erogatore, tenuto conto dell'ordine di preferenza espresso dall'interessato.





# PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AZIENDALE

Cod. P/110/15/2024 Rev. 3 del 05/06/2024

PAG 15 DI 27

Ferma restando la presenza a domicilio o a letto del paziente di un nucleo minimo, gli altri operatori dell'UVM possono intervenire da remoto in teleconsulto, in modalità asincrona o sincrona e in presenza del paziente, a livello preferibilmente "video", o altrimenti "vocale", ai fini della acquisizione dei dati sociosanitari (scheda NSIS e InterRAI HC), della eventuale scelta dell'ente erogatore, e soprattutto della elaborazione del PAI, come definito nelle specifiche procedure aziendali. La "relazione collaborativa di valutazione" corrisponderà effettivamente alla stesura del PAI. Nel caso della UVM ospedaliera sarà da preferire la UVM in teleconsulto, nell'ambito della razionalizzazione delle risorse, essendo già presente il medico e il personale ospedaliero in prossimità al paziente. Solo per le UVM successive alla prima può essere valutata l'esecuzione dell'UVM in modalità di televisita senza accesso al domicilio. La UVM deve comunque essere effettuata in presenza qualora al momento della rivalutazione del PAI, si ravvisino modifiche sostanziali del quadro sociosanitario, tali da non consentire l'esecuzione della UVM in modalità di televisita. La televisita e il teleconsulto avvengono tramite lo strumento gratuito messo a disposizione dalla Regione Lazio, denominato Salute Digitale, coerente con la normativa in termini di sicurezza e privacy, fruibile all'indirizzo: https://jitsi1.regione.lazio.it/, e sono rendicontate e convocate nell'apposita sezione del software aziendale ADI.

#### 5.4. Modifiche estemporanee del PAI

Per motivi clinici o personali dell'utente o del caregiver, potranno rendersi necessarie delle modifiche estemporanee al PAI definito nel corso della UVM/UVMI. Tali modifiche potranno rivestire un carattere programmato, oppure secondario a urgenze/emergenze cliniche.

#### 5.4.1 Modifiche estemporanee programmate

L'utente, il caregiver o il MMG/PLS potranno rivolgersi al case manager aziendale per delle proposte di modifiche estemporanee da apportare al PAI. Anche il personale assistenziale dell'ente erogatore privato accreditato potrà farsi portavoce delle necessità cliniche o personali dell'utente o del caregiver, e riferirle al case manager aziendale. Per richiedere una modifica estemporanea del PAI, l'utente, il caregiver, il MMG/PLS o il personale dell'ente erogatore dovranno inviare un'unica email indirizzata sia al MMG/PLS (qualora non sia lui il promotore della modifica), sia al case manager aziendale. I rispettivi indirizzi sono indicati nella prima pagina del PAI. Tale email dovrà essere indirizzata, per conoscenza, anche al medico ASL coordinatore dell'UVM e al responsabile UOSD Assistenza Domiciliare Integrata per la necessaria rendicontazione. L'email dovrà indicare nell'oggetto e nel testo il nome dell'utente in ADI, la data e la durata della modifica, e le motivazioni della stessa. Il case manager aziendale, a seconda del tipo di richiesta e compatibilmente con il suo ruolo, approverà direttamente la modifica estemporanea, rispondendo all'email e inserendola sul SIAT, oppure inoltrerà la richiesta al medico ASL coordinatore dell'UVM per l'autorizzazione clinica, qualora ritenuto necessario. Dopo l'autorizzazione (che verrà archiviata digitalmente o in cartaceo insieme alla lettera di proposta), il case manager aziendale inserirà la modifica sul SIAT.

In caso di modifiche al PAI che possano comportare cambiamenti di tipo clinico, il richiedente della modifica dovrà coinvolgere in prima persona il MMG/PLS (qualora non sia il richiedente diretto della modifica), in quanto unico responsabile clinico del paziente in ADI. In base agli orari previsti dall'ACN, in vece del MMG/PLS potrà essere contattato il medico di continuità assistenziale (MCA).

#### 5.4.2. Emergenze e Urgenze

In caso di necessità urgenti, il personale sanitario dell'ente erogatore accreditato eventualmente presente (autonomamente o su richiesta dell'utente o del caregiver) potrà effettuare delle procedure domiciliari aggiuntive. L'episodio dovrà essere comunicato il più presto possibile al case manager aziendale e al MMG/PLS con le stesse modalità previste per le modifiche estemporanee programmate. In caso di necessità cliniche il MMG/PLS dovrà essere coinvolto in





# PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AZIENDALE

Cod. P/110/15/2024 Rev. 3 del 05/06/2024

PAG 16 DI 27

prima persona, in quanto unico responsabile clinico del paziente in ADI, o in sua vece, in base agli orari previsti dall'ACN, il MCA.

In caso di emergenza dovrà essere contattato il servizio ARES 118. In caso di utilizzo del servizio ARES 118 l'utente sarà preso in carico dal personale del servizio di emergenza e l'assistenza domiciliare sarà pertanto sospesa. Anche in tal caso il care manager dell'ente erogatore accreditato comunicherà al più presto l'evento al case manager aziendale e al MMG/PLS, con le stesse modalità previste per le modifiche estemporanee programmate.

#### 5.5 Flusso informativo e remunerazione

Dopo l'UVM, il medico ADI stesso o altra figura anche amministrativa identificata in base all'organizzazione interna del servizio, si occupa di riportare i dati all'interno della cartella già aperta dal PUA, aprendo la cartella complessa sulla piattaforma SIATeSS. È cura dell'operatore ADI che effettua la prestazione, invece, registrare puntualmente il PAI e le proprie prestazioni sul SIAT (l'inserimento dei dati potrà avvenire anche da parte di un'altra figura, anche non sanitaria, secondo l'organizzazione interna del servizio). La corretta validazione delle prestazioni degli operatori degli enti erogatori privati accreditati e gli eventuali errori SIAT generati saranno controllati dal case manager aziendale, responsabile anche del corretto inserimento del PAI su SIAT, in raccordo con la UOSD Sistemi Informativi Sanitari per le problematiche più complesse.

Il case manager aziendale inserisce su SIATeSS le schede NSIS e InterRAI HC del paziente e su SIAT il PAI del paziente così come definito e redatto in sede di UVM/UVMI. In caso di paziente destinato a un ente accreditato, l'ente stesso vedrà sul proprio software gestionale le varie prestazioni inserite e calendarizzate con la durata della prestazione espressa in minuti. L'ente accreditato, deve attenersi al PAI inviato dal SIAT, e le uniche modifiche che può apportarvi sono l'ora di inizio e l'effettiva durata di una specifica prestazione.

In caso di interruzioni del PAI, ad esempio per un ricovero, il case manager aziendale deve bloccare il PAI sul SIAT e riprogrammarlo nel momento in cui verrà di nuovo preso in carico dall'ADI. Allo stesso modo se ci sono modifiche estemporanee generate da uno qualsiasi degli attori coinvolti, in caso di paziente in carico a un ente accreditato, l'ente stesso deve avere premura di non gravare sul debito informativo dell'ASL, ad esempio spezzando il turno di un operatore e coprendo entrambi gli accessi programmati in quel giorno, modificando quindi la durata.

La UOSD Sistemi Informativi Sanitari mensilmente elabora i dati SIAT e genera un report del mese precedente per tutti i pazienti in ADI e lo invia alla UOSD Assistenza Domiciliare Integrata, per consentire la successiva fase di controllo e miglioramento del dato.

Per quanto concerne la remunerazione delle prestazioni ADI, a far data dal 01/01/2020 il sistema delle cure domiciliari della Regione Lazio ha previsto l'erogazione da parte di soggetti accreditati e contrattualizzati per i quali i competenti organi regionali definiscono annualmente il livello massimo di finanziamento per le prestazioni di ADI erogate, con onere a carico del sistema sanitario. La remunerazione delle prestazioni erogate da parte dei soggetti privati accreditati operanti nel territorio della ASL di Rieti in favore dei beneficiari del servizio ADI devono essere corrispondenti ai carichi assistenziali definiti nei singoli PAI redatti dalle competenti UVM/UVMI, entro il limite massimo di spesa individuato da Regione Lazio, coerentemente con le tariffe vigenti.

Ai fini della remunerazione degli erogatori accreditati ADI vengono posti in essere controlli di natura:

- amministrativo/contabile volti ad accertare la regolarità formale dei documenti contabili nonché la corrispondenza degli stessi al sistema di remunerazione regionale attualmente vigente;
- sanitari volti a verificare l'appropriatezza delle prestazioni erogate rispetto al PAI, anche qualora vengano apportate modifiche estemporanee o programmate.

Il processo di remunerazione si realizza attraverso un'azione sinergica tra la UOSD Assistenza Domiciliare Integrata, che ha competenza per i PAI, per le autorizzazioni, per il controllo della conformità tra l'erogato e il prescritto, e per la corretta rendicontazione su SIAT e applicazione delle





### PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AZIENDALE

Cod. P/110/15/2024 Rev. 3 del 05/06/2024

PAG 17 DI 27

tariffe vigenti, e la UOS Governo Erogatori Privati Accreditati, competente per le attività di contrattualizzazione, di controllo e monitoraggio del budget e di l'invio degli ordini tramite sistema NSO (Nodo di smistamento degli ordini di acquisto delle amministrazioni pubbliche).

### 5.6. Fornitura di materiale sanitario da parte degli enti accreditati

Nel DCA Regione Lazio n. U00036 del 17/02/20 è prevista la sottoscrizione di accordi con gli Erogatori Accreditati volti a:

- garantire la copertura delle visite specialistiche, laddove la ASL non possa provvedere direttamente, in modifica di quanto previsto inizialmente dal DCA n. U00525/2019;
- fornitura dei presidi e dispositivi;
- consegna a domicilio di ulteriori presidi forniti dalla ASL.

I dispositivi medici, i presidi e gli ausili previsti nel nomenclatore tariffario dell'assistenza integrativa e dell'assistenza protesica sono messi a disposizione dalla ASL, compreso il materiale per le medicazioni avanzate. Per quanto concerne la fornitura di ausili e tecnologie, quali quelli per la ventilazione, la nutrizione artificiale, ecc., resta fermo quanto previsto da eventuali accordi quadro tra ASL e soggetti erogatori o da procedure centralizzate regionali. L'acquisizione di tali dispositivi e ausili rimane a carico dell'ASL, ma la consegna al domicilio è di competenza dell'ente erogatore privato accreditato. Spetta invece all'ente erogatore accreditato la fornitura del materiale di cui alla dotazione indicata al punto 1.11 dell'allegato A del DCA n. U00283/2017.

	SOGGETTO EROGATORE				
OGGETTO FORNITURA	ASL	Ente erogatore accreditato	Accordi Quadro Tra ASL ed Erogatori Procedure Centralizzate Regionali		
Dispositivi medici, presidi e ausili previsti nel nomenclatore tariffario dell'assistenza integrativa	х				
dispositivi medici, presidi e ausili previsti nel nomenclatore tariffario dell'assistenza protesica	x				
Dotazione di cui al punto 1.11 dell'allegato A del DCA n. U00283/ 2017		x			
Ausili e tecnologie, quali quelli per la ventilazione, la nutrizione artificiale, ecc.			x		

Ogni presidio o ausilio deve essere supportato da un Piano terapeutico redatto da uno specialista ASL. Per le medicazioni avanzate, in caso di nuova insorgenza di lesioni della cute in un paziente, deve essere organizzata l'UVM e apportata una modifica alla valutazione, in modo che sia valutata la lesione e da lì impostato un piano terapeutico dall'infermiere aziendale, coadiuvato in caso dallo specialista chirurgo, con un obiettivo finale e una programmazione delle valutazioni periodiche degli esiti. Tramite questa valutazione vengono assegnate le Medicazioni Avanzate, ordinate poi dal Coordinatore Infermieristico ADI, e ritirate in ASL da parte dell'Ente Accreditato secondo una programmazione decisa dagli attori coinvolti.

In caso di Piano terapeutico in cui siano elencati eventuali forniture rimandabili al punto 1.11 dell'allegato A del DCA n. U00283/2017, la fornitura sarà a carico dell'ente erogatore accreditato in





### PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AZIENDALE

Cod. P/110/15/2024 Rev. 3 del 05/06/2024

PAG 18 DI 27

situazioni di urgenza o necessità, mentre la normale fornitura sarà a carico della ASL (strisce per la determinazione della glicemia a glucometro, aspiratore a bassa pressione o pressione regolabile, cateteri vescicali di tipi diversi sterili, raccoglitori urine per esami come provette e flaconi sterili, sondini naso-gastrici di varie misure).

### 5.7. Trasporti dei pazienti in ADIAC

Per i pazienti in ADIAC, in caso di necessità programmate dal PAI, il soggetto potrà essere trasportato per effettuare delle prestazioni non domiciliari presso le strutture della ASL o presso altre strutture sanitarie. In caso di più prestazioni da eseguire, il numero degli spostamenti dovrà essere ridotto facendo coincidere gli appuntamenti, così da ridurre lo stress a carico dell'utente e del caregiver.

#### 5.7.1 Trasporto con mezzi propri

Il trasporto potrà essere effettuato con mezzi propri da parte del soggetto o del care giver. Il trasporto potrà avvenire con o senza personale ADI a bordo del mezzo privato, secondo quanto previsto dal PAI nell'apposta voce, e nelle ore di attività del personale ADI per quel paziente. Per gli utenti in ADIAC, il trasporto con mezzo privato con personale assistenziale ADI a bordo rientra nel computo ore totali di assistenza domiciliare previsto dal PAI.

#### 5.7.2 Trasporto in ambulanza

Il trasporto potrà altresì essere effettuato tramite l'uso di ambulanza con infermiere a bordo, oppure tramite ambulanza con medico a bordo, a seconda del quadro clinico cronico o acuto. Nel caso di utenti in ADIAC trasportati con ambulanza, il personale infermieristico presente a bordo dell'ambulanza sostituisce di fatto quello dell'ADI. Pertanto il personale ADI non accederà in ambulanza e le ore di trasporto non verranno calcolate come ore infermieristiche domiciliari e non verranno aggiunte al monte ore previsto dal PAI. I trasporti in questo caso sono esclusivamente quelli concordati o programmati, quindi già inseriti sul PAI prima dell'effettuazione (quindi sul SIAT) con orario e tempistiche previste che dovranno essere comunicate puntualmente come indicato nel paragrafo "modifiche estemporanee del PAI".

In caso di eventuali ritardi nell'effettuazione della prestazione ospedaliera, motivati anche dalla struttura, dovrà essere avvisato il case manager aziendale dell'aggiunta oraria che si riverserà automaticamente sul SIAT. Il case manager, il MMG/PLS, il medico coordinatore e il responsabile dell'assistenza domiciliare dovranno essere avvisati anche in caso di tale evenienza, come indicato nel paragrafo "modifiche estemporanee del PAI", al fine di permettere la precisa rendicontazione delle ore di assistenza domiciliare effettive erogate. Anche per continuità assistenziale a bordo del mezzo, i trasporti in ambulanza potranno essere gestiti dall'ente erogatore accreditato come indicato nel DCA U00047 del 2020, anche eventualmente fuori provincia e/o con medico a bordo, ove previsto dal PAI.

#### 5.7.3 Accesso in struttura ASL

Al momento dell'accesso nella struttura ASL, l'utente sarà preso in carico dal personale della struttura ASL ricevente (reparto, ambulatorio, Pronto Soccorso, ecc.). In caso di utenti in ADIAC, il personale ADI non accederà in struttura, di fatto interrompendo le ore di assistenza domiciliare previste dal PAI. L'utente, il care giver, il MMG/PLS o il personale assistenziale dell'ente erogatore dovranno comunicare per tempo al case manager aziendale qualsiasi accesso di ogni tipo, secondo le modalità indicate nel paragrafo "modifiche estemporanee del PAI", così da consentire al case manager aziendale il controllo sul SIAT dell'avvenuta registrazione da parte dell'ente accreditato delle ore decurtate.

Sempre per gli utenti in ADIAC, in caso di necessità non programmate, il caregiver, il MMG/PLS, il personale assistenziale dovranno rivolgersi in anticipo al case manager aziendale il





### PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AZIENDALE

Cod. P/110/15/2024 Rev. 3 del 05/06/2024

PAG 19 DI 27

quale approverà o farà approvare la necessità del trasporto come modifica estemporanea al PAI, secondo quanto indicato nel paragrafo "modifiche estemporanee del PAI". Anche l'eventuale dimissione da un reparto di degenza va considerata come una modifica estemporanea al PAI non urgente, e per il trasporto valgono le stesse regole già indicate. In caso di necessità non programmate in condizioni di emergenza o di urgenza, fare riferimento al paragrafo "Emergenze e Urgenze".

Come da apposita voce del PAI, per gli utenti ADIAC, qualora sussista una particolare complessità del quadro clinico dell'utente, in sede di UVMD, si potrà decidere di consentire l'accesso del personale ADI anche nelle strutture ambulatoriali, a supporto del caregiver e del personale della struttura, fino alla fine della procedura. Tale evenienza non si applica in caso di accesso al Pronto Soccorso, ove il personale in loco provvederà all'assistenza all'utente.

#### 5.7.4 Altri spostamenti

Al fine di mantenere un'adeguata qualità di vita, anche considerando l'importanza dell'umanizzazione delle cure, dovrà essere garantito il diritto all'uscita dal domicilio per motivi non sanitari, e al tempo stesso il diritto all'assistenza sanitaria negli orari previsti dal PAI. Il personale sanitario domiciliare seguirà l'utente in tali spostamenti, qualora si verifichino negli orari del PAI, fermi restando il carattere di eccezionalità della situazione e la necessità di un'adeguata segnalazione anticipata da parte dell'utente o del caregiver all'ente erogatore ADI, e previ accordi tra le parti interessate da valutare di caso in caso, e senza oneri o responsabilità aggiuntivi a carico della ASL.

In caso di modifiche temporanee del domicilio dell'utente, al fine di mantenere la necessaria continuità assistenziale, il personale dell'assistenza domiciliare potrà continuare eccezionalmente ad operare al di fuori della sede di domicilio, previ accordi tra le parti interessate da valutare di caso in caso, previa segnalazione con adeguato anticipo da parte dell'utente o del caregiver, e senza oneri o responsabilità aggiuntivi a carico della ASL.

#### 5.7.5. Ricoveri in ospedale

Durante il ricovero in Ospedale la pratica SIAT viene chiusa da parte del case manager aziendale, previa tempestiva comunicazione da parte dell'utente o del caregiver o del personale assistenziale, con conseguente blocco del PAI. Durante la permanenza in ospedale in regime di ricovero, il personale ADI non sarà presente in struttura perché sostituito dal personale ospedaliero.

La dimissione da un reparto ospedaliero deve essere concordata con il case manager aziendale, che attiverà l'UVM qualora ritenuto necessario, in caso di sopraggiunte modifiche del quadro clinico. All'eventuale UVM seguirà la redazione di un nuovo PAI. All'uscita dal reparto, l'utente rientra in carico all'ADI. Pertanto, per gli utenti in ADIAC, il trasporto dal reparto al domicilio dovrà essere effettuato come da paragrafo "Trasporti e accessi ospedalieri".

#### 5.8. Compresenza del caregiver alle figure assistenziali in ADIAC

Se da un lato il "pacchetto sollievo" e l'ADIAC in genere sono un supporto al caregiver con la specifica intenzione di alleggerire il peso della gestione socio-sanitaria, dall'altro la compresenza del caregiver è spesso necessaria, in base all'operatore presente e alla mansione svolta.

Le figure assistenziali ADI sono tenute ad effettuare solo prestazioni coerenti con le competenze specifiche della loro professione. La compresenza del caregiver è pertanto obbligatoria in caso di prestazioni non coerenti con le competenze specifiche della professione della figura assistenziale presente, per le quali l'operatore è solo di supporto al caregiver nella mansione e non primo esecutore, oppure in caso di particolari situazioni di rischio (movimentazione dei carichi, rischio di caduta, ecc). Nel caso in cui il caregiver non possa fornire l'assistenza richiesta al paziente, sarà sua premura nominare e far presenziare un suo sostituto, eventualmente individuato tramite supporto dell'ambito territoriale sociale (ATS), anche tramite UVMD.





## PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AZIENDALE

Cod. P/110/15/2024 Rev. 3 del 05/06/2024

PAG 20 DI 27

#### 5.9. Valutazione della qualità dell'assistenza domiciliare

Al fine di promuovere l'umanizzazione delle cure è stato elaborato un sistema attivo di valutazione del servizio ADI, con particolare riferimento all'ADI di III livello e Alta Complessità. Il paziente o il caregiver compilano la parte superiore del "modulo per le comunicazioni relative alla qualità dell'assistenza" (Allegato 9) e lo inviano all'erogatore ADI. L'erogatore si occuperà di compilare la parte inferiore del modulo e inviare il modulo completo al gruppo di lavoro (MMG/PLS, case manager aziendale, medico ASL coordinatore dell'UVM, responsabile ADI).

Il modulo è utile a rilevare e registrare eventuali richieste dei pazienti o dei caregiver inerenti eventuali problematiche relative alla qualità del servizio ADI, eventualmente riguardo a singoli operatori, e le relative azioni intraprese (colloqui informativi con la famiglia, colloqui interni alla struttura, affiancamento, formazione, ecc.), e valutare eventuali altre azioni da intraprendere in modo collaborativo.

### 5.10. Somministrazione domiciliare di farmaci ospedalieri

Per i farmaci vendibili al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (art. 93 del D. Lgs. n. 219 del 24/04/2006) e per gli antimicrobici in nota 56, in accordo con le direttive del DM n.120 del 29/04/22, nella ASL di Rieti la modalità di erogazione può avvenire anche sulla base di un teleconsulto tra il MMG/PLS e lo specialista ospedaliero (es. nutrizionista o infettivologo). Il teleconsulto verrà rendicontato con impegnativa per visita specialistica da parte del MMG/PLS, in assenza al momento di un nomenclatore ad hoc. Il teleconsulto medico avverrà in modalità asincrona e testuale con condivisione di eventuale materiale iconografico (fotografie) o esami, per il tramite del sistema informatico ADI. Il livello potrà passare da testuale a vocale e video in modalità sincrona per casi più selezionati, anche in presenza del paziente (con infermiere a domicilio). Lo specialista redigerà la relazione collaborativa di valutazione nel sistema informatico ADI, con la possibilità di allegare eventuali piani terapeutici, e con condivisione diretta con il MMG. Sarà compito del personale della Centrale Operativa ADI raccogliere la documentazione necessaria e condividerla con lo specialista, e procedere all'esecuzione di eventuali esami propedeutici prescritti dal MMG o dallo specialista (colturali, esami ematici, ecc.).

Una gestione diversa deve essere operata per i medicinali endovena utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile (art. 92 del D. Lgs. n. 219 del 24/04/2006). La seguente è una lista non esaustiva e passibile di modifiche secondarie con il rinnovo delle schede tecniche: meropenem, ertapenem, ceftazidima-avibactam, tigeciclina, daptomicina, remdesivir, caspofungin, ceftozolano-tazobactam, cefiderocol, pantoprazolo ev, amoxicillina + clavulanato ev, levofloxacina ev, metronidazolo ev, azitromicina ev, amminoacidi 8% (Sintamin, Isoselect).

Per alcuni di essi (linezolid, pantoprazolo, amoxicillina + clavulanato, levofloxacina, metronidazolo, azitromicina) sarà da preferire la via di somministrazione orale anche in forme in soluzione/polvere per disfagici, ove disponibili, perché tali forme non sono ad uso esclusivo ospedaliero. La via endovenosa dovrà essere riservata solo ai casi clinici selezionati in cui lo specialista dimostri l'assenza di possibilità alla somministrazione di formulazioni alternative non endovenose. Per gli amminoacidi all'8% sarà da preferire in ADI la formulazione al 4%, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti.

Per i soli farmaci ad uso esclusivo endovenoso ospedaliero (meropenem, ertapenem, ceftazidima-avibactam, tigeciclina, daptomicina, remdesivir, caspofungin, ceftozolano-tazobactam, cefiderocol) o per i farmaci da praticare endovena per dimostrata impossibilità clinica alla somministrazione di altre formulazioni non ospedaliere, la procedura è la seguente:

1. lo specialista ospedaliero somministra le prime dosi preferibilmente in ambiente ospedaliero per ridurre il rischio di reazioni di ipersensibilità;





# PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AZIENDALE

Cod. P/110/15/2024 Rev. 3 del 05/06/2024

PAG 21 DI 27

- il reparto ospedaliero attiva l'ADI per le somministrazioni successive secondo le modalità già definite nei paragrafi precedenti (Modello Unico da inviare al PUA competente e per conoscenza alla Centrale Operativa ADI <u>adi@asl.rieti.it</u>);
- 3. il medico ospedaliero compila il modulo di somministrazione e informativa farmaci ospedalieri (Allegato 10), e lo invia alla Centrale Operativa ADI (adi@asl.rieti.it) e al MMG/PLS del paziente in ADI;
- 4. lo specialista ospedaliero elabora il piano terapeutico per la fornitura del farmaco e lo invia alla farmacia ospedaliera informando la Centrale Operativa ADI in copia conoscenza (adi@asl.rieti.it);
- 5. lo specialista ospedaliero e il MMG/PLS si occupano di valutare gli esami richiesti per il monitoraggio della terapia e di attuare le eventuali modifiche dell'iter clinico.

Lo specialista ospedaliero prescrittore è il responsabile clinico della terapia richiesta, e deve giudicare la terapia somministrabile a domicilio da parte dell'infermiere in assenza del medico, tenendo conto delle caratteristiche cliniche del determinato paziente e considerando i limiti organizzativi dell'ADI. Il MMG/PLS rimane responsabile del paziente in ambito territoriale. Al di fuori degli orari del MMG/PLS verrà coinvolto il Medico di continuità assistenziale (MCA) o l'ARES 118, a seconda del quadro clinico.

### 5.11. Ospedalizzazione a domicilio

In seguito a dimissione ospedaliera il personale ospedaliero potrà concordare con il personale ADI e con il MMG un periodo definito di supporto del medico ospedaliero in teleconsulto al MMG. Tale teleconsulto avverrà preferibilmente in modalità vocale sincrona, ed è finalizzato alla condivisione dell'iter diagnostico-terapeutico e alla riconciliazione terapeutica, con possibilità di redigere una relazione collaborativa di valutazione nel sistema informatico ADI.

In tale periodo di ospedalizzazione a domicilio l'infermiere ADI si recherà a domicilio per eseguire medicazioni o infusioni di terapie fino a due volte al giorno, anche per farmaci ad uso esclusivo ospedaliero (fare riferimento al paragrafo apposito). Verrà effettuata anche una rilevazione dei parametri vitali, eventualmente col supporto di appositi kit di telemonitoraggio ("Accorciamo le distanze"). Durante tali accessi l'operatore ADI potrà contattare direttamente il medico ospedaliero o il MMG in teleconsulenza medico-sanitaria, in modalità preferibilmente vocale sincrona, ed eventualmente occasionalmente in livello video per la condivisione visiva della situazione in atto. L'infermiere o il medico potranno redigere una relazione collaborativa di valutazione nel sistema informatico ADI indicante le eventuali modifiche effettuate, o quanto rilevato a domicilio.

I pazienti in ospedalizzazione a domicilio potranno eseguire anche tele-riabilitazione educazionale in modalità video e sincrona (teleassistenza), finalizzata al ripristino della funzionalità pre-ricovero e alla terapia occupazionale. Anche il tecnico della riabilitazione potrà redigere una relazione nell'apposita sezione del sistema informatico ADI.

#### 5.12. Rapporti tra ADI, TOH, COT-A e COT-D e proattività

L'ADI è un servizio che, per il tramite del sistema SIATeSS/transitional care coopera attivamente con le strutture preposte alla gestione del flusso di pazienti a livello ospedaliero (TOH) e territoriale (COT-A e COT-D). La determinazione regionale n. G02706 del 28/02/2023 definisce in modo preciso i percorsi, i rapporti tra le varie strutture, e i rispettivi ruoli e compiti delle strutture interessate, sia in caso di paziente proveniente dal territorio, dove il ruolo della COT-D è preponderante, sia in caso di paziente ricoverato in un presidio per acuti, dove entrano in gioco, ognuno per la propria competenza, la TOH del presidio inviante, la COT-A e la COT-D.





# PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AZIENDALE

Cod. P/110/15/2024 Rev. 3 del 05/06/2024

PAG 22 DI 27

			тон			тон
Percorso		UU.00.	Struttura di ricovero	COT-A	COT-D	Erogatore
		Definisce la richiesta	per acuti  Riceve la richiesta e la	Visualizza la richiesta (attraverso SIATeSS)	Prende in carico la richiesta di ADI	*Esegue il PAI del
Attivazione ADI "pz. ricoverato"	Paxiente degente in P.O. di ASE	(SIATESS)	Valida  {attraverso SIATeSS}  Invia a COT-D  {attraverso SIATeSS}  Richiede la VMD, in casi di particolare complessità,	Attiva i servizi di supporto alla presa in carico, laddove previsto dalla organizzazione aziendale	(attraverso SIATeSS)  Effettua la VMD, laddove ritenuto necessario  Predispone il PAI Registra le informazioni sul SI regionale  Attiva i servizi di supporto alla presa in carico, laddove previsto dalla organizzazione aziendale	pz, qualora affidato
	Paziente. degente in Struttura Extra- aziendale	Definisce la richiesta (SIATeSS)	Riceve la richiesta e la valida {attraverso SIATeSS} Invia a COT-A della ASL di residenza del pz. {attraverso SIATeSS} Richiede, la VMD in casi di particolare complessità	Inoltra richiesta a COT-D di competenza (attraverso SIATESS)  Attiva i servizi di supporto alla presa in carico, laddove previsto dalla organizzazione aziendale	Riceve dalla COT-A: - la richiesta di ADI (attraverso SIATESS) - la richiesta di YMD in casi di particolare complessità Effettua la VMD, laddove ritenuto necessario Predispone il PAI Registra le informazioni sul SI regionale Attiva i servizi di supporto alla presa in carico, laddove previsto dalla organizzazione aziendale	
Attivazione AD "pz. a domicilio	-	-			Riceve la richiesta dal MMG/PLS Organizza fa VMD, ove necessario informa il caregiver della data di effettuazione della eventuale VMD Predispone il PAI Registra fe informazioni sul Sì regionale Attiva i servizi di supporto alla presa in carico, come da organizzazione aziendale	

L'azione congiunta delle COT-A e D, della TOH e dell'ADI consente l'identificazione proattiva dei cittadini ad elevata fragilità, per una presa in carico preventiva da parte dell'IFoC e/o dell'ADI, in piena sinergia con il MMG/PLS.

A tal proposito il DM77/2022 propone una stratificazione in sei livelli del rischio della popolazione, sulla base dei bisogni socioassistenziali. Particolare attenzione viene posta da parte dei servizi per i pazienti con complessità clinico assistenziale medio-alta o elevata, con eventuale fragilità sociale (livelli IV e V). Per tali pazienti, caratterizzati dalla presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali e determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo, i bisogni assistenziali sono elevati o anche continuativi, sia di tipo domiciliare, che semiresidenziale o residenziale, fino al livello ospedaliero. Per tali pazienti l'azione congiunta di COT-A, COT-D, ADI, IFoC, TOH, MMG/PLS, ATS è di tipo coordinato e complesso, con una presa in carico multiprofessionale e un supporto attivo con orientamento alla persona e/o al care giver, in relazione ai bisogni socioassistenziali.





### PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AZIENDALE

Cod. P/110/15/2024 Rev. 3 del 05/06/2024

PAG 23 DI 27

### 6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

ATTIVITÀ	MMG/PLS	PUA	Centrale ADI	Medico ADI	Operatore o erogatore ADI	UOSD SIS ADI UOSD Formazione URP
5.1 presa in carico della richiesta di attivazione ADI	С	R*	R*	С		
5.2 esecuzione prestazioni ADI base (puntuali)	С	С	С		R	
5.3 attivazione multidisciplinare ADI complessa (UVM e PAI)	С	С	R*	R*	R*	
5.4 modifiche estemporanee dei PAI	_		I	I	R	
5.6 fornitura di materiale sanitario	С	С	R	С	С	
5.7 trasporto del paziente	Ι		I		R	
5.9 valutazione della qualità dell'assistenza	С		I	С	R	
5.10 somministrazione di farmaci	R		С		I	
7. monitoraggio indicatori				С	I	R

Legenda: R: Responsabile. R\* responsabile per gli aspetti di rispettiva competenza C: Coinvolto. I: Informato.

#### 7. MONITORAGGIO DI APPLICAZIONE DEL DOCUMENTO E INDICATORI

L'applicazione del presente documento è di estrema importanza ai fini dell'appropriata gestione del paziente in ADI in tutti i suoi aspetti, dei monitoraggi quali/quantitativi di efficacia della stessa e di efficienza e sostenibilità del servizio. La corretta applicazione viene verificata tramite appositi indicatori di monitoraggio definiti a livello regionale (DCA 95 del 22/03/2018 e DCA 525 del 30/12/2019). Di seguito gli indicatori di processo ed esito utilizzati:

- 1. Tempistica di presa in carico della richiesta di attivazione ADI: <6h Ottimo, <12h Molto Buono, tra 12h e 24h Buono, tra 24h e 36h Discreto, tra 36h e 48h Sufficiente.
- 2. Compilazione corretta della cartella sociosanitaria del paziente in ADI complessa (percentuale di pazienti con cartella completa rispetto al totale dei pazienti): 100% Ottimo, 90% Molto Buono, 70% Sufficiente, 60% Appena Sufficiente, <60% Insufficiente.
- 3. Soddisfazione del paziente (percentuale di risposte con giudizio positivo a questionario ASL con domande chiuse): >90% Ottimo, > 80% Molto Buono, >60% Sufficiente, <50% Appena Sufficiente, <30% Insufficiente.
- 4. Reclami dei pazienti rispetto alla qualità del servizio ricevuto (% su numero dei pazienti assegnati nell'anno solare): <2% Ottimo, <5% Molto Buono, <10% Sufficiente, <15% Appena Sufficiente, >15% Insufficiente.





# PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AZIENDALE

Cod. P/110/15/2024 Rev. 3 del 05/06/2024

PAG 24 DI 27

- 5. Formazione del personale (% degli operatori che abbiano frequentato almeno un corso di formazione della durata di almeno tre giorni nell'anno solare): >80% Ottimo, >60% Molto Buono, >50% Sufficiente, <50% Appena Sufficiente, <30% Insufficiente.
- 6. Percentuale di pazienti che abbiano acceduto al PS sul numero di pazienti totali presi in carico, nell'anno solare: <80% Ottimo, <60% Molto Buono, <50% Sufficiente, >50% Appena Sufficiente, >30% Insufficiente.
- 7. Percentuale di pazienti con lesioni da decubito di nuova insorgenza nel corso della pressa in carico ADI, sul numero totale delle prese in carico: <2% Ottimo, <5% Molto Buono, <10% Sufficiente, <15% Appena Sufficiente, >15% Insufficiente.
- 8. Percentuale di personale di assistenza dipendente a tempo indeterminato sul totale del personale di assistenza: >90% Ottimo, > 80% Molto Buono, >60% Sufficiente, <50% Appena Sufficiente, <30% Insufficiente.

Tali indicatori sono in parte tracciati dai flussi SIAT e ospedalieri, da parte della UOSD Sistemi Informativi Sanitari (indicatori 1 e 6), e per la restante parte dalle UUOO delle rispettive aree di competenza (indicatore 5 Formazione, indicatore 4 Ufficio relazioni col pubblico, indicatori 3 e 8 gestione del personale di assistenza). Una parte (indicatori 2 e 7) è monitorata dalla UOSD ADI stessa, anche in accordo con gli obiettivi di performance. Per gli enti erogatori accreditati, gli obiettivi 2, 5, 8 sono valutati internamente e controllati in sede di verifica di accreditamento dall'ufficio ASL preposto.

#### 8. DIFFUSIONE E CONSERVAZIONE DOCUMENTO

La diffusione ai destinatari avverrà per via telematica. La conservazione avverrà in via digitale presso la UOSD Assistenza Domiciliare Integrata e in via cartacea nell'apposito raccoglitore situato nella Centrale Operativa ADI. Il presente documento è pubblicato sull'intranet aziendale. Apposita comunicazione viene inviata da parte della segreteria Risk Management a tutti i Direttori/Responsabili UU.OO. /Strutture/Coordinatori/Posizioni Organizzative, i quali sono rsponsabili della sua diffusione a tutti gli operatori interessati, con richiesta di presa visione della stessa mediante raccolta delle firme attraverso il modulo "lista di distribuzione". Copia di tale modulo firmato, il cui originale che andrà conservato presso la U.O. a cura del Coordinatore/Coordinatrice, deve essere trasmesso alla segreteria della U.O.C. Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing. I Direttori/Responsabili/Coordinatori e, ove presenti, iReferenti e i Facilitatori del Rischio Clinico provvedono alla formazione del personale sul presente documento, lasciandone apposita traccia agli atti interni.

#### 9. AGGIORNAMENTO DOCUMENTO

L'aggiornamento del documento avverrà ogni due anni, e comunque in caso di nuove prove di efficacia emerse in letteratura, e/o ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica e ad eventuali nuovi riferimenti legislativi.

### **10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA, NORMATIVA** DCA:

- DCA U00039 del 20/03/2012, Assistenza territoriale. Ridefinizione e riordino dell'offerta assistenziale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale.
- DCA U00429 del 24/12/2012, Approvazione dei documenti "Stima di prevalenza della popolazione eleggibile e dei posti per l'Assistenza Domiciliare Integrata nella Regione Lazio, per persone non autosufficienti, anche anziane" e "Omogeneizzazione delle Procedure e degli strumenti per l'ADI per persone non autosufficienti, anche anziane"
- DCA n. U00431 del 24/12/2012 La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale:





## PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AZIENDALE

Cod. P/110/15/2024 Rev. 3 del 05/06/2024

PAG 25 DI 27

dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio;

- DCA n. U00306/2014 Adozione della Scheda S.Va.M.Di. Per la valutazione delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale per l'accesso alla residenzialità, semiresidenzialità e domiciliarità.
- DCA n. U00256/2017 Cure domiciliari di cui all'art. 22 del DPCM 12/01/2017 Criteri di eleggibilità e livelli di intensità assistenziale;
- DCA U00283/2017 Adozione dei "Requisiti di accreditamento per le attività di cure domiciliari ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017", proposta di determinazione delle tariffe, determinazione del percorso di accreditamento e linee guida per la selezione del contraente, individuazione del fabbisogno di assistenza e disposizioni con seguenti.
- DCA U00467/2017 Assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale nel Lazio. Documento tecnico di programmazione.
- DCA U00258/2019 "Regione Lazio: piano per il potenziamento delle reti territoriali. Adozione documento tecnico";
- DCA n. 525 del 30/12/2019: "DPCM 12.1.2017 Art. 22. Percorso di riorganizzazione e riqualificazione delle Cure domiciliari – ADI. Regolamentazione periodo transitorio. Adozione documento tecnico";
- DCA n. 12 del 14/01/2020"Riorganizzazione delle cure domiciliari— Assistenza Domiciliare Integrata Adozione tariffe anno 2020";
- DCA n. 36/2020: "Istituzione del tavolo tecnico e modifiche parziali delle modalità di erogazione per l'alta complessità assistenziale di cui DCA n. U00525/2019 relativo al percorso di riorganizzazione e riqualificazione e di cui al DCA n. U00012/2020 relativo alle tariffe. Modifiche al DCA n. U00283/2017";
- DCA n. 46/2020 "Definizione del livello massimo di finanziamento provvisorio per l'anno 2020 per le prestazioni erogate da strutture private accreditate con onere a carico del SSR per Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)";
- DCA n. 47/2020 "Percorso di riorganizzazione e riqualificazione delle Cure domiciliari ADI.
   Pazienti ad alta complessità ed elevata intensità assistenziale. Modifiche ed integrazioni al DCA n. U00036 del 17.2.2020";
- DCA n. 48/2020 "Approvazione dello schema Accordo/Contratto Quadro ex art. 8 quinquies D. Lgs n. 502/1992 e ss.mm.ii. per le prestazioni di assistenza domiciliare integrata (ADI)".

#### Deliberazioni aziendali:

- Deliberazione del Commissario Straordinario ASL Rieti n. 310 del 13/07/2017, "Realizzazione ed implementazione della rete territoriale- Punto Unico di Accesso P.U.A.- nel Distretto Sanitario Rieti Antrodoco S. Elpidio e Distretti Sociali D1-D4-D5 che approva il Protocollo Operativo Punto Unico di Accesso" sottoscritto dall' Azienda Sanitaria Locale Distretto n. 1 Montepiano Reatino, il Consorzio Sociale RI/1, la VI Comunità Montana del Velino, la Comunità Montana Salto Cicolano;
- Deliberazione del Direttore Generale ASL Rieti n. 519 del 18/07/2018 "Realizzazione ed implementazione della rete territoriale - Punto Unico di Accesso P.U.A. - nel Distretto n.2 Salario Mirtense" che approva il Protocollo d'Intesa stipulato dall'Azienda Sanitaria Locale – Distretto n. 2 Salario Mirtense, Punto Unico di Accesso";
- Deliberazione del Direttore Generale n. 253 del 19/03/2019 "Formalizzazione Unità Valutative Multidimensionali Distrettuali (UVMD).
- Deliberazione del Direttore Generale ASL Rieti n. 1296 del 01/12/2021 "Commissioni di verifica e controllo dei servizi erogati dalle strutture sanitarie private accreditate con onere a carico del SSR: 1) Unità di Valutazione Multidimensionale Interdistrettuale (UVMI); 2) Unità di Valutazione Multidimensionale Minori (UVMM); 3) Unità Clinica di Valutazione Aziendale (UCVA). Definizione delle responsabilità e nomina dei componenti"





### PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AZIENDALE

Cod. P/110/15/2024 Rev. 3 del 05/06/2024

PAG 26 DI 27

- Deliberazione del Direttore Generale ASL Rieti n. 28 del 12/01/2022 "Rettifica Delibera n. 1296/2021 UVMI/UVMM/UCVA"
- Deliberazione del Direttore Generale ASL Rieti n. 1230 del 23/12/2022 "Nomina dei nuovi componenti UVMI/UVMM/UCVA"

#### Altri:

- DPCM n. U00015/2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.
- DGR 326 del 2008, ottimizzazione del modello regionale di assistenza sanitaria domiciliare
- DGR n. 149 del 02/03/2018, Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, capo VII Disposizioni per l'integrazione sociosanitaria. Attuazione dell'articolo 51, commi 1-7, art. 52, comma 2, lettera c) e art. 53, commi 1 e 2.
- DGR n. 430 del 28/06/2019, Aggiornamento linee guida operative regionali agli ambiti territoriali per le prestazioni assistenziali in favore delle persone non autosufficienti, in condizione di disabilità gravissima, ai sensi del decreto interministeriale 26 settembre 2016.
- DGR n. 341 del 08/06/2021, Linee guida regionali per il riconoscimento del "caregiver familiare", la valorizzazione sociale del ruolo e la promozione di interventi di sostegno.
- L.R. 10 Agosto 2016, n. 11 "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio".
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale. ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni - triennio 2016-2018.
- D. Lgs. 24/04/2006, n. 219. Attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE. Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 142 del 21 giugno 2006 - Serie generale.
- Decreto Del Direttore Generale Dell'Area Sanità e Sociale n. 175 del 20 dicembre 2022 Regione Veneto. Approvazione e adozione della "Procedura per l'impiego di farmaci antibiotici classificati H-OSP nei Centri di Servizi per persone anziane non autosufficienti".
- Allegato A Delibera n. 127 del 12-08-2018 Regione Toscana "Linee di indirizzo per le aziende sanitarie regionali per la somministrazione dei medicinali OSP in ambiente assimilabile all'ambiente ospedaliero (medicinali OSP)".
- Decreto del Ministero della Salute del 29/04/2022, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 120 del 24/05/2022, "Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare, ai fini del raggiungimento della Milestone EU M6C1-4, di cui all'Annex alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia".
- Decreto Ministeriale n. 77 del 23/05/2022, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".
- Delibera regionale n. 644 del 25/07/2022, "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77".
- Determinazione n G02706 del 28 febbraio 2023 "Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ed in applicazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643 e la Determinazione regionale 18206/2022: approvazione dei documenti prodotti dal Gruppo di lavoro regionale di cui alla Determinazione regionale n. G14215 del 19 ottobre 2022".





### PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AZIENDALE

Cod. P/110/15/2024 Rev. 3 del 05/06/2024

PAG 27 DI 27

#### 11. ALLEGATI

- Allegato 1 Modello Unico per attivazione ADI / ADP / RSA / Riabilitazione Ex art. 26 / Disabilità
- Allegato 2 Scheda di attivazione ADI base
- Allegato 3 Fogli da lasciare a domicilio
- Allegato 4 Questionario InterRAI Home Care
- Allegato 5 Progetto di Assistenza Individuale Integrata
- Allegato 6 Scheda di valutazione sociale
- Allegato 7 Lista regionale patologie SIATeSS
- Allegato 8 Modulo di Scelta dell'ente erogatore accreditato
- Allegato 9 Modulo per le comunicazioni relative alla qualità dell'assistenza
- Allegato 10 Modulo per la somministrazione di farmaci ospedalieri in regime domiciliare

Visto arrivare il n.



### AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI



Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI – Tel. 0746 2781 Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577

### Modello unico per attivazione ADI / ADP / RSA / Riabilitazione Ex art. 26 / Disabilità

Cognome	Nome	Sesso F 🔲 M 🔲
Luogo di nascita		
•		
Codice Fiscale		
Indirizzo (di residenza)		
Indirizzo completo di domicilio (se diverso da quelle	o di residenza)	
	Telefor	10
Persona di riferimento(Specificare se familiare o altro) Recapiti telefonici		
Diagnosi e Descrizione problema principale		
Bragilosi e Bescrizione problema principale		
STATO DELLA MALATTIA (indicare in caso di malattia neoplastica):	malattia loco-regionale malatt	ia metastatica acchessia
Altre condizioni cliniche	_	
diabete cardiopatia insufficienza cardiac	ca 🔲 malattie vascolari [	insufficienza respiratoria
epatopatie non alcoliche epatopatie alcoliche		esiti altre patologie ortopediche
malattie osteomuscolari neoplasie esiti di ictu	_	i sensoriali paralisi cerebrale infantile
altre malattie neurologiche malattia psichiatrica	disabilità intellettiva	disturbo generalizzato dello sviluppo
altro		
Terapia in atto		
	INICHE ATTUALI (dati di r	ilievo)
Stabilità clinica  Stabile Moderatamente instabile	Instabile	
Stado di Coscienza	_	_
Orientato nello spazio nel tempo	Confuso So	oporoso Stuporoso Coma
Disturbi Cognitivi	□l Crossi	
Assenti / Lievi Moderati  Disturbi Comportamentali	☐ Gravi	
Assenti / Lievi Moderati	Gravi	
Dolore	_	
0 -1 -2 -3 -4 -5 -6 -7 -8 -9 -10	( 0=assenza di dolore; 10=	massimo dolore immaginabile)
Mobilità		-4
Indipendente Cammina con l'aiuto di una pe	ersona i lotalmente dipe	ndente (allettato o carrozzina spinta da altri)
	di assistenza per alimentarsi	Rifiuta di alimentarsi
	<u> </u>	

Ulcere cutanee da qualsiasi causa
Chemioterapia e/o radioterapia in atto
Trasfusioni periodiche Terapia infusionale venosa Prelievi venosi periodici programmati
Cateterismo vesc.   Intermittenza Permanenza Catetere sovrapubico Uretero – nefrostomie drenaggi
Catetere peridurale Tracheotomia Tracheostomia Ileostomia Colostomia ECG periodico
Catetere Venoso Centrale (CVC) altro specificare:
Supporto sociale  Vive: Solo Con coniuge Con figli Con genitori Con fratelli Altro
Assistito da:  Familiari  Altre persone (vicini, badante,)
The persone (voin, budance,)
Paziente trasportabile con mezzi comuni: si ono ono
PERCORSO RICHIESTO: Assistenza Domiciliare Integrata R S A R
Ex art. 26 - Riabilitazione di tipo: residenziale semiresidenziale domiciliare
Attivazione assistenza programmata (compilazione esclusiva da parte del medico di medicina generale) ADP
periodicità ogni giorni 🔲 settimanale 🔲 quindicinale 🔲 mensile 🔲
durata settimane limination mesi limination la anno
Il compilatore
MMG Medico Ospedaliero Medico del territorio
Wedleo Ospedanero Wedleo dei territorio
Cognome e Nome
Recapito tel e-mail
Recapito tei
Data Timbro e Firma
Spazio per la Asl



### **AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**

Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI – Tel. 0746.2781 www.asl.rieti.it – C.F. e P.I. 00821180577



### **SCHEDA DI ATTIVAZIONE ADI BASE**

Nomin. del compilat	ore: $bull_{}$								Data co	ompi	laz.:		
Nominativo dell'assi	stito:								Data di	naso	cita:		
C.F.:			Tel.:				Indirizz	20:					
MMG / PLS:					Dia	ignosi <sub>l</sub>	orincipal	e:					
Autonomia	☐ Au	itonom	10			Parzia	lmente d	lipenden	ite	П	otalm	nente dipen	dente
Mobilità	Si:	sposta	da solo			aas iS [	sta assist	ito		□ N	on si	sposta	
Supporto sociale	Pro	esenza	l			Prese	nza parz.	e/o tem	ıa.	$\square$ N	ıa no	resenza	
Rischio infettivo		SI		NO									
			Bisogno presente	Bisogno								Bisogno presente	Bisogno assente
Broncorespirazione							Telemetr	ia					
Ossigenoterapia							Terapia iı	nfusiona	le				
Ventiloterapia							Gestione	cateter	2				
Tracheotomia							Trasfusio	ni					
Gestione della stomia							Controllo	dolore					
Eliminazione urinaria	intestin	nale					Supervisi	one con	tinua				
Alterazione ritmo son	no vegl	lia					Assistenz	a IADL					
Intervento educativo	terapeı	utico					Assistenz	a ADL					
Cura ulcere cutanee 1				$\Box$			Supporto	Care Gi	ver				
Cura ulcere cutanee 3						-	Riabilitaz			3			
Prelievi venosi non oc	casiona	ali					Riabilitaz	ione ort	opedica				
ECG							Riabilitaz	ione ma	ntenime	nto			
Disturbi:								Aliment	azione a	ssisti	ta		SI NO
cognitivi	As	senti/l	ievi 🔲	Moderati		Grav	ri i	Aliment	azione e	ntera	ile		I NO
di comportamento	As	senti/l	ievi 🔲	Moderati		Grav	ıi İ	Aliment	azione p	arent	terale		SI NO
Fragilità familiare		Pr	resente	Assent	9		Rischio sa	anguinar	mento				SI NO
Lesioni cute		Pr	resente	Assent	e		Pianificaz	ione cor	ndivisa d	lelle c	ure		SI NO
RI Il paziente, il referer				NUTA CO									va specifica
rilasciata dall'operat					_								-
occupi dell'assistito			-										
Generale con lo stes			_										
sarà comunicata att				-							-		-
situazioni in base al t							_					_	
in caso di ricoveri o t	_						_					-	
ma opera secondo p									-				_
compito dei convive							-						
ecc.; <b>h)</b> nei casi di i	_			_			-		-		-		
soggetto a variazio				-							_		-
sottoscrizione del do											. 12.		, - <b>,</b> -w
In merito al trattame		•						-			eso le	e informaz	ioni che gli
sono state conferite			-										_
per ciò che attiene											_		
diritti che gli sono ric													
Letto e sottoscritto (1					Г								
Data:		Fi	rma (Assist	ito/Genitore/	Tuto	ore legale	·)						

A. Struttura per lungodegenti - Ad es. RSA

☐ (1) Sì

☐(0) No



### **AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**



Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI – Tel. 0746.2781 www.asl.rieti.it – C.F. e P.I. 00821180577

Paziente:							
i aziente.	Nominativo				Data di nascita		
Valutatore:	<u> </u>						
Medico UVM:	Nominativo			Fir	ma del valutatore		
iviedico o vivi.	Nominativo		Firma del medico della UVM				
	QUESTIONARIO	NARIO InterRAI Home Care					
	Selezionare sempre solo	UNA delle	opzioni disponibi	li			
HC – SEZIONE	A – D						
SEZIONE A. Inf	ormazioni generali						
9. DATA DELLA	VALUTAZIONE (corrisponde alla data dell'UN	/M nell'ultin	na pagina del PAI)				
	the state of the s	nen alli	pagina aci i / ii/				
13. CON CHI VIV	/E LA PERSONA AL MOMENTO DELLA \	/ALUTAZI	ONE				
A. Attualmente	vive						
☐ (1) Sola		☐(2) Coi	n il coniuge/part	ner s	stabile		
☐(3) Con il con	iuge/ partner e altri	☐(4) Coi	n un figlio ma no	n co	n il coniuge		
	nitore o tutore legale		n fratelli/sorelle		-		
☐(7) Con altri fa	_		n altre persone,	non t	familiari		
ve con un'altra	giorni fa (o dall'ultima valutazione) è persona, oppure si è trasferito) ](1) Sì	cambiata	la situazione al	oitati	iva della persona? (ad es. vi -		
	chi vive con la persona pensa che sare	bbe megli	io che vivesse al	trov	e?		
□(0) No							
	in una istituzione						
☐(2) Sì, ma in u	ına istituzione						
14 TEMPO TPA	SCORSO DALL'ULTIMA OSPEDALIZZAZ	IONE					
			00 giorni fa				
	ospedalizzazione negli ultimi 90 giorni		90 giorni fa				
(2) 15-30 gior			4 giorni fa	مطماء	_		
☐(4) Negli ultin	III 7 BIOTIII	∐(Σ) ΑΩ	ualmente in osp	eudi	t e		
SEZIONE B. Da	ti personali all'ingresso						
	DENZIALE NEGLI ULTIMI 5 ANNI (Indica	ire tutte l	e strutture in cu	i la p	persona ha risieduto negli ul-		

### **SEZIONE C. Stato cognitivo**

1. CAPACITÀ DI PREND	ere le decisioni q	UOTIDIANE (Come la	persona prende decisioni circa l'organizzazione
della giornata)			
☐(0) Indipendente – D	ecisioni sempre ragio	onevoli	
	te - Qualche difficoltà	in situazioni nuove	
			ni inadeguate; richiesti suggerimenti / supervisio
ne in tali occasior	•	,	
		inadeguate: richiesti	suggerimenti / supervisione in tutte le occasioni
$\square$ (4) Compromissione		•	
[](4) Compromissione [](5) Persona non cost		•	II
	lente / Coma (passar	e alia Sezione Gj	
2	'À DI DICODDADE (I-I-		
			à di ricordare ciò che ha appreso o che conosce)
A. Memoria a breve te		-	
☐(0) Memoria OK	<b>—</b> · ·		
			n ordine di sequenza senza suggerimenti per iniziare
☐(0) Memoria OK	☐(1) Problemi di M	emoria	
C. Memoria situaziona	le - Riconosce i nomi o i	volti dei caregiver E ALLO	O STESSO TEMPO mostra di conoscere la collocazione degli
ambienti che frequenta reg	olarmente (camera da let	to, sala da pranzo, palest	ra)
☐(0) Memoria OK	☐(1) Problemi di M	emoria	
3. STATO CONFUSION	ALE (Un'accurata valı	utazione richiede il co	olloquio con lo staff o altri che hanno diretta co-
noscenza delle abitual	i condizioni della per	sona oltre questo pe	riodo)
A. Facilmente distratto	- Ad es. episodi di d	ifficoltà a mantenere	la concentrazione; facile distraibilità
☐(0) Non presente			
☐(1) Presente, ma abi	tuale per il livello cog	nitivo della persona	
 ☐(2) Presente, ma alte	erato per il livello cog	nitivo della persona (	per es. di nuova insorgenza o peggiorato rispetto
ad alcune settima			
	,		
B. Fpisodi di eloquio d	lisorganizzato - Ad e	s. l'eloquio è insensa	ato, irrilevante, o passa da un soggetto all'altro;
perde il filo del discors	•	or r croquito e inscrise	ito, illictante, e passa da un seggette un aisie,
□(0) Non presente	·		
□(0) Non presente □(1) Presente, ma abi	tuala naril livalla sas	nitivo dolla norcona	
<b>—</b> ``		•	
		nitivo della persona (	per es. di nuova insorgenza o peggiorato rispetto
ad alcune settima	ine fa)		
	aria nell'arco della gi	ornata - Ad es. qualc	he volta meglio, qualche volta peggio
☐(0) Non presente			
☐(1) Presente, ma abi	tuale per il livello cog	nitivo della persona	
☐(2) Presente, ma alte	erato per il livello cog	nitivo della persona (	per es. di nuova insorgenza o peggiorato rispetto
ad alcune settima	ine fa)		
4. CAMBIAMENTI ACU	TI RISPETTO ALLA NO	DRMALITÀ - Ad es. le	targia, difficoltà a svegliarsi, alterata percezione
dell'ambiente			
□(0) No □(1) Sì			
,			
5. CAPACITÀ DECISION	IALE CONFRONTATA	CON I 90 GIORNI PR	RECEDENTI LA VALUTAZIONE (O DALLA VALUTA-
ZIONE SE INFERIORE A			( )
☐(0) Migliorata	☐(1) Invariata	☐(2) Ridotta	☐(8) Non valutabile
	☐(±/variata	(2) Maotta	

### **SEZIONE D. Comunicazione / Udito / Vista**

1. CAPACITÀ DI FARSI COMPRENDERE (ESPRESSIONE - Capacità di esprimere il contenuto dell'informazione in
maniera verbale o non verbale)
☐(0) Compreso - Esprime chiaramente ciò che vuole comunicare senza difficoltà
☐(1) In genere compreso - Difficoltà a trovare le parole o a finire concetti MA, se gli viene dato tempo, sono ri chiesti pochi o nessun suggerimento
(2) Spesso compreso - Difficoltà a reperire le parole o a finire concetti, di solito sono richiesti dei suggerimenti
☐(3) Talvolta compreso - La capacità è limitata a richieste concrete
☐(4) Raramente / mai compreso
2. CAPACITÀ DI COMPRENDERE GLI ALTRI (COMPRENSIONE - Comprensione del contenuto dell'informazione
verbale, anche con apparecchio acustico se usato)
☐(0) Comprende - Comprende chiaramente
☐(1) In genere comprende - Può non recepire il contenuto o parte del messaggio MA comprende la maggior par te della conversazione
☐(2) Spesso comprende - Può non comprendere lo scopo del messaggio, MA ripetendo o spiegando meglio è in
grado di comprendere la conversazione
☐(3) Talvolta comprende - Risponde adeguatamente solo a domande semplici e poste in modo diretto
☐ (4) Raramente comprende
Udito
☐(0) Sente in modo adeguato - Nessuna difficoltà in una conversazione normale, relazione sociale, TV, telefono
☐(1) Minima difficoltà - Difficoltà in alcune situazioni (se l'interlocutore parla piano o si trova a più di 2 metri)
☐(2) Difficoltà moderata - Difficoltà a udire la normale conversazione, sente solo in un ambiente tranquillo
☐(3) Difficoltà grave - Difficoltà in tutte le situazioni (l'interlocutore deve gridare o scandire le parole; l'intero d
scorso è disturbato)
(4) Sordità completa
4. VISTA (Capacità di vedere in condizioni di illuminazione adeguata e con gli occhiali se usati)
(0) Adeguata - Vede i dettagli minuti compresi i caratteri di stampa di giornali / libri
☐(1) Minima difficoltà - Vede i caratteri grandi ma non quelli stampati nei giornali / libri
☐(2) Difficoltà moderata - Vista limitata; incapace a leggere i titoli del giornale, ma riconosce gli oggetti
☐(3) Difficoltà grave - Riconoscimento dubbio degli oggetti, ma gli occhi sembrano seguire gli oggetti
☐(4) Cecità completa - Nessuna vista, vede solo la luce, i colori o i contorni; gli occhi non seguono gli oggetti

### HC – SEZIONE E – H

### **SEZIONE E. Umore e comportamento**

	i E (Codificare gii indicatori osservati negli ultimi 3 giorni,
indipendentemente dalla causa presunta - se possibile	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
A. Ha espresso affermazioni negative - Per es. "non v	ale la pena di vivere, non mi importa più nulla, lasciatemi
morire"	
☐(0) Indicatore non presente	(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni
☐(2) Manifestatosi in 1-2 degli ultimi 3 giorni	(3) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni
B. Persistente rabbia contro sé o altri - Per es. facilme	nte annoiato, si arrabbia quando riceve assistenza
□(0) Indicatore non presente	☐(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni
☐(2) Manifestatosi in 1-2 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni
C. Espressioni (anche non verbali) di paure irreali - P	er es. paura di essere abbandonato, di stare solo o stare
con altri, paura intensa di determinati oggetti o situaz	ioni
☐(0) Indicatore non presente	☐(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni
☐(2) Manifestatosi in 1-2 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni
D. Si lamenta ripetutamente del suo stato di salute -	Ad es. richiede persistentemente visite mediche, è osses
sionato dalle funzioni corporali	
☐(0) Indicatore non presente	☐(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni
☐(2) Manifestatosi in 1-2 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni
E. Espressioni ripetitive di ansia (non correlate al p	roprio stato di salute) - Ad es. richiama ripetitivamente
l'attenzione del personale / cerca rassicurazioni circa	gli orari, i pasti, la lavanderia, il proprio abbigliamento, i
rapporti sociali	
$\square$ (0) Indicatore non presente	☐(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni
☐(2) Manifestatosi in 1-2 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni
F. Espressione del volto triste, dolente e corrucciata, s	guardo accigliato
☐(0) Indicatore non presente	☐(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni
☐(2) Manifestatosi in 1-2 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni
G. Pianto ricorrente	
☐(0) Indicatore non presente	☐(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni
☐(2) Manifestatosi in 1-2 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni
H. Dichiarazioni ricorrenti che qualcosa di terribile sta	per accadergli - Ad es. sostiene che sarà colpito da infarto
cardiaco	
☐(0) Indicatore non presente	☐(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni
☐(2) Manifestatosi in 1-2 degli ultimi 3 giorni	(3) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni
I. Ha perso interesse per attività che prima gli piaceva	no - Incluso lo stare con amici e parenti
☐(0) Indicatore non presente	☐(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni
☐(2) Manifestatosi in 1-2 degli ultimi 3 giorni	(3) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni
J. Ridotte relazioni sociali	
☐(0) Indicatore non presente	☐(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni
☐(2) Manifestatosi in 1-2 degli ultimi 3 giorni	(3) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni
K. Anedonia (espressioni anche non verbali che denot	ano una mancanza di piacere nella vita)
☐(0) Indicatore non presente	☐(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni
☐(2) Manifestatosi in 1-2 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni

2. INDICATORI DI UMORE DEPRESSO RIFERITI AI	LLA PERSONA (Chiedere alla persona: "Negli ultimi 3 giorni	
quanto spesso si è sentito")		
A. Con scarso interesse o piacere per le attività che	e normalmente sono di tuo gradimento?	
☐(0) Non negli ultimi 3 giorni	☐(1) Non negli ultimi 3 giorni, ma spesso presenti	
☐(2) In 1-2 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Quotidianamente negli ultimi 3 giorni	
☐(8) L'assistito non è in grado di (o non vuole) risp	ondere	
B. Ansioso, irrequieto o non a proprio agio?		
(0) Non negli ultimi 3 giorni	(1) Non negli ultimi 3 giorni, ma spesso presenti	
(2) In 1-2 degli ultimi 3 giorni	(3) Quotidianamente negli ultimi 3 giorni	
(8) L'assistito non è in grado di (o non vuole) risp	ondere	
C. Triste, depresso, senza speranza?		
(0) Non negli ultimi 3 giorni	☐(1) Non negli ultimi 3 giorni, ma spesso presenti	
(2) In 1-2 degli ultimi 3 giorni	(3) Quotidianamente negli ultimi 3 giorni	
(8) L'assistito non è in grado di (o non vuole) risp	<del></del>	
3. SINTOMI COMPORTAMENTALI (Codificare gli inc	dicatori osservati indipendentemente dalla loro causa)	
	apparentemente senza badare ai propri bisogni e alla sicurez-	
za)	apparentemente senza sadare ai propri sisogii e ana sicarez	
(0) Non presente	☐(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni	
(2) Manifestatosi in 1-2 degli ultimi 3 giorni	(3) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni	
B. Aggressività verbale (ha spaventato, insultato, r		
(0) Non presente	(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni	
(2) Manifestatosi in 1-2 degli ultimi 3 giorni	(3) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni	
C. Aggressività fisica (ha colpito, ferito, graffiato, a		
(0) Non presente	(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni	
(2) Manifestatosi in 1-2 degli ultimi 3 giorni	(3) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni	
- · ·	tte suoni fastidiosi, rumori, urla, compie gesti di autolesioni-	
smo, compie atti osceni, o si spoglia in pubblico, la		
(0) Non presente	(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni	
(2) Manifestatosi in 1-2 degli ultimi 3 giorni	(3) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni	
E. Comportamento sessuale socialmente inadegua		
(0) Non presente	(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni	
(2) Manifestatosi in 1-2 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni	
	re le iniezioni, ricevere aiuto nelle ADL o nel mangiare)	
(0) Non presente	(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni	
(2) Manifestatosi in 1-2 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni	
SEZIONE F. Benessere psicosociale		
1. RELAZIONI SOCIALI (Chiedere alla persona, al pe	ersonale, alla famiglia)	
D. La persona è in conflitto con o esprime rancore		
☐(0) Mai	☐(1) Più di 30 giorni fa	
☐(2) 8-30 giorni fa	☐(3) 4-7 giorni fa	
(4) Negli ultimi 3 giorni	(8) Non valutabile	
E. La persona esprime paura nei confronti di un familiare o di un conoscente stretto		
(0) Mai	☐(1) Più di 30 giorni fa	
(2) 8-30 giorni fa	☐(3) 4-7 giorni fa	
(4) Negli ultimi 3 giorni	(8) Non valutabile	

F. Segni di abbandono, ma	altrattamento, abuso	
□(0) Mai	☐(1) Più di 30 giorni fa	
☐ (2) 8-30 giorni fa	☐ (3) 4-7 giorni fa	
☐(4) Negli ultimi 3 giorni	☐(8) Non valutabile	
2. SOLITUDINE (La persona	a dice o fa capire di sentirsi sola)	
☐(0) No ☐(1) Sì		
3. CAMBIAMENTO NELLE	ATTIVITÀ SOCIALI (RISPETTO A 90 GIORNI FA, o dalla	a data dell'ultima valutazione se
inferiore a 90 giorni, si è r	idotta la partecipazione ad attività sociali, religiose, h	obbies o altre attività che la per-
sona faceva volentieri)		
☐(0) No ☐(1) Sì, ma	la persona non è preoccupata (2) Sì, la persona	a è preoccupata per questo
4. TEMPO TRASCORSO DA	A SOLO DURANTE LA GIORNATA (MATTINO E POMERIO	GGIO)
☐(0) Meno di 1 ora	$\square$ (1) 1-2 ore $\square$ (2) più di 2 ore, ma meno di 8	8 ore
SEZIONE G. Funzione fis	iica	
1. AUTONOMIA NELLE IAC	DL	
Codificare per l'AUTONOM	IIA del cliente nelle attività consuete in casa o al di fuor	ri durante gli ULTIMI 3 GIORNI.
Codificare per la DIFFICOL	TÀ, basandosi sulla presunta capacità del cliente di po	ortare a termine una determinata
IADL. Questa valutazione r	richiede una "speculazione" circa le risorse residue della	a persona.
A. Preparazione dei pasti	- Come prepara i pasti (per es., programmare i pasti,	cuocere, preparare il cibo, usare
gli utensili) - Performance	osservata	
☐(0) Indipendente - Non h	ha bisogno di organizzazione, supervisione, aiuto	
☐(1) Organizzazione		
(2) Supervisione - Contro	ollo, incoraggiamento, suggerimento	
☐(3) Assistenza limitata -	Aiuto in alcune occasioni	
(4) Assistenza intensiva	- Aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere da	solo il 50% dell'attività
☐(5) Massima assistenza -	- Aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere mei	no del 50% dell'attività da solo
☐(6) Dipendenza totale - I	L'attività viene svolta completamente da altri	
☐(8) Attività non eseguita	a - Durante l'intero periodo	
A. Preparazione dei pasti	- Come prepara i pasti (per es., programmare i pasti,	cuocere, preparare il cibo, usare
gli utensili) - Capacità real	e	
☐(0) Indipendente - Non h	ha bisogno di organizzazione, supervisione, aiuto	
☐(1) Organizzazione		
(2) Supervisione - Contro	ollo, incoraggiamento, suggerimento	
☐ (3) Assistenza limitata	Aiuto in alcune occasioni	
<b>—</b> : :	- Aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere da	
	- Aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere mei	no del 50% dell'attività da solo
	L'attività viene svolta completamente da altri	
☐(8) Attività non eseguita	a - Durante l'intero periodo	
B. Lavori domestici usuali	- Come compie i lavori domestici usuali in casa (per es	s., lavare i piatti, spolverare, rifa-
	ne, fare il bucato) - Performance osservata	
<del>_</del> · · · ·	ha bisogno di organizzazione, supervisione, aiuto	
(1) Organizzazione		
	ollo, incoraggiamento, suggerimento	
(3) Assistenza limitata -		
<b>—</b> : :	- Aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere da	
	- Aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere mei	no del 50% dell'attività da solo
I - I(6) Dipendenza totale - I	L'attività viene svolta completamente da altri	

☐(8) Attività non eseguita - Durante l'intero periodo

B. Lavori domestici usuali - Come comple i lavori domestici usuali in casa (per es., lavare i piatti, spoiverare, rifa
re il letto, mettere in ordine, fare il bucato) - Capacità reale
(0) Indipendente - Non ha bisogno di organizzazione, supervisione, aiuto
(1) Organizzazione
(2) Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento
(3) Assistenza limitata - Aiuto in alcune occasioni
☐(4) Assistenza intensiva - Aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere da solo il 50% dell'attività
[5] Massima assistenza - Aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere meno del 50% dell'attività da solo
(6) Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da altri
(8) Attività non eseguita - Durante l'intero periodo
C. Uso del denaro - Come paga i conti, gestisce il libretto degli assegni, tiene le spese di casa - Capacità reale
(0) Indipendente - Non ha bisogno di organizzazione, supervisione, aiuto
☐(1) Organizzazione
(2) Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento
(3) Assistenza limitata - Aiuto in alcune occasioni
(4) Assistenza intensiva - Aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere da solo il 50% dell'attività
(5) Massima assistenza - Aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere meno del 50% dell'attività da solo
(6) Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da altri
(8) Attività non eseguita - Durante l'intero periodo
D. Gestione dei farmaci - Come gestisce i farmaci (per es., ricordarsi di prendere le pillole, aprire i flaconi, pren
dere le dosi giuste, fare le iniezioni, applicare pomate) - Performance osservata
(0) Indipendente - Non ha bisogno di organizzazione, supervisione, aiuto
(1) Organizzazione
(2) Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento
(3) Assistenza limitata - Aiuto in alcune occasioni
(4) Assistenza intensiva - Aiuto in dicune occasionii (4) Assistenza intensiva - Aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere da solo il 50% dell'attività
(5) Massima assistenza - Aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere meno del 50% dell'attività da solo
(6) Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da altri
(8) Attività non eseguita - Durante l'intero periodo
D. Gestione dei farmaci - Come gestisce i farmaci (per es., ricordarsi di prendere le pillole, aprire i flaconi, pren
dere le dosi giuste, fare le iniezioni, applicare pomate) - Capacità reale
(0) Indipendente - Non ha bisogno di organizzazione, supervisione, aiuto
(1) Organizzazione
(2) Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento
(3) Assistenza limitata - Aiuto in alcune occasioni
(4) Assistenza intensiva - Aiuto in alcune occasioni (4) Assistenza intensiva - Aiuto in alcune occasioni (5) Assistenza intensiva - Aiuto in alcune occasioni
(4) Assistenza intensiva - Aluto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere da solo il 50% dell'attività da solo (5) Massima assistenza - Aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere meno del 50% dell'attività da solo
(6) Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da altri
(8) Attività non eseguita - Durante l'intero periodo
E. Uso del telefono - Come fa o riceve telefonate (se necessario con ausili come grandi numeri sulla tastiera
amplificatore acustico) - Performance osservata
(0) Indipendente - Non ha bisogno di organizzazione, supervisione, aiuto
(1) Organizzazione
(2) Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento
(3) Assistenza limitata - Aiuto in alcune occasioni
(4) Assistenza intensiva - Aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere da solo il 50% dell'attività
(5) Massima assistenza - Aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere meno del 50% dell'attività da solo
(6) Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da altri
(8) Attività non eseguita - Durante l'intero periodo

F. Fare le scale - Come il cliente è in grado di salire una rampa di scale (12-14 gradini) - Performance osservata
(0) Indipendente - Non ha bisogno di organizzazione, supervisione, aiuto
(1) Organizzazione
(2) Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento
(3) Assistenza limitata - Aiuto in alcune occasioni
(4) Assistenza intensiva - Aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere da solo il 50% dell'attività
[5] Massima assistenza - Aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere meno del 50% dell'attività da solo
(6) Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da altri
☐(8) Attività non eseguita - Durante l'intero periodo
F. Uso Fare le scale - Come il cliente è in grado di salire una rampa di scale (12-14 gradini) - Capacità reale *
(0) Indipendente - Non ha bisogno di organizzazione, supervisione, aiuto
(1) Organizzazione
(2) Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento
(3) Assistenza limitata - Aiuto in alcune occasioni
(4) Assistenza intensiva - Aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere da solo il 50% dell'attività
(5) Massima assistenza - Aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere meno del 50% dell'attività da solo
(6) Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da altri
(8) Attività non eseguita - Durante l'intero periodo
G. Fare la spesa - Come fa la spesa per il vitto e le cose di casa (per es., scelta delle cose, uso dei soldi) - Perfor-
mance osservata
(0) Indipendente - Non ha bisogno di organizzazione, supervisione, aiuto
(1) Organizzazione
(2) Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento
(3) Assistenza limitata - Aiuto in alcune occasioni
(4) Assistenza intensiva - Aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere da solo il 50% dell'attività
[(5) Massima assistenza - Aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere meno del 50% dell'attività da solo
(6) Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da altri
(8) Attività non eseguita - Durante l'intero periodo
G. Fare la spesa - Come fa la spesa per il vitto e le cose di casa (per es., scelta delle cose, uso dei soldi) - Capacità
reale
(0) Indipendente - Non ha bisogno di organizzazione, supervisione, aiuto
(1) Organizzazione
(2) Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento
(3) Assistenza limitata - Aiuto in alcune occasioni
(4) Assistenza intensiva - Aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere da solo il 50% dell'attività
[5] Massima assistenza - Aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere meno del 50% dell'attività da solo
(6) Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da altri
☐(8) Attività non eseguita - Durante l'intero periodo
H. Uso del trasporti - Come la persona si sposta con i mezzi (per es., va in luoghi non raggiungibili a piedi) - Per
formance osservata
(0) Indipendente - Non ha bisogno di organizzazione, supervisione, aiuto
(1) Organizzazione
(2) Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento
(3) Assistenza limitata - Aiuto in alcune occasioni
(4) Assistenza intensiva - Aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere da solo il 50% dell'attività
[(5) Massima assistenza - Aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere meno del 50% dell'attività da solo
(6) Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da altri
☐(8) Attività non eseguita - Durante l'intero periodo

H. Uso del trasporti - Come la persona si sposta con i mezzi (per es., va in luoghi non raggiungibili a piedi) - Ca-
pacità reale
(0) Indipendente - Non ha bisogno di organizzazione, supervisione, aiuto
(1) Organizzazione
(2) Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento
(3) Assistenza limitata - Aiuto in alcune occasioni
(4) Assistenza intensiva - Aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere da solo il 50% dell'attività
(5) Massima assistenza - Aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere meno del 50% dell'attività da solo
(6) Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da altri
一(8) Attività non eseguita - Durante l'intero periodo
2. AUTONOMIA NELLA ADL Codificare per tutti gli episodi verificatisi nei 3 giorni precedenti. Se il livello di autonomia in una ADL è lo stesso in
TUTTI gli episodi, codifica per quel livello. Se un singolo episodio è codificabile come livello 6, ma negli altri episodi il livello di dipendenza è meno grave, codificare quella ADL come 5. Se in generale la persona è autonoma in una ADL, ma in un singolo episodio ha avuto bisogno di organizzazione, codificare quella ADL come 1. Negli altri casi
considera l'episodio di minore dipendenza (da 2 a 5)
A. Uso della vasca / doccia-Come il cliente esegue il trasferimento nella vasca / doccia e come viene lavata ogni parte del corpo: braccia e gambe, torace, addome, perineo [ESCLUSO il lavaggio della schiena e dei capelli].  (0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione
(1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione (2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento
(3)Assistenza limitata-Aiuto fisico nella manovra guidata degli arti, senza necessità di sostenere il peso del corpo
(4)Assistenza intensiva - Aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una persona, mentre il cliente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottoattività
(5)Massima assistenza - Aiuto di 2 o più persone nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) OPPURE aiuto nel sostenere il peso del corpo per più del 50% delle sottoattività
(6)Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da un'altra persona
☐(8)Attività mai eseguita (durante l'intero periodo)
B. Igiene personale-Come cura l'igiene personale compreso pettinarsi, lavarsi i denti, farsi la barba, truccarsi, la- varsi / asciugarsi la faccia e le mani, farsi il bidet [ESCLUSO bagno e doccia]
(0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione
(1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione (2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento
(3)Assistenza limitata-Aiuto fisico nella manovra guidata degli arti, senza necessità di sostenere il peso del corpo
(4)Assistenza intensiva - Aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una persona, mentre il cliente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottoattività
(5)Massima assistenza - Aiuto di 2 o più persone nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli
arti) OPPURE aiuto nel sostenere il peso del corpo per più del 50% delle sottoattività
☐(6)Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da un'altra persona

☐(8)Attività mai eseguita (durante l'intero periodo)

C. Vestire la parte superiore del corpo-Come il cliente veste la parte superiore del corpo, compreso come indos-
sa protesi, apparecchi ortopedici, come abbottona i vestiti, ecc.
(0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione
(1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione
(2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento
(3)Assistenza limitata-Aiuto fisico nella manovra guidata degli arti, senza necessità di sostenere il peso del corpo
(4)Assistenza intensiva - Aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una
persona, mentre il cliente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottoattività
[(5)Massima assistenza - Aiuto di 2 o più persone nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli
arti) OPPURE aiuto nel sostenere il peso del corpo per più del 50% delle sottoattività
☐(6)Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da un'altra persona
(8)Attività mai eseguita (durante l'intero periodo)
D. Vestire la parte inferiore del corpo-Come il cliente veste la parte inferiore del corpo, compreso come indossa
protesi, apparecchi ortopedici, cinture, scarpe e come si abbottona i vestiti
(0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione
[1]Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione
(2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento
☐(3)Assistenza limitata-Aiuto fisico nella manovra guidata degli arti, senza necessità di sostenere il peso del corpo
☐(4)Assistenza intensiva - Aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una
persona, mentre il cliente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottoattività
☐(5)Massima assistenza - Aiuto di 2 o più persone nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli
arti) OPPURE aiuto nel sostenere il peso del corpo per più del 50% delle sottoattività
☐(6)Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da un'altra persona
☐(8)Attività mai eseguita (durante l'intero periodo)
E. Camminare-Come cammina tra diversi punti dell'abitazione sullo stesso livello
(0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione
(1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione
(2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento
(3)Assistenza limitata-Aiuto fisico nella manovra guidata degli arti, senza necessità di sostenere il peso del corpo
(4)Assistenza intensiva - Aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una
persona, mentre il cliente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottoattività  [5] Massima assistenza - Aiuto di 2 o più persone nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli
arti) OPPURE aiuto nel sostenere il peso del corpo per più del 50% delle sottoattività
(6)Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da un'altra persona
(8)Attività mai eseguita (durante l'intero periodo)
F. Locomozione-Come si muove tra diversi luoghi posti su uno stesso piano (camminando o su sedia a rotelle)
(0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione
(1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione
(2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento
(3)Assistenza limitata-Aiuto fisico nella manovra guidata degli arti,senza necessità di sostenere il peso del corpo
(4)Assistenza intensiva - Aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una persona, mentre il cliente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottoattività
(5)Massima assistenza - Aiuto di 2 o più persone nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli
arti) OPPURE aiuto nel sostenere il peso del corpo per più del 50% delle sottoattività
(6)Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da un'altra persona
(8)Attività mai eseguita (durante l'intero periodo)
— (-) ( / / / / / / / /

G. Trasferimento sul W.CCome esegue il trasferimento sul W.C. (o sulla comoda)
(0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione
[1]Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione
(2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento
(3) Assistenza limitata-Aiuto fisico nella manovra guidata degli arti, senza necessità di sostenere il peso del corpo
(4)Assistenza intensiva - Aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una
persona, mentre il cliente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottoattività
[5] Massima assistenza - Aiuto di 2 o più persone nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli
arti) OPPURE aiuto nel sostenere il peso del corpo per più del 50% delle sottoattività
(6)Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da un'altra persona
☐(8)Attività mai eseguita (durante l'intero periodo)
H. Uso del W.CCome usa il W.C. (o la comoda,o la padella, o il pappagallo), come si pulisce (anche in caso di
episodio / i di incontinenza), come cambia il pannolone, come gestisce la colostomia o il catetere, come si siste-
ma i vestiti [escluso trasferirsi sul / dal W.C.]
(0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione
(1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione
(2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento
(3) Assistenza limitata-Aiuto fisico nella manovra guidata degli arti, senza necessità di sostenere il peso del corpo
(4)Assistenza intensiva - Aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una
persona, mentre il cliente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottoattività
[5] Massima assistenza - Aiuto di 2 o più persone nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli
arti) OPPURE aiuto nel sostenere il peso del corpo per più del 50% delle sottoattività
(6)Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da un'altra persona
I(8)Attività mai eseguità (durante l'intero periodo)
(8)Attività mai eseguita (durante l'intero periodo)
I. Mobilita a letto-Come si sdraia e si alza, si gira da un lato all'altro, assume posizioni nel letto
I. Mobilita a letto-Come si sdraia e si alza, si gira da un lato all'altro, assume posizioni nel letto
I. Mobilita a letto-Come si sdraia e si alza, si gira da un lato all'altro, assume posizioni nel letto  ☐(0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione
I. Mobilita a letto-Come si sdraia e si alza, si gira da un lato all'altro, assume posizioni nel letto  (0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione  (1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione
I. Mobilita a letto-Come si sdraia e si alza, si gira da un lato all'altro, assume posizioni nel letto  [(0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione  [(1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione  [(2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento
I. Mobilita a letto-Come si sdraia e si alza, si gira da un lato all'altro, assume posizioni nel letto  (0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione  (1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione  (2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento  (3)Assistenza limitata-Aiuto fisico nella manovra guidata degli arti,senza necessità di sostenere il peso del corpo
I. Mobilita a letto-Come si sdraia e si alza, si gira da un lato all'altro, assume posizioni nel letto  (0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione  (1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione  (2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento  (3)Assistenza limitata-Aiuto fisico nella manovra guidata degli arti,senza necessità di sostenere il peso del corpo  (4)Assistenza intensiva - Aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una
I. Mobilita a letto-Come si sdraia e si alza, si gira da un lato all'altro, assume posizioni nel letto  (0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione  (1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione  (2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento  (3)Assistenza limitata-Aiuto fisico nella manovra guidata degli arti,senza necessità di sostenere il peso del corpo  (4)Assistenza intensiva - Aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una persona, mentre il cliente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottoattività
I. Mobilita a letto-Come si sdraia e si alza, si gira da un lato all'altro, assume posizioni nel letto  (0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione  (1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione  (2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento  (3)Assistenza limitata-Aiuto fisico nella manovra guidata degli arti,senza necessità di sostenere il peso del corpo  (4)Assistenza intensiva - Aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una persona, mentre il cliente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottoattività  (5)Massima assistenza - Aiuto di 2 o più persone nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli
I. Mobilita a letto-Come si sdraia e si alza, si gira da un lato all'altro, assume posizioni nel letto  (0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione  (1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione  (2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento  (3)Assistenza limitata-Aiuto fisico nella manovra guidata degli arti,senza necessità di sostenere il peso del corpo  (4)Assistenza intensiva - Aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una persona, mentre il cliente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottoattività  (5)Massima assistenza - Aiuto di 2 o più persone nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) OPPURE aiuto nel sostenere il peso del corpo per più del 50% delle sottoattività
I. Mobilita a letto-Come si sdraia e si alza, si gira da un lato all'altro, assume posizioni nel letto  (0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione (1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione (2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento (3)Assistenza limitata-Aiuto fisico nella manovra guidata degli arti, senza necessità di sostenere il peso del corpo (4)Assistenza intensiva - Aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una persona, mentre il cliente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottoattività (5)Massima assistenza - Aiuto di 2 o più persone nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) OPPURE aiuto nel sostenere il peso del corpo per più del 50% delle sottoattività (6)Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da un'altra persona
I. Mobilita a letto-Come si sdraia e si alza, si gira da un lato all'altro, assume posizioni nel letto  (0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione (1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione (2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento (3)Assistenza limitata-Aiuto fisico nella manovra guidata degli arti, senza necessità di sostenere il peso del corpo (4)Assistenza intensiva - Aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una persona, mentre il cliente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottoattività (5)Massima assistenza - Aiuto di 2 o più persone nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) OPPURE aiuto nel sostenere il peso del corpo per più del 50% delle sottoattività (6)Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da un'altra persona
I. Mobilita a letto-Come si sdraia e si alza, si gira da un lato all'altro, assume posizioni nel letto  (0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione  (1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione  (2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento  (3)Assistenza limitata-Aiuto fisico nella manovra guidata degli arti,senza necessità di sostenere il peso del corpo  (4)Assistenza intensiva - Aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una persona, mentre il cliente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottoattività  (5)Massima assistenza - Aiuto di 2 o più persone nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) OPPURE aiuto nel sostenere il peso del corpo per più del 50% delle sottoattività  (6)Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da un'altra persona  (8)Attività mai eseguita (durante l'intero periodo)
I. Mobilita a letto-Come si sdraia e si alza, si gira da un lato all'altro, assume posizioni nel letto  (0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione  (1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione  (2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento  (3)Assistenza limitata-Aiuto fisico nella manovra guidata degli arti, senza necessità di sostenere il peso del corpo  (4)Assistenza intensiva - Aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una persona, mentre il cliente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottoattività  (5)Massima assistenza - Aiuto di 2 o più persone nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) OPPURE aiuto nel sostenere il peso del corpo per più del 50% delle sottoattività  (6)Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da un'altra persona  (8)Attività mai eseguita (durante l'intero periodo)
I. Mobilita a letto-Come si sdraia e si alza, si gira da un lato all'altro, assume posizioni nel letto  ☐(0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione  ☐(1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione  ☐(2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento  ☐(3)Assistenza limitata-Aiuto fisico nella manovra guidata degli arti,senza necessità di sostenere il peso del corpo  ☐(4)Assistenza intensiva - Aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una persona, mentre il cliente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottoattività  ☐(5)Massima assistenza - Aiuto di 2 o più persone nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) OPPURE aiuto nel sostenere il peso del corpo per più del 50% delle sottoattività  ☐(6)Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da un'altra persona  ☐(8)Attività mai eseguita (durante l'intero periodo)  J. Mangiare-Come si alimenta (inclusa nutrizione con sondino naso-gastrico o con nutrizione parenterale)  ☐(0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione
I. Mobilita a letto-Come si sdraia e si alza, si gira da un lato all'altro, assume posizioni nel letto  ☐(0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione  ☐(1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione  ☐(2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento  ☐(3)Assistenza limitata-Aiuto fisico nella manovra guidata degli arti,senza necessità di sostenere il peso del corpo  ☐(4)Assistenza intensiva - Aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una persona, mentre il cliente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottoattività  ☐(5)Massima assistenza - Aiuto di 2 o più persone nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) OPPURE aiuto nel sostenere il peso del corpo per più del 50% delle sottoattività  ☐(6)Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da un'altra persona  ☐(8)Attività mai eseguita (durante l'intero periodo)  J. Mangiare-Come si alimenta (inclusa nutrizione con sondino naso-gastrico o con nutrizione parenterale)  ☐(0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione  ☐(1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione
I. Mobilita a letto-Come si sdraia e si alza, si gira da un lato all'altro, assume posizioni nel letto  (0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione  (1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione  (2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento  (3)Assistenza limitata-Aiuto fisico nella manovra guidata degli arti,senza necessità di sostenere il peso del corpo  (4)Assistenza intensiva - Aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una persona, mentre il cliente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottoattività  (5)Massima assistenza - Aiuto di 2 o più persone nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) OPPURE aiuto nel sostenere il peso del corpo per più del 50% delle sottoattività  (6)Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da un'altra persona  (8)Attività mai eseguita (durante l'intero periodo)  J. Mangiare-Come si alimenta (inclusa nutrizione con sondino naso-gastrico o con nutrizione parenterale)  (0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione  (1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione  (2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento
I. Mobilita a letto-Come si sdraia e si alza, si gira da un lato all'altro, assume posizioni nel letto  ☐ (0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione  ☐ (1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione  ☐ (2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento  ☐ (3)Assistenza limitata-Aiuto fisico nella manovra guidata degli arti,senza necessità di sostenere il peso del corpo  ☐ (4)Assistenza intensiva - Aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una persona, mentre il cliente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottoattività  ☐ (5)Massima assistenza - Aiuto di 2 o più persone nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) OPPURE aiuto nel sostenere il peso del corpo per più del 50% delle sottoattività  ☐ (6)Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da un'altra persona  ☐ (8)Attività mai eseguita (durante l'intero periodo)  J. Mangiare-Come si alimenta (inclusa nutrizione con sondino naso-gastrico o con nutrizione parenterale)  ☐ (0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione  ☐ (1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione  ☐ (2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento  ☐ (3)Assistenza limitata-Aiuto fisico nella manovra guidata degli arti, senza necessità di sostenere il peso del corpo
I. Mobilita a letto-Come si sdraia e si alza, si gira da un lato all'altro, assume posizioni nel letto  (0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione (1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione (2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento (3)Assistenza limitata-Aiuto fisico nella manovra guidata degli arti,senza necessità di sostenere il peso del corpo (4)Assistenza intensiva - Aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una persona, mentre il cliente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottoattività (5)Massima assistenza - Aiuto di 2 o più persone nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) OPPURE aiuto nel sostenere il peso del corpo per più del 50% delle sottoattività (6)Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da un'altra persona (8)Attività mai eseguita (durante l'intero periodo)  J. Mangiare-Come si alimenta (inclusa nutrizione con sondino naso-gastrico o con nutrizione parenterale) (0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione (1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione (2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento (3)Assistenza limitata-Aiuto fisico nella manovra guidata degli arti, senza necessità di sostenere il peso del corpo (4)Assistenza intensiva - Aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una
I. Mobilita a letto-Come si sdraia e si alza, si gira da un lato all'altro, assume posizioni nel letto  (0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione (1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione (2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento (3)Assistenza limitata-Aiuto fisico nella manovra guidata degli arti,senza necessità di sostenere il peso del corpo (4)Assistenza intensiva - Aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una persona, mentre il cliente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottoattività (5)Massima assistenza - Aiuto di 2 o più persone nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) OPPURE aiuto nel sostenere il peso del corpo per più del 50% delle sottoattività (6)Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da un'altra persona (8)Attività mai eseguita (durante l'intero periodo)  J. Mangiare-Come si alimenta (inclusa nutrizione con sondino naso-gastrico o con nutrizione parenterale) (0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione (1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione (2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento (3)Assistenza limitata-Aiuto fisico nella manovra guidata degli arti,senza necessità di sostenere il peso del corpo (4)Assistenza intensiva - Aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una persona, mentre il cliente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottoattività
I. Mobilita a letto-Come si sdraia e si alza, si gira da un lato all'altro, assume posizioni nel letto  □(0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione □(1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione □(2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento □(3)Assistenza limitata-Aiuto fisico nella manovra guidata degli arti, senza necessità di sostenere il peso del corpo □(4)Assistenza intensiva - Aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una persona, mentre il cliente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottoattività □(5)Massima assistenza - Aiuto di 2 o più persone nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) OPPURE aiuto nel sostenere il peso del corpo per più del 50% delle sottoattività □(6)Dipendenza totale - L'attività viene svolta completamente da un'altra persona □(8)Attività mai eseguita (durante l'intero periodo)  J. Mangiare-Come si alimenta (inclusa nutrizione con sondino naso-gastrico o con nutrizione parenterale) □(0)Indipendente - Nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione □(1)Organizzazione-Mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano del cliente anche solo in un'occasione □(2)Supervisione - Controllo, incoraggiamento, suggerimento □(3)Assistenza limitata-Aiuto fisico nella manovra guidata degli arti,senza necessità di sostenere il peso del corpo □(4)Assistenza intensiva - Aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una persona, mentre il cliente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sottoattività □(5)Massima assistenza - Aiuto di 2 o più persone nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli

3. AUTONOMIA NEGLI SPOSTAMENTI		
A. Principale modo di locomozione		
(0) Cammina, senza bisogno di ausili		
[1] Cammina, con utilizzo di ausili (bastone, deambulatore, canadese)		
(2) Sedia a rotelle (manuale o elettrica)		
(3) Confinato a letto		
4. ATTIVITÀ FISICA		
A. Numero di ore di esercizio fisico negli ULTIMI 3 GIORNI		
☐(0) Nessuna ☐(1) Meno di 1 ora ☐(2) 1-2- ore ☐(3) 3-4 ore ☐(4) Più di 4 ore		
B. Numero di giorni in cui la persona è uscita dalla propria abitazione (facendo riferimento agli ULTIMI 3 GIORNI)		
(0) Nessuno		
☐(1) Non è uscito negli ultimi 3 giorni, ma di solito esce spesso		
(2) 1-2 giorni		
(3) 3 giorni		
5. POTENZIALE RIABILITATIVO		
A. La persona ritiene di essere in grado di migliorare la propria autonomia funzionale		
□(0) No □(1) Sì		
B. Il personale sanitario ritiene che la persona possa migliorare la propria autonomia funzionale		
(0) No (1) Sì		
6. CAMBIAMENTI NEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ADL RISPETTO A 90 GIORNI FA O DALLA DATA DELL'ULTI-		
MA VALUTAZIONE SE INFERIORE A 90 GIORNI		
(0) Migliorata (1) Invariata (2) Ridotta (8) Non valutabile		
SEZIONE H. Continenza		
1. CONTINENZA URINARIA		
(0) Continente - Controllo completo; NON USA alcun tipo di catetere o dispositivo di raccolta urinaria		
(1) Continente con catetere o stomia		
(2) Raramente incontinente - Ha presentato episodi di incontinenza, ma non negli ultimi 3 giorni		
(3) Occasionalmente incontinente – Non quotidianamente		
(4) Frequentemente incontinente - Quotidianamente incontinente, ma con episodi di controllo		
[5] Incontinente - Nessun tipo di controllo		
(8) Attività non verificatasi - Diuresi assente		
2. DISPOSITIVI URINARI		
(0) Nessuno		
(1) Catetere esterno (condom)		
(2) Catetere endovescicale		
(3) Cistostomia, nefrotomia, ureterostomia		
3. DISPOSITIVI FECALI		
(0) Continente – Controllo completo, senza stomia		
(1) Continente con stomia - Controllo completo con l'uso di stomia		
(2) Raramente incontinente - Episodi di incontinenza fecale, ma non negli ultimi 3 giorni		
☐(3) Occasionalmente incontinente – Non quotidianamente		
(4) Frequentemente incontinente - Quotidianamente incontinente, ma con episodi di controllo		
[5] Incontinente - Nessun tipo di controllo		
☐(8) Attività non verificatasi – Nessuna evacuazione negli ultimi 3 giorni		

# HC – SEZIONE I – L

# **SEZIONE I. Diagnosi di malattia**

1. MALATTIE	
A. Frattura di femore negli ultimi 30 giorni (o	dalla data dell'ultima valutazione se inferiore a 30 giorni)
☐(0) Non presente	☐(1) Diagnosi principale / motivo del ricovero
☐(2) Diagnosi presente, in trattamento	☐(3) Diagnosi presente, monitorizzata ma non in trattam. specifico
B. Altri tipi di frattura negli ultimi 30 giorni (o	dalla data dell'ultima valutazione se inferiore a 30 giorni)
☐(0) Non presente	☐(1) Diagnosi principale / motivo del ricovero
(2) Diagnosi presente, in trattamento	(3) Diagnosi presente, monitorizzata ma non in trattam. specifico
C. Malattia di Alzheimer	
☐(0) Non presente	☐(1) Diagnosi principale / motivo del ricovero
(2) Diagnosi presente, in trattamento	(3) Diagnosi presente, monitorizzata ma non in trattam. specifico
D. Altre forme di demenza (non Alzheimer)	
☐(0) Non presente	☐(1) Diagnosi principale / motivo del ricovero
(2) Diagnosi presente, in trattamento	(3) Diagnosi presente, monitorizzata ma non in trattam. specifico
E. Emiplegia	
(0) Non presente	☐(1) Diagnosi principale / motivo del ricovero
(2) Diagnosi presente, in trattamento	(3) Diagnosi presente, monitorizzata ma non in trattam. specifico
F. Sclerosi multipla	
(0) Non presente	☐(1) Diagnosi principale / motivo del ricovero
(2) Diagnosi presente, in trattamento	(3) Diagnosi presente, monitorizzata ma non in trattam. specifico
I. Tetraplegia	
(0) Non presente	☐(1) Diagnosi principale / motivo del ricovero
(2) Diagnosi presente, in trattamento	(3) Diagnosi presente, monitorizzata ma non in trattam. specifico
J. Ictus / TIA	
(0) Non presente	☐(1) Diagnosi principale / motivo del ricovero
(2) Diagnosi presente, in trattamento	(3) Diagnosi presente, monitorizzata ma non in trattam. specifico
K. Cardiopatia ischemica	
(0) Non presente	☐(1) Diagnosi principale / motivo del ricovero
(2) Diagnosi presente, in trattamento	(3) Diagnosi presente, monitorizzata ma non in trattam. specifico
L. Broncopneumopatia cronica ostruttiva	
(0) Non presente	☐(1) Diagnosi principale / motivo del ricovero
(2) Diagnosi presente, in trattamento	(3) Diagnosi presente, monitorizzata ma non in trattam. specifico
M. Scompenso cardiaco	
(0) Non presente	☐(1) Diagnosi principale / motivo del ricovero
(2) Diagnosi presente, in trattamento	(3) Diagnosi presente, monitorizzata ma non in trattam. specifico
P. Depressione	
(0) Non presente	☐(1) Diagnosi principale / motivo del ricovero
(2) Diagnosi presente, in trattamento	(3) Diagnosi presente, monitorizzata ma non in trattam. specifico
Q. Schizofrenia	
(0) Non presente	☐(1) Diagnosi principale / motivo del ricovero
(2) Diagnosi presente, in trattamento	(3) Diagnosi presente, monitorizzata ma non in trattam. specifico
R. Polmonite	
(0) Non presente	☐(1) Diagnosi principale / motivo del ricovero
(2) Diagnosi presente, in trattamento	(3) Diagnosi presente, monitorizzata ma non in trattam. specifico
S. Infezioni urinarie negli ultimi 30 giorni	
(0) Non presente	☐(1) Diagnosi principale / motivo del ricovero
(2) Diagnosi presente, in trattamento	(3) Diagnosi presente, monitorizzata ma non in trattam. specifico

<del></del>	☐(1) Diagnosi principale / motivo del ricovero	
(2) Diagnosi presente, in trattamento	(3) Diagnosi presente, monitorizzata ma non in trattam. specifico	
2. ALTRE DIAGNOSI DI MALATTIE - Patologia Prevalente (Codice ICD-9) (corrisponde alla diagnosi riportata nella prima pagina del PAI, non è necessario ricopiarla qui) Inserire codice ICD-9 come da elenco patologie regionale allegato:		
1. CADUTE  (0) Nessuna caduta negli ultimi 90 giorni  (1) Nessuna caduta negli ultimi 30 giorni, ma è  (2) 1 caduta negli ultimi 30 giorni  (3) 2 o più cadute negli ultimi 30 giorni	caduto / a tra 31 e 90 giorni fa	
2. CADUTE RECENTI [Saltare se l'ultima valutazione risale a più di 30 giorni fa o se questa è la prima valutazione]  [(0) No [(1) Sì [(3) Non valutabile (prima valutazione o più di 30 giorni dall'ultima valutazione)		
C. Sensazione di sbandamento / vertigini		
☐(0) Non presente	☐(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni	
(2) Manifestatosi in 1 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Manifestatosi in 2 degli ultimi 3 giorni	
(4) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giori	ni	
D. Andatura instabile		
(0) Non presente	(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni	
(2) Manifestatosi in 1 degli ultimi 3 giorni	(3) Manifestatosi in 2 degli ultimi 3 giorni	
(4) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giori	ni	
E. Dolore toracico		
(0) Non presente	(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni	
(2) Manifestatosi in 1 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Manifestatosi in 2 degli ultimi 3 giorni	
(4) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giori		
•	ita di associazioni, fuga d'idee, blocchi del pensiero, tangenziali-	
tà, circostanzialità)		
(0) Non presente	(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni	
(2) Manifestatosi in 1 degli ultimi 3 giorni	(3) Manifestatosi in 2 degli ultimi 3 giorni	
(4) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giori	ni	
H. Illusioni (false credenze)		
(0) Non presente	(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni	
(2) Manifestatosi in 1 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Manifestatosi in 2 degli ultimi 3 giorni	
(4) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giori	ni	
I. Allucinazioni (alterate percezioni sensoriali)		
(0) Non presente	(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni	
(2) Manifestatosi in 1 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Manifestatosi in 2 degli ultimi 3 giorni	
(4) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giori	ni	
J. Afasia		
(0) Non presente	(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni	
(2) Manifestatosi in 1 degli ultimi 3 giorni	(3) Manifestatosi in 2 degli ultimi 3 giorni	
(4) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giori	וו	
K. Reflusso gastro-esofageo (rigurgiti acidi)	[7](4) December was a second section of the last section of the	
(0) Non presente	(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni	
(2) Manifestatosi in 1 degli ultimi 3 giorni	(3) Manifestatosi in 2 degli ultimi 3 giorni	
(4) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giori	II	

L. Stipsi (nessuna evacuazione negli ultimi 3 giorni o e	evacuazione difficoltosa di feci dure)
☐(0) Non presente	☐(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni
☐(2) Manifestatosi in 1 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Manifestatosi in 2 degli ultimi 3 giorni
☐(4) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni	
M. Diarrea	
☐(0) Non presente	☐(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni
(2) Manifestatosi in 1 degli ultimi 3 giorni	(3) Manifestatosi in 2 degli ultimi 3 giorni
(4) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni	(5) Wallinestatesh in 2 degli ditilili 5 glorili
N. Vomito	[7] (1) December were associated as a self-orbital control of the
(0) Non presente	(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni
(2) Manifestatosi in 1 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Manifestatosi in 2 degli ultimi 3 giorni
(4) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni	
O. Difficoltà ad addormentarsi, risvegli frequenti, risv	
☐(0) Non presente	☐(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni
☐(2) Manifestatosi in 1 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Manifestatosi in 2 degli ultimi 3 giorni
☐(4) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni	
P. Eccessiva sonnolenza (che interferisce con le attivit	à della vita quotidiana)
☐(0) Non presente	☐(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni
(2) Manifestatosi in 1 degli ultimi 3 giorni	(3) Manifestatosi in 2 degli ultimi 3 giorni
(4) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni	
R. Febbre	
(0) Non presente	☐(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni
(2) Manifestatosi in 1 degli ultimi 3 giorni	(3) Manifestatosi in 2 degli ultimi 3 giorni
(4) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni	(5) Wallinestatosi ili 2 degli ditilili 5 giorili
S. Sanguinamento gastro-intestinale o genito-urinario	
(0) Non presente	(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni
(2) Manifestatosi in 1 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Manifestatosi in 2 degli ultimi 3 giorni
(4) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni	
T. Cattive condizioni igieniche	
(0) Non presente	☐(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni
☐(2) Manifestatosi in 1 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Manifestatosi in 2 degli ultimi 3 giorni
☐(4) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni	
U. Edema periferico	
☐(0) Non presente	☐(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni
(2) Manifestatosi in 1 degli ultimi 3 giorni	(3) Manifestatosi in 2 degli ultimi 3 giorni
(4) Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni	
4. DISPNEA	
☐(0) Sintomo assente	
(1) Assente a riposo, ma presente per attività di mod	derata entità
(2) Assente a riposo, ma presente con le normali att	
(2) Assente a riposo, ma presente com le norman atc	ivita quotidiane
5. ASTENIA	
(1) Minima, ridotta percezione della propria energia	ficies ma la porcona à in grado di qualgara la normali attività
	fisica, ma la persona è in grado di svolgere le normali attività
	sona non è in grado di portare a compimento le normali attività
(3) Severa - A causa della ridotta energia la persona	_

6. DOLORE (Chiedere sempre alla persona la presenza	a, l'intensità e il controllo del dolore; osservare la persona	
e chiedere anche a coloro che lo assistono)		
A. Frequenza con cui la persona lamenta o mostra seg	ni di dolore	
☐(0) Non presente	☐(1) Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni	
☐(2) Manifestatosi in 1-2 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Manifestatosi quotidianamente negli ultimi 3 giorni	
B. Livello più alto di dolore		
☐(0) Nessun dolore	☐(1) Intensità lieve	
(2) Intensità moderata	(3) Intensità severa	
(4) A volte il dolore è terribile e insopportabile		
C. Pattern temporale del dolore		
□(0) Assenza di dolore	☐(1) Un singolo episodio negli ultimi 3 giorni	
(2) Intermittente, non ciclico	(3) Persistente	
<del></del>	/II 3 GIORNI la persona ha sperimentato un improvviso ria-	
cutizzarsi del dolore: ☐(0) No ☐(1) Sì	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	
7. INSTABILITÀ DELLE CONDIZIONI		
A. Le condizioni cliniche causano instabilità:	) No	
B. Episodio acuto o riacutizzazione di un problema cro	<del>-</del> · ·	
<b>C. Malattia terminale:</b> $\square$ (0) No $\square$ (1) Sì		
8. PERCEZIONE DEL PROPRIO STATO DI SALUTE		
(0) Eccellente (1) Buono (2) Sufficient	e □(3) Scarso □(8) Non risponde	
A. La persona fuma quotidianamente		
(0) No (1) Non negli ultimi 3 giorni, ma è un f	umatore abituale	
B. Consumo di alcool - Numero di bicchieri assunti in u		
	(3) 5 o più	
	□(3) 3 0 più	
CEZIONE W State mutuicionale / Coura anale		
SEZIONE K. Stato nutrizionale / Cavo orale		
	eso in kg. Peso abituale o la misurazione più recente negli	
ultimi 30 giorni)		
A. Altezza (centimetri):	B. Peso (chilogrammi):	
2. VALUTAZIONE NUTRIZIONALE		
A. Perdita di peso indesiderata del 5% negli ULTIMI 30	GIORNI (o del 10% negli ULTIMI 180 GIORNI)	
□(0) No □(1) Sì		
B. Disidratazione		
□(0) No □(1) Sì		
C. Insufficiente assunzione di liquidi, meno di 1000 cc	al giorno	
□(0) No □(1) Sì		
D. I liquidi persi superano quelli introdotti		
☐(0) No ☐(1) Sì		
3. MODALITÀ DI ASSUNZIONE NUTRIZIONALE		
☐(0) Normale - Appropriata deglutizione di alimenti di	qualsiasi consistenza	
	di vengono sorseggiati, si limita a cibi solidi, i motivi per le	
modificazioni possono essere sconosciuti		
(2) Necessita di modifiche dietetiche per deglutire ci	hi solidi (ad esempio nurea, macinato)	
(3) Necessita di modifiche dietetiche per deglutire i li		
(4) Può deglutire solamente frullati e liquidi addensa		
<del></del>		
(5) Nutrizione combinata orale ed enterale / parente	Idie	
(6) Solo nutrizione tramite sondino naso-gastrico		
(7) Solo nutrizione tramite gastrostomia - Ad es. PEG		
(8) Solo nutrizione parenterale - Include qualunque t		
(9) Nessun apporto di cibo per via orale e nessun tipo	ວ di nutrizione artificiale	

## **SEZIONE L. Condizioni della cute**

1. STADIO PIÙ GRAVE DI ULCERA DA PRESSIONE
☐(0) Nessuna ulcera da pressione
(1) Area di arrossamento cutaneo persistente
(2) Parziale perdita di strati di cute
☐(3) Presenza di profondo cratere cutaneo
(4) Perdita a tutto spessore di cute e sottocute con esposizione di muscolo e osso
[(5) Non stadiabile (ad es. per la presenza di predominante escara necrotica)
2. PREGRESSA ULCERA DA PRESSIONE
□(0) No □(1) Sì
3. ULCERE CUTANEE (NON DA PRESSIONE) - Ad es. ulcere venose, arteriose, miste, neurotrofiche, piede diabetico
□(0) No □(1) Sì
4. ALTRI PROBLEMI CUTANEI - Ad es. lesioni, ustioni di secondo o terzo grado, ferite chirurgiche in via di guarigione
□(0) No □(1) Sì
5. LACERAZIONI O TAGLI - LACERAZIONI O TAGLI NON CHIRURGICI
□(0) No □(1) Sì
6. ALTRE CONDIZIONI DI CAMBIAMENTI CUTANEI - Ad es. lividi, rash, prurito, macchie, Herpes Zoster, intertrig
ne, eczema
□(0) No □(1) Sì
7. PROBLEMI AI PIEDI - Ad es. calli, duroni, dita sovrapposte, problemi strutturali, infezioni, ulcere (diverse da 1 e 2)
□(0) Non problemi ai piedi
☐(1) Sì, ma la persona può camminare
(2) Sì, il problema limita la capacità della persona di deambulare
(3) Sì, il problema impedisce alla persona di deambulare
(4) Sì, ma la persona non cammina per altre ragioni

## HC – SEZIONE M – P

SEZIONE M. Farmaci	
3. CONFORMITÀ (Aderenza alle prescrizioni farmacol	ogiche del medico curante)
(0) Sempre conforme	
(1) Conforme 80% delle volte o più	
(2) Conforme meno dell'80% delle volte (incluso im	possibilità di acquistare i farmaci prescritti)
(8) Nessuna terapia farmacologica in atto	·
SEZIONE N. Trattamenti e procedure	
·	
1. PREVENZIONE	
A. Misurazione della pressione arteriosa nell'ULTIMO	ANNO
□(0) No □(1) Sì	
B. Colonscopia negli ULTIMI 5 ANNI	
□(0) No □(1) Sì	
C. Visita odontoiatrica nell'ULTIMO ANNO	
□(0) No □(1) Sì	
D. Visita oculistica nell'ULTIMO ANNO	
□(0) No □(1) Sì	
E. Esame audiometrico negli ultimi 2 ANNI	
□(0) No □(1) Sì	
F. Vaccinazione antinfluenzale nell'ULTIMO ANNO	
□(0) No □(1) Sì	
G. Mammografia o palpazione del seno negli ultimi D	OUE ANNI (per le donne)
□(0) No □(1) Sì	
H. Vaccinazione anti-pneumococcica negli ULTIMI 5 A	ANNI o dopo l'età di 65 anni
□(0) No □(1) Sì	
	O RICEVUTI O PREVISTI NEGLI ULTIMI 3 GIORNI (O DALLA
DATA DELL'ULTIMA VALUTAZIONE SE INFERIORE A 3	GIORNI)
A. Chemioterapia	
(0) Non effettuati, non previsti	(1) Previsti, non effettuati
(2) Effettuati in 1-2 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Effettuati quotidianamente negli ultimi 3 giorni
B. Dialisi	
(0) Non effettuati, non previsti	(1) Previsti, non effettuati
(2) Effettuati in 1-2 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Effettuati quotidianamente negli ultimi 3 giorni
C. Controllo delle infezioni - Ad es. isolamento, quara	
(0) Non effettuati, non previsti	☐(1) Previsti, non effettuati
(2) Effettuati in 1-2 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Effettuati quotidianamente negli ultimi 3 giorni
D. Terapie endovenose	
(0) Non effettuati, non previsti	$\square$ (1) Previsti, non effettuati
(2) Effettuati in 1-2 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Effettuati quotidianamente negli ultimi 3 giorni
E. Ossigenoterapia	
(0) Non effettuati, non previsti	$\square$ (1) Previsti, non effettuati
☐(2) Effettuati in 1-2 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Effettuati quotidianamente negli ultimi 3 giorni
F. Terapia radiante	
(0) Non effettuati, non previsti	(1) Previsti, non effettuati
(2) Effettuati in 1-2 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Effettuati quotidianamente negli ultimi 3 giorni

G. Aspirazione			
☐(0) Non effettuati, non previsti	☐(1) Previsti, non effettuati		
☐(2) Effettuati in 1-2 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Effettuati quotidianamente negli ultimi 3 giorni		
H. Cura della tracheostomia			
☐(0) Non effettuati, non previsti	☐(1) Previsti, non effettuati		
☐(2) Effettuati in 1-2 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Effettuati quotidianamente negli ultimi 3 giorni		
I. Trasfusioni			
☐(0) Non effettuati, non previsti	☐(1) Previsti, non effettuati		
☐(2) Effettuati in 1-2 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Effettuati quotidianamente negli ultimi 3 giorni		
J. Ventilazione assistita (invasiva o non invasiva)			
☐(0) Non effettuati, non previsti	☐(1) Previsti, non effettuati		
☐(2) Effettuati in 1-2 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Effettuati quotidianamente negli ultimi 3 giorni		
K. Cura della ferita			
☐(0) Non effettuati, non previsti	☐(1) Previsti, non effettuati		
☐(2) Effettuati in 1-2 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Effettuati quotidianamente negli ultimi 3 giorni		
L. Toileting			
☐(0) Non effettuati, non previsti	☐(1) Previsti, non effettuati		
☐(2) Effettuati in 1-2 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Effettuati quotidianamente negli ultimi 3 giorni		
N. Programma di rotazione / riposizionamento			
☐(0) Non effettuati, non previsti	☐(1) Previsti, non effettuati		
☐(2) Effettuati in 1-2 degli ultimi 3 giorni	☐(3) Effettuati quotidianamente negli ultimi 3 giorni		
3. ASSISTENZA FORMALE			
Giorni (A) e minuti totali (B) di terapia negli ultimi 7 gio	orni.		
Entità e gestione dell'assistenza negli ULTIMI 7 GIORNI	I (o dalla <u>data dell'ultim</u> a valutazione <u>se inferiore a</u> 7 giorni):		
A. Assistenza domiciliare (cura della persona)	Giorni: Minuti:		
B. Assistenza domiciliare infermieristica	Giorni: Minuti:		
C. Assistenza domiciliare (cura della casa)	Giorni: Minuti:		
E. Fisioterapia	Giorni: Minuti:		
F. Terapia occupazionale	Giorni: Minuti:		
G. Logopedia	Giorni: Minuti:		
H. Psicoterapia	Giorni: Minuti:		
•			
4. RICOVERI OSPEDALIERI, VISITE MEDICHE (Riportare	e il numero di volte nell'arco dei <u>90 GIORNI PRECEDENTI</u> l		
valutazione (o dalla data dell'ultima valutazione se INF	FERIORE A 90 GIORNI) in cui la persona è stata ricoverata in:		
A. Ospedale per acuti - Giorni:			
B. Pronto soccorso - Giorni:			
C. Visite mediche - Giorni:			
SEZIONE P. Supporto sociale			
A. Rapporto di parentela / relazione con il cliente - PF			
(1) Figlio o nuora/genero	(2) Coniuge		
(3) Partner	(4) Genitore / tutore legale		
(5) Fratello / sorella	(6) Altro familiare		
(7) Amico/a	(8) Vicino/a		
(9) Nessun caregiver informale	(10) Badante / assistente familiare		

B. Vive con il cliente – PRINCIPALE	
□(0) No	(1) sì, da 6 mesi o meno
(2) Sì, da più di 6 mesi	(8) Nessun caregiver informale
2. CONDIZIONI DI CHI PRESTA L'ASSISTENZA	
A. II(i) caregiver informale(i) è(sono) impossibilitato(i	) a continuare l'assistenza - Ad es. il peggioramento dello
stato di salute del caregiver fa sì che sia difficile contin	nuare
□(0) No □(1) Sì	
B. Il caregiver principale manifesta segni di stanchezza	a, rabbia, depressione
(0) No (1) Sì	, , ,
C. I familiari o gli amici riferiscono una sensazione di s	opraffazione derivante dalla malattia della persona
□(0) No □(1) Sì	
HC – SEZIONE Q – T	
SEZIONE Q. Valutazione dell'ambiente	
1. AMBIENTE DOMESTICO (Segnalare tutto ciò che rer	nde l'ambiente domestico pericoloso o inabitabile (se tem-
poraneamente in istituto basare la valutazione sulla v	isita della casa))
A. Precarie condizioni dell'immobile - Ad es. disordi	ne pericoloso, illuminazione insufficiente, buchi nel pavi-
mento, tubi che perdono	
(0) No (1) Sì	
B. Condizioni igieniche scadute - Ad es. estrema sporc	izia. infestazione da ratti o scarafaggi
□(0) No □(1) Sì	,
_ ` ' _ ` _ ` '	es. troppo caldo in estate, troppo freddo in inverno, stufa
a legna in una casa con un asmatico	cs. troppo caido in estate, troppo freddo in inverio, stala
☐(0) No ☐(1) Sì	
—··	lenza, problemi di sicurezza nell'andare alla posta o a tro-
·	lenza, problemi di sicurezza nen andare ana posta o a tro-
vare i vicini, traffico intenso nella strada	
(0) No (1) Sì	er: 1.5
	fficoltà a entrare / uscire di casa per la presenza di scale,
difficoltà ad accedere nelle diverse stanze, assenza di	corrimani ove sarebbero necessari
□(0) No □(1) Sì	
SEZIONE R. Potenziale di dimissione e condizioni	_
	l'autonomia del cliente è migliorata significativamente ri-
spetto a 90 giorni fa (o dall'ultima valutazione se infer	iore a 90 giorni))
(0) Migliorata (1) Nessun cambiamento	(2) Peggiorata
SCHEDA EROGATORI	
Livello assistenziale (equivale a quanto scritto nell'ultima pagina de	PAI)
☐ I livello assistenziale ☐ II livello assistenziale	☐III livello assistenziale ☐Alta complessità
Procedura d'urgenza (voce modificabile da parte del personale amr	<del>_</del> ·
□No □Sì	
Preferenza erogatore I (in mancanza di preferenza espressa da par	te dell'utente, indicare alternativamente uno degli erogatori disponibili)
□ Life Cure □ Ria Home	

(apporre sempre "Nessuna preferenza espressa" = Sì)





Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI – Tel. 0746.2781 www.asl.rieti.it – C.F. e P.I. 00821180577

# PROGETTO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE INTEGRATA (PAI)

Nominativo dell'ass	sistito:				Data di nascita	1:	
Codice fiscale:					Tel.:		
Indirizza di damicili							
Indirizzo di domicili	0:				Città:		
DATA INIZIO PAI:			DATA FI	NE PAI:		PAI 🗆	PAI succ.
MMG / PLS			tel.	е-1	mail		
Care Giver			tel.	е-і	mail		
Case Manager			tel.	e-ı	mail		
PRESENZA DI INFRA	STRUTTUE	RE E ARILIT	À PFR TF	LEMONITORAGGIO	F/O TELEVISITA:	☐ Sì	□ No
1112021127101111111		(2 2 7 (8)2)	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		2,0 1222101171		
Diagnosi di ingress	0					Cfr. InterRA	AI HC, pag. 14
Patologia prevalent	:e:				ICD-	9:	
Altre patologie:							
o passed							
Terapie in atto:							
Allergie note:							
			DATI SI	PECIFICI (NSIS)			
Autonomia	Autonom			Parzialmente dipende		nente dipend	dente
Mobilità	Si sposta			Si sposta assistito		sposta	
Supporto sociale	Presenza		NO.	Presenza parz. e/o te	mp.   L Non p	resenza	
Rischio infettivo	☐ SI		NO	_			
		Bisogno presente	Bisogno assente			Bisogno presente	Bisogno assente
Broncorespirazione				Telemetria			
Ossigenoterapia				Terapia infusior	nale		
Ventiloterapia				Gestione catete	re		
Tracheotomia				Trasfusioni			
Gestione della stomia		<u> </u>	<u>L</u>	Controllo dolor			Ц
Eliminazione urinaria i				Supervisione co			_ Ц
Alterazione ritmo sonr				Assistenza IADL			-
Intervento educativo t			<u> </u>	Assistenza ADL	25		
Cura ulcere cutanee 1°			<u> </u>	Supporto Care (			
Cura ulcere cutanee 3° Prelievi venosi non occ		片片	<u> </u>	Riabilitazione n Riabilitazione o			片
ECG	asionan	片	<u> </u>	Riabilitazione m			
Disturbi:	□ Assenti	/liovi DA	10doroti		ntazione assistita	S	
di comportamento	Assentia  Assentia		Moderati Moderati		ntazione enterale ntazione parenter		
Fragilità familiare		resente   [	Assente	Rischio sanguin	•		
Lesioni cute		resente [	Assente	<del> </del>	ondivisa delle cure		
1							

ACCESSI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (cadenza ritenuta congrua per il paziente)						
settimanale	☐ mensile		ogni	giorni		
☐ ACCESSI DELL'INFERMI	ERE:	]prestazionale	oppure [	]num.	accesso/i <b>a</b>	settimana
SOLO PER ADIAC, indicare di seguito l'orario previsto (il numero di ore al giorno e gli orari indicativi):						
ACCESSI DEL TECNICO I	DFII A RI	ARII ITAZIONE				
Preced. FKT stessa patolo			Data fine ultimo	trattamer	nto	
Necessità di una valutazio		·		No		
	DUI	RATA PREVISTA D	ELLA RIABILITAZ	IONE		
☐ 4 settimane		6 settimane	☐ 12 settin	nane	☐ Per la dura	ata del PAI
☐ ACCESSI DEL FISIOTERA	APISTA:	num.	accesso/i ogni 4	settiman	e.	
☐ ACCESSI DEL LOGOTER	APISTA:	num.	accesso/i <b>ogni 4</b>	settiman	e.	
☐ VISITE SPECIALISTICHE	DA ATTI	VARE CON PERIO	DICITÀ:			
Specialista:		Sede p	revista:		Frequenza previ	sta:
		☐A domicilio	☐In struttura	n.	visita/e ogni	mese/i
		☐A domicilio	☐In struttura	n.	visita/e ogni	mese/i
		☐A domicilio	☐In struttura	n.	visita/e ogni	mese/i
		☐A domicilio	☐In struttura	n.	visita/e ogni	mese/i
		I				
		PAZIENTI IN ADI		TÀ (ADIA	<i>C</i> )	
☐ ACCESSI DELL'OPERATO Indicare di seguito l'orario		•	•	ari indicat	tivi)·	
indicare ar seguito i orano	previsto	- (II Hamero ai ore	ar gronno e gri or	arr marca		
Modalità di trasporto per	motivi s	anitari:				
☐ Privato			n OSS a bordo	☐ Priva	ato con infermie	re a bordo
☐ Ambulanza con infermier	e a bordo	☐ Ambulanza co	n medico a bordo	☐ Altro:		
Eventuale co-presenza degli operatori ADI (per particolari caratteristiche cliniche):   No						
Eventuale possibilità di ac	cesso del	personale ADI ne	elle strutture amb	ulatoriali	a supporto de	l Care Giver
(per particolari caratteristi		•	□No			
Note eventuali:						

Nominativi dei c	omponenti della UVM:	Data UVM	
□MMG / PLS		Firma	
□Medico ASL		Firma	
□Infermiere		Firma	
□Fisioterapista		Firma	
□Ass. sociale		Firma	
□Specialista		Firma	
□Altra figura		Firma	
□Altra figura		Firma	
RICEVUTA DELL'AVVENUTA CONSEGNA DELL'INFORMATIVA SPECIFICA  Il paziente, il referente familiare e il medico di famiglia sono informati tramite apposita informativa specifica rilasciata dall'operatore ADI che: a) L'Assistenza Domiciliare necessita di almeno una persona che conviva e/o si occupi dell'assistito e che interagisca con il servizio, nonché della collaborazione stretta del Medico di Medicina Generale con lo stesso; b) laddove non sia possibile indicare la data esatta di inizio della presa in carico, questa sarà comunicata attraverso le vie brevi; c) la lista di attesa è gestita razionalmente valutando la gravità delle situazioni in base al triage e non in base al solo ordine cronologico; d) il servizio deve essere avvisato prontamente in caso di ricoveri o trasferimenti in altro distretto o altra ASL; e) il servizio non risponde alle chiamate di urgenza, ma opera secondo pianificazioni; f) gli orari di esecuzione delle prestazioni sono indicativi e non vincolanti; g) è compito dei conviventi il giorno previsto agevolare l'accesso del personale in particolare rispondendo al citofono, ecc.; h) nei casi di mancata collaborazione il personale è autorizzato ad interrompere gli accessi. i) il piano è soggetto a variazioni in relazione alla dinamicità delle condizioni che richiedono la presa in carico; l) La sottoscrizione del documento presente attesta l'accettazione delle regole anzidette.  In merito al trattamento dei dati personali, il sottoscritto dichiara di aver letto e compreso le informazioni che gli sono state conferite dall'ASL di Rieti, titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 2016/679/UE per ciò che attiene al processo di cura e ai correlati adempimenti amministrativi e di essere consapevole che i diritti che gli sono riconosciuti ex artt. 15 e ss. di tale norma possono essere esercitati scrivendo a dpo@asl.rieti.it  Letto e sottoscritto (nominativo Assistito/Genitore/Tutore legale)			
AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO			
Il Medico ASL, considerato l'esito della Valutazione Multidimensionale  autorizza non autorizza L'erogazione del trattamento secondo PAI e secondo il seguente profilo assistenziale: Assistenza Domiciliare Integrata Livello I Assistenza Domiciliare Integrata Livello II Assistenza Domiciliare Integrata Livello III Assistenza Domiciliare Integrata Livello III Assistenza Domiciliare Integrata Livello III Alta Complessità (ADIAC) Altro:			
Data:	Timhro e E	irma (Medica ASI)	





Via del Terminillo, 42 - 02100 - RIETI Tel.: 07462781 - PEC: asl.rieti@pec.it C.F. e P.I 00821180577

### **SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE**

SERVIZIO	
OPERATORE	
ANAMNESI SOCIALE	
$\square$ minore $\square$ adulto $\square$ disabile	□anziano
Nome e cognome	
Data e luogo di nascita	
Residenza	
Domicilio	
Cittadinanza italianaaltra (spe	ecificare)
Recapito telefonico	
Stato civile	
☐ Libero/a ☐ coniugato/a ☐ separato/a ☐ divo	orziato/a 🔲 convivente 🔲 vedovo/a
Codice Fiscale:	
Iscrizione SSN : Si No	
(codice STP/ENI) N°	
MMG/ PLS: CognomeNon	me
INVALIDITÀ CIVILE: SI% 🗆 NO	IN ATTESA DI DEFINIZIONE
indennita' accompagnamento 🗆 🛭 🗖	NO IN ATTESA DI DEFINIZIONE
LEGGE 104/92 $\square$ si $\square$ no $\square$ in	N ATTESA DI DEFINIZIONE
Motivo della richiesta ( è possibile anche una rispost	a multipla):
Condizioni di salute	Condizione economica
Condizione familiare	Condizione abitativa
Violenza, maltrattamenti e abusi	Condizione giudiziaria
Marginalità, difficoltà relazionali	Ricovero in struttura semiresidenziale
Ricovero in struttura residenziale	Domiciliare





Via del Terminillo, 42 - 02100 - RIETI Tel.: 07462781 - PEC: asl.rieti@pec.it C.F. e P.I 00821180577

#### Attivazione della richiesta

interessato	Medico
Familiare o affine	Tutore o curatore
Soggetto civilmente obbligato	Amministratore di sostegno
Assistente sociale	Altro (specificare)
Curatore nome e cognome  Amministratore di soste	
nome e cognome	telefono
Care giver nome e cognome	telefono
Abitazione:  casa di proprietà privo di abitazione senza ospite presso affitto altro  Permesso di soggiorno si no motivo	
Conoscenza lingua italiana 🔲 si 🔲 no	
Situazione familiare  Da solo in nucleo con coniuge/partner in r  Altro (specificare)  Composizione nucleo familiare:	
Nucleo familiare o suo/i componente/i in carico ai se Se si, quali? Servizi Sociali CSM	are:
Rete familiare di supporto  Presente parzialmente pre	esente non presente





Via del Terminillo, 42 - 02100 - RIETI Tel.: 07462781 - PEC: asl.rieti@pec.it C.F. e P.I 00821180577

Osservazioni:	
Condizione economico/lavorativa  ☐ Occupato/a ☐ casalinga/o ☐ disoccupato ☐ studente ☐ inoccupato/a ☐ pensionato/a	
specificare tipologia di pensione :	
Dislocazione sul territorio  ☐ Centro urbano (città) ☐ Periferia extraurbana (fraz/paesi) specificare se: ☐ servito ☐ poco servito ☐	isolato
Rete dei Servizi già attivi:  Servizio Sociale Comunale Ente Locale  Se si, specificare tipologia del servizio erogato	
Servizio Socio sanitario/Specialistico.	
Se si, specificare tipologia del servizio erogato	
Servizi Per Domiciliarità Sì No Se si, specificare: '	<del></del>
Servizi Residenziali Sì No Se si, specificare:	





Via del Terminillo, 42 - 02100 - RIETI Tel.: 07462781 - PEC: asl.rieti@pec.it C.F. e P.I 00821180577

C.F. e P.1 00821180577	
A) AREA ECONOMICA	
□ Reddito adeguato	0
□ Reddito sufficiente a garantire la sussistenza	1
□ Reddito insufficiente	2
B) SITUAZIONE ABITATIVA	
□ Adeguata	0
□ Parzialmente adeguata ( poco idonea alle esigenze)	1
□ Con rilevanti carenze	2
C) AREA CAPACITA' PERSONALI	
□ In grado di avere iniziative e prendere decisioni	0
□ Parzialmente in grado di assumere decisioni	1
□ Incapace di avere iniziative e prendere decisioni a causa della situazione clinica	2
D) AREA CAPACITA' DI COINVOLGIMENTO	
□ Consapevole e coinvolto	0
□ Parzialmente consapevole	1
□ Inconsapevole e/o incapace di collaborare	2
E) AREA SUPPORTO SOCIALE	
□ Adeguata rete sociale/ familiare di supporto	0
□ Conflittualità con caregiver e/o reti di supporto	1
□ Assenza di supporto o di rete sociale/familiare	2
F) PROBLEMATICHE EMERGENTI	
□ Nessuna	0
□ situazioni di disagio per le quali è in carico ai servizi (dipendenza, disagio psichico, disabilita', violenza e	1
abuso, altro)  □ Presenza di situazione di disagio (dipendenza, disagio psichico, disabilita', violenza e abuso, altro)	2





Via del Terminillo, 42 - 02100 - RIETI Tel.: 07462781 - PEC: asl.rieti@pec.it C.F. e P.I 00821180577

A)	Area economica	
В)	Situazione abitativa	
C)	Capacità personali	
D)	Area capacità di coinvolgimento	
E)	Area Supporto sociale	
F)	Problematiche emergenti	

La somma dei punteggi di A-B-C-D-E-F(da 0 a 18) porta creazioni di livelli che possono essere accorpati e classificati come segue:

livello 0-4 = bassa intensità sociale = codice sociale verde

livello 5-8 = media intensità sociale= codice sociale giallo

livello 9-12 = alta intensità sociale= codice sociale rosso



Data\_\_\_\_\_

# **AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**



Via del Terminillo, 42 - 02100 - RIETI Tel.: 07462781 - PEC: asl.rieti@pec.it C.E. e P.I.00821180577

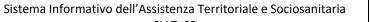
INTERVENTI SOCIALI
non si rilevano bisogni semplici o complessi
☐ Segretariato sociale
Specificare richiesta sociale espressa/ informazioni fornite
invio ai Servizi Sociali Comuni/Ambito Sociale
Richiesta presa in carico dei servizi territoriali competenti
Specificare il servizio e l'ente:
☐ Bisogno complesso
Specificare le aree di maggiore criticità sociale
□ socio- sanitaria consulenziale/informativa   □ socio-assistenziale   □ socio-relazionale   □ abitativa   □ economica   □ disabilità psichica   □ dipendenza   □ minori
Attivazione UVMD
CONSENSO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 – DATI CONSERVATI PRESSO ASL RIETI

Assistente Sociale \_\_\_\_\_



# Sistema Informativo dell'Assistenza Territoriale e Sociosanitaria SIATeSS

PATOLOGIA	CODICE ICD-9
Diabete	250.
Cardiopatia	402.
Fibrillazione atriale	427.31
Cardiopatia ischemica cronica non specificata. Cardiopatia ischemica SAI	414.9
Scompenso cardiaco	428.
Insufficienza respiratoria	518.83
Bronchite cronica ostruttiva, senza menzione di esacerbazione acuta. Bronchite asmatica cronica. Enfisema con bronchite cronica	491.2
Cirrosi epatica	571.
Postumi di fratture del collo del femore (Esiti frattura femore)	905.3
Postumi di fratture degli arti inferiori (Esiti frattura femore)	905.4
Postumi di fratture della colonna vertebrale e del tronco senza menzione di lesioni del midollo spinale (Esiti altre patologie ortopediche)	905.1
Postumi di fratture degli arti superiori (Esiti altre patologie ortopediche)	905.2
Artroprotesi	V52.
Amputazione di arto superiore	V49.6
Amputazione di arto inferiore	V49.7
Malattie osteomuscolari	710.
Artrosi generalizzata, sedi non specificate	715.
Artrite reumatoide	714.0
Demenza	290.
Morbo di Parkinson (Altre malattie neurologiche)	332.
Sclerosi Laterale Amiotrofica SLA	335.
Altre malattie del midollo spinale (Altre malattie neurologiche)	336.
Sclerosi multipla (Altre malattie neurologiche)	340.





## Lista Patologie ICD-9

Altre malattie demielinizzanti del sistema nervoso centrale (Altre malattie neurologiche)	341.
Epilessia (Altre malattie neurologiche)	345.1
Miastenia gravis (Altre malattie neurologiche)	358.
Postumi di malattie cerebrovascolari/esiti di ictus	438.
Emiplegia e emiparesi	342.
emiplegia/emiparesi	438.2
Quadriplegia e Tetraparesi	344.0
Sindrome di Down. Mongolismo. Sindrome di Down da traslocazione. Tisomia:. 21 o 22G	758.
Distrofia muscolare congenita ereditaria.	359.
Paralisi cerebrale infantile	343.
Disturbo generalizzato dello sviluppo	299.
Psicosi schizofreniche (Malattia psichiatrica)	295.
Psicosi affettive (Malattia psichiatrica)	296.
Disabilità intellettiva	319.
Cecità e ipovisione (Disturbi sensoriali)	369.
Perdita dell'udito (Disturbi sensoriali)	389.
Malnutrizione calorico-proteica	263.
Cachessia. Malattia devastante.	799.4
Obesità	278.
Disidratazione	276.51
Disfagia	820.09
Condizione Di Allettamento	V49.84
Ulcerazione da decubito. Ulcera da compressione. Ulcera da decubito. Ulcerazioni da decubito (ogni localizzazione)	707.
Ferita chirurgica non cicatrizzata	998.83

SIATeSS



# Sistema Informativo dell'Assistenza Territoriale e Sociosanitaria SIATeSS

Varici degli arti inferiori con ulcera e infiammazioneVene varicose con ulcere delle estremità basse [qualsiasi parte] o sede non specificata.	454.2
Presenza di tracheostomia	V44.0
Presenza di colostomia	V44.3
Presenza di Gastrostomia	V44.1
Presenza di altra apertura artificiale dell'apparato urinario. Nefrostomia. Breterostomia. Uretrostomia	V44.6
Insufficienza renale cronica	585
Ritenzione urinaria	788.2
Vescica neurologica	596.54
Altra incontinenza urinaria	788.39
Cure riabilitative	V57
_ogoterapia	V57.3
Flisioterapia Respiratoria	V57.0
Tumori maligni dell'orofaringe (Neoplasie)	146.
Tumori maligni dell'esofago (Neoplasie)	150.
Tumori maligni dello stomaco (Neoplasie)	151.
Tumori maligni del colon (Neoplasie)	153.
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici (Neoplasie)	155.
Tumori maligni della colecisti e dei dotti biliari extraepatici (Neoplasie)	156.
Tumori maligni del pancreas (Neoplasie)	157.
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni (Neoplasie)	162.
Tumori maligni della pleura (Neoplasie)	163.
Altri tumori maligni della cute (Neoplasie)	173.
Tumori maligni della mammella della donna (Neoplasie)	174.
Tumori maligni dell'utero, parte non specificata (Neoplasie)	179.



# Sistema Informativo dell'Assistenza Territoriale e Sociosanitaria SIATeSS

Lista Patologie ICD-9

Tumori maligni dell'ovaio e degli altri annessi uterini (Neoplasie)	183.
Tumori maligni della prostata (Neoplasie)	185.
Tumori maligni della vescica (Neoplasie)	188.
Tumori maligni dell'encefalo (Neoplasie)	191.
Tumori maligni secondari degli apparati respiratorio e digerente (Neoplasie)	197.
Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo	198.5
Tumori benigni del sistema nervoso	225.
Tumori maligni del sistema nervoso	191.
Linfoma	201.
Mieloma multiplo e neoplasie immunoproliferative (Neoplasie)	203.
Leucemia linfoide	204.
Leucemia mieloide (Neoplasie)	205.
Anemia	648.2





Via del Terminillo, 42 - 02100 - RIETI Tel.: 07462781 - PEC: asl.rieti@pec.it C.F. e P.I 00821180577

#### MODULO DI SCELTA DELL'ENTE EROGATORE ACCREDITATO ADI

Gentile utente, desideriamo informarLa che dal 2020, al fine di ampliare e migliorare l'offerta di servizi di Assistenza Domiciliare Integrata sul territorio, la Regione Lazio ha dato corso ad un nuovo sistema, che prevede l'accreditamento istituzionale degli Enti che operano per conto del Servizio Sanitario Regionale e offrono tale tipologia di servizi. A tale proposito cogliamo l'occasione per informarLa del fatto che l'elenco degli Enti accreditati presenti nel territorio, tra i quali ogni cittadino può liberamente scegliere per ricevere servizi di cure domiciliari, è visionabile sul sito web aziendale all'indirizzo:

https://www.asl.rieti.it/organizzazione-aziendale/dipartimenti/dipartimenti-funzioni-amministrative-edi-staff/funzioni-amministrative/uos-governo-erogatori-privati-accreditati

Tale documentazione è anche disponibile presso i Punti Unici di Accesso:

- PUA di Rieti, Via delle Ortensie 27, email puarieti@asl.rieti.it;
- PUA Antrodoco, Piazza Martiri della Libertà, email puaantrodoco@asl.rieti.it;
- PUA Sant'Elpidio, Strada Provinciale bivio Petrignano, email puaselpidio@asl.rieti.it;
- PUA Osteria Nuova, Viale Europa 13, email puaosterianuova@asl.rieti.it;
- PUA Poggio Mirteto, Via Finocchieto snc, email puapoggiomirteto@asl.rieti.it.

All'atto della presentazione della richiesta di attivazione dell'assistenza, è possibile scegliere il soggetto erogatore tra quelli sotto indicati utilizzando il modulo allegato, presso lo sportello del PUA distrettuale della ASL, ovvero trasmettendo una e-mail all'indirizzo di posta elettronica del PUA di riferimento. Nel caso in cui intenda modificare la Sua scelta in corso di trattamento potrà rivolgersi al PUA di riferimento con le stesse modalità indicate, utilizzando lo stesso modulo.

#### 1) Denominazione: Ria Home

E-mail: adi.riahome@riah.it (coordinamento infermieristico), amministrazione@riah.it (gestione am-

ministrativa)

Indirizzo Sede Legale: Via dell'Industria 27, Cittaducale (RI)

Indirizzo Sede Operativa: Via Nuova 169, Rieti (RI)

Orari di apertura: dal Lunedì al Venerdì dalle 08:00 alle 18:00, Sabato dalle 08:00 alle 13:00

Sito WEB: www.riahome.it

Telefono: 07461970309 (orari apertura sede).

Reperibilità telefonica: 3791760259.

#### 2) Denominazione: Life Cure S.r.l.

E-mail: adi.rieti@sapio.it

Indirizzo Sede Legale: Via Silvio Pellico 48, Monza (MB) Indirizzo Sede Operativa: Via Fratelli Sebastiani 121, Rieti (RI)

Orari di apertura: dal Lunedì al Venerdì dalle 08:00 alle 13:00 e dalle 14:00 alle 18:00, Sabato dalle

09:00 alle 13:00

Sito WEB: www.lifecure.it

Telefono: 0746201654 (orari apertura sede), 3316219190.

Reperibilità telefonica: 800144427.





Via del Terminillo, 42 - 02100 - RIETI Tel.: 07462781 - PEC: asl.rieti@pec.it C.F. e P.I 00821180577

Al Punto Unico di Accesso (PUA) della ASL

### MODULO DI SCELTA DELL'ENTE EROGATORE ACCREDITATO ADI

II /La sottoscritto/a			, nato/a il	
C.F.	, residente nel Comu	ıne di		
all'indirizzo	·	-	, in qualità di Beneficiario dir	etto
	ovvero			
☐Genitore (in caso di minore)				
☐Tutore legale				
☐Altro (specificare)				
del beneficiario del servizio ADI				
			nato/a il	,
C.F.	, residente nel Comu	une di		
all'indirizzo				
servizio di Assistenza Domiciliare ferenza in merito ai soggetti erog  PREFERENZA 1:  PREFERENZA 2:  Dichiara altresì:  Di non beneficiare di altre p	e Integrata, per le prestazion gatori privati accreditati: prestazioni a carico del SSR	ni indivi	n. 445/00 esprime, per l'erogazior iduate nel proprio PAI, la seguente GATORE SCELTO PER IL SERVIZIO)	
☐Di beneficiare di altre presta	azioni a carico dei 55k (spec	.iiicare)	).	
	·		nel rispetto del GDPR 679/2016 (Re Dimenti connessi alla presente proced	-
Luogo	, data			
			Firma	

Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità





Via del Terminillo, 42 - 02100 - RIETI Tel.: 07462781 - PEC: asl.rieti@pec.it C.F. e P.I 00821180577

# MODULO PER LE COMUNICAZIONI RELATIVE ALLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

Parte a cura dell'utente ADI o del suo Care Giver (da consegnare compilato al coordinatore/care manager dell'ente erogatore ADI)			
II/La sottoscritto/a	, C.F.		
in qualità di Beneficiario de	, i		
•			
ŗ	ovvero		
Care Giver del Beneficiario	, C.F,		
riporta le seguenti comunic Assistenza Domiciliare Integ	azioni relative alla qualità dell'assistenza, rilevate nel corso della propria grata:		
Eventuale figura profession	ale coinvolta (nominativo e/o ruolo):		
Data:	Firma (Paziente o Care Giver)		
(da inviare com	Parte a cura dell'ente erogatore ADI pilata al case manager aziendale e al medico coordinatore della UVM)		
`	,		
II/La sottoscritto/a	, in qualità di		
dell'ente erogatore	, riporta le seguenti dichiarazioni in merito alla		
comunicazione ricevuta, e i	e seguenti eventuali azioni intraprese:		
Data:	Firma (care manager/coord.)		





Via del Terminillo, 42 - 02100 - RIETI Tel.: 07462781 - PEC: asl.rieti@pec.it C.F. e P.I 00821180577

#### MODULO DI SOMMINISTRAZIONE E INFORMATIVA FARMACI OSPEDALIERI IN ADI

Da inviare alla Centrale Operativa ADI (adi@asl.rieti.it) e al MMG/PLS del paziente.

Il presente modulo va utilizzato solo per i farmaci endovena ad uso esclusivo ospedaliero (meropenem, ertapenem, ceftazidima-avibactam, tigeciclina, daptomicina, remdesivir, caspofungin, ceftozolano-tazobactam, cefiderocol) o per i farmaci da praticare endovena per dimostrata impossibilità clinica alla somministrazione di altre formulazioni non ospedaliere (linezolid, pantoprazolo, amoxicillina + clavulanato, levofloxacina, metronidazolo, azitromicina).\*

Il sottoscritto dr.	in servizio press	so l'UO	
	DICHIARA		
- che il sig.		, nato il	
C.F.	, MMG		
ha la seguente diagnosi:			
- che per tale paziente e diagno	si è necessaria la prosecuzio	one domiciliare della seguente	terapia
ospedaliera:		, secondo le seguenti mo	odalità:
		a velocità di infusione del farmaco dil nistrazioni, le eventuali precauzioni d	
- che i seguenti sono i successivi	eventuali controlli da effett	uare per il monitoraggio della t	erapia:
/indicare so ritanuti nees	ossari ali osami da offottuara a la	relativa tempistica, considerando	

quali sono le procedure normalmente eseguibili in regime domiciliare)

- che le prime dosi del farmaco sono già state somministrate in ambiente preferibilmente ospedaliero per ridurre il rischio di reazioni di ipersensibilità;
- che il farmaco non è sostituibile con altri farmaci o formulazioni non classificati come "ad uso esclusivo ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile" (art. 92 del D. Lgs. n. 219 del 24/04/2006);
- che il paziente o il suo legale rappresentante sono stati adeguatamente informati sulla terapia, sugli esiti, sui possibili effetti indesiderati o eventi avversi, sulle eventuali alternative terapeutiche e sui controlli necessari;





Via del Terminillo, 42 - 02100 - RIETI Tel.: 07462781 - PEC: asl.rieti@pec.it C.F. e P.I 00821180577

- che il paziente era o è stato inserito in ADI per impossibilità alla deambulazione e alla mobilizzazione con mezzi comuni e che sono stati valutati eventuali setting intermedi alternativi (degenza infermieristica, day hospital, ambulatori infermieristici, RSA);
- che il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta del paziente è stato contattato e condivide il trattamento proposto ed è disponibile a monitorare il percorso terapeutico;
- che è stato redatto l'apposito piano terapeutico per l'acquisizione del farmaco e inviato alla farmacia ospedaliera per la successiva acquisizione da parte del personale ADI;
- che collaborerà con il MMG/PLS per la valutazione e l'interpretazione degli esami richiesti per il monitoraggio della terapia
- che tale terapia è giudicata clinicamente somministrabile a domicilio da parte dell'infermiere ADI in assenza del medico, tenendo conto delle caratteristiche cliniche del paziente e considerando i limiti organizzativi dell'ADI (le somministrazioni non sono superiori a due al giorno e non sono previste somministrazioni notturne o nei giorni festivi)

Data:			
Firma e timbro del Medico (	) con a dali a ra		

\*Il presente modulo **non si applica alle seguenti terapie endovena**, vendibili al pubblico su prescrizione medica (art. 88 del D. Lgs. n. 219 del 24/04/2006), vendibili al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (art. 93 del D. Lgs. n. 219 del 24/04/2006), o antimicrobici in nota 56: ranitidina, mannitolo, ringer lattato, sodio cloruro in soluzione ipotonica isotonica o ipertonica, elettrolitica reidratante, glucosio dal 5% al 20%, potassio fosfato aspartato o cloruro, magnesio solfato, metoclopramide, furosemide, metilprednisolone da 20 mg a 1000 mg, albumina 5% e 20% (in nota 15), ceftriaxone, ceftazidima, tobramicina, piperacillina-tazobactam, piperacillina, netilmicina, mezlocillina, cefepime, amikacina, gentamicina, ampicillina + sulbactam, ampicillina, rifampicina, benzilpenicillina, cefotaxima, nutrizioni parenterali (es. Olimel, Kabiven, Smofkabiven), polivitaminici (es. Cernevit), amminoacidi 4% (es. Isoram), colistimetato sodico, ciprofloxacina, vancomicina, fluconazolo, voriconazolo, teicoplanina, rifabutina, imipenem + cilastatina, aztreonam.