

AZIENDA ULSS N. 8 BERICA

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA

REGIONE DEL VENETO



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 303 DEL 26/02/2025

O G G E T T O

AGGIORNAMENTO DEL MODELLO ORGANIZZATIVO CENTRALI OPERATIVE (COT) M6C1/1.2.2. - DECRETO MINISTERO DELLA SALUTE 20 MAGGIO 2022, N. 77 E DECRETO DEL DIRETTORE REGIONALE AREA SANITA' E SOCIALE DEL 8.01.2025, N. 3.

Proponente: DISTRETTO OVEST

Anno Proposta: 2025

Numero Proposta: 370/25

Il Direttore f.f. del Distretto Ovest, d'intesa con il Direttore del Distretto Est, riferisce:

Con deliberazione n. 769 del 09/05/2024 è stato approvato il modello organizzativo delle Centrali Operative (COT) ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 20 maggio 2022, n. 77.

Si ricorda che la Centrale Operativa Territoriale (COT) viene confermata come sistema organizzativo, del tutto innovativo, capace di svolgere una funzione di coordinamento e raccordo tra i servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali, nelle attività territoriali, sanitarie e socio sanitarie, ospedaliere, oltre che di raccordo con la rete dell'emergenza urgenza.

Si tratta di un sistema strutturato che stabilisce modalità formalizzate di comunicazione e utilizza strumenti tecnologici a supporto dei professionisti della salute che operano nelle Case della Comunità (CdC), nelle Unità di Continuità Assistenziale (UCA), nelle Cure Domiciliari Integrate (ADI), nelle residenze/centri diurni, nelle strutture ospedaliere, collaborando strettamente con i medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta. Un sistema che agisce anche in connessione con i servizi sociali dei Comuni. La COT opera in rete anche con il Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117 (NEA), il Punto Unico di Accesso (PUA) e dialoga con la rete dell'emergenza urgenza. Inoltre, è dotata di infrastrutture tecnologiche ed informatiche quali: una piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate.

Il modello organizzativo è stato previsto con una programmazione per esercitare 7 giorni su 7. Lo standard delle COT, come dal citato D.M. n. 77 del 23/05/2022, prevede n. 1 Centrale Operativa Territoriale (COT) ogni 100.000 abitanti con n. 1 Coordinatore Infermieristico aziendale (D.G.R. n. 721/2023), n. 3-5 Infermieri, n. 1-2 unità di Personale di Supporto (amministrativo o sanitario), ed inoltre viene implementata con personale di profilo sociale (Assistente sociale).

La programmazione aziendale prevede 5 COT di cui 1 HUB e 4 Spoke, e precisamente:

- COT HUB – San Felice Corso SS Felice e Fortunato, 229 – Vicenza
- COT SPOKE 1 - VICENZA Via Cappellari, 34 - Vicenza
- COT SPOKE 2 Noventa Vicentina - Via Capo di Sopra, 1 - Noventa Vicentina
- COT SPOKE 3 Valdagno Via Galileo Galilei, 3 – Valdagno
- COT SPOKE 4 Brendola Via Palladio, 63 – Brendola.

È successivamente intervenuto il Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale della Regione Veneto n. 3 del 08 gennaio 2025 “Linee di indirizzo per il modello organizzativo delle Centrali Operative Territoriali Hub e Spoke” - Allegato A – che richiede un aggiornamento del citato modello, come declinato nell'allegato documento “*Modello Organizzativo della Centrale Operativa Territoriale dell'Azienda ULSS 8 Berica*” (All. 1), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che è stato redatto tenendo conto anche delle altre fonti documentali fornite, dal D.M. n. 77/2022, dagli orientamenti AGENAS - Quaderno di Monitor 2022 e Quaderno di Monitor 2022- supplemento alla rivista semestrale Monitor, dalla D.G.R. del 22 giugno 2023 n.72.

Il modello organizzativo aggiornato è integrato con la Casa della Comunità e la Centrale Operativa 116117 e considera l'implementazione degli strumenti di telemedicina secondo le “Linee guida organizzative contenute nel Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare” di cui al DM 29 aprile 2022.

La COT garantisce:

- la continuità delle cure
- la richiesta di intervento da parte di tutti gli attori del sistema

- l'accessibilità e l'integrazione dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria
- la modalità di coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi ed i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali
- l'ottimizzazione degli interventi con l'attivazione delle diverse risorse e soggetti della rete assistenziale
- l'operatività di 7 giorni su 7
- la garanzia dello standard minimo di personale
- il tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo all'altro di cura o da un livello clinico assistenziale all'altro mediante il sistema informativo interoperabile e con modalità di accesso al FSE
- il monitoraggio dei dati di salute.

Nel documento allegato vengono riportate le funzioni e le caratteristiche delle COT Hub e COT Spoke, vengono rappresentati i processi che coinvolgono la COT con le relative interconnessioni con i servizi delle Strutture Ospedaliere e le Strutture/Servizi Territoriali:

- Transizione ospedale–territorio, oggetto di procedura per la dimissione ospedaliera protetta in attuazione del D.M. n. 31 del 03.04.2023: Percorso unico regionale per la dimissione ospedaliera protetta;
- Transizione territorio – ospedale;
- Transizione territorio -territorio;
- Coordinamento e monitoraggio della salute al domicilio – Tele-monitoraggio e/o Telecontrollo.

Ogni transizione viene articolata nelle specifiche fasi operative che comprendono l'identificazione del bisogno e avvio del processo, l'identificazione del setting di destinazione e il coordinamento della transizione, l'attuazione della transizione.

Si precisa, infine, che il nuovo documento contiene anche la procedura aziendale per la dimissione ospedaliera protetta in attuazione del Decreto n. 31 del 3 aprile 2023: percorso unico regionale per la dimissione ospedaliera protetta, che pure si allega (all. 2).

Il medesimo Direttore ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in relazione alla sua compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale in materia.

I Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio-Sanitari hanno espresso il parere favorevole per quanto di rispettiva competenza.

Sulla base di quanto sopra:

IL DIRETTORE GENERALE

DELIBERA

1. di approvare l'allegato documento recante il Modello Organizzativo della Centrale Operativa Territoriale dell'Azienda ULSS 8 Berica (All. 1), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, redatto ai sensi della normativa vigente in materia, che aggiorna e supera il precedente approvato con deliberazione n. 769/2024, come spiegato in premessa;
2. di avvertire che il documento contiene anche la procedura aziendale per la dimissione ospedaliera protetta in attuazione del Decreto n. 31 del 3 aprile 2023: percorso unico regionale per la dimissione

ospedaliera protetta, che pure si allega (all. 2);

3. di stabilire che eventuali successive integrazioni o provvedimenti regionali e nazionali specifici in materia verranno considerati per modifiche o aggiornamenti;
4. di prescrivere che il presente atto venga pubblicato all'Albo on-line dell'Azienda.

Parere favorevole, per quanto di competenza:

Il Direttore Amministrativo
(dr. Leopoldo Ciato)

Il Direttore Sanitario
(dr. Alberto Rigo)

Il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari
(dr. Achille Di Falco)

IL DIRETTORE GENERALE
(Patrizia Simionato)

Copia del presente atto viene inviato al Collegio Sindacale al momento della pubblicazione.

IL DIRETTORE
UOC AFFARI GENERALI



Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto

AZIENDA ULSS N. 8 BERICA

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA

COD. REGIONE 050-COD. U.L.SS.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242-Cod. iPA AUV
Tel. 0444 753111 - Fax 0444 931178 Mail protocollo@aulss8.veneto.it
PEC protocollo.aulss8@pecveneto.it
www.aulss8.veneto.it

DIREZIONE SERVIZI SOCIO SANITARI

DIREZIONE SANITARIA

Modello organizzativo Centrale Operativa Territoriale

DM 23/5/2022, n. 77

DGR n. 721 del 22 giugno 2023

DDR n. 3 dell'8 gennaio 2025

INDICE

| | |
|--|-----------|
| Premessa | 3 |
| LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE | 4 |
| MISSION | 4 |
| ELENCO DELLE FUNZIONI/PROCESSI DELLA COT | 5 |
| LE PRINCIPALI RELAZIONI FUNZIONALI DELLE COT HUB E SPOKE | 10 |
| I PROCESSI: CASI D'USO | 10 |
| ORGANIGRAMMA e FUNZIONIGRAMMA | 19 |
| INDICATORI DI PROCESSO E DI RISULTATO DELLE COT HUB E SPOKE | 20 |
| ACRONIMI | 21 |
| TEMPI DI ENTRATA IN VIGORE | 21 |
| Allegati | |

Premessa

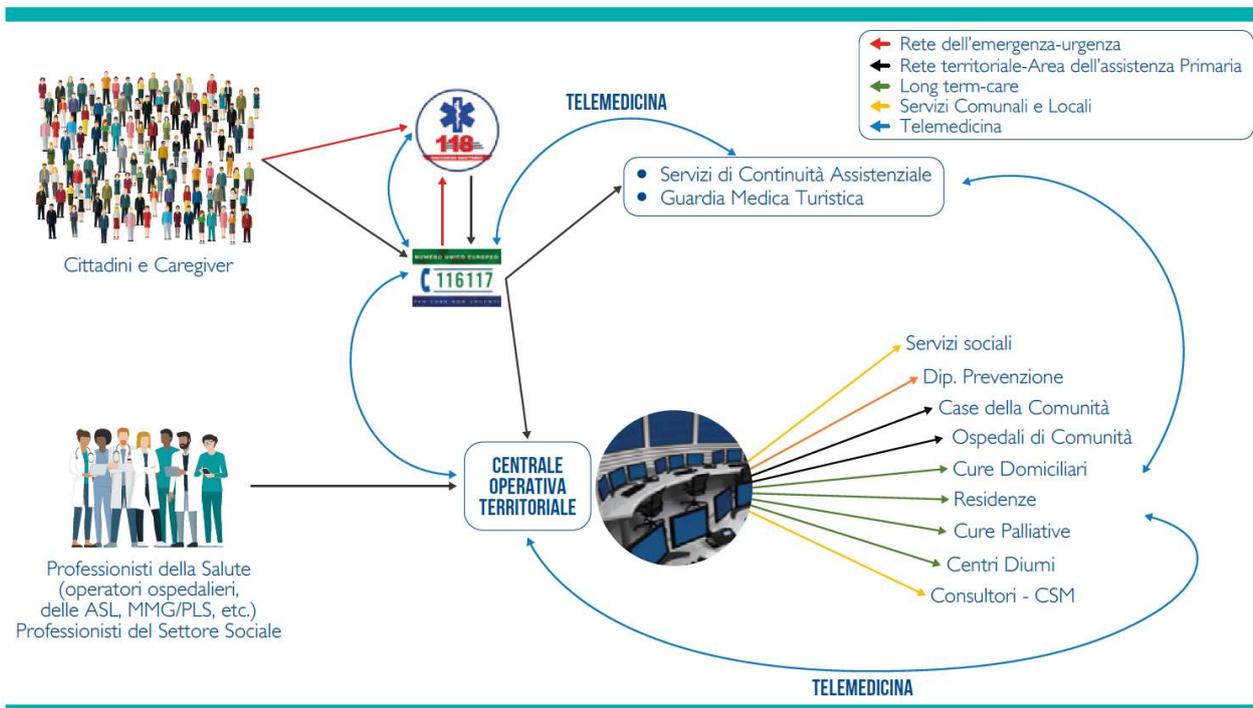
La gestione integrata e la continuità dell'assistenza rappresentano due obiettivi principali del Piano socio-sanitario regionale della Regione Veneto, che danno valore all'assistenza garantita. La COT si conferma quale elemento del tutto innovativo sia nel contesto regionale che nazionale. Alla luce di quanto previsto dal recente DDR n. 3 dell'8 gennaio 2025 "Linee di indirizzo per il modello organizzativo delle Centrali Operative Territoriali Hub e Spoke" Allegato A e dalla DGR n. 721 del 22 giugno 2023 – Programmazione dell'assetto organizzativo ed operativo della rete assistenziale territoriale in attuazione a quanto previsto ex Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR) e DM 23/5/2022, n. 77. DGR. n. 2/CR del 10/01/2023, si definisce un modello organizzativo di integrazione tra Ospedale e Territorio.

LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che ha come obiettivo quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio- sanitaria. Assolve al suo ruolo di racconto tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti e svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona. Per svolgere tale funzione la COT opera in rete con gli altri servizi territoriali tra cui anche il Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117 (NEA) e il Punto Unico di Accesso (PUA), con i servizi ospedalieri e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Stabilisce modalità formalizzate di comunicazione e utilizza strumenti tecnologici a supporto dei professionisti della salute che operano nelle Case della Comunità (CdC), nelle Unità di Continuità Assistenziale (UCA), nelle Cure Domiciliari Integrate (ADI), nelle residenze/centri diurni, nelle strutture ospedaliere, collaborando strettamente con i servizi di Bed Management, nelle altre strutture territoriali (es. SERD, Alcologia) e con gli MAP/PLS, oltre che con i servizi sociali dei Comuni.

Le interconnessioni tra i Servizi



Tutti gli attori del sistema, personale distrettuale e ospedaliero, possono richiedere l'intervento della COT, ovvero: Medici del ruolo unico di assistenza primaria, PLS, medici specialisti ambulatoriali interni e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali ospedalieri e distrettuali, nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali e personale dei Comuni (Servizi Sociali).

La COT si dota di infrastrutture tecnologiche ed informatiche quali: una piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate.

Il modello organizzativo è integrato con la Casa della Comunità e la Centrale Operativa 116117, considera l'implementazione degli strumenti di telemedicina secondo le "Linee guida organizzative contenenti il Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare" di cui al DM 29 aprile 2022.

La COT viene programmata per esercitare 7 giorni su 7. Lo standard delle COT, come da DM 77 del 23/05/2022, prevede 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti con 1 Coordinatore Infermieristico aziendale (DGR n. 721/2023), 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto (amministrativo o sanitario), inoltre, la COT viene implementata con del personale di profilo sociale (Assistente sociale).

In ULSS 8 Berica sono previste 5 COT di cui 1 HUB e 4 Spoke di seguito illustrate:

| N. | Denominazione | Indirizzo sede |
|-----------|--------------------------------------|--|
| 1 | COT HUB - SAN FELICE | Corso SS Felice e Fortunato , 229 - Vicenza |
| 2 | COT SPOKE 1 - VICENZA | Via Cappellari, 34 - Vicenza |
| 3 | COT SPOKE 2 Noventa Vicentina | Via Capo di Sopra, 1 - Noventa Vicentina |
| 4 | COT SPOKE 3 Valdagno | Via Galileo Galilei, 3 - Valdagno |
| 5 | COT SPOKE 4 Brendola | Via Palladio, 63 - Brendola |

Di seguito si rappresenta la dotazione prevista per le COT.

| COT HUB-San Felice - Vicenza | COT SPOKE 1 - Vicenza | COT SPOKE 2 Noventa Vicentina | COT SPOKE 3 Valdagno | COT SPOKE 4 Brendola |
|--|------------------------------|--------------------------------------|--|-----------------------------|
| Coordinatore Infermiere | | | Coordinatore Infermiere | |
| Infermiere | Infermiere | Infermiere | Infermiere | Infermiere |
| Infermiere | Infermiere | Infermiere | Infermiere | Infermiere |
| Infermiere | Infermiere | Infermiere | Infermiere | Infermiere |
| Assistente Sociale | Assistente Sociale | Assistente Sociale | Assistente Sociale | Assistente Sociale |
| Figura di supporto amministrativo | | | Figure di supporto amministrativo | |

La responsabilità del funzionamento della COT HUB, della gestione e del coordinamento del personale è affidata a un infermiere dipendente con incarico di funzione organizzativa.

La COT risponde ad un numero telefonico unico aziendale 0444/755200 con un sistema di telefonia predisposto alla registrazione delle chiamate e delle conversazioni. Il raccordo con la rete dell'emergenza – urgenza prevede che le COT utilizzino un numero dedicato 0444/929800 che consente alla Centrale Operativa 118 di riconoscerle immediatamente.

MISSION

La COT si pone come struttura che nasce per la continuità e prende in carico la complessità, non consentendo più alibi né rimpalli della persona tra le diverse strutture, garantendo la tracciabilità dei processi e la loro trasparenza a pazienti e familiari.

Più in dettaglio è strumento di: raccolta e classificazione del problema/bisogno, attivazione delle risorse più appropriate, pianificazione e coordinamento degli interventi mediante attivazione di soggetti/risorse della rete assistenziale per

l'attuazione di processi integrati e la loro standardizzazione in Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, tutela della presa in carico della persona assistita coordinando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro.

L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, attraverso un servizio rivolto prevalentemente ad operatori sanitari e socio-sanitari, garantendo un coordinamento unitario del percorso di cura e assistenza. Tale percorso viene definito secondo i criteri della valutazione multidimensionale che riconosce nell'Unità valutativa multidimensionale (UVMD) un efficace strumento per la pianificazione degli utenti con maggiore complessità.

La COT offre supporto nella gestione e nell'assistenza delle persone che presentano bisogni sanitari e sociosanitari complessi, garantendo sostegno informativo e logistico e razionalizzando gli interventi grazie a un più efficace coordinamento e all'implementazione della telemedicina e di tutti gli strumenti tecnologici e informatici necessari.

La COT, avendo come target specifico soprattutto le persone con cronicità complesse, fragili, non autosufficienti, disabili, con problemi afferenti alla salute mentale e alle dipendenze, malattie rare, ecc., agisce come supporto alle azioni governate dai MAP e PLS per garantire una vera presa in carico e fornisce anche monitoraggio avanzato dei bisogni sanitari, utilizzando informazioni e dati per programmare azioni proattive.

ELENCO DELLE FUNZIONI/PROCESSI DELLA COT

La COT assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- **coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari** coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- **coordinamento/ottimizzazione degli interventi**, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- **tracciamento e monitoraggio delle transizioni** da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- **supporto informativo e logistico**, ai professionisti della rete assistenziale (Medici del ruolo unico di assistenza primaria, PLS, Medici specialisti, IFoC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
- **raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute**, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità (PIC), dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle Case della comunità e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

La COT HUB rappresenta il punto di riferimento aziendale per tutti gli attori della rete socio-sanitaria, per le altre COT e gli altri servizi extra regionali in relazione alle funzioni di seguito descritte e sintetizzate nella Tabella 1. E' responsabile della mappatura delle risorse della rete assistenziale Aziendale (Ospedale, Distretto, DSM), in collaborazione con Direzione Medica Ospedaliera, Direzione della Funzione Territoriale e Conferenza dei Sindaci, mantenendo aggiornati i risultati e rendendoli disponibili ai servizi che li necessitano (es.: COT spoke, Cure Primarie e altri servizi distrettuali, Servizi di Infermieristica di Famiglia o Comunità, Case della Comunità, Punto Unico di Accesso, etc.).

Essa funge da raccordo tra i servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali aziendali, fornendo il necessario supporto informativo e logistico ai professionisti della rete territoriale e ospedaliera, in particolare per le richieste extra AULSS ed extra Regione. Rileva aree di bisogno prive di percorsi definiti o aggiornati, svolgendo un ruolo attivo nella definizione dei percorsi, facilitando l'implementazione di PDTA/Procedure/Modalità operative aziendali.

Ha un ruolo attivo nella decodifica dei bisogni assistenziali dell'utente e della sua famiglia rilevati dagli operatori della rete (assessment) e nell'attivare (o riattivare) la presa in carico nei confronti di utenti di altre aziende ULSS o extra-regionali.

Attiva i soggetti e le risorse appropriate della rete aziendale ed extra-aziendale, il percorso dimissioni protette e l'UVMD quando necessario.

Monitora le transizioni tracciate dalla COT Spoke, tra i diversi setting o da un livello clinico assistenziale all'altro a livello aziendale, facilitando e valutando il funzionamento dei percorsi già attivi. Supporta le COT Spoke in mancanza di percorsi o mancato funzionamento degli stessi. Collabora con le strutture competenti nella gestione a livello aziendale dei posti letto delle strutture intermedie (OdC, Hospice, URT), strutture residenziali e semi-residenziali (per persone non autosufficienti/con disabilità/con dipendenze/minori).

La COT Hub coordina funzionalmente le COT Spoke ed esplica le proprie funzioni di Population Health Management in supporto al Direttore della Funzione Territoriale.

La COT Spoke rappresenta il punto di riferimento per tutti gli attori della rete socio-sanitaria del territorio di Competenza distrettuale. Mappa le risorse della rete per l'ambito territoriale distrettuale e collabora attivamente con la COT Hub nella mappatura delle risorse aziendali. Fornisce il necessario supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFoC, etc.), riguardo le attività e servizi distrettuali.

Decodifica i bisogni assistenziali dell'utente e della sua famiglia (assessment) e attiva o riattiva la presa in carico dei bisogni sanitari, sociosanitari e socioassistenziali delle persone con cronicità complesse e/o fragili (pop. target). Attiva i soggetti e le risorse della rete territoriale sanitaria e socio-sanitaria di riferimento in integrazione con l'ATS per i bisogni socio-sanitari (PUA), il percorso dimissioni protette e l'UVMD quando necessario, in stretta collaborazione con le Cure Primarie e le Cure Palliative distrettuali.

La COT si interfaccia con il PUA quale nodo funzionale della rete dei servizi, in particolare per l'attivazione dei soggetti e delle risorse della rete territoriale sanitaria, sociale e socio-sanitaria distrettuale, in integrazione con l'ATS, con l'effettuazione di una valutazione multidimensionale (UVMD) quando necessario.

Monitora e traccia le transizioni tra i diversi setting o da un livello clinico assistenziale all'altro e la presa in carico da parte dei servizi competenti per l'ambito territoriale distrettuale, intervenendo operativamente in mancanza di percorsi o mancato funzionamento degli stessi o mancata chiarezza sulle competenze.

Coordina la presa in carico della persona in dimissione da strutture ospedaliere e intermedie e per l'organizzazione delle ammissioni protette, per l'organizzazione delle ammissioni temporanee e/o definitive residenziali e presso le strutture di ricovero intermedie o rientro a domicilio. Modula le attività di assessment specifici sui pazienti ed esplica le proprie funzioni di Population Health Management in supporto al Direttore di Distretto e alla COT Hub.

Tabella 1 – Sinottico funzioni e caratteristiche COT HUB e COT SPOKE

| | | COT HUB | COT Spoke |
|--|------------------------------|---|---|
| | Target | Utenti residenti e non residenti. In particolare persone con cronicità complesse e/o fragili e/o con dimissione "difficile" o ricoveri ripetuti, casi complessi (anche familiari) nell'ambito aziendale e in relazione a territori di altre Aziende o di altre regioni. | Persone con cronicità complesse e/o fragili e/o con dimissione "difficile" o ricoveri ripetuti, casi complessi (anche familiari) nell'ambito del territorio di riferimento. |
| | Bacino di riferimento | Aziendale - extra aziendale. Extra regionale (salvo particolari accordi di confine). Extra nazionale. | Distrettuale/Sub-distrettuale (salvo particolari accordi di confine). |

| | | | |
|----------------------------|--|--|--|
| Modello di servizio | Filiera dei servizi di riferimento | <p>Servizi sanitari/socio-sanitari/sociali e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: ospedaliero (UO, Pronto Soccorso, ambulatori), territoriale/distrettuale (Cure Primarie, Rete Locale Cure Palliative, Disabilità e Non autosufficienza, Salute Mentale, Infanzia Adolescenza Famiglia, Dipendenze).</p> <p>Dialoga con la rete dell'emergenza- urgenza 118, il Pronto Soccorso, il 116117 e il PUA per gli utenti particolarmente complessi e/o provenienti da extra Regione ed extra ULSS.</p> | <p>Servizi sanitari/socio-sanitari/sociali e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: ospedaliero (UUOO, Pronto Soccorso, ambulatori), territoriale/distrettuale (Cure Primarie, Rete Locale Cure Palliative, Disabilità e Non autosufficienza, Salute Mentale, Infanzia Adolescenza Famiglia, Dipendenze) nell'ambito del territorio di riferimento.</p> <p>Dialoga con la rete dell'emergenza- urgenza 118, il Pronto Soccorso, il 116117 e il PUA.</p> |
| | Soggetti che la attivano | <p>Tutti gli attori della rete socio-sanitaria</p> <p>Altre COT Hub</p> <p>COT e altri servizi extra regione</p> | <p>Tutti gli attori della rete socio-sanitaria territoriale di riferimento COT Hub</p> |
| Principali Funzioni | Mappatura delle risorse | <p>Mappatura delle risorse della rete assistenziale Aziendale (Ospedale, Distretto, DSM), in collaborazione con DMO, DFT e Conferenza dei Sindaci.</p> <p>Manutiene i risultati e li rende disponibili ai servizi che li necessitano (es.: COT Spoke, Cure Primarie e altri Servizi distrettuali, IFoC, CDC, PUA, etc.)</p> | <p>Mappatura delle risorse della rete assistenziale per l'ambito di riferimento, collaborazione con la COT Hub.</p> |
| | Gestione/ attivazione delle risorse | <p>Decodifica dei bisogni assistenziali dell'utente e della sua famiglia rilevati dagli operatori della rete (assessment) e attivazione (o riattivazione) della presa in carico, per utenti di altre Aziende ULSS o extra-regionali e dei bisogni sanitari, sociosanitari e socioassistenziali delle persone con cronicità complesse e/o fragili (pop. target) nel territorio di riferimento.</p> <p>Collaborazione con le strutture competenti nella gestione a livello aziendale dei posti letto delle strutture intermedie (OdC, Hospice, URT), Strutture residenziali e semi- residenziali.</p> <p>Coordinamento funzionale delle COT Spoke.</p> | <p>Decodifica dei bisogni assistenziali dell'utente e della sua famiglia (assessment) e attivazione (o riattivazione) della presa in carico dei bisogni sanitari, sociosanitari e socioassistenziali delle persone con cronicità complesse e/o fragili (pop. target) nel territorio di riferimento.</p> <p>Attivazione dei soggetti e delle risorse della rete territoriale sanitaria, sociale e socio-sanitaria di riferimento, in integrazione con l'ATS, tramite il PUA, con l'effettuazione di una valutazione multidimensionale (UVMD) quando necessario.</p> |

| | | |
|---|---|---|
| <p>Transitional care management</p> | <p>Coordinamento della presa in carico della persona tra i diversi setting o da un livello clinico assistenziale all'altro a livello aziendale ed extra- aziendale.</p> | <p>Coordinamento e raccordo a livello Distrettuale per la presa in carico della persona in dimissione da strutture ospedaliere e intermedie e per l'organizzazione delle ammissioni protette. Coordinamento e raccordo a livello Distrettuale per l'organizzazione delle ammissioni temporanee e/o definitive residenziali e presso le strutture di ricovero intermedie o rientro a domicilio. Può effettuare assessment specifici sui pazienti nei diversi setting assistenziali.</p> |
| <p>Tracciamento e monitoraggio</p> | <p>Monitoraggio delle transizioni, tracciate dalla COT Spoke, tra i diversi setting o da un livello clinico assistenziale all'altro a livello aziendale. Monitora, facilita e controlla il funzionamento dei percorsi già attivi e interviene operativamente in supporto alle COT Spoke in mancanza di percorsi o mancato funzionamento degli stessi.</p> | <p>Monitoraggio e tracciatura delle transizioni tra i diversi setting o da un livello clinico assistenziale a11'a1tro e della presa in carico da parte dei servizi competenti per l'ambito territoriale di riferimento. Interviene operativamente in mancanza di percorsi o mancato funzionamento degli stessi.</p> |
| <p>Realizzare e supportare connessioni</p> | <p>Raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali aziendali.</p> <p>Supporto informativo e logistico ai professionisti della rete territoriale ed ospedaliera per le richieste extra ULSS e extra Regione.</p> <p>Rilevazione di aree di bisogno prive di percorsi definiti o aggiornati, ruolo attivo nella definizione dei percorsi, facilitando l'implementazione di PDTA/procedure/modalità operative aziendali.</p> | <p>Supporto informativo e logistico a livello Distrettuale ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFoC, ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali.</p> |
| <p>Population Health Management</p> | <p>Supporto al Direttore della Funzione Territoriale nella raccolta, analisi e monitoraggio dei dati di salute e dei percorsi delle persone e della popolazione dei Distretti per finalità di analisi, programmazione, governo, medicina di iniziativa nonché attività di monitoraggio di indicatori di struttura, processo ed esito.</p> | <p>Supporto al Direttore di Distretto (e alla COT Hub) nella raccolta e monitoraggio dei dati di salute e dei percorsi delle persone e della popolazione del Distretto (approccio "di comunità") ed afferente alle CDC per finalità di analisi, programmazione, governo, medicina di iniziativa</p> |

| | | | |
|------------------------------|----------------------------------|---|--|
| | | Supporto nella produzione di reportistica ad hoc, con dettaglio e granularità utile alla tipologia di servizio e al suo bacino d'utenza (Distretto, CDC, SIFoC, AFT, etc). | nonché attività di monitoraggio di indicatori di struttura, processo ed esito. |
| | Integrazione informativa | Trasversale | Trasversale |
| | Telemedicina | Come da modello organizzativo regionale Telemedicina | Come da modello organizzativo regionale Telemedicina |
| Modello organizzativo | Dipendenza funzionale | Dipende dal Direttore della Funzione Territoriale | Dipende dal Direttore di Distretto |
| | Organizzazione funzionale | Le funzioni di COT Hub possono essere attribuite a livello Aziendale ad una determinata COT Spoke. | Le funzioni di COT Spoke possono integrare quelle della centrale ADI del territorio di riferimento, dei NCC (dove presenti) e del PUA. |
| | Personale | Standard applicati nel modello indicato dalla DGR 721/2023 e nel rispetto degli standard organizzativi previsti dal DM 77/2022, in relazione alle funzioni assegnate alle COT e alla integrazione nelle COT Spoke di altri moduli funzionali (centrale ADI, PUA, NCC) e allo sviluppo dei restanti servizi previsti dalla programmazione territoriale correlata al DM 77/2022. La responsabilità del funzionamento della COT Hub, della gestione e del coordinamento del personale è affidata a un infermiere dipendente con incarico di funzione organizzativa. | Standard applicati nel modello indicato dalla DGR 721/2023 e nel rispetto degli standard organizzativi previsti dal DM 77/2022, in relazione alle funzioni assegnate alle COT e alla integrazione nelle COT Spoke di altri moduli funzionali (centrale ADI, PUA, nuclei di continuità delle cure) e allo sviluppo dei restanti servizi previsti dalla programmazione territoriale correlata al DM 77/2022. La responsabilità del funzionamento della COT Spoke, della gestione e del coordinamento del personale è affidata a un infermiere dipendente, con incarico di funzione organizzativa, attraverso l'aggregazione delle funzioni a quelle previste per altri incarichi nell'ambito distrettuale. Nel caso in cui ad una COT Spoke vengano attribuite anche le funzioni di COT Hub, le funzioni organizzative e la responsabilità del funzionamento saranno in capo all'incaricato di funzione organizzativa della COT Hub. |
| | Sistema Informativo | Sistema unico regionale | Sistema unico regionale |

LE PRINCIPALI RELAZIONI FUNZIONALI DELLE COT HUB E SPOKE

Le Direzioni Mediche Ospedaliere, Bed Management e le UUOO delle strutture ospedaliere Hub e Spoke dell'Azienda ULSS 8 hanno come riferimento la COT territoriale della struttura al fine della presa in carico della segnalazione ed il successivo coinvolgimento della COT spoke di residenza del paziente.

Le Case di Cura Private Accreditate dell'Azienda ULSS 8 hanno come unico riferimento la COT Hub al fine della presa in carico della segnalazione ed il successivo coinvolgimento della COT spoke di residenza del paziente.

Per le Strutture Intermedie dell'Azienda ULSS 8 la COT Hub ha a disposizione e può consultare le liste d'attesa e le disponibilità dei posti letto a livello aziendale delle Strutture Intermedie (ODC, Hospice e URT) allo scopo di favorire una gestione unica e centralizzata.

Per le Strutture Residenziali e Semi-residenziali, per persone non autosufficienti/con disabilità/ con dipendenze/ minori, la COT Hub si interfaccia con i servizi preposti e può consultare le liste d'attesa e le disponibilità dei posti letto a livello aziendale anche per inserimenti temporanei per persone non autosufficienti allo scopo di favorire una gestione unica e centralizzata.

La CO 116117, quale nodo funzionale della rete dei servizi, si integra con la COT Spoke quale parte attiva nella mappatura dei bisogni socio-sanitari in capo al Distretto, in coordinamento con la COT Hub.

Il PUA, quale nodo funzionale della rete dei servizi, si interfaccia con la COT Spoke in particolare per l'attivazione dei soggetti e delle risorse della rete territoriale sanitaria, sociale e socio-sanitaria di riferimento, in integrazione con l'ATS, con l'effettuazione di una valutazione multidimensionale (UVMD) quando necessario.

I SIFoC e gli altri Servizi distrettuali si rapportano con la COT Hub o Spoke di riferimento del paziente, in relazione alle necessità.

La CO 118 si interfaccia con la COT Hub o Spoke sia per la gestione di bisogni urgenti dei pazienti già in carico sia per la presa in carico di nuovi pazienti che si rivolgono al 118 per bisogni non urgenti, attraverso le funzioni della CO 116117.

I PROCESSI: CASI D'USO

Di seguito alcuni casi d'uso e le relative rappresentazioni grafiche dei processi che coinvolgono le COT Hub e Spoke con le relative interconnessioni con i servizi delle Strutture Ospedaliere e le Strutture/Servizi Territoriali:

- A) Transizione ospedale - territorio
- B) Transizione territorio - ospedale
- C) Transizione territorio - territorio
- D) Coordinamento e monitoraggio della salute al domicilio – Telemonitoraggio e/o Telecontrollo

A) TRANSIZIONE OSPEDALE – TERRITORIO

La transizione ospedale territorio è oggetto di una Procedura aziendale che applica i contenuti del documento DDR 31 del 3/4/2023 (Allegato n. 1)

B) TRANSIZIONE TERRITORIO – OSPEDALE (Ammissione protetta)

Il Territorio (rappresentato dai suoi diversi setting) esprime il bisogno di un ricovero ospedaliero (ammissione protetta) non a carattere di urgenza, ma programmabile. Anche questo processo si sviluppa in 3 fasi di seguito descritte.

Fase 1 - Identificazione del bisogno e avvio del processo

La Struttura /Servizio Territoriale richiedente (MAP/PLS - Medico Palliativista/Medico del Distretto):

- ravvisa il bisogno
- predispone la prescrizione/richiesta
- invia prescrizione/richiesta alla COT

La COT:

- prende in carico la prestazione/richiesta
- integra informazioni sul caso

La COT per svolgere le sopracitate attività, limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione (ammissione protetta), ha a disposizione supporti tecnici e informativi:

- sistema di ricezione delle notifiche
- possibilità di recuperare informazioni sulla presenza di esigenze clinico assistenziali specifiche (es. trasportabilità, utilizzo di particolari presidi, presenza di un accompagnatore)
- possibilità di recuperare informazioni sulla prestazione richiesta per cui è necessario un accesso in ospedale (es. sostituzione di catetere venoso centrale, PEG, programmazione di visite specialistiche o esami diagnostici).

Fase 2 - Identificazione del setting di destinazione e Coordinamento della transizione

La COT in collaborazione con i referenti della Struttura ospedaliera:

- facilita la transizione tra setting, anche accedendo alle piattaforme aziendali dedicate e alle agende di prenotazione
- propone al richiedente la struttura disponibile individuata
- fissa l'appuntamento, supportando la valutazione e gestione delle priorità di risposta da dare
- facilita, salvo diverse organizzazioni territoriali, la transizione (es. organizzazione dell'appuntamento e accesso) della persona assistita dal territorio alla struttura ospedaliera individuata.

Per svolgere le sopracitate attività, limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione (ammissione protetta), la COT ha a disposizione supporti tecnici e informativi:

- cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni
- possibilità di accedere alle agende di prenotazione delle strutture ospedaliere con l'indicazione delle disponibilità per la fase di prenotazione e con la possibilità di riservare la risorsa individuata
- sistema di notifica al MAP/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti a domicilio, ecc.).

La Struttura /Servizio Territoriale richiedente (MAP/PLS - Medico Palliativista/Medico del Distretto):

- conferma alla COT la proposta di appuntamento e accesso in ospedale
- mantiene il contatto con la persona assistita e la sua famiglia.

Fase 3 - Attuazione della transizione

La Struttura Ospedaliera:

- effettua la prestazione di ricovero
- emette la documentazione clinica
- notifica di avvenuta/non avvenuta prestazione alla COT.

La Struttura/Servizio Territoriale richiedente (MAP/PLS - Medico Palliativista/Medico del Distretto):

- gestisce la persona assistita nella fase di transizione (informazioni, coinvolgimento accompagnatori, ecc.)
- riprende in carico la persona assistita al termine della transizione in ospedale.

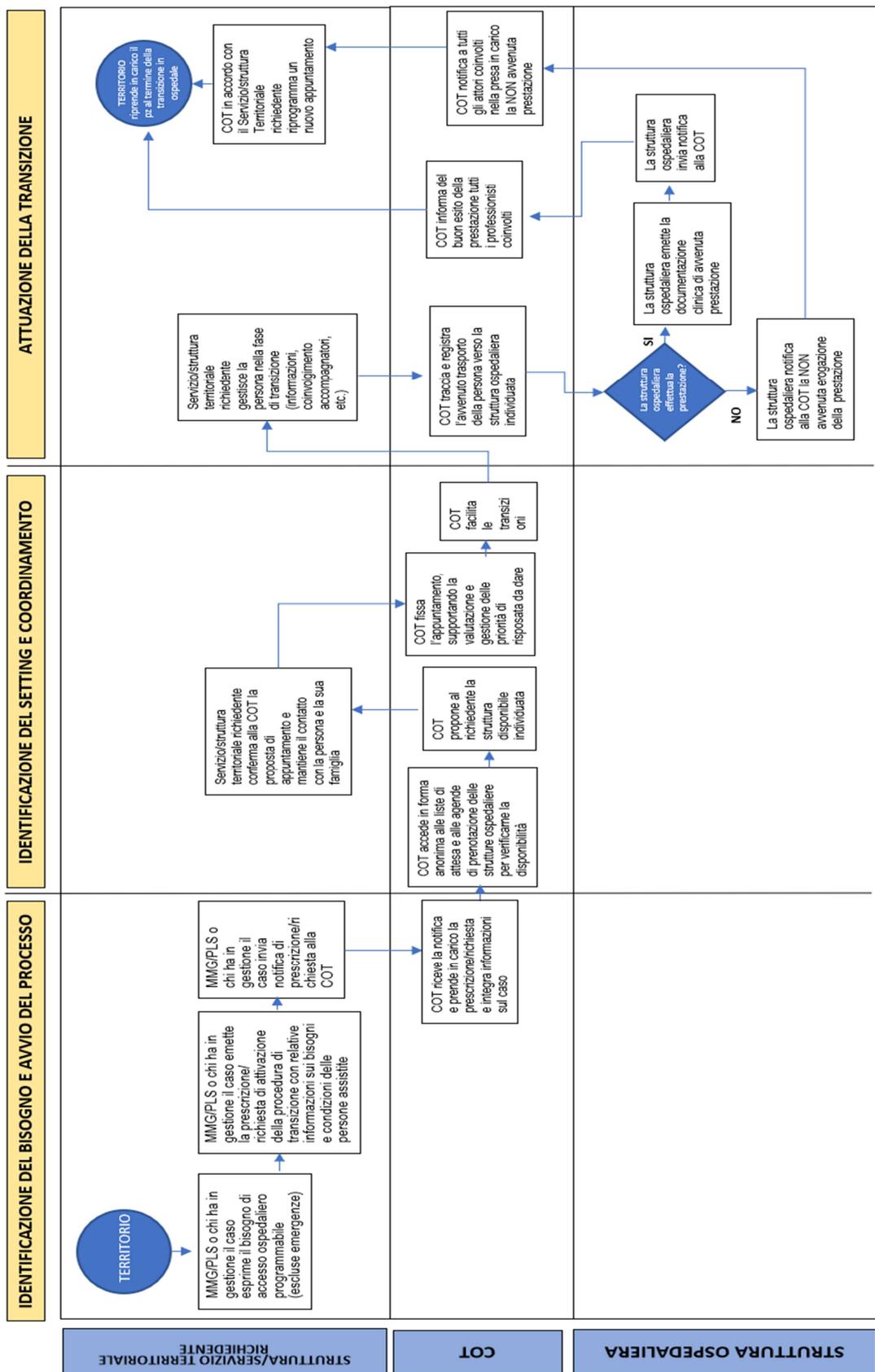
La COT:

- monitora il completamento della transizione e supporta la risoluzione di eventuali problematiche
- notifica a tutti gli attori coinvolti l'esito della transizione e ne garantisce l'adeguato aggiornamento e, nel caso in cui la prestazione non venga erogata, riprogramma un nuovo appuntamento, in accordo con la Struttura/Servizio Territoriale richiedente.

La COT per svolgere le sopracitate attività, limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione (ammissione protetta), ha a disposizione supporti tecnici e informativi:

- cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche per la valutazione della rispondenza alle fasi e tempi previsti e con funzionalità di notifica degli scostamenti eventuali
- sistema integrato con i principali applicativi di gestione ospedaliera per acquisire accettazione della persona assistita (prestazioni ospedaliere)
- sistema di notifica al MAP/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti a domicilio, ecc.). sistema di notifica al MAP/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti a domicilio, ecc.).

Ruolo della COT nella TRANSIZIONE TERRITORIO – OSPEDALE



C) TRANSIZIONE TERRITORIO – TERRITORIO

Il Servizio sociale/sociosanitario/MAP che ha in carico il soggetto sul territorio esprime il bisogno di modificare/integrare il setting assistenziale della persona.

Nel presente caso d'uso, che si sviluppa in 3 fasi, viene approfondito lo scenario in cui si palesa la necessità di assecondare un bisogno sanitario di nuova manifestazione per una persona assistita che risiede in una struttura a valenza sociale (Comunità Alloggio, ecc.) oppure in una struttura sociosanitaria (RSA, Residenzialità per disabili, ecc.) o al proprio domicilio.

La presa in carico di questa necessità esita in una transizione verso un'integrazione di presa in carico con servizi aggiuntivi (*transizione tra servizi*) o una transizione verso struttura sanitaria o altra sociosanitaria territoriale (*transizione tra setting*).

Fase 1 - Identificazione del bisogno e avvio del processo

La Struttura/Servizio Territoriale richiedente:

- individua un bisogno di natura clinico assistenziale pianificabile che prevede una nuova/ulteriore presa in carico sanitaria, attraverso UVM, con definizione del PAI
- produce una scheda di valutazione del bisogno della persona assistita con le principali informazioni
- notifica la prescrizione/richiesta alla COT nel cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni
- informa la persona assistita /caregiver della avvenuta richiesta

La COT:

- prende in carico la richiesta
- si attiva, se necessario, in accordo con il Distretto, per far effettuare l'UVM e per la conseguente definizione del PAI
- integra le informazioni e funge da facilitatore tra tutti i professionisti coinvolti
- visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso comunicandole alla UVM.

La COT per svolgere le sopracitate attività, limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione, ha a disposizione supporti tecnici e informativi:

- sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti della persona assistita e/o famiglia, dei dati sulla complessità del caso e dei bisogni
- possibilità di verificare per il caso specifico servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali) sulla persona assistita
- mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, disponibilità posti letto, referenti, ecc.).

Fase 2 - Identificazione del setting e Coordinamento della transizione

La COT:

- raccoglie e trasmette le informazioni utili a gestire la transizione (es. bisogni specifici, personalizzazione della presa in carico, ecc.);
- supporta l'individuazione del servizio/struttura di destinazione;
- effettua un'analisi sul territorio per verificare la disponibilità dei servizi o strutture corrispondenti al setting assistenziale individuato;
- attiva/prenota la struttura o il servizio territoriale individuato e i relativi professionisti coinvolti (es. assistente sociale del comune, servizi di Telemedicina, ecc.);
- si interfaccia con il soggetto richiedente per gli aspetti organizzativi e logistici della transizione;
- unitamente alla struttura di destinazione, pianifica la transizione.

La COT per svolgere le sopracitate attività, limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione, ha a disposizione supporti tecnici e informativi:

- cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con lo stato di avanzamento (es. esito UVM, ecc.) comprensivo di funzionalità di notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi);
- sistema per la "prenotazione/impegno" della risorsa/servizio individuati.

- sistema di notifica al MAP/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti a domicilio, ecc.).

La Struttura/Servizio Territoriale richiedente:

- riceve notifica da parte della COT di individuazione da parte della Struttura/Servizio Sanitaria/Socio-Sanitaria idonea
- conferma/approva la proposta ricevuta
- riceve la notifica di tutti gli aspetti organizzativi e logistici della transizione da parte della COT
- mantiene il contatto con la persona assistita/famiglia accompagnandolo nella transizione.

La Struttura/Servizio Territoriale di destinazione (Residenzialità e semi-residenzialità per anziani e disabili, Strutture Intermedie, Cure Domiciliari, Centri privati convenzionati, ecc.):

- conferma la disponibilità alla presa in carico
- pianifica la transizione, unitamente alla COT.

Fase 3 - Attuazione della transizione

La COT:

- verifica la sussistenza degli aspetti organizzativi e logistici pianificati
- attiva gli attori per la corretta presa in carico della persona assistita
- monitora lo stato della transizione e del primo accesso nella sede di destinazione
- in caso di scostamenti dal programmato, si attiva proattivamente con il referente del servizio/struttura di destinazione
- notifica a tutti gli attori coinvolti l'esito della transizione e ne garantisce l'adeguato aggiornamento.

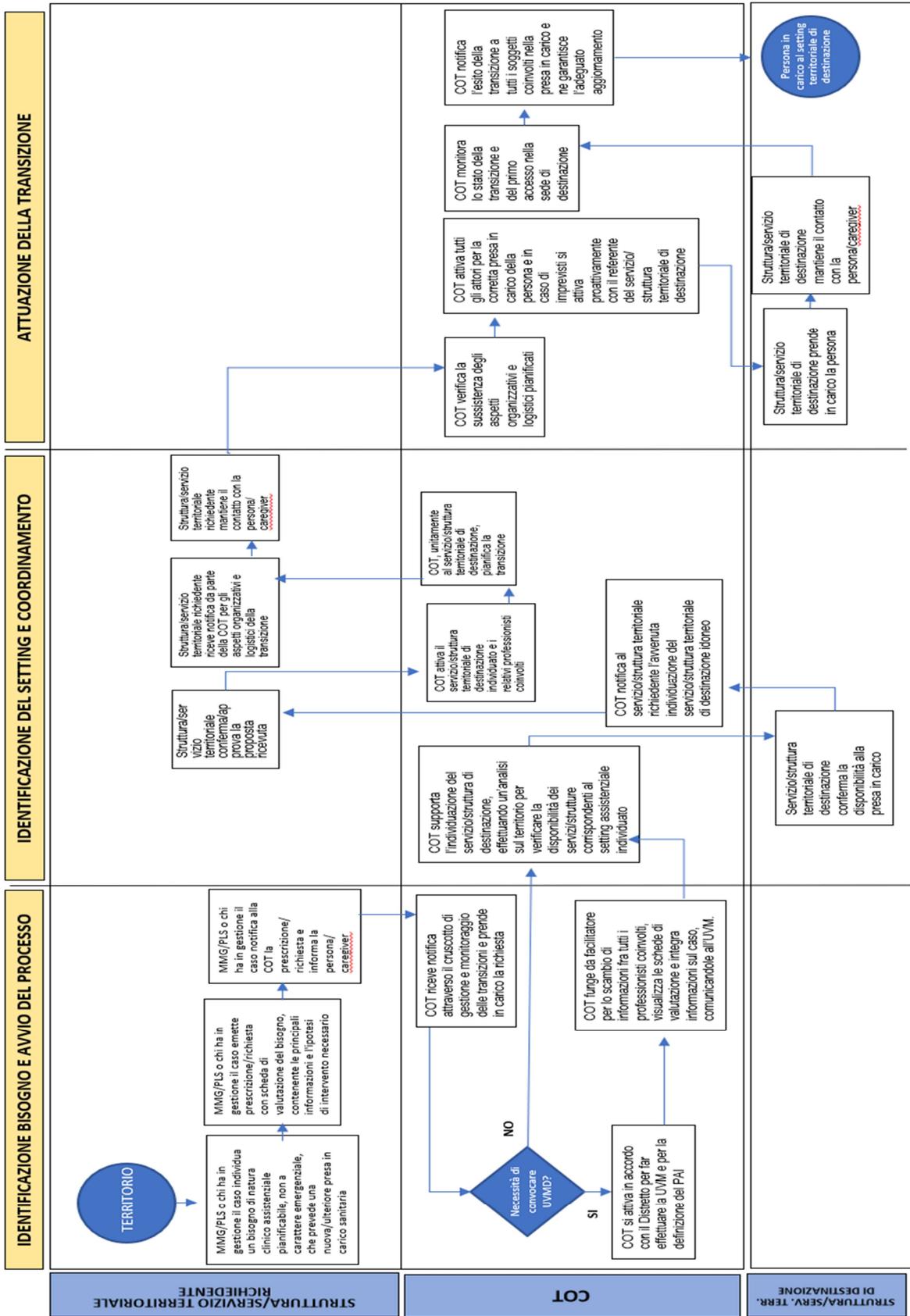
La COT per svolgere le sopracitate attività, limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione, ha a disposizione supporti tecnici e informativi:

- cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche comprensiva della notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi)
- sistema di notifica esito transizione al MAP/ PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. pasti a domicilio, ecc.).

La Struttura/Servizio Territoriale di destinazione (Residenzialità e semi-residenzialità per anziani e disabili, Strutture Intermedie, Cure Domiciliari, Centri privati convenzionati, ecc.):

- prende in carico la persona
- mantiene il contatto con la persona assistita/caregiver.

Ruolo della COT nella TRANSIZIONE TERRITORIO – TERRITORIO



D) COORDINAMENTO E MONITORAGGIO DELLA SALUTE AL DOMICILIO – Telemonitoraggio e/o Telecontrollo

In questo caso d'uso si riporta quanto già previsto dalle Linee guida organizzative contenenti il "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare", approvate con DM 29 aprile 2022, che definisce il ruolo della COT nel coordinamento dei servizi di telemedicina, tra i quali anche il Telemonitoraggio e il Telecontrollo della salute. Di seguito si rappresentano le 2 fasi del processo.

Fase 1 - Identificazione del bisogno e presa in carico della richiesta

MAP/PLS - Medico Specialista richiedente:

- ravvisa il bisogno di monitorare da remoto i parametri vitali della persona assistita
- invia alla COT la prescrizione/richiesta
- informa la persona/caregiver dell'avvenuta richiesta.

La COT:

- prende in carico la richiesta
- informa la Centrale Operativa ADI e/o il servizio preposto secondo l'organizzazione locale
- attiva, qualora venga ravvisata la necessità di coordinare ulteriori setting e professionisti, l'UVM per la valutazione della richiesta di attivazione del Telemonitoraggio e/o Telecontrollo
- visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso comunicandole all'UVM.

La COT per svolgere le sopracitate attività, limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di attivazione, ha a disposizione supporti tecnici e informativi:

- sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti della persona assistita e/o famiglia e dati sulla complessità del caso e del bisogno
- possibilità di verificare i servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali) sulla persona assistita.

Le Cure Primarie:

- effettuano UVM e definiscono il PAI in collaborazione al clinico richiedente.

Fase 2 – Attivazione ed erogazione

La Centrale Operativa ADI/ il servizio preposto secondo l'organizzazione locale (ditta Althea):

- provvede alla consegna dei dispositivi prescritti
- provvede alla formazione della persona assistita e/o caregiver
- rappresenta il riferimento per la persona e/o caregiver per la gestione del Telemonitoraggio/Telecontrollo.

La COT:

- attiva il servizio di Telemonitoraggio/Telecontrollo;
- monitora che la consegna dei dispositivi prescritti sia avvenuta con successo.

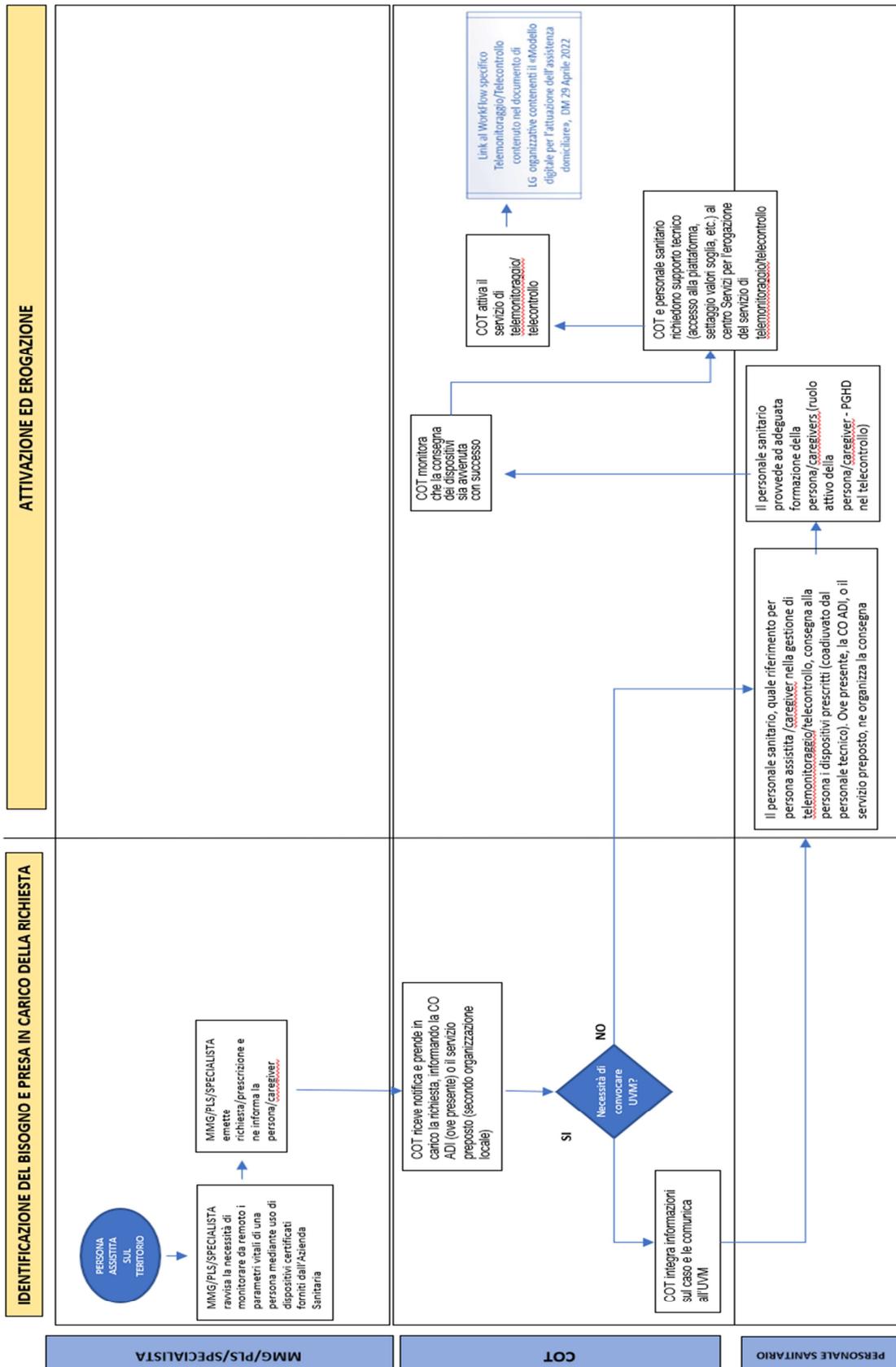
La COT per svolgere le sopracitate attività, limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di attivazione, ha a disposizione supporti tecnici e informativi:

- sistema di notifica al MAP/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere
- cruscotto su dati di salute anonimi derivanti da strumenti di telemedicina ai fini di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

La persona assistita /caregiver:

- fornisce dati relativi al proprio stato di salute (PGHD).

**Il Ruolo della COT nel COORDINAMENTO E MONITORAGGIO DELLA SALUTE AL DOMICILIO
TELEMONITORAGGIO E/O TELECONTROLLO**

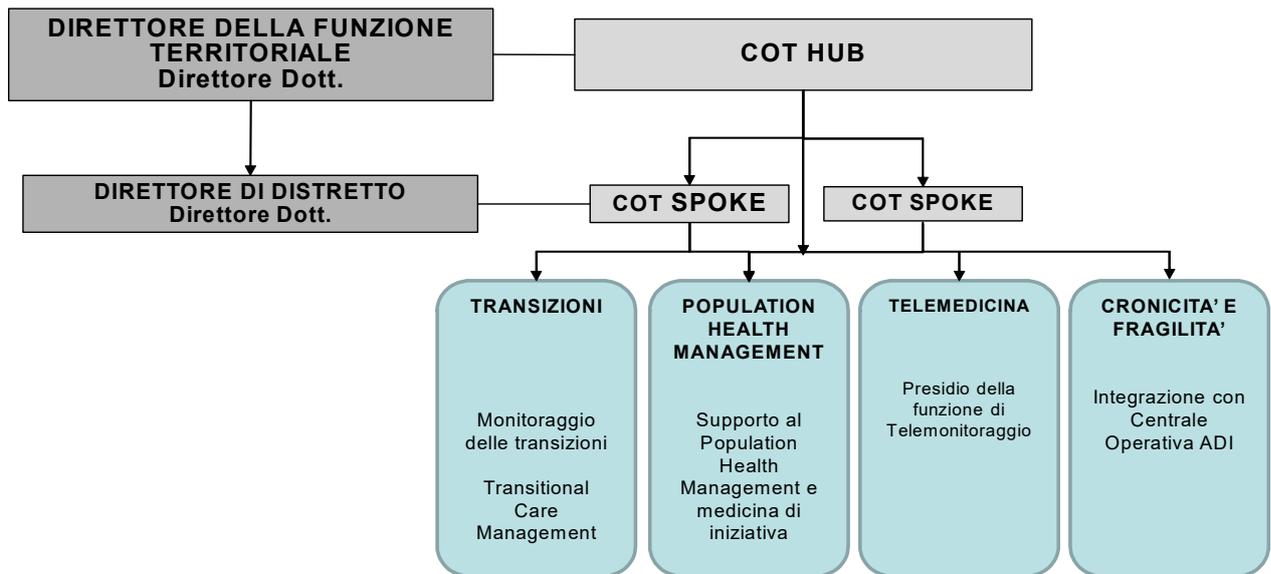


ORGANIGRAMMA e FUNZIONIGRAMMA

Rappresentazione grafica delle articolazioni organizzative interne alla COT che afferiscono alla struttura con evidenza dei rapporti gerarchici che sussistono tra di loro.

Sono rappresentate le macro funzioni del modello COT hub + spoke.

Macro funzioni del modello COT (hub + spoke)



INDICATORI DI PROCESSO E DI RISULTATO DELLE COT

Si individuano i seguenti indicatori. integrabili. la cui descrizione dettagliata, comprensiva dell'esplicitazione delle modalità di calcolo, identificazione di numeratore e denominatore (dove previsto, standard di riferimento e flussi informativi interessati è demandata ad un apposito vademecum.

Il monitoraggio degli indicatori avverrà in collaborazione con i Controlli di Gestione aziendali ed Azienda Zero.

Indicatori di processo del modello COT Hub e Spoke

- Numero di dimissioni protette secondo la definizione del DDR 31/2023 sul totale dei pazienti dimessi (ricovero ordinario, tutte le tipologie di dimissione).
- Numero di dimissioni protette secondo la definizione del DDR 31/2023 per pazienti di età >65 anni sul totale di pazienti dimessi con età >65 anni (ricovero ordinario, tutte le tipologie di dimissione).
- Numero segnalazioni gestite dalla COT provenienti dalla centrale operativa 116117 sul totale delle segnalazioni.
- N. di UVMD attivate dalla COT Hub/Spoke.
- Tempo trascorso dalla data di segnalazione alla data di presa in carico nel setting definitivo.
- Tempo trascorso dalla dimissione protetta (data di dimissione) al primo accesso (dell'operatore sanitario) per assistiti con presa in carico conclusa in ADI nell'ultimo anno (si intendono gli assistiti seguiti in ADI nell'anno in corso per i quali, a seguito del ricovero ospedaliero, è stata chiusa la Presa in Carico).
- Tempo trascorso dalla dimissione protetta (data di dimissione) al primo accesso (dell'operatore sanitario) per assistiti senza una presa in carico in ADI nell'ultimo anno (si intendono gli assistiti MAI stati seguiti in ADI nell'anno in corso, fino alla data del ricovero).

Indicatori di risultato

- N. di pazienti over 65 valutati con scala di Brass il cui punteggio è superiore a 20 che sono esitate in una segnalazione alla COT. (indicatore intermedio).
- N. di pazienti dimessi dall'ospedale che presentano un ricovero nei successivi 7 giorni (esclusione IMA, ICTUS ecc).
- Numero decessi entro 7 giorni dalla dimissione.
- N. di cambiamenti di setting entro 7 giorni.
- N. di segnalazioni per dimissione protetta inviate nelle 24 ore precedenti la escluse quelle provenienti dal PS, sul totale delle dimissioni protette (<25). Degenza media nei reparti ospedalieri di medicina di pazienti fragili.
- % Ricoveri ripetuti (e accessi in Pronto Soccorso) per episodio di malattia.

ACRONIMI

ADI: Assistenza Domiciliare Integrata
ADIMED: Assistenza Domiciliare Integrata Medica
CO: Centrale Operativa
COT: Centrale Operativa Territoriale
DM: Decreto Ministeriale
FSE: Fascicolo Sanitario Elettronico
HIV: Human Immunodeficiency Virus
ICD: Impegnative di Cure Domiciliari
IFoC: Infermiere di Famiglia e Comunità
MCA: Medico di Continuità Assistenziale
MAP: Medico di Medicina Generale
ODC: Ospedale di Comunità
PDTA: Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PGHD: Patient-generated health data
PLS: Pediatra di Libera Scelta
POA: Procedura Operativa Aziendale
PUA: Punto Unico di Accesso
SAD: Servizio di Assistenza Domiciliare
SDO: Schede di Dimissione Ospedaliere
SERD: Servizio Territoriale per le Dipendenze
SIFOC: Servizio di Infermieristica di famiglia o comunità
SIT: Sistema Informativo Territoriale
SLA: Sclerosi Laterale Amiotrofica
STP: Stranieri Temporaneamente Presenti
ULSS: Unità Locale Socio Sanitaria
UO: Unità Operativa
URT: Unità Riabilitative Territoriali
UVMD: Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale
UU.OO: Unità Operative

TEMPI DI ENTRATA IN VIGORE

Il presente documento entra in vigore a partire dalla data indicata nel frontespizio.

ALLEGATI

Allegato n. 1 “Procedura aziendale per la dimissione protetta ospedaliera”

Documento aggiornato il 26.02.2025


DIREZIONE SANITARIA
DIREZIONE dei SERVIZI SOCIO SANITARI
PROCEDURA AZIENDALE
PER LA DIMISSIONE OSPEDALIERA PROTETTA

(Attuazione del Decreto n. 31 del 3 Aprile 2023: Percorso unico regionale per la dimissione ospedaliera protetta)

Codifica
DD-Est-Ovest-PO-001
Preparazione
Direzione Medica
Direzione di Distretto Est/Ovest
Direzione delle Professioni Sanitarie
Verifica
Referente Qualità
Dott. Marcello Mezzasalma
Approvazione
Direttore Sanitario
Direttore dei Servizi Socio Sanitari
Rev.
30/07/2026
Riconferma
31/07/2023

INDICE

| | |
|---|----|
| 1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE | 2 |
| 2. RIFERIMENTI NORMATIVI | 4 |
| 3. ACRONIMI E GLOSSARIO | 5 |
| 4. MODALITÀ OPERATIVE E RESPONSABILITÀ | 7 |
| 4.1 FLOW CHART DEL PERCORSO DIMISSIONE OSPEDALIERA PROTETTA | 11 |
| 4.2 FASE 1 - Identificazione del soggetto fragile a rischio di dimissione difficile | 12 |
| 4.3 FASE 2 - Segnalazione del soggetto a rischio di dimissione difficile | 12 |
| 4.4 FASE 3 - Valutazione preliminare della persona eleggibile alla dimissione protetta | 14 |
| 4.5 FASE 4 - Definizione del progetto e pianificazione della dimissione | 16 |
| 4.6 FASE 5 - Dimissione protetta (presa in cura nel setting extra-ospedaliero) e verifica esito della dimissione | 17 |
| 5. Schema del Percorso per la DIMISSIONE OSPEDALIERA PROTETTA | 19 |
| 5.1 Standard minimi delle singole fasi del percorso di dimissione protetta | 20 |
| 5.2 Matrice delle responsabilità | 21 |
| 6. INDICATORI | 22 |
| ALLEGATI | 23 |

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura aziendale è finalizzata ad assicurare l'omogeneità di intervento nella Rete Integrata dei Servizi a garanzia della continuità assistenziale per la persona fragile/vulnerabile di qualsiasi età in dimissione dalle strutture ospedaliere. Inoltre ha la finalità di garantire il processo di integrazione procedurale informativo/gestionale in tutta l'azienda ULSS 8 Berica per il costante monitoraggio delle dimissioni protette attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT).

Gli obiettivi che si intendono perseguire con la presente procedura aziendale sono i seguenti:

- identificare e segnalare in tempi e modalità adeguate la persona a rischio di dimissione difficile al fine di favorire il rientro in modo protetto, sicuro e agevolato al proprio domicilio o rendere agile e appropriato l'ingresso nelle strutture della rete territoriale;
- ridurre il fenomeno dei ricoveri ripetuti o impropri dovuti a dimissioni non adeguatamente pianificate;
- uniformare le modalità e gli strumenti operativi per la valutazione della persona e della famiglia finalizzata alla dimissione protetta nei vari setting assistenziali del territorio;
- applicare i percorsi organizzativi/assistenziali aziendali per la presa in cura della persona fragile nella rete dei servizi territoriali (Hospice, Ospedale di Comunità, Unità Riabilitativa Territoriale, Centri di Servizi, Assistenza Domiciliare Integrata e altro);
- valutare gli interventi assistenziali erogati dall'équipe o dal singolo operatore e valutare l'efficacia dei processi organizzativi.

La presente procedura aziendale si applica a tutte le dimissioni di persone fragili/vulnerabili ricoverate presso le Unità Operative (UU.OO.) dei 5 presidi ospedalieri pubblici e delle 3 strutture private accreditate dell'ULSS 8 Berica.

Il percorso aziendale per la segnalazione delle persone in dimissione protetta, pur essendo rivolto principalmente a pazienti anziani fragili, è esteso a persone di ogni età nelle quali si individua una fragilità che potrebbe rendere difficile la dimissione da ricovero ospedaliero verso il territorio o verso accoglimento temporaneo in struttura intermedia o altra struttura, oppure verso il domicilio.

Sono pertanto eleggibili al percorso di dimissione protetta persone con problemi complessi di ogni età, nelle varie fasi della malattia e/o dell'evento disabilitante (esordio, fase acuta, fase post acuta, fase di stabilità, ricadute, complicanze, terminalità) che richiedono passaggi tra nodi della rete ospedale - servizi territoriali. Nello specifico:

- Persone con complessità sanitaria: con patologia di severità elevata o affette da polipatologia o da problemi di funzioni vitali richiedenti dispositivi tecnologici di sostituzione. Si intendono, a titolo esemplificativo, le persone con nutrizione artificiale, recente posizionamento di sondino naso gastrico, presenza di stomie, insufficienza respiratoria con o senza ventilo-terapia accessoria, fabbisogno di interventi di educazione terapeutica, significativi e prevalenti bisogni riabilitativi, neoplasia in fase terminale e altro.
- Persone con complessità assistenziale: affette da disabilità fisiche o mentali comportanti mancata autonomia nelle varie attività del quotidiano (mobilità, cura della persona, vita

domestica) che richiedano un rilevante supporto da parte di altri e/o l'utilizzo di dispositivi fisici. Ad esempio, persone con significativi e prevalenti bisogni riabilitativi, con fratture trattate chirurgicamente e/o in terapia anticoagulante, o con esiti di ictus cerebrale.

- Persone con complessità sociale: che presentano criticità legate all'abitazione, al nucleo familiare, alle relazioni, e che non hanno adeguato accesso a servizi e/o facilitazioni economiche o per le quali sia necessaria rivalutazione dei servizi già in essere. Ad esempio, persone in contesti familiari fragili oppure in difficoltà nella gestione del paziente, persone senza famiglia che necessitano di una assistenza residenziale/semiresidenziale, minori con sospetto o diagnosi di maltrattamento necessitanti tutela oltre a cure e assistenza sanitaria e/o riabilitativa.

Le diverse tipologie di complessità sopra descritte possono coesistere nella stessa persona e/o famiglia. Per le complessità di tipo palliativo in cui è coinvolta la Rete delle Cure Palliative si fa riferimento anche a:

- Modello Assistenziale Rete Cure Palliative
- Percorso di cura e presa in carico in Cure Palliative del paziente pediatrico.

Qualora si presentassero delle situazioni in cui sono presenti bisogni esclusivamente sociali o questi ultimi in concomitanza a dei bisogni sanitari, questa procedura prevede l'accesso a percorsi dedicati in collaborazione con gli Enti del Terzo Settore (ETS), con i Comuni e con i futuri Ambiti Sociali Territoriali (ATS) come di seguito elencati:

- Percorso dimissione protetta Diade madre/bambino con bisogni psico – socio – economici. Documento inserito nel Registro documentale.
- Progetti triennali 2023-2025 - Documento del PNRR Missione 5 sub investimento 1.1.3:
- Percorso di attivazione della dimissione ospedaliera relativo al progetto “Di nuovo a CASA: interventi di domiciliarità integrata a Supporto dell’Anziano fragile”.
- Progetto “A.S.T.R.I. – Anziani Supportati Territorialmente da Rete Integrata”
- Percorso di Attivazione delle dimissioni protette della persona anziana non autosufficiente e/o in condizione di fragilità, residente sia nel Distretto Est - ATS VEN 06, sia nel Distretto Ovest - ATS VEN 05 non supportata da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata. Tale percorso è relativo al progetto di “Rafforzamento dei servizi domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione” previsto dal PNRR Missione 5 sub investimento 1.1.3.

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Decreto del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria n. 31 del 3 aprile 2023 Approvazione del documento “Percorso unico regionale per la dimissione ospedaliera protetta”.
- DGR n. 1075 del 13/07/2017 Revisione del modello regionale delle Cure Domiciliari: primi indirizzi organizzativi per le Aziende ULSS.
- DGR n. 553 del 30/04/2018 Approvazione del Percorso integrato di cura a supporto dello sviluppo della rete di Cure Palliative in età adulta ai sensi della DGR n. 208 del 28 febbraio 2017 ad oggetto: "Individuazione del modello assistenziale di rete delle Cure Palliative e della terapia del dolore della Regione Veneto. Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. del 29 giugno 2012, n. 23). Deliberazione n. 109/CR del 9 dicembre 2015".
- DGR n. 330 del 26/03/2019 Prescrizione delle prestazioni di assistenza protesica: definizione delle specialità mediche e delle modalità per individuare le strutture da autorizzare alla prescrizione medesima a carico del Servizio Sanitario Nazionale (D.P.C.M.12 gennaio 2017 relativo alla definizione e all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza - Allegato 12, articolo 1).
- DGR n. 782 del 16/06/2020 Decreto legge 19 maggio 2020, n.34 “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da Covid 19” Attuazione delle misure in materia sanitaria
- DGR. N.1103 del 06/08/2020 Approvazione del documento recante “Emergenza COVID 19 – Piano emergenziale per l’autunno 2020”
- Delibera del Direttore Generale n. 489 del 18.3.2021 Integrazione al regolamento UVMD
- DGR n. 1636 del 19 dicembre 2022 “Approvazione dei requisiti di accreditamento istituzionale delle reti di Cure Palliative”.
- Delibera del Direttore Generale n. 808 del 11/05/2023 Approvazione Modello assistenziale “Rete delle Cure Palliative”
- Protocollo AULSS 8 n. 0039721/23 del 17/4/2023 Procedura “Percorso di cura e presa i carico in Cure Palliative del paziente pediatrico”
- PNRR 15/07/2020 - Missione 5 Componente 2 – Sub investimento 1.1.3 Rafforzamento dei servizi domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l’ospedalizzazione
- DM 77 del 23/05/2022 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.
- DGR n. 2372 del 29/12/2011 Allegato E Scheda valutazione multidimensionale semplificata.

3. ACRONIMI, SIMBOLI E GLOSSARIO

ATS= Ambiti Sociali Territoriali
BRASS = Blaylock Risk Assessment Screening Score
COT = Centrale Operativa Territoriale
DP= Dimissione Protetta
ETS= Enti Settore Terziario
ICM = Infermiere con funzioni di Case Management
MMG = Medico di
Medicina Generale
OdC = Ospedale di
Comunità
PAI = Piano
Assistenziale
Individuale PLS =
Pediatria di Libera
Scelta
PO = Presidio Ospedaliero
PUA = Punto Unico di Accesso
SBAR= Situation-Background-Assessment-Recommendation (Situazione, Contesto,
Valutazione e Raccomandazioni)
SIT= Sistema Informativo Territoriale
SVAMA = Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Adulte
e Anziane UO = Unità Operativa
URT = Unità Riabilitativa Territoriale
UU.OO. = Unità Operative
UVMD = Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale

Dimissione: è il processo di transizione in cui, al termine di un ricovero, il paziente cambia setting di cura. Rappresenta un passaggio cruciale nell'assicurare la continuità delle cure alla persona assistita e nel garantire il diritto al coinvolgimento e all'accompagnamento della persona e della sua famiglia in ogni fase del percorso di cura.

Dimissione difficile: è una dimissione che, nel rispetto della continuità terapeutica ed assistenziale, determina un impiego di risorse economiche, umane ed organizzative superiore alle potenzialità a disposizione del paziente e della sua famiglia. La dimissione difficile può verificarsi quando ad un evento acuto segue una situazione di disabilità permanente o temporanea, che richiede una riorganizzazione familiare.

Dimissione protetta: è il processo organizzativo di trasferimento da un setting di cura ad un altro di un paziente in condizione di fragilità (per età, presenza di patologie croniche, limitazioni funzionali e/o disabilità), attuato con l'obiettivo di assicurare la continuità delle cure presso il nuovo setting assistenziale.

Persona fragile: la fragilità viene definita come una condizione dinamica di ridotta capacità di risposta agli eventi di natura avversa, dovuta a modificazioni fisiopatologiche multisistemiche, anche età-correlate, e associata ad un aumentato rischio di outcomes negativi, quali istituzionalizzazione, ospedalizzazione e morte.

Ricoveri ripetuti: sono definiti "ricoveri ripetuti" i ricoveri che avvengono in un intervallo di tempo inferiore o uguale a 30 giorni per il medesimo problema clinico principale, per i quali la categoria della diagnosi principale (definita dalle prime 3 cifre della codifica ICD-9CM) del secondo ricovero sia la categoria di una delle 6 diagnosi di dimissione del ricovero precedente (DGR n. 4807/1999, DGR n. 3572/2001).

4. MODALITÀ OPERATIVE E RESPONSABILITÀ

Il processo organizzativo del percorso di dimissione protetta descritto dalla presente procedura aziendale di riferimento è costituito dalle seguenti fasi:

- FASE 1: identificazione precoce del soggetto fragile a rischio di dimissione difficile;
- FASE 2: segnalazione della persona eleggibile alla dimissione protetta;
- FASE 3: valutazione preliminare multidimensionale dei bisogni sanitari, assistenziali e sociali e attivazione delle risorse nel setting assistenziale territoriale previsto;
- FASE 4: definizione del progetto e pianificazione della dimissione: definizione del progetto nel setting assistenziale territoriale previsto e stesura del progetto di cura con eventuale convocazione dell'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD) ove previsto;
- FASE 5: dimissione protetta (presa in carico nel setting extra-ospedaliero) e verifica esito.

Lo strumento per dar seguito alle diverse fasi che delineano il percorso all'interno dell'Azienda ULSS 8 Berica, è esclusivamente il Sistema Informativo Territoriale (SIT). Tale applicativo collega tutte le UO dimettenti dei diversi presidi ospedalieri ai Servizi territoriali e alle COT. Il SIT permette la compilazione di tutte le scale di valutazione, il caricamento di documenti che contengono dati sensibili protetti da privacy, l'accertamento di eventuali servizi territoriali già attivati per il soggetto ricoverato.

Nel sito aziendale è inserita l'Informativa relativa al trattamento dei dati personali per finalità di prevenzione, diagnosi e cura in ambito territoriale (allegato n. 1).

Ai fini della corretta comprensione della presente procedura, si ritiene utile definire quanto segue relativamente alla Centrale Operativa Territoriale (COT).

Le attività della COT, in particolare, includono:

- l'attivazione operativa di supporto all'équipe delle UU.OO. ospedaliere nei percorsi di dimissione protetta, attraverso la tempestiva decodifica dei bisogni assistenziali e sociali;
- il coordinamento del percorso di transizione e il coinvolgimento della presa in carico da parte della UO Cure Primarie del Distretto di competenza (DSS Est – DSS Ovest);
- la partecipazione, per le specifiche competenze professionali alle valutazioni multidimensionali;
- la verifica di notifica della segnalazione di Dimissione Protetta al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera Scelta dell'assistito, alla Centrale Operativa ADI;
- connessione con le COT di altre ULSS per i percorsi delle persone non residenti o residenti ricoverate presso altre ULSS.

Le funzioni operative sono affidate a figure professionali con competenze specifiche (Infermieri, Assistenti Sociali...) che ai fini della Dimissione Protetta svolgono le attività di:

- supporto all'équipe delle UU.OO. ospedaliere nei percorsi di dimissione protetta, attraverso la tempestiva decodifica dei bisogni assistenziali e sociali;

- coordinamento del percorso di transizione, assumendo il ruolo di punto di riferimento per la COT per il percorso di dimissione;
- partecipazione, per le specifiche competenze professionali, alle valutazioni multidimensionali, qualora richiesto.

L'UOC di Cure Palliative (DGR n. 553/2018) così come l'UOC di Cure Primarie hanno, in particolare, la funzione di ricezione della segnalazione, la valutazione dei criteri per l'accesso ai rispettivi programmi di cure, nonché lo svolgimento dell'UVMD per la presa in carico (definizione del PAI), anche attraverso il supporto della COT e/o della Centrale Operativa ADI.

In ogni U.O. di degenza, i professionisti responsabili del percorso di dimissione protetta sono il Medico Referente del caso e il coordinatore delle professioni sanitarie o, se presente, l'infermiere case manager.

Nella tabella che segue si identificano i referenti per la Dimissione protetta per Unità Operativa Ospedaliera dei 6 presidi ospedalieri dell'ULSS 8 Berica.

Tabella n. 1 - Mappatura dei responsabili della individuazione e della segnalazione

| VICENZA | | |
|------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Unità Operativa Ospedaliera | COORD. di U.O. | CASE MANAGER |
| Cardiologia | X | |
| Cardiochirurgia | X | |
| Chirurgia generale | X | |
| Chirurgia maxillo facciale / ORL | X | |
| Chirurgia plastica | | |
| Chirurgia pediatrica | X | |
| Chirurgia vascolare | X | |
| Urologia | | |
| Degenze private | X | |
| Ematologia | | X |
| Geriatrica 1 | X | |
| Geriatrica 2 | X | |
| Ginecologia | X | |
| Malattie Infettive | X | |
| Medicina Alta Intensità | | X |
| Medicina Media Intensità | | |
| Gastroenterologia | | |
| Medicina Bassa Intensità | | |
| Medicina Fisica Riabilitativa | X | |
| Nefrologia | X | |
| Neurochirurgia | X | |
| Neurologia | X | |
| Neuropsichiatria infantile | X | |

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Oncologia | X | |
| Ortopedia | | X |
| Ostetricia | X | |
| Pediatria | X | |
| Pneumologia | X | |
| Psichiatria 1 | X | |
| Psichiatria 3 | | |
| Psichiatria 2 | X | |
| Terapia Intensiva Neonatale | X | |
| Terapia Intensiva Pediatrica e PS | X | |
| SPDC 1-2 | X | |

| NOVENTA VICENTINA | | |
|------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Unità Operativa Ospedaliera | COORD. di U.O. | CASE MANAGER |
| Chirurgia | X | |
| Medicina | | X |

| ARZIGNANO | | |
|------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Unità Operativa Ospedaliera | COORD. di U.O. | CASE MANAGER |
| Cardiologia | X | |
| Chirurgia Generale | X | |
| Urologia | X | |
| Ginecologia | X | |
| Medicina | X | |
| Neurologia | X | |
| Ortopedia | X | |
| Ostetricia | X | |
| Pediatria | X | |

| VALDAGNO | | |
|------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Unità Operativa Ospedaliera | COORD. Di U.O. | CASE MANAGER |
| Cardiologia | X | |
| Chirurgia generale | X | |
| Geriatrics | X | |
| Ginecologia Ostetricia | X | |
| Medicina | X | |
| ORL | X | |
| Ortopedia | X | |

| LONIGO | | |
|-------------------------------|----------------|--------------|
| Unità Operativa | COORD. di U.O. | CASE MANAGER |
| Medicina Fisica Riabilitativa | X | |
| Riabilitazione Cardiologica | X | |

| MONTECCHIO MAGGIORE | | |
|----------------------------|----------------|--------------|
| Unità Operativa | COORD. di U.O. | CASE MANAGER |
| Senologia | X | |

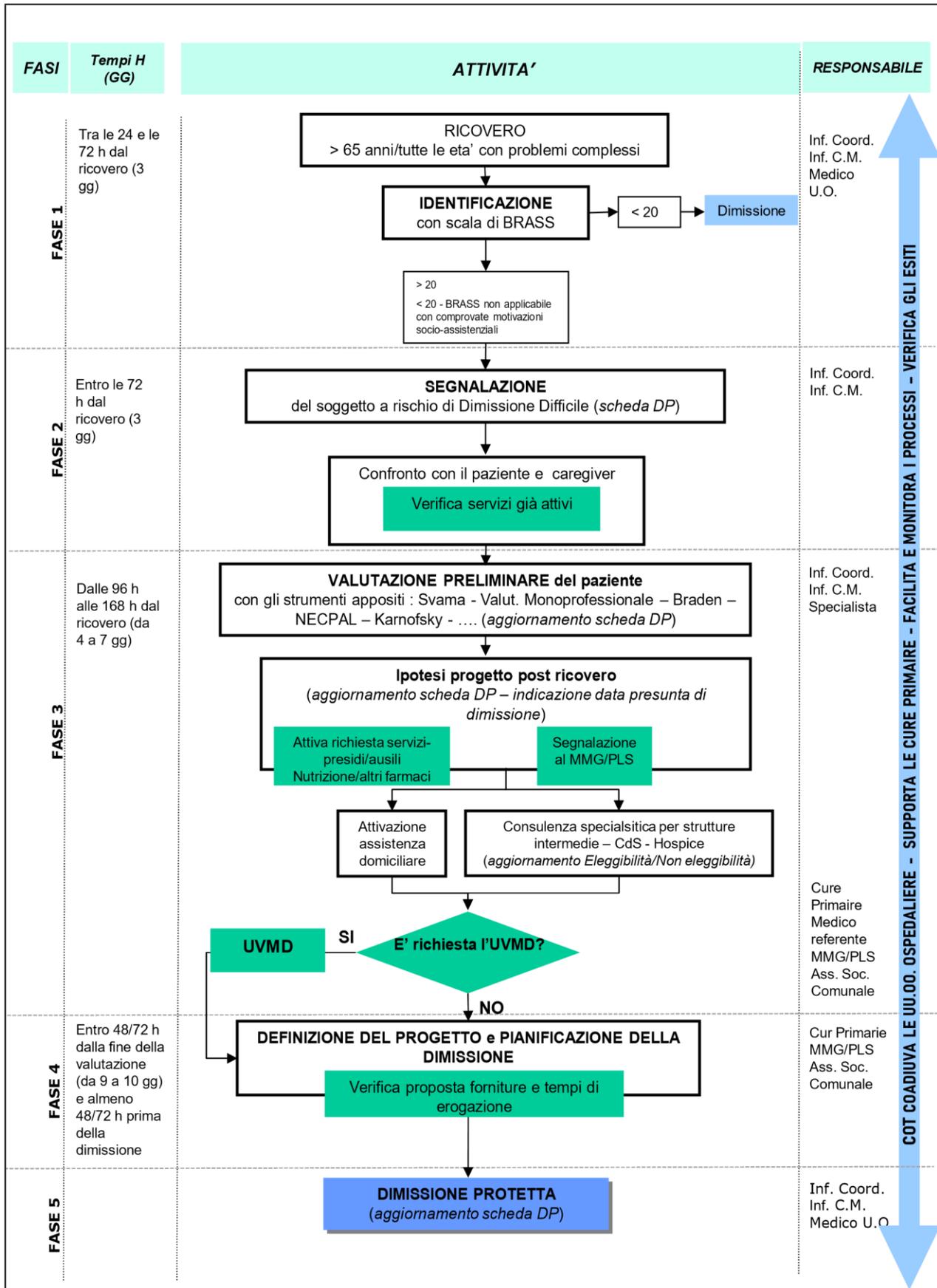
| CASE DI CURA PRIVATE CONVENZIONATE - VICENZA | | |
|---|----------------|--------------|
| Denominazione Struttura | COORD. di U.O. | CASE MANAGER |
| Villa Berica | X | |
| Villa Eretenia | X | |
| Villa Margherita | | X |

Nell'ambito della procedura della dimissione protetta vengono contemplate anche le Strutture Intermedie per garantire un processo di Continuità delle cure.

| Strutture Intermedie ospedaliere e convenzionate e Hospice | | |
|---|----------------|--------------|
| | COORD. di U.O. | CASE MANAGER |
| ODC di Valdagno | X | |
| ODC di Lonigo | X | |
| ODC di Noventa | X | |
| ODC di Monte Crocetta - Vicenza | X | |
| ODC di Sandrigo | X | |
| ODC di Montecchio Maggiore | X | |
| URT di Monte Crocetta - Vicenza | X | |
| URT di Sandrigo | X | |
| HOSPICE di Vicenza | X | |
| HOSPICE di Arzignano | X | |

Tutti i responsabili individuati all'interno delle UO possono avvalersi della consulenza e del supporto del personale della COT.

4.1. FLOW CHART DEL PERCORSO DIMISSIONE OSPEDALIERA PROTETTA



Nelle sezioni successive del documento vengono approfondite le modalità operative di ciascuna fase, definendo per ognuna di esse:

- gli operatori coinvolti;
- gli strumenti da utilizzare;
- i tempi di effettuazione.

4.2 FASE 1 - Identificazione del soggetto fragile a rischio di dimissione difficile

L'Equipe che ha in carico la persona assistita ha la responsabilità dell'identificazione dei soggetti fragili a rischio di dimissione difficile, per i quali è necessario avviare una segnalazione al territorio al fine di garantire una transizione protetta.

Lo strumento validato e riconosciuto per la suddetta valutazione è rappresentato dalla Scala di BRASS (vedi allegato n. 2) per le persone assistite di età pari o superiore a 65 anni [Standard minimo] e va utilizzata non prima delle 24 ore dall'ingresso in ospedale e non oltre le 72 ore dall'ingresso.

Devono essere segnalate le persone con punteggi uguale o superiore a 20 (rischio alto).

Qualora il paziente ottenga un punteggio inferiore ai 20 punti alla valutazione con Scala di Brass, o qualora sussista il caso di non applicabilità della Scala, può essere segnalata qualsiasi altra persona, anche minore, per la quale si ritenga comunque utile la segnalazione per comprovate motivazioni socio-assistenziali, puntualmente indicate dall'operatore al momento della segnalazione attraverso la scheda di segnalazione dimissione protetta.

Indipendentemente dal punteggio ottenuto con la scala di BRASS, i professionisti coinvolti nel percorso di dimissione protetta pianificano interventi educativi alla persona e/o al suo caregiver (quali, ad esempio, l'educazione terapeutica per la somministrazione di terapia, la gestione del catetere vescicale, la prevenzione e il trattamento di lesioni da pressione, o altro), anche tramite l'utilizzo di materiale informativo presente in struttura, e fornisce alla persona e/o al suo caregiver le informazioni necessarie sui Servizi presenti nel Territorio, da contattare in caso di necessità.

4.3 FASE 2 - Segnalazione del soggetto a rischio di dimissione difficile

Gli operatori referenti, coinvolti in questa fase, hanno la responsabilità della segnalazione dei pazienti identificati come fragili, a rischio di dimissione difficile, per i quali è necessario valutare una dimissione protetta; il SIT garantisce in automatico il passaggio di informazioni tra tutti gli attori coinvolti.

I responsabili della segnalazione, nella fase di approfondimento, eventualmente coadiuvati dall'Assistente Sociale, effettuano un incontro/colloquio preliminare e informativo con il paziente e/o il caregiver allo scopo di:

- rilevare la presenza di una rete familiare di supporto;
- informare sulla rete dei servizi socio-sanitari del territorio;

- condividere l'iniziale ipotesi di progetto assistenziale post-degenza che sulla base della valutazione dei bisogni verrà preso in carico, valutato e, laddove necessario, adeguato dalla UO Cure Primarie territorialmente competente; □ verificare i servizi già attivi per la persona.

Lo strumento da utilizzare per effettuare una segnalazione di paziente a rischio di dimissione difficile, candidabile a percorso di dimissione protetta, è rappresentato da 2 schede dinamiche informatizzate compilabili nell'applicativo aziendale SIT.

Le due schede sono dedicate una all'adulto/anziano e una specifica per il minore (vedi allegati n. 3 e n. 4) e ogni variazione significativa per la presa in carico viene riportata nelle schede e tempestivamente segnalata e visibile a tutti gli attori coinvolti nel processo, compresa la COT.

Gli elementi obbligatori della scheda di segnalazione sono:

- la scala di BRASS,
- la data di ingresso,
- la data di segnalazione,
- la diagnosi di ingresso,
- le problematiche assistenziali attive,
- i contatti del medico referente e della UO,
- i contatti del principale caregiver,
- l'ipotesi di progetto: ovvero una proposta di setting assistenziale extra ospedaliero,
- l'avvenuta informazione dell'ipotesi di progetto al paziente o al suo caregiver,
- la necessità di ausili/servizi alla dimissione.

La segnalazione del paziente fragile a rischio di dimissione difficile deve essere effettuata entro le 72 ore dal momento di accesso del paziente alla struttura (ricovero o accesso al P.O.), in modo tale da consentire di raccogliere tutte le informazioni necessarie per l'attivazione dei servizi territoriali e garantire la continuità assistenziale.

Qualora si modificassero i bisogni del paziente, il segnalante aggiorna la scheda di segnalazione.

Se la segnalazione include nell'ipotesi di progetto assistenziale un ingresso in Struttura Intermedia per la quale è prevista una valutazione di eleggibilità clinica, il segnalante richiede la valutazione in consulenza del medico specialista (Geriatra o altro specialista delle Cure Primarie) che presidia gli inserimenti nelle diverse tipologie di strutture.

Lo specialista di riferimento inserisce nel SIT la valutazione con relativa motivazione, entro le 72 ore dalla ricezione della segnalazione stessa.

Contestualmente alla eleggibilità, indica anche un'ipotesi di traiettoria prognostica (ovvero la finalità del ricovero in struttura intermedia) e l'ipotesi di setting al termine della degenza in struttura intermedia.

La compilazione nel SIT genera una lista di attesa visibile alle Strutture Intermedie e monitorabile dalla COT.

4.4 FASE 3 - Valutazione preliminare della persona eleggibile alla dimissione protetta

La valutazione preliminare del paziente è una fase del processo più approfondita rispetto all'identificazione e alla segnalazione, in cui viene formulata un'ipotesi di setting extraospedaliero, al fine di definire il miglior progetto di cura e le eventuali figure coinvolte.

Gli operatori coinvolti nella valutazione preliminare variano in base al contesto organizzativo e al percorso di dimissione protetta previsto per la persona e su di essi grava la responsabilità della compilazione di vari strumenti e scale valutative.

Il medico, il coordinatore e/o l'ICM dell'UO di degenza assicurano la condivisione del progetto con familiari e caregivers (familiari, assistenza, amministratore/tutore) eventualmente coadiuvati da figure professionali specifiche in base al problema/bisogno della persona (Assistente Sociale, Palliativista, ecc.).

La valutazione preliminare avviene attraverso la compilazione delle diverse schede di seguito rappresentate con i relativi professionisti a cui spetta la compilazione.

Tabella n. 2 Gli strumenti della valutazione e i responsabili

| STRUMENTO/AZIONI | RESPONSABILE |
|--|--|
| Valutazione mono professionale di accertamento infermieristico | Coordinatore di U.O./ICM |
| SVAMA semplificata (Allegato 5) | Coordinatore di U.O./ICM |
| SVAMA sanitaria (Allegato n. 6) | Medico dell'UO di degenza, con il supporto del Coordinatore di U.O./ICM |
| SVAMA cognitivo funzionale (Allegato n. 6) | Coordinatore U.O./ICM |
| SVAMA sociale (Allegato n. 6) | Assistente Sociale (ULSS e/o Comune) |
| Scheda di Braden (Allegato n. 7) | Coordinatore U.O./ICM |
| NECPAL CCOMS — ICO TOOL (Allegato n.8) | Medico dell'UO di degenza con il contributo Coordinatore di U.O./ICM o il Palliativista. |
| Scala di Karnofsky (Allegato n. 9) | Coordinatore di U.O./ICM o il Palliativista |
| Scheda di segnalazione Adulti e Anziani (Allegato n. 3) Scheda di segnalazione Minori (allegato n. 4) | Coordinatore U.O./ICM |
| Richiesta di valutazione per definire l'eleggibilità per le Strutture Intermedie | Coordinatore di U.O./ICM |
| Eleggibilità per ingresso in URT. | Il Fisiatra definisce l'eleggibilità per URT della persona ricoverata e segnalata con ipotesi di progetto URT e definisce il punteggio di priorità e il progetto riabilitativo. L'ipotesi di progetto assistenziale successivo alla degenza in URT, viene definito dall'UVMD quando formula il progetto stesso di URT e confermato prima della dimissione. |
| Eleggibilità per ingresso in OdC. | Il Geriatra o altro specialista delle Cure Primarie definisce l'eleggibilità per OdC della persona ricoverata e segnalata con ipotesi di progetto OdC; stabilisce la traiettoria prognostica, definisce il punteggio di priorità e il progetto riabilitativo. L'ipotesi di progetto assistenziale successivo alla degenza in OdC viene definito dall'UVMD quando formula il progetto stesso e confermato prima della dimissione. |
| Eleggibilità per ingresso in Hospice. | Il medico Palliativista territoriale della UO Cure Palliative di riferimento verifica l'eleggibilità in Hospice e definisce il punteggio di priorità, come da PIC Regionale (DGR n. 553/2018). Convoca eventuale UVMD. |
| Valutazione ingresso in Strutture residenziali – semiresidenziali | UVMD convocata da l'UOC di Cure Primarie per definire il progetto di inserimento in Strutture residenziali e semiresidenziali basandosi sulla SVAMA e quadro sinottico. |

Le valutazioni effettuate, così come le consulenze e altri documenti previsti dal percorso delle dimissioni protette, sono effettuate e registrate utilizzando il sistema informatizzato SIT, che permette la visibilità all'UO segnalante che ha in carico il paziente, alla COT, alla UO Cure Primarie territorialmente competente.

Terminata la fase di valutazione, l'UO Cure Primarie territorialmente competente e referente per la presa in carico, anche per il tramite della COT:

- assicura la segnalazione con l'ipotesi di progetto al MMG/PLS dell'assistito, facilitando ove necessario il contatto telefonico tra MMG/PLS e Medico dell'UO;
- stabilisce in accordo con il MMG/PLS la definizione del progetto di cura, inclusa l'eventuale revisione e/o stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI) sulla base dei bisogni assistenziali del paziente;
- ove necessario, convoca l'UVMD per una presa in carico territoriale multiprofessionale e multidimensionale a fronte dei bisogni evidenziati nella valutazione.

Il processo valutativo inizia entro 24 ore dalla segnalazione, termina entro 48/72 ore e comprende le consulenze dei diversi specialisti.

4.5 FASE 4 - Definizione del progetto e pianificazione della dimissione

Come descritto precedentemente, l'ipotesi di progetto assistenziale multidisciplinare elaborata dal reparto dimettente è il punto di partenza della successiva presa in carico.

Le valutazioni cliniche, funzionali, assistenziali e sociali eseguite da operatori e professionisti della UO di degenza e/o del territorio, con il supporto della COT, sono la base su cui approfondire e definire il miglior progetto di cura in sede extraospedaliera.

Successivamente si definisce chi ha il compito di prendere in carico l'ipotesi di progetto, verificare progetti e percorsi già attivi, valutare la necessità di una ridefinizione del progetto post-degenza.

La segnalazione di dimissione protetta contenente l'ipotesi di progetto assistenziale è visibile alla COT ed è presa in carico dalle UUOO Cure Primarie e/o Cure Palliative territorialmente competenti e referenti per la presa in carico.

Le UUOO Cure Primarie e Cure Palliative territorialmente competenti e referenti per la presa in carico hanno il compito di:

- verificare percorsi o servizi già attivi per la persona (progetti di Cure Domiciliari, ausili/presidi presenti al domicilio, inserimento in graduatoria per ingresso definitivo/temporaneo in Centro Servizi (CS), riconoscimento di Invalidità Civile e/o contributi economici, etc.) e accertare lo stato di avanzamento delle forniture necessarie qualora sia previsto il rientro a domicilio;
- in base all'ipotesi di progetto (rientro a domicilio, ingresso in struttura intermedia, ingresso in struttura temporanea o definitiva) può contattare i professionisti (ospedalieri e territoriali) coinvolti nella definizione del progetto di cura: Medico di Cure Primarie, Assistente Sociale del comune o del SSN, MMG/PLS, infermiere dell'ADI, palliativista, etc. per delineare il migliore progetto di cura;
- procedere, ove necessario, in caso di inserimento in struttura extra-ospedaliera o nei casi di maggior complessità assistenziale, alla convocazione dell'UVMD, per la stesura e la verbalizzazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI);

- nelle dimissioni con attivazione delle cure domiciliari, si attiva per l'allestimento del domicilio e la fornitura del materiale di consumo necessario per l'assistenza.

Per progetti assistenziali di maggior complessità, aspetto valutato dall'UO Cure Primarie alla segnalazione, lo strumento necessario è l'UVMD, in quanto definisce collegialmente e in maniera multiprofessionale e multidimensionale il miglior progetto assistenziale per il paziente fragile nel setting extra-ospedaliero. Il PAI e l'UVMD, devono essere garantiti entro 48/72 ore dal termine del processo di valutazione.

Le persone in fase di dimissione protetta residenti fuori ULSS, saranno comunque segnalate dalle UUOO, per il tramite della COT che utilizzerà lo strumento della posta elettronica, nel rispetto della riservatezza dei dati, in attesa del sistema informativo regionale per tutte le COT.

La COT monitora e verifica i percorsi, coordina le transizioni protette per le quali non esistano già percorsi strutturati, con la possibilità di entrare provvisoriamente in modo operativo nel processo, facilitandone una definizione condivisa.

L'UO dimettente prescrive e attiva le procedure di richiesta per l'assegnazione di eventuali ausili e presidi necessari alla domiciliarità (es. sponde di contenimento e materasso antidecubito, etc.).

4.6 FASE 5 - Dimissione protetta (presa in cura nel setting extra-ospedaliero) e verifica esito della dimissione

Alla conferma del progetto definitivo di cura, le UUOO provvedono all'eventuale fornitura di materiali e/o farmaci necessari a garantire la continuità nel trattamento extra ospedaliero se necessario attivano il servizio di trasporto.

La dimissione protetta può avere come esito:

- Rientro a domicilio secondo le modalità definite dal progetto di cura, ed eventuale contestuale attivazione/riattivazione del SAD e delle Cure Domiciliari (ADI) secondo PAI esistente o rivisto;
- Accoglienza in Ospedale di Comunità;
- Accoglienza in Unità Riabilitativa Territoriale;
- Ingresso in Hospice;
- Ingresso in Struttura Residenziale Protetta; Altro.

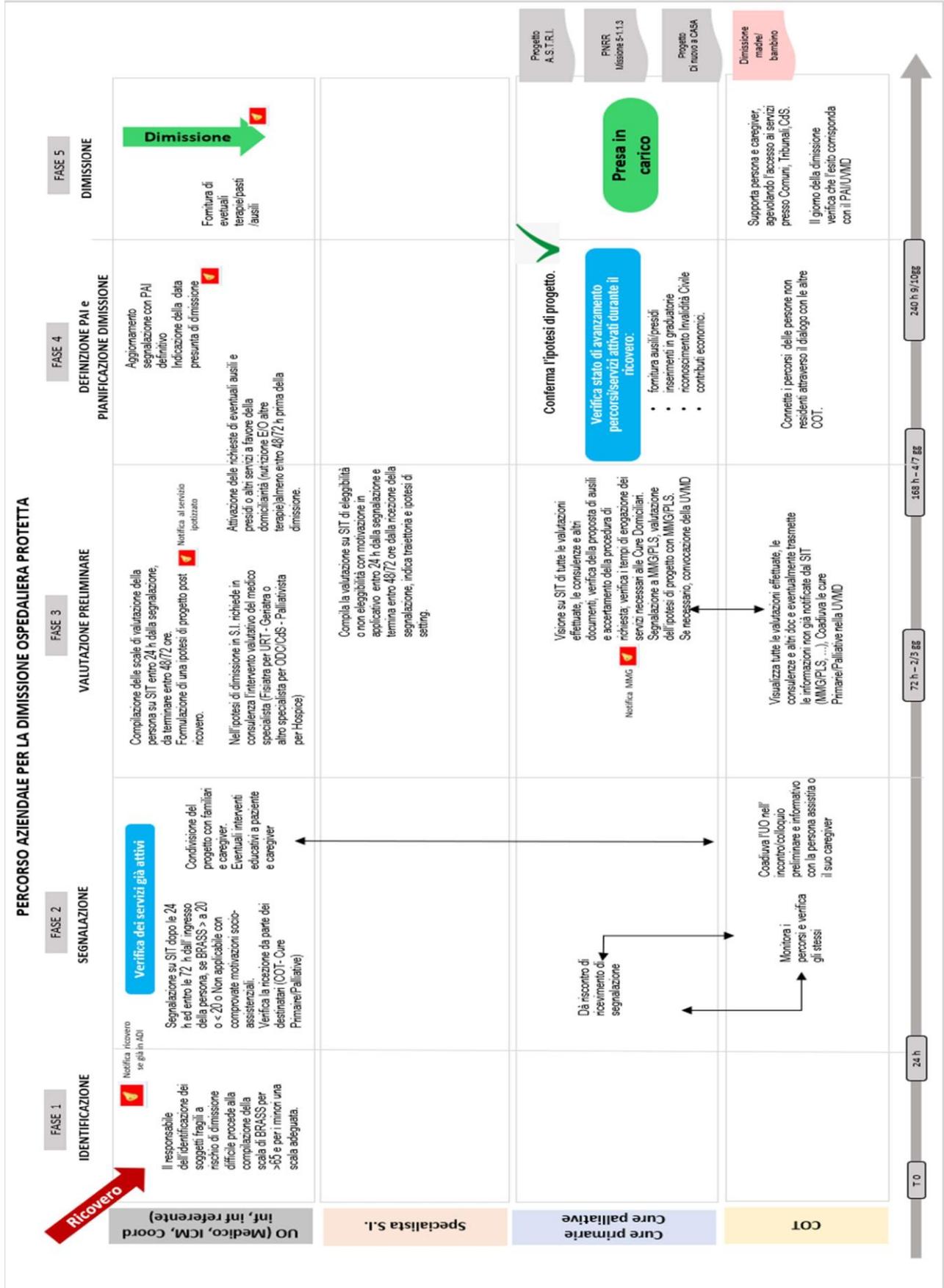
Dal momento della definizione del progetto alla reale dimissione del paziente deve esserci un continuo monitoraggio / aggiornamento reciproco tra le varie parti in caso di eventuali:

- a. aggravamenti / modifiche stato di salute
- b. cambiamenti situazione familiare e/o economica
- c. situazioni particolari.

L'eventuale variazione della tempistica di dimissione viene comunicata tramite l'applicativo ed eventualmente attraverso contatto telefonico per la riorganizzazione della presa in carico e per evitare accessi a domicilio impropri.

La COT il giorno della dimissione verifica che l'esito della stessa corrisponda con il progetto definito (PAI/UVMD, etc).

5. SCHEMA DEL PERCORSO AZIENDALE DIMISSIONE OSPEDALIERA PROTETTA



5.1 Standard minimi delle singole fasi del percorso di dimissione protetta

| Fase del percorso | Operatore coinvolto | Strumenti da utilizzare | Tempistica |
|---|--|---|---|
| FASE 1. Identificazione | Medico, Coordinatore di U.O. /infermiere case manager | Scala di Brass. Si utilizza per la valutazione della persona di età uguale o superiore ai 65 anni. Si segnalano, inoltre, persone di tutte le età, dove la BRASS non è indicata e/o per le quali sussistano comprovate motivazioni socio-assistenziali. | Non prima della 24esima ora se viene utilizzata la scala di Brass. Comunque non oltre la 72esima ora dall'ingresso in struttura ospedaliera. |
| FASE 2. Segnalazione | Coordinatore di U.O. / ICM dell'UO di degenza del paziente. Nel caso di ipotesi di dimissione verso struttura intermedia, l'operatore referente dell'U.O. segnalante deve richiedere in consulenza l'intervento valutativo del medico specialista che presidia gli inserimenti nelle diverse tipologie di strutture intermedie. Verifica dei Servizi già attivi. | Schede informatizzate di segnalazione dinamiche e modificabili per Adulti e per Minori. Sono accessibili a tutti gli attori, sia ospedalieri, sia territoriali, coinvolti nel processo. | La segnalazione va effettuata entro 72 ore dal ricovero o dall'accoglimento del paziente in struttura. Le valutazioni di eleggibilità vanno effettuate entro le 72 ore dall'invio della segnalazione |
| FASE 3. Valutazione preliminare | Gli operatori coinvolti possono variare in base al contesto organizzativo (Tabella n. 2) e al percorso di dimissione protetta previsto per il paziente e su di essi grava la responsabilità della compilazione di vari strumenti e scale valutative. | Svama semplificata Scheda di accertamento infermieristico Svama sanitaria Svama cognitivo funzionale Svama sociale Scheda Braden NECPAL Karnofsky Schede per le valutazioni per Strutture Intermedie/Centri di Servizi | Inizio del processo valutativo preliminare entro 24 ore dalla segnalazione e termine del processo entro 48/72 ore. |
| FASE 4. Definizione del progetto e Pianificazione della dimissione | La UO Cure Primarie territorialmente competente e referente per la presa in carico verifica i progetti/percorsi attivi. Ove necessario, convoca l'UVMD incaricata della stesura e/o revisione | Il PAI/progetto di cura individua e definisce il percorso assistenziale e i servizi da erogare alla dimissione dal reparto ospedaliero | La convocazione dell'UVMD, ove necessario, avviene al termine del processo di valutazione preliminare. |
| FASE 5. Dimissione e verifica esito | La COT ha il compito di monitoraggio dei percorsi e di verifica degli stessi | La COT verifica che l'esito della dimissione corrisponda con il percorso assistenziale definito dal PAI | Il giorno della dimissione |

5.2 Matrice delle RESPONSABILITA'

| Attività/Fasi | | UUOO ospedaliere (Tab.1) | COT | Cure Primarie Cure Palliative |
|---------------|--|-----------------------------|-----|----------------------------------|
| 1 | Identificare soggetto fragile a rischio DP | R | / | / |
| 2 | Segnalazione del soggetto a rischio DP | R | CL | I |
| 3 | Valutazione della persona eleggibile alla DP | R | CL | I |
| 4 | Definizione del progetto e pianificazione della Dimissione | R | CL | R |
| 5 | DP (presa in cura nel setting extra ospedaliero) e verifica esito della dimissione | CL | C | R |

LEGENDA:

R= Responsabile è colui che esegue l'attività
 C= Controlla è colui che svolge il ruolo di supervisione dell'azione
 CL= Collabora è la persona che aiuta e collabora con il responsabile per l'esecuzione dell'attività
 I= Informato è colui che deve essere informato al momento dell'esecuzione dell'attività

6. INDICATORI

Il monitoraggio della corretta adozione e dell'efficacia del percorso unico aziendale per la dimissione ospedaliera protetta si effettua per mezzo dei seguenti indicatori di processo e di esito, strumenti individuati dalla Regione del Veneto, attraverso il supporto di Azienda Zero.

Indicatori di processo:

1. Identificazione dei referenti dimissione protetta all'interno delle UU.OO. di degenza (valore atteso: 100%)
2. Informatizzazione della scala di Brass. (valore atteso: Si).
3. Formulazione di procedura operativa aziendale (valore atteso: 100%)
4. Numero di pazienti di età > a 65 anni, valutati con indice di Brass sul totale dei pazienti ricoverati con età > a 65 anni (valore atteso: 1° anno: 50% dei pazienti, 2° anno 70%, 3° anno 90%).
5. Numero di segnalazioni informatizzate inviate dall'UO Ospedaliera entro 3 giorni dal ricovero sul totale delle segnalazioni (valore atteso: 1° anno: 50%, 2° anno 70%, 3° anno 90%).
6. Numero di pazienti valutati entro 24 ore (giorni lavorativi) dal ricevimento della segnalazione sul totale dei pazienti valutati (valore atteso: 1° anno: 50% dei pazienti, 2° anno 70%, 3° anno 90%).
7. Formazione del personale sanitario delle UU.OO, mediante formazione sul campo relativamente agli strumenti di identificazione, di segnalazione e di valutazione e rete dei servizi territoriali (Valore atteso: 1 anno: 30%, 2 anno: 50%, 3 anno 70%).

Indicatori di esito:

1. Numero dei pazienti con ipotesi di progetto alla dimissione confermato dal progetto terapeutico sul totale dei pazienti segnalati (valore atteso: 1° anno: 50% dei pazienti, 2° anno 70%, 3° anno 90%).

ALLEGATI

- Allegato n. 1 Informativa sulla riservatezza dei dati personali
- Allegato n. 2 Scala di BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening Score)
- Allegato n. 3 Scheda segnalazione dimissione protetta Adulti Anziani
- Allegato n. 4 Scheda segnalazione dimissione protetta Minori
- Allegato n. 5 Scheda di Valutazione Multidimensionale semplificata
- Allegato n. 6 Scheda di Valutazione Multidimensionale degli Adulti e Anziani (SVaMA)
- Allegato n. 7 Scala di Braden
- Allegato n. 8 NECPAL CCOMS — ICO TOOL
- Allegato n. 9 Scala di Karnofsky

**INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
PER FINALITA' DI PREVENZIONE, DIAGNOSI E CURA
NELL'AMBITO DELLE ATTIVITÀ DI VALUTAZIONE DEL CASO, DELLA PRESA IN
CARICO E DELL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI DA PARTE
DEI SERVIZI TERRITORIALI E OSPEDALIERI A TUTELA DEI MINORI, DEI
SOGGETTI FRAGILI E/O SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI**

Articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo (GDPR) n. 2016/679 sulla protezione dei dati

Gentile Signore / a,

L'Azienda ULSS n. 8 Berica di Vicenza, in qualità di Titolare del trattamento la informa che i suoi dati personali saranno trattati per lo svolgimento di attività istituzionali rivolte all'erogazione delle prestazioni socio assistenziali (dalla valutazione del caso alla presa in carico) da parte dei servizi ospedalieri e territoriali dell'azienda a tutela dei minori, dei soggetti non autosufficienti e/o incapaci, e delle attività amministrative alle stesse correlate.

Sono trattati solo i dati essenziali allo svolgimento delle attività istituzionali sopra indicate, che non possono essere adempiute mediante il trattamento di dati anonimi o di dati personali di natura diversa. E' fatto salvo in ogni caso il diritto all'anonimato nei casi previsti da normative vigenti.

I dati personali oggetto di trattamento sono acquisiti dall'Azienda ULSS direttamente dagli interessati, ma è possibile che questa li acquisisca da altri interessati o da Titolari del trattamento, qualora previsto da legge (coniuge o da altro congiunto, da INAIL, INPS, amministratore di sostegno, rappresentante legale) in conformità delle presente informativa.

I suoi dati saranno registrati elettronicamente o manualmente e trattati con l'osservanza delle misure di sicurezza adottate dall'Azienda in attuazione delle disposizioni contenute nel Codice della privacy (D.lgs. 196/2003 come aggiornato dal D.lgs. 101/2018) e nel Regolamento Europeo 2016/679.

Il trattamento viene effettuato ai sensi dell'articolo 6 par. 1 let. c) del regolamento europeo 2016/679 e nello specifico ai sensi dell'articolo 21 del DPCM del 12 gennaio 2017 recante disposizioni circa la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Il trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, sicurezza, riservatezza, trasparenza necessità e pertinenza e avverrà effettuato da personale autorizzato nei limiti strettamente necessari alla erogazione della prestazione da Lei richiesta.

I suoi dati personali non saranno comunicati a soggetti terzi né diffusi, se non nei casi specificatamente previsti da legge o da regolamento o a fronte di sua richiesta specifica.

L'Azienda inoltre le segnala che per perseguire le finalità suindicate si avvale di altri soggetti appositamente autorizzati ai sensi degli articoli 28 e 29 regolamento europeo 2016/679 e 2 quaterdecies del codice privacy.

Al fine di garantire la valutazione del caso, la presa in carico e l'erogazione delle prestazioni assistenziali e/o le attività socio assistenziali, i dati raccolti potranno essere condivisi e quindi consultabili

dai professionisti e dalle strutture esterne all'Azienda che necessariamente partecipano a tali processi sulla base delle normative e/o dei regolamenti vigenti (Medico di Assistenza Primaria, Pediatri di Libera Scelta, Centri di Servizi e Strutture Residenziali o Semiresidenziali che garantiscono le prestazioni socio assistenziali).

Trasferimento di dati all'estero: i Suoi dati personali non saranno oggetto di trasferimento presso Paesi Terzi non europei. Il Titolare del trattamento si riserva la possibilità di utilizzare servizi in cloud: in tal caso i fornitori di tali servizi saranno selezionati tra coloro che forniranno garanzie adeguate, così come previsto dall'articolo 46 del GDPR.

Per quanto concerne il periodo di conservazione dei dati personali raccolti da questa ULSS, La informiamo che i dati verranno conservati in una forma che consenta l'identificazione dell'interessato per un periodo di tempo non superiore a quello strettamente necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti o successivamente trattati, fatto salvo il maggior tempo necessario per adempiere ad obblighi di legge o di regolamento in ragione della natura del dato o del documento o per motivi di interesse pubblico o per l'esercizio di pubblici poteri, tenuto conto anche di quanto previsto dal Massimario di conservazione e scarto aziendale pubblicato sul sito internet di questa ULSS e liberamente consultabile.

Per prontuario di conservazione e di scarto si intende l'elenco della tipologia dei documenti con il rispettivo tempo di conservazione (limitato o illimitato); detto strumento permette di gestire in modo organizzato l'archivio aziendale, conservando solo ciò che mantiene un rilievo giuridico o ha assunto un valore storico e di eliminare la documentazione non più necessaria.

In ordine ai Suoi dati personali conservati presso gli archivi dell'ULSS, Lei o un Suo delegato potrà esercitare i diritti previsti dagli articoli 15 / 22 del Regolamento UE e descritti nel vigente Regolamento aziendale in materia di protezione dei dati (diritto di accesso, di rettifica, di opposizione, di reclamo, di oblio, di limitazione del trattamento, di portabilità dei dati, etc...), presentando un'istanza a questa Azienda ULSS: istanza che potrà essere consegnata all'Ufficio del Protocollo Generale, oppure trasmessa via posta elettronica (Mail: protocollo@aulss8.veneto.it / Pec: protocollo.centrale.aulss8@pecveneto.it), anche al fine di conoscere i nominativi dei Delegati alla gestione delle attività di trattamento dei dati personali nominati all'interno dell'ULSS in base al già citato Regolamento aziendale in materia di protezione dei dati, pubblicato sul sito internet di questa ULSS (www.aulss8.veneto.it – cercare la sezione dedicata alla "Privacy Europea"), liberamente consultabile.

Il Titolare del trattamento è l'U.L.S.S. n. 8 "Berica", il cui rappresentante legale è il Direttore Generale, con domicilio in Viale Rodolfi n. 37 - 36100 Vicenza (VI).

Il Titolare ha nominato il **Responsabile della Protezione dei Dati - RPD** (*Data Protection Officer* nell'accezione inglese), ai sensi dell'articolo 37 del GDPR, i cui dati personali sono pubblicati nel sito web aziendale all'interno della sezione dedicata alla "Privacy Europea". L'indirizzo e-mail di contatto dell'RPD è il seguente: rpd@aulss8.veneto.it

IL DIRETTORE GENERALE
dell'Azienda ULSS n. 8 Berica

Scala di BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening Score)

| | |
|--|---|
| <p>Età (una sola opzione) 0 = 55 anni o meno 1 = 56 – 64 anni 2 = 65 – 79 anni 3 = 80 anni e più</p> | <p>Modello comportamentale (ogni opzione osservata) 0 = Appropriato 1 = Wandering 1 = Agitato 1 = Confuso 1 = Altro</p> |
| <p>Condizioni di vita e supporto sociale (una sola opzione) 0 = Vive col coniuge 1 = Vive con la famiglia 2 = Vive da solo con il sostegno della familiare 3 = Vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti 4 = Vive solo senza alcun sostegno 5 = Assistenza domiciliare/residenziale</p> | <p>Mobilità (una sola opzione) 0 = Deambula 1 = Deambula con aiuto di ausili 2 = Deambula con assistenza 3 = Non deambula</p> |
| <p>Stato funzionale (ogni opzione valutata) 0 = Autonomo (indipendente in ADL e IADL) Dipendente in: 1 = Alimentazione/nutrizione 1 = Igiene/abbigliamento 1 = Andare in bagno 1 = Spostamenti/mobilità 1 = Incontinenza intestinale 1 = Incontinenza urinaria 1 = Preparazione del cibo 1 = Responsabilità nell'uso di medicinali 1 = Capacità di gestire il denaro 1 = Fare acquisti 1 = Utilizzo di mezzi di trasporto</p> | <p>Numero di ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso (una sola opzione) 0 = Nessuno negli ultimi 3 mesi 1 = Uno negli ultimi 3 mesi 2 = Due negli ultimi 3 mesi 3 = Più di due negli ultimi 3 mesi</p> |
| <p>Deficit sensoriali (una sola opzione) 0 = Nessuno 1 = Deficit visivi o uditivi 2 = Deficit visivi e uditivi</p> | <p>Numero di problemi clinici attivi (una sola opzione) 0 = Tre problemi clinici 1 = Da tre a cinque problemi clinici 2 = Più di cinque problemi clinici</p> |
| <p>Stato cognitivo (una sola opzione) 0 = Orientato 1 = Disorientato in alcune sfere* qualche volta 2 = Disorientato in alcune sfere* sempre 3 = Disorientato in tutte le sfere* qualche volta 4 = Disorientato in tutte le sfere* sempre 5 = Comatoso *sfere: spazio, tempo, luogo e sé</p> | <p>Numero di farmaci assunti (una sola opzione) 0 = Meno di tre farmaci 1 = Da tre a cinque farmaci 2 = Più di cinque farmaci</p> |

| Punteggio | Indice di rischio |
|---------------------|---|
| 0-10 rischio basso | Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata |
| 11-19 rischio medio | Soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione, ma, probabilmente, senza rischio di istituzionalizzazione |
| ≥ 20 alto rischio | Soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni |

| | | |
|---|--|-----------------------------|
|  | <p>Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto U.L.S.S. N. 8 BERICA Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA COD. REGIONE 050–COD. U.L.SS.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242– Cod. iPA AUV Tel. 0444 753111 - Fax 0444 931178 Mail protocollo@aulss8.veneto.it PEC protocollo.centrale.aulss8@pecveneto.it www.aulss8.veneto.it</p> | <p>Allegato n. 3</p> |
| | <p>SCHEDA DIMISSIONE PROTETTA ADULTI e ANZIANI</p> | |

COGNOME e NOME

CF:
Data e luogo di nascita -
Residenza:
Domicilio:
Telefono:
MMG: - Tel.

Scheda di Brass del : Punteggio:

DATI OSPEDALIERI

Ospedale: Data ingresso:
Unità operativa:

PROVENIENZA:

INVALIDITA': SI NO IN CORSO

SERVIZI ATTIVI

ADI per:
 SAD per:
 Cure palliative:
 Altro servizio:

PERSONE DA CONTATTARE

| Nome e cognome | Convivente | Grado di parentela | Recapito telefonico |
|----------------|------------|--------------------|---------------------|
|----------------|------------|--------------------|---------------------|

ASSISTENTE PRIVATA: SI NO Note:

BACKGROUND (riferito all'attuale ricovero)

DIAGNOSI MEDICA E PATOLOGIE CONCOMITANTI aggiornati al momento della segnalazione:

Allergie riferite: Specificare:
 Multiresistenza:

Note:

SEGNALAZIONE

Data presunta Dimissione:

Motivazione segnalazione ed ulteriori note:

| | | |
|---|--|---|
|  | <p>Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto U.L.S.S. N. 8 BERICA Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA COD. REGIONE 050–COD. U.L.SS.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242– Cod. iPA AUV Tel. 0444 753111 - Fax 0444 931178 Mail protocollo@aulss8.veneto.it PEC protocollo.centrale.aulss8@pecveneto.it www.aulss8.veneto.it</p> | <p>Allegato n. 3</p> <p>Data Compilazione: data: --/--/----</p> |
| | <p>SCHEDA DIMISSIONE PROTETTA ADULTI e ANZIANI</p> | |

IN PROGRAMMA DIMISSIONE A DOMICILIO CON ATTIVAZIONE

- Nutrizione artificiale
- Cure palliative
- Servizi sociali
- ADI infermieristica
- ADI riabilitativa
- Altro

IN PROGRAMMA TRASFERIMENTO / DIMISSIONE PRESSO:

- Hospice
- Ospedale di Comunità
- Unità Riabilitativa Territoriale
- Centro di Servizi
- Altro

L'utente è informato della segnalazione di dimissione protetta? **SI** **NO**

AUSILI e PRESIDI

- PRESIDI / AUSILI necessari:
- PRESIDI / AUSILI richiesti:
- PRESIDI / AUSILI presenti a domicilio:

COMUNICAZIONE

Padronanza della lingua italiana (solo per stranieri):

Lingua parlata:

Comprensione:

Produzione:

Raccomandazioni e Note:

DOLORE

Scala NRS da 0 a 10 Valore:

Altro:

DETTAGLI DOLORE

| Sede | Tipo | Frequenza | In Trattamento |
|------|------|-----------|----------------|
|------|------|-----------|----------------|

TIPO DI TRATTAMENTO

- FANS
- OPPIOIDI

VEDI LETTERA DI DIMISSIONE

Conosciuto da CURE PALLIATIVE TERAPIA ANTALGICA

COMPORTEMENTO



Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto
U.L.S.S. N. 8 BERICA
 Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA
 COD. REGIONE 050–COD. U.L.S.S.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242–
 Cod. iPA AUV
 Tel. 0444 753111 - Fax 0444 931178 Mail protocollo@aulss8.veneto.it
 PEC protocollo.centrale.aulss8@pecveneto.it
 www.aulss8.veneto.it

Allegato n. 3

Data Compilazione:
 data: --/--/----

SCHEDA DIMISSIONE PROTETTA ADULTI e ANZIANI

DISTURBI RIFERITI

- Disturbo del sonno accompagnato da allucinazioni
- Pericolo di fuga
- Aggressività fisica intesa anche come rifiuto all'assistenza necessaria
- Ripetizioni compulsive di azioni disturbanti
- Non rilevabile

Raccomandazioni e Note:

STATO EMOTIVO / UMORE PREVALENTE

Note e raccomandazioni:

MOBILITA'

- Deambulazione autonoma
- Deambula con aiuto di ausili
- Deambula con assistenza
- Non deambula

ALZATO IN POLTRONA SI NO

PER PAZIENTE CON PROBLEMATICHE ORTOPEDICHE

Può caricare: Se NO specificare scarico per giorni:

Allineamento posturale

Capacità motorie degli arti

Raccomandazioni e Note

ALIMENTAZIONE

Si alimenta per OS:

Dieta:

DISTURBI Nausea: Vomito:

DEGLUTIZIONE:

Specificare:

NUTRIZIONE ARTIFICIALE:

Se CVC specificare:

Tipo:

Data ultimo lavaggio:

Altro:

Data posizionamento accesso:

Data inizio Nutrizione Artificiale:

Data ultima sostituzione accesso:

Nutrizione Artificiale attivata a domicilio: SI NO

Raccomandazioni e Note:

| | | |
|---|--|---|
|  | <p>Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto U.L.S.S. N. 8 BERICA Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA COD. REGIONE 050–COD. U.L.SS.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242– Cod. iPA AUV Tel. 0444 753111 - Fax 0444 931178 Mail protocollo@aulss8.veneto.it PEC protocollo.centrale.aulss8@pecveneto.it www.aulss8.veneto.it</p> | <p>Allegato n. 3</p> <p>Data Compilazione: data: --/--/----</p> |
| | <p>SCHEDA DIMISSIONE PROTETTA ADULTI e ANZIANI</p> | |

STATO DELLA CUTE / MUCOSE

| | | | |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|
| Lesioni da pressione | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Sede: |
| Tipo medicazione: | | | |
| Lesioni vascolari | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Sede: |
| Tipo medicazione: | | | |
| Ulcere diabetiche | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Sede: |
| Tipo medicazione: | | | |
| Ferite chirurgiche | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Sede: |
| Punti sutura | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Data di rimozione: |

RESPIRAZIONE:

Presenta astenia, affaticamento nello svolgimento delle attività quotidiane

Tracheostomia Tipologia:

Data posizionamento: Data ultima sostituzione:

Ossigenoterapia (eventualmente indicare O2 lt/min): Frequenza: Con:

Ventilazione meccanica Tipologia:

Aspirazione vie aeree

Drenaggio toracico

PNEUMOTISIOLOGIA TERRITORIALE ATTIVATA

Raccomandazioni e Note:

ELIMINAZIONE

ELIMINAZIONE URINARIA:

Incontinente Fornitura panni:

Stomia :

Catetere vescicale : Tipo e calibro: Sostituibile a domicilio

Sostituito o posizionato il:

ELIMINAZIONE INTESTINALE:

Incontinente Fornitura panni:

Stomia : Ambulatorio stomizzati:

Regolarità: Uso abituale di lassativi:

Data ultima evacuazione:

AUTOCURA

CONOSCENZA E CONSAPEVOLEZZA DELLA MALATTIA (dichiarato)

Paziente **SI** **NO**

Familiari / Caregiver **SI** **NO**

Note:

| | | |
|---|--|-----------------------------|
|  | <p>Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto U.L.S.S. N. 8 BERICA Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA COD. REGIONE 050–COD. U.L.SS.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242– Cod. iPA AUV Tel. 0444 753111 - Fax 0444 931178 Mail protocollo@aulss8.veneto.it PEC protocollo.centrale.aulss8@pecveneto.it www.aulss8.veneto.it</p> | <p>Allegato n. 3</p> |
| | <p>SCHEDA DIMISSIONE PROTETTA ADULTI e ANZIANI</p> | |

CONDIZIONI IGIENICHE ALL'INGRESSO:

Note:

PAZIENTE PORTATORE DI (in aggiunta ai dispositivi precedenti)

| N. | Dispositivo | Note | Data posizionamento | Data ultimo lavaggio |
|----|-------------|------|---------------------|----------------------|
| | | | | |

Note:

GESTIONE CURE (Soggetto Formato)

| Soggetto | Formato a | Note | Competenze acquisite |
|----------|-----------|------|----------------------|
| | | | |

GESTIONE CURE (Soggetto Non Formato)

| Sede | Formato a | Note |
|------|-----------|------|
| | | |

Raccomandazioni e Note:

Medico Ref. U.O.: _____ N. Tel.: _____

Coord. Inf. U.O.: _____ N. Tel.: _____

| | | |
|---|--|---|
|  | Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto U.L.S.S. N. 8 BERICA Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA COD. REGIONE 050–COD. U.L.S.S.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242–Cod. iPA AUV Tel. 0444 753111 - Fax 0444 931178 Mail protocollo@aulss8.veneto.it PEC protocollo.centrale.aulss8@pecveneto.it www.aulss8.veneto.it | Allegato n. 4 Data Compilazione: data: --/--/---- |
| | SCHEDA DIMISSIONE PROTETTA MINORI | |

COGNOME NOME CF:

Data e luogo di nascita:

Residenza: Domicilio: Telefono:

PLS/MMG: Tel.:

DATI OSPEDALIERI

Ospedale: Unità operativa: Data ingresso:

Provenienza: U.O. Ospedale : Domicilio Altro:

SERVIZI ATTIVI

ADI per: Cure palliative

Altro :

| Persone da contattare | Convivente | Grado di parentela | Recapito tel. | Conoscenza lingua italiana |
|-----------------------|--------------------------|--------------------|---------------|----------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | | | |
| | <input type="checkbox"/> | | | |

BACKGROUND (riferito all'attuale ricovero)

Diagnosi medica e patologie concomitanti all'ingresso:

Diagnosi medica e patologie concomitanti al momento della segnalazione:

Allergie riferite: SI Se si, specificare:
 NO

SEGNALAZIONE

Data presunta dimissione: Motivazione segnalazione ed ulteriori note:

In programma dimissione a domicilio con attivazione:

In programma trasferimento/dimissione presso:

Genitori/tutore sono informati della segnalazione di dimissione protetta: SI NO

AUSILI E PRESIDI

Presidi/ausili presenti a domicilio SI NO Richiesti: SI NO

Presidio/ausilio da richiedere:

| Presidio/ausilio | Tipo/calibro/misura | Unità di misura | Q.tà | Durata |
|------------------|---------------------|-----------------|------|--------|
| | | | | |

| | | |
|---|--|---|
|  | Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto U.L.S.S. N. 8 BERICA Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA COD. REGIONE 050–COD. U.L.S.S.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242–Cod. iPA AUV Tel. 0444 753111 - Fax 0444 931178 Mail protocollo@aulss8.veneto.it PEC protocollo.centrale.aulss8@pecveneto.it www.aulss8.veneto.it | Allegato n. 4 Data Compilazione: data: --/--/---- |
| | SCHEDA DIMISSIONE PROTETTA MINORI | |

COSCIENZA E ORIENTAMENTO

Ingresso: Vigile/orientato/lucido Confuso/disorientato Non risponde a stimoli/ non contatto con l'ambiente

Progresso (30gg): Vigile/orientato/lucido Confuso/disorientato Non risponde a stimoli/ non contatto con ambiente

Raccomandazioni e note:

COMUNICAZIONE

Padronanza della lingua italiana (solo per stranieri): Nessuna (mediatore culturale) Sufficiente Buona

Lingua parlata:

Comprensione: Comprende Difficoltà di comprensione Non rilevabile

Produzione: Adeguata Inadeguata (problemi nella produzione e/o nell'intelligibilità) Non rilevabile

SENSORIO

Deficit uditivo: nessuno ipoacusia sordità non rilevabile Compensato da protesi:

Deficit visivo: nessuno vista ridotta cecità non rilevabile Compensato da protesi:

Raccomandazioni e note:

DOLORE

scala dolore:

NRS (dove 0= nessun dolore e 10= il dolore più terribile che si possa immaginare):

Scala Wong-Baker (dove 0= nessun dolore e 10= il dolore più terribile che si possa immaginare):

altro

Se il punteggio è > a 3 specificare:

| Sede: | tipo di dolore | frequenza | In trattamento |
|-------|---|--|---|
| | <input type="checkbox"/> acuto <input type="checkbox"/> cronico | <input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> episodica | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| | <input type="checkbox"/> acuto <input type="checkbox"/> cronico | <input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> episodica | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| | <input type="checkbox"/> acuto <input type="checkbox"/> cronico | <input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> episodica | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

Raccomandazioni e note

RIPOSO/SONNO

Riposa, dorme la notte

Risvegli frequenti, sonno turbato, sonno ritardato

Non riposa, non dorme la notte

Non rilevabile

Raccomandazioni e note:

STATO EMOTIVO/UMORE PREVALENTE

Non presenta segni che indicano difficoltà a gestire lo stress / cooperante

Presenta segni marcati che indicano difficoltà a gestire lo stress

Non rilevabile

| | | |
|---|---|--|
|  | <p>Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto U.L.S.S. N. 8 BERICA Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA COD. REGIONE 050–COD. U.L.S.S.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242–Cod. IPA AUV Tel. 0444 753111 - Fax 0444 931178 Mail protocollo@aulss8.veneto.it PEC protocollo.centrale.aulss8@pecveneto.it www.aulss8.veneto.it</p> | <p>Allegato n. 4</p> <p>Data Compilazione: data: --/--/----</p> |
| | <p>SCHEDA DIMISSIONE PROTETTA MINORI</p> | |

Raccomandazioni e note:

ALIMENTAZIONE

- Si alimenta per OS Deglutizione conservata Problemi di deglutizione
- Latte materno Alimentazione complementare:
- Latte artificiale: Dieta libera per età
- Dieta personalizzata: Uso addensanti:

- Nutrizione artificiale: SNG PEG CVC Tipo:
- Data posizionamento: Data ultima sostituzione:
- Data inizio nutrizione: Data ultimo lavaggio:
- Tipo pasto:

- Nutrizione artificiale attivata a domicilio: SI NO

Disturbi alimentazione:

- Vomito Numero episodi die: Ultimo episodio, orario:
- Rigurgito Altro :

Raccomandazioni e note:

ELIMINAZIONE

- Controllo sfinteri: SI NO

Eliminazione urinaria: spontanea/naturale

- stomia tipo: calibro: sostituito o posizionato il:
- catetere vescicale tipo: calibro: sostituito o posizionato il:

Disturbi urinari:

Eliminazione intestinale: spontanea/naturale

- stomia tipo: calibro:
- diarrea stipsi
- stimolazione rettale utilizzo abituale di lassativi Data ultima evacuazione:

Raccomandazioni e note:

STATO CUTE MUCOSE

- normale pallido cianotico itterico altro:
- idratata secca edema: *indicare sede*
- integra presenza di eritemi/ lesioni/ ferite: *indicare sede*

tipo medicazione:

| | | |
|---|--|-----------------------------|
|  | <p>Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto U.L.S.S. N. 8 BERICA Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA COD. REGIONE 050–COD. U.L.SS.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242–Cod. iPA AUV Tel. 0444 753111 - Fax 0444 931178 Mail protocollo@aulss8.veneto.it PEC protocollo.centrale.aulss8@pecveneto.it www.aulss8.veneto.it</p> | <p>Allegato n. 4</p> |
| | <p>SCHEDA DIMISSIONE PROTETTA MINORI</p> | |

Raccomandazioni e note:

RESPIRAZIONE

eupnea dispnea presenta astenia, affaticamento, nello svolgimento delle attività quotidiane

Tracheostomia: cuffiata non cuffiata dal: data ultima sostituzione:

Altro:

Ossigenoterapia Domiciliare continua intermittente l/min:

con: maschera occhialini altro: Aria: miscelata riscaldata alti flussi

Ventilazione meccanica:

Aspirazione vie aeree:

Pneumotisiologia territoriale attivata: SI NO

Raccomandazioni e note:

MOBILITA'

Mobilità: normale per l'età dipendente per patologia

Utilizzo ausili, specificare tipo:

Raccomandazioni e note:

AUTOCURA

Conoscenza e consapevolezza della malattia (dichiarato)

Paziente: SI NO parziale

Familiari/Caregiver: SI NO parziale

Note:

Condizioni igieniche all'ingresso: buone sufficienti scarse

Note:

Paziente portatore di (in aggiunta al dispositivo precedente):

Insoflun Pompa insulina altro:

Note:

Gestione cure (soggetto formato):

Soggetto: paziente genitore caregiver

Formato a: SNG PEG CVC CVP

Note:

Competenze acquisite: sufficienti parzialmente sufficienti non sufficienti

Gestione cure (soggetto non formato):

Soggetto: paziente genitore caregiver

| | | |
|---|--|---|
|  | Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto U.L.S.S. N. 8 BERICA Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA COD. REGIONE 050–COD. U.L.S.S.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242–Cod. iPA AUV Tel. 0444 753111 - Fax 0444 931178 Mail protocollo@aulss8.veneto.it PEC protocollo.centrale.aulss8@pecveneto.it www.aulss8.veneto.it | Allegato n. 4 Data Compilazione: data: --/--/---- |
| | SCHEDA DIMISSIONE PROTETTA MINORI | |

Formato a: SNG PEG CVC CVP

Note:

Relazione genitore-operatore

genitore: collaborativo/ concentrato sui problemi passivo ansioso ostile

Note:

Relazione genitore- bambino

genitore: positivo passivo ansioso ostile

Note:

Aspetti di disagio rilevati/osservati/ipotizzati

- Incapacità/difficoltà dei genitori nell'accudimento e nelle cure del figlio
- Assenza o momentanea indisponibilità delle figure genitoriali e/o della rete familiare
- Isolamento sociale

Rilevazione indicatori per:

Trascuratezza Maltrattamento Abuso sessuale

Note:

È' stata fatta segnalazione a: Autorità giudiziaria Forze dell'Ordine Altri servizi:

I genitori sono stati informati dell'invio della segnalazione? SI NO

Raccomandazioni e note:

RIFERIMENTI

Medico Ref. U.O. :

Telefono:

Coord. Inf. U.O. :

Telefono:



**SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE SEMPLIFICATA:
ESEMPI ED INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE**

La scheda di valutazione multidimensionale semplificata esprime in modo semiquantitativo – in coerenza con le indicazioni della Regione Veneto e del nuovo sistema informativo nazionale sulle Cure Domiciliari – un giudizio professionale multidimensionale. Anche per i pazienti che sono seguiti da un solo professionista infatti è importante documentare non solo la diagnosi ed i bisogni infermieristici, ma anche le condizioni funzionali (es. allettamento, deficit cognitivo) e assistenziali (intensità di cure sanitarie, supporto assistenziale della famiglia) che possono incidere in maniera molto rilevante sugli esiti dell'assistenza. La scheda di valutazione multidimensionale semplificata viene compilata ove possibile dal MMG, oppure da un operatore sanitario del Distretto. Rispetto a ciascuno degli assi di valutazione multidimensionale sono anche suggeriti gli strumenti di appoggio/approfondimento utilizzabili nella formazione o nei casi dubbi.

Il punteggio va scelto in modo gerarchico, cioè se un paziente può ricadere in più categorie, si sceglie di regola quella più grave.

| | | |
|------------------------------------|---|--------------------------------|
| Profilo cognitivo | 1 | lucido |
| | 2 | confuso |
| | 3 | molto confuso o stuporoso |
| Disturbi comportamentali | 1 | assenti / lievi |
| | 2 | moderati |
| | 3 | gravi |
| Profilo mobilità | 1 | si sposta da solo |
| | 2 | si sposta assistito |
| | 3 | non si sposta |
| Profilo funzionale | 1 | autonomo o quasi |
| | 2 | dipendente |
| | 3 | totalmente dipendente |
| Profilo sanitario | 1 | bassa intensità |
| | 2 | media intermedia |
| | 3 | alta intensità |
| Profilo socio-assistenziale | 1 | ben assistito |
| | 2 | parzialmente assistito |
| | 3 | non sufficientemente assistito |

indicare con una X

Situazione cognitiva

(Strumenti di appoggio/approfondimento: MMSE o SPMSQ)

| | |
|---------------------|--|
| Lucido | sostiene un colloquio, è orientato nel tempo e nello spazio |
| Confuso | situazione intermedia; non riconosce sempre interlocutori e situazioni esterne a quelle della sua vita quotidiana; l'autonomia è limitata all'ambito domiciliare; è in grado solo parzialmente di prendere decisioni che lo riguardano rispetto al programma di cura |
| Molto confuso/stup. | non riconosce il luogo o i familiari, non ricorda il loro nome, non capisce la situazione in cui si trova; non è in grado di prendere decisioni che lo riguardano rispetto al programma di cura |

Disturbi Comportamentali

(Strumenti di appoggio/approfondimento: NPI)

| | |
|---------------|--|
| Assenti/lievi | disturbi parzialmente riconosciuti e controllati dalla persona |
| Moderati | situazione intermedia, parzialmente controllata dal soggetto e dal care giver senza ripercussioni sul suo livello di stress |
| Gravi | grave insonnia; wandering; disinibizione; comportamento aggressivo; agitazione psicomotoria; deliri; comportamenti che possono portare pericoli per l'incolumità e richiedono un elevato livello di accudimento e sorveglianza da parte del care-giver, con ripercussione sul suo livello di stress. |

Mobilità

(Strumenti di appoggio/approfondimento: Barthel mobilità)

| | |
|---------------------|---|
| Si sposta da solo | L'autonomia nello spostamento comprende anche l'utilizzo autonomo di stampelle o tripode; compresa carrozzina se utilizzata autonomamente dal soggetto anche nei passaggi dal/al letto, sedia, ecc.) |
| Si sposta assistito | paziente che si sposta autonomamente in carrozzella ma abbisogna di aiuto per il trasferimento dalla/alla carrozzina, paziente con problemi neurologici, muscolari, scheletrici o internistici che richiedono per la deambulazione l'affiancamento di un accompagnatore |
| Non si sposta | paziente allettato, accompagnato in carrozzina o che deve essere sorretto per il mantenimento della stazione eretta |

Situazione Funzionale

(Strumenti di appoggio/approfondimento: Barthel ADL)

| | |
|-----------------------|---|
| Autonomo o quasi | soggetto sostanzialmente autonomo nelle attività di base anche se può necessitare di supporto o supervisione per il bagno e/o essere parzialmente incontinente (piccole perdite urinarie). |
| Dipendente | soggetto che necessita di aiuto per fare il bagno e per vestirsi; autonomo per semplici atti della vita quotidiana (pettinarsi, lavarsi il viso) ma non in grado di gestire autonomamente le attività di base (es. mangia da solo ma non è in grado di preparare e dev'essere aiutato per mettersi a tavola). |
| Totalmente dipendente | soggetto non in grado di svolgere le attività di base (mangiare, lavarsi, vestirsi, essere continente, usare i servizi igienici, fare il bagno). |

Profilo Sanitario (intensità di cure sanitarie)

(Strumenti di appoggio/approfondimento: VIP, VPIA, VPOT. VSAN = VIP+VPIA+VPOT)

| | |
|-------|---|
| Bassa | Pazienti cronici clinicamente stabili che necessitano di meno di un accesso sanitario domiciliare /settimana (es.: monitoraggio del tempo di Quick; pazienti portatori di catetere vescicale, stomia o piccole ulcere distrofiche) |
| Media | Pazienti cronici moderatamente instabili che necessitano di uno o due accessi sanitari domiciliari /settimana (ad es.: lesioni da decubito di 1° o 2° grado, stomia o PEG recenti, gestione sondino naso-gastrico, monitoraggio di sintomi, parametri vitali o controllo terapia salvavita) |
| Alta | Pazienti instabili che necessitano di tre o più accessi sanitari domiciliari/settimana (ad es. : lesioni da decubito di 3° o 4° grado; monitoraggio continuativo di sintomi o parametri vitali; terapia parenterale continuativa; gestione di presidi infermieristici complessi come CVC, port-a cath, cateteri peridurali; pazienti con ricoveri medici ripetuti). |

Supporto Socio-Assistenziale (valutazione caregiver)

La valutazione del *caregiver* è la più complessa perché ha come oggetto non soltanto l'adeguatezza della rete rispetto ai bisogni primari (ADL, IADL), ma anche numerose altre dimensioni: la povertà, le relazioni intrafamiliari, il carico fisico e psicologico sul *caregiver* ed anche la possibilità, la disponibilità e la capacità per il *caregiver* di svolgere delle semplici prestazioni di cura, dopo un adeguato addestramento. Il Consorzio Mario Negri Sud rende disponibile al riguardo un'ampia bibliografia.

| | |
|-----------------------|---|
| Ben assistito | Esempi: paziente ben seguito e ben curato dai familiari; paziente ben seguito e ben curato dall'assistenza privata o dalla rete sociale; il <i>caregiver</i> risponde alle esigenze assistenziali e ben sostiene (da solo o con il supporto degli altri soggetti della rete - famigliari e non) il carico assistenziale |
| Parz. assistito | Situazione intermedia |
| Non suffic. assistito | Esempi: segni di evidente indigenza, insalubrità dell'abitazione o abbandono; <i>caregiver</i> e rete sociale inadeguata per il supporto alle ADL; <i>caregiver</i> e rete sociale inadeguati per i compiti di monitoraggio e gestione del malato (es. somministrazione terapia salvavita, cambio medicazione); <i>caregiver</i> che rifiuta esplicitamente l'assunzione dei compiti di monitoraggio e gestione del malato; <i>caregiver</i> che ripetutamente arriva in ritardo o è assente immotivatamente in occasione di accessi domiciliari concordati |



REGIONE DEL VENETO - AZIENDA ULSS N. _____

UNITÀ VALUTATIVA MULTIDIMENSIONALE DISTRETTUALE | | | | | | | |

S. V a. M. A.

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane

STRUMENTO PER L'ACCESSO AI SERVIZI DI RETE RESIDENZIALI, SEMIRESIDENZIALI E DOMICILIARI INTEGRATI
VERSIONE AGGIORNATA, APPROVATA CON DGR 2961 DEL 28.12.2012

CARTELLA

Sig./Sig.ra _____

data di nascita | | | | | | | |

Tessera sanitaria | | | | | | | | | | Es. ticket | | | | | | Cod. fiscale | | | | | | | | | | | | | | |

Residenza: via _____ Tel. _____

Comune _____ Prov. | | | |

Distretto Socio-Sanitario | | | | | | | |

Domicilio (se diverso dalla residenza): via _____

Comune _____ ULSS n. _____

Medico curante: _____ Tel. _____

Assistente sociale: _____ Tel. _____

Persona di riferimento: _____ Tel. _____

Cellulare: _____ grado di parentela _____

Via _____ Comune _____

VALUTAZIONE IN SEDE U.V.M.D.

NECESSITÀ di ASSISTENZA SANITARIA

| | | |
|--|-------------|--|
| ASSISTENZA INFERMIERISTICA (vedi scheda "Valutazione Sanitaria") | VIP | |
| PREVENZIONE - TRATTAMENTO DECUBITI (vedi scheda "Valutazione Cognitiva e Funzionale") | VPIA | |
| POTENZIALE RESIDUO (da valutare in U.V.M.D.) | VPOT | |
| Poco probabili significativi recuperi di autonomia | 0 | |
| Vi è la possibilità di recuperare l'autonomia fino a punteggio ≤ 3 in almeno 1 item del Barthel ADL o MOBILITÀ | 5 | |
| Buon potenziale residuo (anche in patologia cronico-degenerativa, se presente sindrome ipocinetica da assistenza inadeguata) | 20 | |
| Elevato potenziale residuo dopo evento acuto, con scarsa probabilità di recupero spontaneo | 25 | |
| TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA E RIABILITATIVA | VSAN | |

SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE (famiglia, privato, vicinato e volontariato)

| | SOGGETTO AUTONOMO | SUPPORTO RETE PER SOGGETTO NON AUTONOMO | | |
|---|-------------------|---|---|---------------|
| | | sufficiente | Parzialmente Sufficiente o difficoltà di tenuta | insufficiente |
| Preparazione dei pasti | 0 | 5 | 10 | 10 |
| Pulizia della casa | 0 | 5 | 5 | 10 |
| Lavanderia | 0 | 5 | 5 | 10 |
| Effettuazione acquisti | 0 | 5 | 5 | 10 |
| Alimentazione | 0 | 5 | 10 | 20 |
| Bagno | 0 | 5 | 5 | 10 |
| Toeletta personale | 0 | 5 | 10 | 15 |
| Abbigliamento | 0 | 5 | 10 | 15 |
| Uso del wc (o padella o panno) | 0 | 5 | 15 | 25 |
| Assunzione dei medicinali (se pertinente) | 0 | 5 | 10 | 10 |
| Trasferimenti | 0 | 5 | 15 | 20 |
| Deambulazione | 0 | 5 | 10 | 15 |
| Gestione del denaro | 0 | 5 | 10 | 10 |
| Sostegno psicoaffettivo | 0 | 5 | 10 | 10 |
| Supervisione diurna | 0 | 5 | 15 | 25 |
| Supervisione notturna | 0 | 5 | 15 | 25 |
| TOTALE RETE SOCIALE | | | VSOC | |

PROFILO DELL'AUTONOMIA

SITUAZIONE COGNITIVA

| PCOG | | VCOG | |
|------|------------------------------|------|--|
| 1 | lucido | | Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 0 - 3 |
| 2 | confuso | | Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 4 - 8 |
| 3 | molto confuso o stuporoso | | Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 9 - 10 |

DISTURBI COMPORTAMENTALI

| PCOMP | | Da compilarsi in sede UVMD in base alla valutazione complessiva (vedere pagina 9). Nella individuazione del profilo, la presenza del disturbo comportamentale PCOMP = 2 o 3 trasforma il valore dell'asse cognitivo a 4 |
|-------|---------------|--|
| 1 | Assente/Lieve | |
| 2 | Moderato | |
| 3 | Grave | |

MOBILITÀ

| PMOB | | VMOB | |
|------|---------------------|------|--------------------------------------|
| 1 | si sposta da solo | | Punteggio Barthel mobilità = 0 - 14 |
| 2 | si sposta assistito | | Punteggio Barthel mobilità = 15 - 29 |
| 3 | non si sposta | | Punteggio Barthel mobilità = 30 - 40 |

SITUAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)

| PADL | | VADL | |
|------|--------------------------|------|---------------------------------|
| 1 | autonomo o quasi | | Punteggio Barthel ADL = 0 - 14 |
| 2 | dipendente | | Punteggio Barthel ADL = 15 - 49 |
| 3 | totalmente dipendente | | Punteggio Barthel ADL = 50 - 60 |

NECESSITÀ DI ASSISTENZA SANITARIA

| PSAN | | VSAN | |
|------|------------|------|---------------------|
| 1 | bassa | | Punteggio = 0 - 5 |
| 2 | intermedia | | Punteggio = 10 - 20 |
| 3 | elevata | | Punteggio ≥ 25 |



SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE

| PSOC | | VSOC | |
|------|-----------------------------------|------|-----------------------|
| 1 | ben assistito | | Punteggio = 0 - 80 |
| 2 | parzialmente assistito | | Punteggio = 85 - 160 |
| 3 | non sufficientemente assistito | | Punteggio = 165 - 240 |

CODICE PROFILO (per il calcolo usare la Tabella "Profili" per l'individuazione del profilo di autonomia)

| PROF | + | PSOC |
|------|---|------|
| | + | |

VERBALE U.V.M.D.

NOME: _____ DATA DI NASCITA: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

SINTESI DEI PROBLEMI ATTUALI RILEVATI:

SULLA BASE DELLA DOCUMENTAZIONE AGLI ATTI E DI QUANTO EMERSO DALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, L'U.V.M.D. PRENDE LE SEGUENTI DECISIONI:

LA PERSONA VIENE VALUTATA DALL'UVM D NON AUTOSUFFICIENTE: SI NO

CODIFICA PROGETTO ASSISTENZIALE - INDICARE: PRINCIPALE |_|_| - SECONDARIO |_|_|

| | |
|---|--|
| 01 <input type="checkbox"/> ACCOGLIENZA IN RESIDENZA | 10 <input type="checkbox"/> STRUTTURA PER AUTOSUFFICIENTI |
| 02 <input type="checkbox"/> OSPITALITÀ TEMPORANEA RIABILITATIVA (es. URT) | 11 <input type="checkbox"/> SAPA |
| 03 <input type="checkbox"/> OSPITALITÀ TEMPORANEA SOCIALE (DI SOLLIEVO) | 12 <input type="checkbox"/> HOSPICE (vedi nota in istruzioni a pag. 20) |
| 04 <input type="checkbox"/> CENTRO DIURNO | 13 <input type="checkbox"/> ASSEGNO DI CURA O ALTRI CONTRIBUTI ECONOMICI |
| 05 <input type="checkbox"/> ASS. DOM. SOCIALE (SENZA SERV. SANITARI) | 14 <input type="checkbox"/> OSPEDALE DI COMUNITA' |
| 06 <input type="checkbox"/> ASS. DOM. SEMPLICE 1° LIV (CON O SENZA SOCIALE) | 15 <input type="checkbox"/> CURE PALLIATIVE |
| 07 <input type="checkbox"/> ASS. DOM. INTEG. 2-3° LIV (CON O SENZA SOCIALE) | 16 <input type="checkbox"/> STATI VEGETATIVI |
| 08 <input type="checkbox"/> ALTRE FORME DI ASSISTENZA | 17 <input type="checkbox"/> ACCOGLIENZA IN RESIDENZA PER RELIGIOSI N.A. |
| 09 <input type="checkbox"/> LA RETE ATTUALE RISPONDE AI BISOGNI | 18 <input type="checkbox"/> ALTRO |

| convocati | presenti | PARTECIPANTI | Nome | Firma |
|----------------------------|----------------------------|-----------------------|------|-------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | Responsabile U.V.M.D. | | |
| 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Medico curante | | |
| 3 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | Assistente sociale | | |
| 4 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | Esperto / Geriatra | | |
| 5 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | | | |
| 6 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | | | |
| 7 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | | | |
| 8 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | | | |

| | | |
|---|-----------------------------------|---|
| Il responsabile del caso sarà: (INDICARE IL RUOLO) | | Verifica programmata: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> attivazione | <input type="checkbox"/> verifica | TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE U.V.M.D. |
| DATA: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | |

S.Va.M.A. VALUTAZIONE SANITARIA

NOME: DATA DI NASCITA: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

SEDE DI VALUTAZIONE: DATA: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CENNI ANAMNESTICI - PROBLEMI CRONICI IN ATTO:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

TRATTAMENTI IN ATTO:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

| | No | Si |
|--|--------------------------|----|
| 1. Diabete insulinodipendente | 0 | 5 |
| 2. Scompenso cardiaco in classe 3-4 NYHA con necessità di monitoraggio frequente del bilancio idrico (≥ 75 mg. Furosemide pro die), alimentare e parametri vitali (polso, pressione, frequenza cardiaca) | 0 | 10 |
| 3. Cirrosi scompensata e altre forme di ascite con necessità come sopra elencate | 0 | 10 |
| 4. Tracheostomia | 0 | 5 |
| 5. Ossigenoterapia continuativa a lungo termine (>3 h al dì) | 0 | 5 |
| 6. Sondino naso-gastrico, gastrostomia (PEG) | 0 | 10 |
| 7. Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale o terapia infusionale quotidiana | 0 | 10 |
| 8. Catetere vescicale | 0 | 5 |
| 9. Ano artificiale e/o ureterostomia | 0 | 5 |
| 10. Nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine o terapia antalgica con oppioidi o con elastomero che richiede adeguamento della posologia | 0 | 10 |
| 11. Ulcere distrofiche agli arti e/o altre lesione della cute chirurgiche, traumatiche, oncologiche | 0 | 5 |
| 12. Respiratore/Ventilazione assistita | <input type="checkbox"/> | |
| 13. Dialisi o dialisi peritoneale | <input type="checkbox"/> | |
| 14. Presenza di dolore (neoplastico o non neoplastico) | <input type="checkbox"/> | |
| 15. Dipendenza da apparecchiature elettromedicali | <input type="checkbox"/> | |
| 16. Paziente neoplastico allettato | <input type="checkbox"/> | |

TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA

VIP

SENSORIO E COMUNICAZIONE

LINGUAGGIO (COMPRESIONE)

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| 0 = normale | 2 = comprensione non valutabile |
| 1 = comprende solo frasi semplici | 3 = non comprende |

LINGUAGGIO (PRODUZIONE)

| | |
|--|--|
| 0 = parla normalmente | 2 = si comprendono solo parole isolate |
| 1 = linguaggio menomato, ma esprime comunque il suo pensiero | 3 = non si esprime |

UDITO (eventualmente con protesi)

| | |
|---|------------------------------------|
| 0 = normale | 2 = grave deficit non correggibile |
| 1 = deficit, ma udito adeguato alle necessità personali | 3 = sordità completa |

VISTA (eventualmente con occhiali)

| | |
|---|------------------------------------|
| 0 = normale | 2 = grave deficit non correggibile |
| 1 = deficit, ma vista adeguata alle necessità personali | 3 = cecità e bisogno di assistenza |

CODIFICA PATOLOGIE - estratto ICPC

**INDICARE LE PATOLOGIE PRINCIPALI CHE CONCORRONO
A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**
(da utilizzare a cura del medico curante oppure in sede di UVMD)

Indicare in ordine di importanza le prime 3 patologie principali:

1. Codice prima patologia
2. Codice patologia concomitante
3. Codice seconda patologia concomitante

MALATTIE GENERALI

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> A07 Coma | <input type="checkbox"/> A86 Effetti tossici da altre sostanze |
| <input type="checkbox"/> A00 Sindrome ipocinetica | <input type="checkbox"/> A87 Complicanza chirurgia / trattamento medico |
| <input type="checkbox"/> A79 Carcinomatosi (sede primitiva sconosciuta) | <input type="checkbox"/> A89 Conseguenze applicazione protesi |
| <input type="checkbox"/> A80 Incidente / lesione traumatica NSA | <input type="checkbox"/> A90 Anomalie multiple congenite |
| <input type="checkbox"/> A81 Politraumatismo / lesioni interne | <input type="checkbox"/> A97 Assenza di malattia |
| <input type="checkbox"/> A82 Effetti tardivi di un trauma | <input type="checkbox"/> A99 Altre malattie generali / non spec |
| <input type="checkbox"/> A84 Avvelenamento da sostanza medicinale | |

SANGUE / LINFATICI / MILZA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> B71 Linfadenite cronica / non specifica | <input type="checkbox"/> B80 Anemia da carenza di ferro |
| <input type="checkbox"/> B72 Morbo di Hodgkin | <input type="checkbox"/> B81 Anemia perniciosa / da carenza folati |
| <input type="checkbox"/> B73 Leucemia | <input type="checkbox"/> B83 Porpora / difetti coagulazione / piastrine |
| <input type="checkbox"/> B74 Altre neoplasie maligne | <input type="checkbox"/> B87 Splenomegalia |
| <input type="checkbox"/> B75 Neoplasie benigne / non spec | <input type="checkbox"/> B90 Infezione da HIV (AIDS / ARC) |
| <input type="checkbox"/> B78 Anemie emolitiche ereditarie | <input type="checkbox"/> B99 Altra malattia sangue / linfatici / milza |
| <input type="checkbox"/> B79 Altre anomalie congenite | |

SISTEMA DIGERENTE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> D17 Incontinenza intestinale | <input type="checkbox"/> D87 Disturbi funzione gastrica |
| <input type="checkbox"/> D70 Diarrea infettiva / dissenteria | <input type="checkbox"/> D88 Appendicite |
| <input type="checkbox"/> D72 Epatite virale | <input type="checkbox"/> D89 Ernia inguinale |
| <input type="checkbox"/> D74 Neoplasie maligne stomaco | <input type="checkbox"/> D90 Ernia diaframmatica / dello hiatus |
| <input type="checkbox"/> D75 Neoplasie maligne colon / retto | <input type="checkbox"/> D91 Altre ernie addominali |
| <input type="checkbox"/> D76 Neoplasie maligne pancreas | <input type="checkbox"/> D92 Malattia diverticolare |
| <input type="checkbox"/> D77 Altre neoplasie maligne / non spec | <input type="checkbox"/> D93 Sindrome del colon irritabile |
| <input type="checkbox"/> D81 Anomalie congenite | <input type="checkbox"/> D94 Enterite cronica / colite ulcerosa |
| <input type="checkbox"/> D82 Malattie di denti / gengive | <input type="checkbox"/> D95 Ragade anale / ascesso perianale |
| <input type="checkbox"/> D83 Malattie di bocca / lingua / labbra | <input type="checkbox"/> D96 Epatomegalia |
| <input type="checkbox"/> D84 Malattie dell'esofago | <input type="checkbox"/> D97 Cirrosi / altre malattie epatiche |
| <input type="checkbox"/> D85 Ulcera duodenale | <input type="checkbox"/> D98 Colecistite / colelitiasi |
| <input type="checkbox"/> D86 Altre ulcere peptiche | <input type="checkbox"/> D99 Altre malattie sistema digerente |

OCCHIO

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> F74 Neoplasie occhio / annessi | <input type="checkbox"/> F91 Errori di rifrazione |
| <input type="checkbox"/> F81 Altre anomalie oculari congenite | <input type="checkbox"/> F92 Cataratta |
| <input type="checkbox"/> F82 Distacco di retina | <input type="checkbox"/> F93 Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> F83 Retinopatia | <input type="checkbox"/> F94 Tutti i gradi / tipi di cecità |
| <input type="checkbox"/> F84 Degenerazione della macula | <input type="checkbox"/> F99 Altre malattie oculari |
| <input type="checkbox"/> F85 Ulcera corneale (incl. erpetica) | |

ORECCHIO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> H03 Tintinnio / ronzio / tinnito | <input type="checkbox"/> H83 Otosclerosi |
| <input type="checkbox"/> H74 Otite cronica, altre infezioni orecchio | <input type="checkbox"/> H84 Presbiacusia |
| <input type="checkbox"/> H75 Neoplasie dell'orecchio | <input type="checkbox"/> H86 Tutti i gradi di sordità NSA |
| <input type="checkbox"/> H77 Perforazione membrana del timpano | <input type="checkbox"/> H99 Altre malattie orecchio / mastoide |
| <input type="checkbox"/> H82 Sindrome vertiginosa | |

SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> K71 Febbre reumatica / cardiopatia | <input type="checkbox"/> K86 Ipertensione non complicata |
| <input type="checkbox"/> K73 Anomalie congenite cuore / sistema circolatorio | <input type="checkbox"/> K87 Ipertensione coinvolgente organi bersaglio |
| <input type="checkbox"/> K74 Angina pectoris | <input type="checkbox"/> K88 Ipertensione posturale |
| <input type="checkbox"/> K75 Infarto miocardico acuto | <input type="checkbox"/> K89 Ischemia cerebrale transitoria |
| <input type="checkbox"/> K76 Altre cardiopatie ischemiche / croniche | <input type="checkbox"/> K90 Colpo / accidente cerebrovascolare |
| <input type="checkbox"/> K77 Insufficienza cardiaca | <input type="checkbox"/> K91 Aterosclerosi escl cuore / cervello |
| <input type="checkbox"/> K78 Fibrillazione atriale / flutter | <input type="checkbox"/> K92 Altre ostruzioni arteriose / mal vascolari periferiche |
| <input type="checkbox"/> K79 Tachicardia parossistica | <input type="checkbox"/> K93 Embolia polmonare |
| <input type="checkbox"/> K80 Battiti ectopici tutti i tipi | <input type="checkbox"/> K94 Flebite / tromboflebite |
| <input type="checkbox"/> K82 Cuore polmonare cronico | <input type="checkbox"/> K95 Vene varicose delle gambe (escl S97) |
| <input type="checkbox"/> K83 Malattia valvolare cuore non reumatica NSA | <input type="checkbox"/> K99 Altre malattie sistema circolatorio |
| <input type="checkbox"/> K84 Altre malattie del cuore | |

SISTEMA MUSCOLOSCHIELETRICO

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> L70 Infezioni | <input type="checkbox"/> L83 Sindromi colonna cervicale |
| <input type="checkbox"/> L71 Neoplasia | <input type="checkbox"/> L84 Osteoartrosi colonna |
| <input type="checkbox"/> L72 Frattura radio / ulna | <input type="checkbox"/> L85 Deformità acquisite della colonna |
| <input type="checkbox"/> L73 Frattura tibia / fibula | <input type="checkbox"/> L86 Lesione disc lombare / irradiazione |
| <input type="checkbox"/> L74 Frattura ossa mano / piede | <input type="checkbox"/> L88 Artrite reumatoide / condizioni affini |
| <input type="checkbox"/> L75 Frattura femore | <input type="checkbox"/> L89 Osteoartrosi dell'anca |
| <input type="checkbox"/> L76 Altra frattura | <input type="checkbox"/> L90 Osteoartrosi del ginocchio |
| <input type="checkbox"/> L77 Distorsione e stiramento caviglia | <input type="checkbox"/> L91 Altre osteoartrosi |
| <input type="checkbox"/> L78 Distorsione e stiramento ginocchi | <input type="checkbox"/> L92 Sindromi della spalla |
| <input type="checkbox"/> L79 Distorsione e stiramento altre articolazioni | <input type="checkbox"/> L95 Osteoporosi |
| <input type="checkbox"/> L80 Lussazione | <input type="checkbox"/> L97 Lesione interna cronica del ginocchi |
| <input type="checkbox"/> L81 Altre lesioni traumatiche | <input type="checkbox"/> L98 Deformità acquisite degli arti |
| <input type="checkbox"/> L82 Anomalie congenite | <input type="checkbox"/> L99 Altre malattie sistema muscoloscheletrico |

SISTEMA NERVOSO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> N17 Vertigine / capogiro (escl H82) | <input type="checkbox"/> N85 Anomalie congenite |
| <input type="checkbox"/> N19 Disturbi del linguaggio | <input type="checkbox"/> N86 Sclerosi multipla |
| <input type="checkbox"/> N70 Poliomielite / altri enterovirus | <input type="checkbox"/> N87 Parkinsonismo |
| <input type="checkbox"/> N71 Meningite / encefalite | <input type="checkbox"/> N88 Epilessia tutti i tipi |
| <input type="checkbox"/> N72 Tetano | <input type="checkbox"/> N89 Emicrania |
| <input type="checkbox"/> N73 Altre infezioni sistema nervoso | <input type="checkbox"/> N90 Cefalea a grappolo |
| <input type="checkbox"/> N74 Neoplasie maligne | <input type="checkbox"/> N91 Paralisi facciale / paralisi di Bell |
| <input type="checkbox"/> N75 Neoplasie benigne | <input type="checkbox"/> N92 Nevralgia del trigemino |
| <input type="checkbox"/> N76 Neoplasie non spec | <input type="checkbox"/> N93 Sindrome del tunnel carpale |
| <input type="checkbox"/> N79 Commozione cerebrale | <input type="checkbox"/> N94 Altra nevrite periferica |
| <input type="checkbox"/> N81 Altre lesioni traumatiche | <input type="checkbox"/> N99 Altre malattie del sistema nervoso |

DISTURBI MENTALI / PSICOLOGICI

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> P13 Encopresi | <input type="checkbox"/> P74 Disturbo d'ansia / stato ansioso |
| <input type="checkbox"/> P15 Abuso cronico di alcool | <input type="checkbox"/> P75 Disturbo isterico / ipocondriaco |
| <input type="checkbox"/> P17 Abuso di tabacco | <input type="checkbox"/> P76 Disturbo depressivo |
| <input type="checkbox"/> P18 Abuso di medicinali | <input type="checkbox"/> P77 Tentativo di suicidio |
| <input type="checkbox"/> P19 Abuso di droghe | <input type="checkbox"/> P78 Neurastenia / surmenage |
| <input type="checkbox"/> P20 Disturbi di memoria / concentrazione | <input type="checkbox"/> P79 Altro disturbo nevrotico |
| <input type="checkbox"/> P70 Demenza senile / Alzheimer | <input type="checkbox"/> P80 Disturbo di personalità |
| <input type="checkbox"/> P71 Altra psicosi organica | <input type="checkbox"/> P85 Ritardo mentale |
| <input type="checkbox"/> P72 Schizofrenia tutti i tipi | <input type="checkbox"/> P98 Altre / non spec psicosi |
| <input type="checkbox"/> P73 Psicosi affettiva | <input type="checkbox"/> P99 Altri disturbi mentali / psicologici |

SISTEMA RESPIRATORIO

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> R70 Tubercolosi respiratoria (escl A70) | <input type="checkbox"/> R83 Altre infezioni del sistema respiratorio |
| <input type="checkbox"/> R80 Influenza(provata)senza polmonite | <input type="checkbox"/> R84 Neoplasie maligne bronchi / polmone |
| <input type="checkbox"/> R81 Polmonite | <input type="checkbox"/> R85 Altre neoplasie maligne |
| <input type="checkbox"/> R82 Tutte le pleuriti (escl R70) | <input type="checkbox"/> R89 Anomalie congenite sistema respiratorio |

- R91 Bronchite cronica / bronchiectasie
- R95 Enfisema / BPCO**

- R96 Asma
- R99 Altra malattia sistema respiratorio

CUTE E ANNESSI

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> S14 Ustioni / scottature <input type="checkbox"/> S18 Lacerazione / taglio <input type="checkbox"/> S19 Altre lesioni traumatiche pelle <input type="checkbox"/> S70 Herpes zoster <input type="checkbox"/> S72 Scabbia ed altre infestazioni da acari <input type="checkbox"/> S73 Pediculosi / altre infestazioni pelle <input type="checkbox"/> S74 Dermatofitosi <input type="checkbox"/> S75 Monilliasi / candidosi (altre) <input type="checkbox"/> S76 Altre malattie infettive pelle <input type="checkbox"/> S77 Neoplasie maligne della pelle <input type="checkbox"/> S80 Altre / non spec. neoplasie pelle | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> S84 Impetigine <input type="checkbox"/> S85 Cisti pilonidale / fistola <input type="checkbox"/> S87 Dermatite atopica / eczema <input type="checkbox"/> S88 Dermatite da contatto / altro eczema <input type="checkbox"/> S89 Esantema da pannolino <input type="checkbox"/> S91 Psoriasi <input type="checkbox"/> S92 Disidrosi / mal ghiandole sudoripare <input type="checkbox"/> S94 Unghia incarnita / altra malattie unghie <input type="checkbox"/> S97 Ulcera cronica pelle (incl varicosa) <input type="checkbox"/> S98 Orticaria <input type="checkbox"/> S99 Altra malattie pelle / tessuto sottocutaneo |
|---|--|

SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO E NUTRIZIONE

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> T06 Anoressia nervosa / bulimia <input type="checkbox"/> T08 Calo di peso <input type="checkbox"/> T11 Disidratazione <input type="checkbox"/> T71 Neoplasie maligne della tiroide <input type="checkbox"/> T73 Altre / non spec neoplasie <input type="checkbox"/> T82 Obesità (BMI >=30) <input type="checkbox"/> T83 Sovrappeso (BMI <30) <input type="checkbox"/> T85 Ipertiroidismo / tireotossicosi | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> T86 Ipotiroidismo / mixedema <input type="checkbox"/> T87 Ipoglicemia <input type="checkbox"/> T90 Diabete mellito <input type="checkbox"/> T91 Carezza vitaminica / altro disturbo nutrizionale <input type="checkbox"/> T92 Gotta <input type="checkbox"/> T93 Disturbi del metabolismo lipidico <input type="checkbox"/> T99 Altra malattia endocrino metabolica nutrizionale |
|---|--|

SISTEMA URINARIO

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> U04 Incontinenza urinaria <input type="checkbox"/> U70 Pielonefrite / pielite acuta <input type="checkbox"/> U71 Cistite / altra infezione urinaria NSA <input type="checkbox"/> U75 Neoplasie maligne del rene <input type="checkbox"/> U76 Neoplasie maligne della vescica | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> U79 Altre neoplasie non spec tratto urinario <input type="checkbox"/> U85 Anomalie congenite tratto urinario <input type="checkbox"/> U88 Glomerulonefrite / nefrosi <input type="checkbox"/> U95 Calcolo urinario di ogni tipo / sede <input type="checkbox"/> U99 Altra malattia sistema urinario |
|--|--|

SISTEMA GENITALE FEMMINILE

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> X75 Neoplasie maligne della cervice <input type="checkbox"/> X76 Neoplasie maligne della mammella <input type="checkbox"/> X77 Altre neoplasie maligne <input type="checkbox"/> X81 Altre / non spec neoplasie genit femminile | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> X84 Vaginite / vulvite NSA <input type="checkbox"/> X87 Prolasso uterovaginale <input type="checkbox"/> X99 Altre malattie sistema genitale femminile |
|--|--|

SISTEMA GENITALE MASCHILE

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Y74 Orchite / epididimite <input type="checkbox"/> Y77 Neoplasie maligne prostata | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Y78 Altre neoplasie maligne <input type="checkbox"/> Y99 Altra malattie genitmaschincinmamm |
|--|---|

COMPILATORE

NOMINATIVO: _____ FIRMA: _____

S.Va.M.A. VALUTAZIONE COGNITIVA E FUNZIONALE

NOME: _____ DATA DI NASCITA: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

SEDE DI VALUTAZIONE: _____ DATA: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

SITUAZIONE COGNITIVA

SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE (barrare la casella in caso di errore)

| | |
|---|---|
| Che giorno è oggi? (mese, giorno, anno) | 1 |
| Che giorno è della settimana? | 1 |
| Come si chiama questo posto? | 1 |
| Qual è il suo indirizzo? | 1 |
| Quanti anni ha? | 1 |
| Quando è nato? | 1 |
| Chi è il Presidente della Repubblica ? (o il Papa?) | 1 |
| Chi era il Presidente precedente? (o il Papa?) | 1 |
| Qual è il cognome da ragazza di sua madre? | 1 |
| Sottragga da 20 tre e poi ancora fino in fondo | 1 |

TOTALE VALUTAZIONE COGNITIVA **VCOG**

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

VCOG1

| |
|--|
| |
|--|

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

- Assente/Lieve: vi sono poche probabilità di procurare danni a sé e/o agli altri.**
Necessita di una bassa supervisione e comunque saltuaria. I disturbi comportamentali sono assenti o ben controllati con specifici interventi terapeutici e/o assistenziali.
- Moderato: c'è rischio saltuario che possa procurare danni a sé e/o agli altri.**
Occorre attivare delle prassi di controllo (soprattutto ambientale) per proteggere la persona. Vigilanza a distanza.
- Grave: vi è un concreto rischio di procurare danni a sé e/o agli altri.**
Necessita di una vigilanza sostanzialmente continua. I disturbi comportamentali si manifestano con frequenza giornaliera o almeno 2/3 volte a settimana e la loro intensità è tale da dover essere contenuti fisicamente e farmacologicamente.

VCOMP

| |
|--|
| |
|--|

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

| SITUAZIONE FUNZIONALE | |
|--|----|
| INDICE DI BARTHEL - Attività di Base <i>(barrare per ogni area un unico punteggio)</i> | |
| ALIMENTAZIONE | |
| Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare i cibi e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc. | 0 |
| Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc.. Non è necessaria la presenza di un'altra persona. | 2 |
| Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro. | 5 |
| Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto. | 8 |
| Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc). | 10 |
| BAGNO/DOCCIA (lavarsi) | |
| Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato. | 0 |
| Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.). | 1 |
| Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia/bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi. | 2 |
| Necessita di aiuto per tutte le operazioni. | 4 |
| Totale dipendenza nel lavarsi. | 5 |
| IGIENE PERSONALE | |
| Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata a farlo, ma non è necessario che sia in grado di acconciarsi i capelli. | 0 |
| In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni. | 1 |
| Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale. | 2 |
| Necessita di aiuto per tutte le operazioni. | 4 |
| Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti. | 5 |
| ABBIGLIAMENTO | |
| Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto od una protesi. | 0 |
| Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe. | 2 |
| Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento. | 5 |
| Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti. | 8 |
| Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora. | 10 |
| CONTINENZA INTESTINALE | |
| Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se neces. | 0 |
| Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma; occasionali perdite. | 2 |
| Capace di assumere una posizione appropriata, ma non di eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc. | 5 |
| Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie. | 8 |
| Incontinente. | 10 |
| CONTINENZA URINARIA | |
| Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni. | 0 |
| Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita o necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni. | 2 |
| In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario aiuto parziale nell'uso dei dispositivi. | 5 |
| Incontinente ma in grado di cooperare all'applicazione di un dispositivo esterno o interno. | 8 |
| Incontinente o catetere a dimora (sottolio. la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni . | 10 |

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

| MOBILITÀ-INDICE DI BARTHEL | | |
|--|--|----|
| TRASFERIMENTO LETTO – SEDIA o CARROZZINA (compilare anche in caso di paziente totalmente allettato) | | |
| E' indipendente durante tutte le fasi. Capace di avvicinarsi al letto in carrozzina con sicurezza, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina e ritrasferirsi con sicurezza. | 0 | |
| Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza. | 3 | |
| Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento. | 7 | |
| Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento. | 12 | |
| Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'anziano con o senza un sollevatore meccanico. | 15 | |
| DEAMBULAZIONE (funzionalmente valida) | USO DELLA CARROZZINA (utilizzare questa scala solo se il paziente ha punteggio di 15 nella scala "deambulazione" ed è stato addestrato all'uso della carrozzina) | |
| In grado di usare stampelle, bastoni, walker e deambulare per 50 m. senza aiuto o supervisione. Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano. | 0 | |
| Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia < 50 m. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose. | 3 | |
| Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la loro manipolazione. | 7 | |
| | Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.) L'autonomia deve essere > 50 m. | 10 |
| | Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette. | 11 |
| Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione. | Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc. | 12 |
| | Capace di spostarsi per brevi tratti su superfici piane, ma è necessaria assistenza per tutte le altre manovre. | 14 |
| Non in grado di deambulare autonomamente. | | 15 |
| | Dipendente negli spostamenti con la carrozzina. | 15 |
| SCALE | | |
| In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza aiuto o supervisione. In grado di usare corrimano, bastone o stampelle se necessario, ed è in grado di portarli con sé durante la salita o discesa. | 0 | |
| In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es. a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.) | 2 | |
| Capace di salire/scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione ed assistenza. | 5 | |
| Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili). | 8 | |
| Incapace di salire e scendere le scale. | 10 | |
| TOTALE VALUTAZIONE MOBILITÀ | VMOB | |

| PREVENZIONE – TRATTAMENTO DECUBITI | | VPIA |
|--|--|------|
| Rischio non elevato di lesioni da decubito | | 0 |
| Rischio elevato (*Exton Smith ≤ 10) o arrossamento o abrasione superficiale (gradi I-II) | | 10 |
| *Indice di Exton Smith per la valutazione del rischio di decubiti: | | |
| CONDIZIONI GENERALI: | | |
| Buone (4) | Discrete (3) Scadenti (2) Pessime (1) | |
| STATO MENTALE: | | |
| Lucido (4) | Confuso (3) Apatico (2) Stuporoso (1) | |
| ATTIVITA': | | |
| Normale (4) | Cammina con aiuto (3) Costretto in sedia (2) Costretto a letto (1) | |
| MOBILITA': | | |
| Normale (4) | Leggermente limitata (3) Molto limitata (2) Immobile (1) | |
| INCONTINENZA: | | |
| No (4) | Occasionale (3) Urinaria abituale (2) Incontinenza doppia (1) | |
| TOTALE (il rischio è elevato se l'indice è ≤ 10): | | |
| Presenza di 1 piaga (con interessamento del tessuto sottocutaneo - gradi III - IV) | | 15 |
| Presenza di 2 o più piaghe (almeno 2 con interessamento del sottocutaneo gradi III-IV) | | 25 |

| NOTE: |
|-------|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| |
|--------------------------------|
| COMPILATORE |
| NOMINATIVO: _____ FIRMA: _____ |

Le ultime righe indicare cumulativamente i parenti esistenti ma non significativi per il progetto assistenziale) e ascendenti prossimi, generi e nuore, suoceri, fratelli e sorelle)

| professione | indirizzo e telefono | lontananza ² | intensità attivazione attuale ³ | si occupa di ⁴ | | | intensità attivazione possibile ⁵ | si occuperà di ⁴ | | |
|-------------|----------------------|-------------------------|--|---------------------------|------|--------------|--|-----------------------------|------|--------------|
| | | | | ADL | iADL | supervisione | | ADL | iADL | supervisione |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

| ale privato) | | | | | | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

| are i servizi attivi) | | | | h/sett. | Interv/sett |
|-----------------------|---|-----------------------------|---|-------------------------------|-------------|
| ?) | 3 | PASTI A DOMICILIO | 6 | VIGILANZA- ACCOMPAGNAMENTO | |
| | 4 | TELESOCCORSO | 7 | IGIENE DELLA CASA | |
| | 5 | TRASPORTO / ACCOMPAGNAMENTO | 8 | ASSISTENZA ALLA PERSONA | |

= genitore, NO = nonno/a, ND = nipote diretto, NI = nipote indiretto, NU = genero/nuora, AL = altro familiare, VI = amici/vicini
 ro 15 minuti, 30 = entro 30 minuti, 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora
 1 cui la persona è presente nell'assistenza (o lo è stata finora)
 i, mangiare, trasferimenti), iADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia), supervisione (diurna e/o notturna)
 1 cui si prevede che la persona possa essere presente nell'assistenza per il fut

SITUAZIONE ABITATIVA

| | |
|---|---|
| TITOLO DI GODIMENTO <i>(una sola risposta)</i> | |
| <input type="checkbox"/> 1 proprietà <input type="checkbox"/> 2 usufrutto <input type="checkbox"/> 3 titolo gratuito <input type="checkbox"/> 4 non proprio, non in affitto (presso _____) | in affitto da: <input type="checkbox"/> 5a privato <input type="checkbox"/> 5b pubblico E' in atto lo sfratto esecutivo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO <i>(una sola risposta)</i> <i>rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti)</i> | |
| <input type="checkbox"/> 1 servita <input type="checkbox"/> 2 poco servita <input type="checkbox"/> 3 isolata | |
| BARRIERE ARCHITETTONICHE <i>(una sola risposta)</i> | |
| <input type="checkbox"/> 1 assenti <input type="checkbox"/> 2 solo esterne <input type="checkbox"/> 3 interne | Piano: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ascensore Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| GIUDIZIO SINTETICO | |
| <input type="checkbox"/> 1 <u>abitazione idonea</u> (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n° di persone, ben servito) <input type="checkbox"/> 2 <u>abitazione parzialmente idonea</u> (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne che limitano l'anziano nel corretto utilizzo delle risorse residue o dei servizi) <input type="checkbox"/> 3 <u>abitazione non idonea</u> (alloggio pericoloso, fatiscente ed antigienico e/o abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiano, e/o sfratti esecutivi, e/o isolato) | |
| NOTE: | |

SITUAZIONE ECONOMICA: REDDITO MENSILE

| | |
|--|---|
| REDDITO TOTALE DELL'ANZIANO: <i>(inclusa l'eventuale indennità di accompagnamento se percepita o anche solo riconosciuta)</i> | €. |
| RISPARMI DELL'ANZIANO: | <input type="checkbox"/> no o inferiori a € 2.500,00 <input type="checkbox"/> fino a € 5.000,00 <input type="checkbox"/> fino a € 10.000,00 <input type="checkbox"/> fino a € 50.000,00 <input type="checkbox"/> oltre € 50.000,00 <input type="checkbox"/> non noti |
| SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO: | €. |
| ULTERIORE DISPONIBILITÀ ECONOMICA MENSILE DICHIARATA DAI FAMILIARI PER L'ASSISTENZA: | <input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> fino a € 500,00 <input type="checkbox"/> fino a € 1.000,00 <input type="checkbox"/> fino a € 1.500,00 <input type="checkbox"/> oltre <input type="checkbox"/> copertura completa delle spese |
| INTEGRAZIONE ECONOMICA DEL COMUNE PER L'ASSISTENZA: | <input type="checkbox"/> certamente no <input type="checkbox"/> possibile <input type="checkbox"/> certamente sì |
| NOTE: | |

| | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| QUADRO SINOTTICO S.Va.M.A. | CRITERI E PRIORITÀ PER | ACCOGLIENZA IN RESIDENZA |
|---------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|

| | |
|-----------------------------|--|
| NOME: | DATA di NASCITA: <input type="text"/> |
| SEDE DI VALUTAZIONE: | DATA: <input type="text"/> |

| | | | | |
|---|------|----------------------|---------|----------------------|
| SITUAZIONE COGNITIVA | VCOG | <input type="text"/> | x 1.5 = | <input type="text"/> |
| | | (max 10) | | |
| MOBILITÀ | VMOB | <input type="text"/> | x 0.2 = | <input type="text"/> |
| | | (max 40) | | |
| SITUAZIONE FUNZIONALE | VADL | <input type="text"/> | x 0.2 = | <input type="text"/> |
| | | (max 60) | | |
| NECESSITÀ DI ASSISTENZA SANITARIA | VSAN | <input type="text"/> | x 0,2 = | <input type="text"/> |
| | | (max 80) | | (max 10) |
| Presenza disturbi comportamentali (se PCOMP = 2 o 3) | | 15 | x 1.0 = | <input type="text"/> |

| | |
|-------------------------|----------------------|
| TOTALE SANITARIO | <input type="text"/> |
| | (max 45) |

| | | | | |
|---|----------|----------------------|---------|----------------------|
| SITUAZIONE ECONOMICA rispetto al progetto assistenziale proposto | | | | |
| Totalmente indipendente | 0 | | | |
| Dipendente da parenti o da altre persone | 2 | | x 1,0 = | <input type="text"/> |
| Dipendente dall'Ente pubblico | 6 | | | |
| SITUAZIONE SOCIALE | VSOC | <input type="text"/> | x 0.1 = | <input type="text"/> |
| | | (max 240) | | |

| | |
|-----------------------|----------------------|
| TOTALE SOCIALE | <input type="text"/> |
| | (max 30) |

| | | | | |
|--|----------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Esistono alternative alla istituzionalizzazione | 0 | | | |
| Le alternative alla istituzionalizzazione rispondono parzialmente ai bisogni | 10 | | | |
| Non vi sono alternative alla istituzionalizzazione | PRIMA VALUTAZIONE U.V.M.D. | 15 | | |
| | SECONDA U.V.M.D. | 15 | 20 | |
| | ULTERIORE U.V.M.D. | 15 | 20 | 25 |
| Assoluta urgenza sociale | | 25 | | |

| | |
|---|----------------------|
| ALTERNATIVE ALLA ISTITUZIONALIZZAZIONE | <input type="text"/> |
| | (max 25) |

| | |
|------------------------|----------------------|
| TOTALE GENERALE | <input type="text"/> |
| | (max 100) |

| REGIONE DEL FORTI  | SCALA DI BRADEN | | | ALLEGATO 7 (spazio per etichetta del paziente) | | | | |
|---|--|--|---|--|------------------|--|--|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | DATA VALUTAZIONE | | | |
| Percezione sensoriale Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione | 1. Completamente limitata Non vi è risposta (non geme, non si contrae o non afferra) allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello di coscienza ed alla sedazione O Limitata capacità di percepire il dolore in molte zone del corpo | 2. Molto limitata Risponde solo agli stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi. O Ha impedimento al sensorio che limita la percezione del dolore almeno per metà del corpo | 3. Leggermente limitata Risponde agli ordini verbali, ma non può sempre comunicare il suo disagio o bisogno di cambiare posizione O Ha impedimento al sensorio che limita la percezione del dolore o del disagio in 1 o 2 estremità | 4. Nessuna limitazione Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriale che limiti la capacità di sentire o di esprimere il dolore ed il disagio | | | | |
| Umidità Grado di esposizione della pelle all'umidità | 1. Costantemente umido La pelle è mantenuta costantemente umida da traspirazione, dall'urina ecc. Ogni volta che il paziente si muove o si gira, lo si trova sempre umido | 2. Spesso umido La pelle è spesso, ma non sempre, umida. La biancheria deve essere cambiata almeno una volta per turno | 3. Occasionalmente umido La pelle è occasionalmente umida; richiede un cambio di biancheria extra circa una volta al giorno | 4. Raramente umido La pelle è abitualmente asciutta; la biancheria va cambiata ad intervalli di routine | | | | |
| Attività Grado di attività fisica | 1. Completamente allettato Costretto a letto | 2. In poltrona Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito in sedia/poltrona o sedia a rotelle | 3. Cammina occasionalmente Cammina occasionalmente durante il giorno, ma per brevi distanze con o senza aiuto. Passa la maggior parte del tempo a letto o sulla poltrona | 4. Cammina frequentemente Cammina fuori della camera almeno due volte al giorno e nella camera almeno una volta ogni due ore (al di fuori delle ore di riposo) | | | | |
| Mobilità Capacità di cambiare e di controllare le posizioni del corpo | 1. Completamente immobile Non può fare alcun cambiamento di posizione senza assistenza | 2. Molto limitato Cambia occasionalmente posizione del corpo o delle estremità, ma è incapace di fare frequenti o significativi cambiamenti di posizione autonomamente | 3. Parzialmente limitata Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo | 4. Senza limitazioni Si sposta frequentemente e senza assistenza | | | | |
| Nutrizione Assunzione usuale di cibo | 1. Molto povera Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. Mangia 2 porzioni o meno di proteine al giorno (carne o latticini). Assume pochi liquidi e nessun integratore O è a digiuno e/o mantenuto solamente con fleboclisi o bevande per più di 5 giorni | 2. Probabilmente inadeguata Raramente mangia un pasto completo e generalmente mangia la metà del cibo offerto. Le proteine assunte includono solo 3 porzioni di carne o latticini al giorno, occasionalmente prende integratori O Riceve meno della quantità ottimale di dieta liquida o enterale | 3. Adeguata Mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni di proteine al giorno (carne o latticini). Occasionalmente può rifiutare un pasto ma usualmente assume integratori quando offerti O si alimenta con nutrizione enterale o parenterale, probabilmente assumendo il quantitativo nutrizionale necessario | 4. Eccellente Mangia la maggior parte del cibo. Non rifiuta mai un pasto, tipicamente mangia un totale di 4 o più pasti di carne o latticini, talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori. | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|
| Frizione e scivolamento | 1. Problema Richiede da moderata a massima assistenza nei movimenti. La mobilitazione senza attrito sulle lenzuola è impossibile. Frequentemente scivola dal letto o dalla sedia. Richiede frequenti riposizionamenti con la massima assistenza. Sono presenti spasticità, contratture o agitazione che causano costantemente attrito contro il piano del letto o della poltrona. | 2. Problema potenziale Si muove poco o richiede una minima assistenza. Durante lo spostamento, probabilmente la pelle sfrega contro le lenzuola o con il piano della poltrona. Mantiene una buona posizione a letto o in sedia per la maggior parte del tempo ma occasionalmente può slittare. | 3. Senza problemi apparenti Si sposta in modo autonomo nel letto e sulla sedia e ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti. Mantiene una corretta posizione a letto o in sedia | | | | |
| | PUNTEGGIO TOTALE: | | | | | | |
| | NR. DI LESIONI DA PRESSIONE PRESENTI AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE: | | | | | | |
| | Rischio basso: punteggio compreso tra 18 e 15 | | Rischio alto: punteggio compreso tra 10 e 12 | | | | |
| Rischio moderato: punteggio compreso tra 13 e 14 | | Rischio altissimo: punteggio inferiore a 10 | | | | | |

NECPAL CCOMS – ICO TOOL

identificazione di pazienti con elevata probabilità di decesso entro 12 mesi

NOME E COGNOME _____

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. La "DOMANDA SORPRENDENTE" – integra comorbidità, fattori sociali e altri fattori | | |
| Saresti sorpreso se questo paziente dovesse morire nei prossimi 12 mesi? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si |

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 2. SCELTA / RICHIESTA O BISOGNO | | |
| Il paziente con malattia avanzata o il caregiver ha richiesto, in maniera esplicita o implicita, trattamenti palliativi/di sollievo? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Suggerisce limitazioni allo sforzo terapeutico o rifiuta trattamenti curativi o altri specifici trattamenti? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Ritieni che il paziente necessiti in questo momento di cure palliative o trattamento palliativo? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 3. INDICATORI GENERALI DI GRAVITA' E PROGRESSIONE CLINICA | | |
| Marcatori nutrizionali negli ultimi 6 mesi (almeno uno dei seguenti): <input type="checkbox"/> Albumina sierica < 2,5 g/dL, non relativa a episodi acuti di scompenso <input type="checkbox"/> Progressiva perdita di peso > 10% <input type="checkbox"/> Percezione clinica di declino nutrizionale non relativa a condizioni concomitanti | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Marcatori funzionali negli ultimi 6 mesi (almeno uno dei seguenti): <input type="checkbox"/> Grave dipendenza funzionale (Barthel < 25, ECOG > 2, Karnofsky < 50%) <input type="checkbox"/> Progressiva perdita di 2 o più attività di vita quotidiane (ADL), nonostante adeguato intervento terapeutico <input type="checkbox"/> Percezione clinica di declino funzionale non relativa a condizioni concomitanti | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Altri marcatori di gravità e estrema fragilità negli ultimi 6 mesi (almeno due dei seguenti): <input type="checkbox"/> Ulcera da decubito persistente (stadio III-IV) <input type="checkbox"/> Infezioni ricorrenti (> 1) <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Cadute (> 2) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Fattori aggiuntivi sull'uso delle risorse (almeno uno dei seguenti): <input type="checkbox"/> 2 o più ricoveri ospedalieri urgenti a causa di malattie croniche, nel corso degli ultimi 6 mesi <input type="checkbox"/> Bisogno di assistenza continua complessa/intensa, presso strutture o al domicilio | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Comorbidità: ≥ 2 malattie concomitanti | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 4. INDICATORI SPECIFICI DI GRAVITA' CLINICA E PROGRESSIONI DI MALATTIA | | |
| Neoplasia (richiede la presenza di almeno un criterio): <input type="checkbox"/> Pazienti con diagnosi confermata di cancro metastatico (Stadio IV) che presentano bassa risposta o controindicazioni ad uno specifico trattamento oncologico, compromissione di organi vitali (SNC, fegato, polmone, ecc) <input type="checkbox"/> Significativo deterioramento funzionale (Karnofsky < 50%) <input type="checkbox"/> Persistenza di sintomi stressanti nonostante il trattamento ottimale della condizioni di base | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| BPCO (richiede la presenza di almeno due criteri): <input type="checkbox"/> Dispnea a riposo o al minimo sforzo tra le riacutizzazioni <input type="checkbox"/> Sintomi fisici o psicologici complessi nonostante adeguato intervento terapeutico <input type="checkbox"/> Malattia grave con: FEV1 < 30% e/o CVF > 40% / DLCO < 40% <input type="checkbox"/> Criteri di eleggibilità all'emogasanalisi arteriosa per O ₂ TDLT <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco sintomatico <input type="checkbox"/> 3 o più ricoveri in ospedale negli ultimi 12 mesi a causa di esacerbazioni | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Malattie cardiache croniche (richiede la presenza di almeno due criteri): <input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca – NYHA – di stadio III o IV, valvulopatia grave o malattia coronarica inoperabile <input type="checkbox"/> Dispnea a riposo o al minimo sforzo <input type="checkbox"/> FE < 30% o ipertensione polmonare > 60mmHg <input type="checkbox"/> Insufficienza renale (FG < 30 ml/min) <input type="checkbox"/> 3 o più ricoveri in ospedale negli ultimi 12 mesi a causa di esacerbazioni | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Malattie neurologiche croniche – SLA, Sclerosi Multipla e Parkinson (richiede la presenza di almeno due criteri): <input type="checkbox"/> Progressivo deterioramento della funzione fisica e/o cognitiva, nonostante terapia ottimale <input type="checkbox"/> Sintomi complessi e difficili da gestire <input type="checkbox"/> Problemi di linguaggio con aumento della difficoltà nella comunicazione <input type="checkbox"/> Disfagia progressiva <input type="checkbox"/> Polmonite da aspirazione ricorrente, dispnea o insufficienza respiratoria | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Malattia cronica renale con grave insufficienza renale (FG < 15 ml/min) in paziente per cui è controindicato il trattamento sostitutivo o il trapianto | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Malattia cronica del fegato (richiede la presenza di almeno un criterio): <input type="checkbox"/> Cirrosi stadio Child C, MELD-Na score > 30 o con una o più delle seguenti complicanze: ascite non responsiva ai diuretici, sindrome epato-renale o sanguinamento del tratto gastrointestinale superiore causato da ipertensione portale con risposta negativa al trattamento farmacologico ed endoscopico e con controindicazioni a trapianto e TIPS <input type="checkbox"/> Presenza concomitante di epatocarcinoma in stadio avanzato | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Demenza (richiede la presenza di almeno due criteri): <input type="checkbox"/> Criteri di gravità: incapace di vestirsi, lavarsi e mangiare senza assistenza (GDS/FAST 6c) o peggiore <input type="checkbox"/> Criteri di progressione: perdita di due o più attività di vita quotidiana (ADL) negli ultimi 6 mesi, difficoltà alla deglutizione, rifiuto di mangiare in pazienti che non ricevono nutrizione enterale o parenterale <input type="checkbox"/> 3 o più ricoveri in ospedale negli ultimi 12 mesi a causa di processi concomitanti (polmonite ab ingestis, pielonefrite, sepsi) che causano declino funzionale e/o cognitivo | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

Positivo se: risposta NO alla Domanda Sorprendente (1) e risposta SI a uno o più degli altri indicatori (2-3-4)

KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS (K – PS)

Karnofsky Performance Status (K -PS) - Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG -PS)

| ECO G-PS | ATTIVITA' LAVORATIVA | ATTIVITA' QUOTIDIANA | CURA PERSONALE | SINTOMI SUPPORTO SANITARIO | K-PS |
|-----------------|-----------------------------|---|------------------------------|--|-------------|
| 0 | COMPLETEA | COMPLETEA | COMPLETEA | NESSUNO | 100 |
| 1 | LIEVE DIFFICOLTA' | LIEVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE | COMPLETEA | SEGNI/SINTOMI MINORI (*1) ±Calo ponderale ≤ 5% ± Calo di energie | 90 |
| 1 | DIFFICOLTA' LIEVE-GRAVE | DIFFICOLTA' LIEVE-MODERATA (CAMMINARE/ GUIDARE) | LIEVE DIFFICOLTA' | ALCUNI (*2) SEGNI/SINTOMI ±Calo ponderale ≤10% Moderata energia | 80 |
| 2 | INABILE | DIFFICOLTA' MODERATA (si muove prevalentemente in casa) | MODERATA DIFFICOLTA' | ALCUNI (*3) SEGNI/SINTOMI ±Calo grave di energia | 70 |
| 2 | INABILE | GRAVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE E GUIDARE | DIFFICOLTA' MODERATA - GRAVE | SEGNI/SINTOMI MAGGIORI ±grave calo ponderale | 60 |
| 3 | INABILE | ALZATO PER PIU' DEL 50% DELLE ORE DIURNE | GRAVE DIFFICOLTA' | SUPPORTO SANITARIO FREQUENTE | 50 |
| 3 | | A LETTO PIU' DEL 50% DELLE ORE DIURNE | LIMITATA CURA DI SE' | ASSISTENZA SANITARIA STRAORDINARIA (per frequenza e tipo di interventi) | 40 |
| 3 | | INABILE | INABILE | Indicazione a ricovero o ospedalizzazione a domicilio. Supporto sanitario molto intenso | 30 |
| 4 | | | | Grave compromissione di una o più funzioni organiche vitali (respiratoria, renale, cardiocircolatoria) irreversibile | 20 |
| 4 | | | | rapida progressione processi biologici mortali | 10 |
| 4 | | | | Morte | 0 |

(*1): saltuari, non condizionanti supporto terapeutico continuativo

(*2): saltuari o costanti condizionanti spesso supporto terapeutico;

(*3): costanti, invalidanti condizionanti supporto terapeutico.

Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: MacLeod CM (ed.), Evaluation of chemotherapeutic agents. Columbia Univ. Press. Irvington, NY 1949, 191- 205.

Verger E, Salamero M, Conill C. Can Karnofsky performance status be transformed to the Eastern Cooperative Oncology Group scoring scale and vice versa? Eur J Cancer 1992; 28° (8-9); 1328-30.