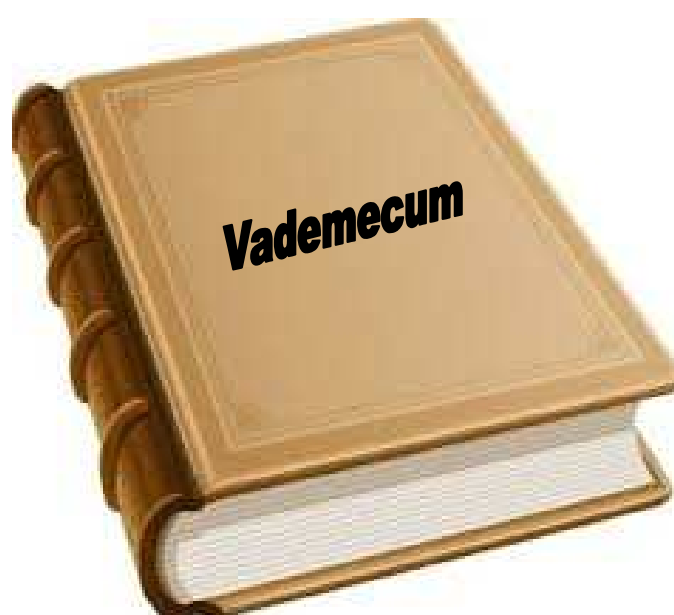




REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

Direttore Generale: Ing. Sergio Florio



***VADEMECUM PER
L'APPLICAZIONE DELLA SCHEDA
PROFILI DEL D.C.A. N.1/2013
Redazione PAI Operativo***

A cura:

U.O.C. Assistenza Anziani

Direttore : dr.ssa Anna Marro



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

Direttore Generale: Ing. Sergio Florio

Direttore Sanitario: dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

Pubblicazione a cura di:
Unità Operativa Complessa Assistenza Anziani
Direttore: dr.ssa Anna Marro

Collaboratori:
Sergio Guerrera
Annamaria Torello
Lidia Rinaldi

Sede:
Via Circumvallazione, 77 83100 Avellino
Tel : +39 0825 292649 Fax 292650
e-mail: amarro@aslavellino.it

www.aslavellino.it

Anno 2014



PREMESSA

Il seguente documento ha il compito di facilitare, nell'ambito dell'applicazione del Decreto Commissariale n. 1 del 07/01/2013 "Approvazione documento recante Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania", l'adozione della scheda sui profili di cura, così come indicato nello stesso Decreto nella parte in cui si cita che *"eventuali transcodifiche che dovessero rendersi utili saranno rese disponibili dai competenti uffici con atti propri"*.

Si precisa che per l'inquadramento clinico/diagnostico di ogni paziente si possono usare tutte le schede/strumenti ritenuti utili dai singoli professionisti competenti; tuttavia, per l'individuazione del profilo sanitario di cura ed ammissione ai servizi di tipo sanitario e socio-sanitario nell'ambito delle cure domiciliari e palliative, allo stato attuale, i due strumenti approvati e validati dalla Regione Campania sono la scheda S.Va.M.A. e la scheda S.Va.M.D.I.. Infatti, la scheda S.Va.M.A. e la scheda S.Va.M.D.I. sono utili al fine di individuare i profili ed eventuali ambiti di auto-sufficienza, oppure, non auto-sufficienza. Tutto ciò è utile per individuare il *setting* assistenziale più appropriato per il paziente (residenziale, semi-residenziale, domiciliare).

A tale riguardo, in merito all'utilizzo della scheda S.Va.M.A. e della scheda S.Va.M.Di. si precisa quanto segue: la scheda S.Va.M.A. deve essere utilizzata per l'accesso ai servizi di rete residenziali, semiresidenziali, domiciliari integrati per le persone adulte e anziane non autosufficienti, mentre la scheda Scheda S.Va.M.Di. sarà utilizzata per la valutazione multidimensionale per i disabili maggiori di 18 anni, per l'accesso alla rete dei servizi, per la presa in carico sanitaria, sociosanitari e/o sociale.



LE SCHEDE SUI PROFILI DI CURA DELLE CURE DOMICILIARI E PALLIATIVE

Le indicazioni che seguono, hanno la finalità di chiarire le modalità di applicazione delle schede profili da parte degli operatori e di uniformare la loro implementazione nell'ambito dei Distretti Sanitari dell'ASL Avellino.

Il percorso di adozione delle schede profili inizia subito dopo la segnalazione di presa in carico del paziente nella PUA, cui fa seguito la convocazione dell'UVI/ UVD. Nell'ambito dell'UVI, che dà luogo alla completa valutazione multidimensionale del paziente con la compilazione della scheda S.Va.M.A. o della scheda S.Va.M.D.I., il Responsabile dell'Unità Operativa competente per le Cure Domiciliari o il responsabile dell'Unità Operativa che ha in carico il paziente, e che ha preso parte al processo di valutazione multidimensionale, compila le schede sui profili di cura con l'ausilio dell'équipe che seguirà il paziente.

Le caratteristiche di complessità assistenziale dei vari livelli delle cure domiciliari previste nelle schede sui profili possono essere ricavate con le modalità di seguito riportate:

- per la **patologia**, occorre considerare la scheda S.Va.M.A., nella parte dedicata alla scheda Valutazione Sanitaria, sezione Cenni Anamnestici e Sezione Codifica Patologia; per la scheda S.Va.M.D.I. occorre considerare la scheda A Tabella 4 e la scheda Indice di severità della malattia;
- per la **funzione ADL**, la definizione del relativo punteggio deriva dalla compilazione della specifica scheda (allegato 1). Pur tuttavia, si precisa che la valutazione ADL si può ricavare correlando la scheda ADL alla scheda Barthel ADL e MOB presente nella scheda A della S.Va.M.A. e scheda B parte 4 e 5 della S.Va.M.D.I. (allegato 3);
- per le **necessità assistenziali**, occorre considerare la scheda A sezione Assistenza Infermieristica della S.Va.M.A. ed il relativo allegato F (Riepilogo dei fabbisogni assistenziali), mentre per la S.Va.M.D.I. occorre considerare la



la scheda B parte 2 (Valutazione assistenza sanitaria);

- per il **supporto sociale**, occorre considerare la scheda C della S.Va.M.A. oppure la scheda C della S.Va.M.D.I.

Ciascuna caratteristica di complessità (patologie, funzione, necessità assistenziale e condizioni sociali) è stata graduata con un punteggio da 1 a 3, in modo da consentire di collocare ciascuna delle patologie ricorrenti, combinate con gli altri elementi di complessità previsti, in un definito profilo di uno specifico livello di Cure domiciliari e Cure Palliative. A ciascun livello di complessità corrisponde una necessità di assistenza sanitaria e sociosanitaria che si concretizza in un fabbisogno assistenziale che definisce un numero minimo e massimo di accessi da parte di figure professionali in coerenza con quanto previsto dalla Delibera n. 41/2011.

Nelle prime righe della tabella sui profili di cura (si veda l'allegato 2) è riportato in modo sintetico il *range* di punteggio che consente di ricondurre un paziente ad un profilo di cura: basso, medio, alto nell'ambito dei tre diversi livelli di cure domiciliari. Ciascun livello di cure domiciliari (I-II-III livello) e di cure palliative comprende tre diversi profili di cura basso, medio, alto caratterizzato dallo stesso *range* di punteggio.

Qualora il paziente presenti più patologie o più necessità assistenziali verrà considerato solo il punteggio più alto ed uno per ogni caratteristica di complessità. Riassumendo, ciascuna patologia caratterizzante un soggetto arruolabile in uno specifico livello di Cure domiciliari integrate/ADI avrà una collocazione in uno specifico livello di intensità bassa, media ed alta, sulla base dei corrispondenti livelli di punteggio che presentano le caratteristiche funzionali, le necessità assistenziali e le condizioni sociali.

La scheda sarà predisposta ed utilizzata dal Responsabile dell'Unità Operativa competente per le Cure Domiciliari o dal responsabile dell'Unità operativa che ha in carico l'utente solo successivamente alla compilazione della scheda S.Va.M.A. o S.Va.M.Di., per individuare il tipo specifico di profilo cui ricondurre il paziente e determinare il *setting* assistenziale più appropriato; naturalmente la scheda non



sostituisce affatto la definizione del Piano di Assistenza Individuale (PAI) ma può costituire un valido supporto nella redazione dello stesso.

La scheda dei profili di cura si integra pertanto con la valutazione multidimensionale effettuata con le schede di valutazione multidimensionale in uso e non le sostituisce.

Definita la collocazione del paziente in un determinato livello di assistenza e profilo, il Decreto n. 1/2013 individua in un'apposita tabella il numero di accessi mensili o settimanali (a seconda delle figure professionali necessarie) utili alla corretta esecuzione del progetto di assistenza individualizzato (Allegato 4). Con il supporto di questa tabella si potrà redigere il piano esecutivo su base settimanale/mensile per l'intero periodo di cura e comunque coerentemente con la valutazione effettuata dai singoli professionisti. Ogni scostamento dalle ipotesi di seguito riportate all'interno del medesimo profilo dovrà essere supportato da ulteriori valutazioni specifiche in relazione al singolo caso.

Il piano della formazione degli operatori

Al fine di facilitare le modalità di adozione delle schede sui profili di cura, si svolgerà un corso di formazione pratico, in cui i diversi operatori potranno sviluppare le idonee competenze necessarie per la compilazione delle stesse attraverso simulazioni di casi pratici.

I soggetti da formare saranno i seguenti:

- gli operatori delle UU.OO competenti per le cure domiciliari distrettuali;
- i direttori dei distretti sanitari;
- gli specialisti ambulatoriali dedicati alle cure domiciliari.

NOTA ESPLICATIVA DEI MATERIALI CONSIDERATI NELL'AMBITO DEL SISTEMA TARIFFARIO CURE DOMICILIARI E PALLIATIVE DELLA REGIONE CAMPANIA

Il seguente documento ha il compito di facilitare, nell'ambito dell'applicazione del Decreto Commissariale n. 1 del 07/01/2013 "Approvazione documento recante "Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania", l'adozione dei criteri di valorizzazione dei costi sostenuti. In particolare, si precisa che nel processo di valorizzazione dei pacchetti assistenziali considerati nei diversi profili, sono stati considerati le seguenti figure di costo diretto (per l'analisi delle figure di costo indiretto e di costo comune si veda il Decreto):

Costi diretti.

- **Costi del personale:** valorizzati secondo i rispettivi contratti in essere.
- **Costi materiali:** considerando i costi previsti dal tariffario SORESA con riferimento al materiale individuato dal gruppo di lavoro, ossia 1 coppia di guanti sterili, 1 coppia di guanti monouso, 1 camice monouso, 1 mascherina, 2 siringhe monouso (da 10 e 20 ml), 1 schizzettone, 1 rete elastica, 1 garza autoadesiva in tessuto non tessuto estensibile, 1 cerotto TNT 19,4x2,5.
- **Costi trasporto** (per settore pubblico): è stato considerato il rimborso di un quinto del costo della benzina per una percorrenza di circa 40-45 Km di una utilitaria con consumo di circa 1 litro di benzina per 15 Km (costo benzina 1,808 litro alla data 28/01/2012).

Per quanto attiene il costo del materiale considerato, si precisa che si è convenuto di considerare solo il Kit che gli operatori abitualmente portano negli accessi domiciliari, evitando di considerare tutti i farmaci e presidi/dispositivi sanitari. La ratio di questa scelta, che porta a non considerare, ad esempio, i presidi utilizzati per le medicazioni avanzate, si spiega con la mancanza, da parte delle AA.SS.LL., di statistiche abbastanza attendibili e confrontabili sulla quantità e tipologia dei presidi utilizzabili nei diversi livelli assistenziali, anche in considerazione del passaggio da un sistema che considerava solo tre livelli di cure domiciliari ed uno di



palliative ad un sistema di livelli a sua volta articolato in profili.

Rimangono escluse le prestazioni relative alla NAD - Nutrizione Artificiale Domiciliare- che ai sensi della delibera di giunta regionale n. 1643/2006 hanno un proprio sistema di tariffazione, nonché una modalità organizzativa propria come da delibera di Giunta Regionale n.236/2006- i costi relativi alle Lesioni da Piaghe da decubito, i farmaci, ogni altro tipo di ausilio e protesi occorrenti, nonché prestazioni di diagnostica e di trasporto.

Nel momento in cui la Regione avrà a disposizione dei trend, abbastanza coerenti tra le diverse AA.SS.LL., sulla quantità e tipologia di presidi adottati, si potrà procedere alla considerazione dei relativi costi nell'aggiornamento della valorizzazione dei costi utilizzati nel Decreto de quo.

La regione ha ipotizzato nell'ordine di effettuare una ricognizione puntuale a campione dei bilanci delle AA.SS.LL. e del controllo di gestione al fine di verificare le modalità di imputazione dei costi e verificare modalità di monitoraggio degli stessi. Per ottemperare all'opportunità di verificare la coerenza dei costi determinati in relazione ai profili individuati, ritiene necessario monitorare i profili di cura, utilizzando la scheda di rilevazione elaborata anche nell'ambito del Tavolo di Lavoro con i referenti delle cure domiciliari.

I risultati della rilevazione saranno utilizzati per implementare un sistema di monitoraggio sull'applicazione del decreto commissariale 1/2013 per la parte dei profili e correlarli ai costi evidenziati all'interno dei bilanci aziendali.

Il monitoraggio è da intendersi su base annuale e sicuramente sarà realizzato durante l'intero 2014, al termine del quale eventualmente proporre integrazioni al decreto 1/2013 e individuare meccanismi di aggiornamento del sistema di tariffe.

ALLEGATO 1 - SCHEDA ADL (Activities of Daily Living) (Katz S., Downs TD., Cash NR, Gerontologist. Part. I, 20-30: Spring. 1970)

A) <u>FARE IL BAGNO</u> (vasca, doccia, spugnature)	Punteggio
1) Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo).	1
2) Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. doso).	1
3) Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo.	0
B) <u>VESTIRSI</u> (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti, inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature e delle bretelle se utilizzate)	
1) Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza.	1
2) Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe.	1
3) Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito.	0
C) <u>TOILETTE</u> (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi, rivestirsi)	
1) Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandoli al mattino).	1
2) Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda.	0
3) Non si reca in bagno per l'evacuazione	0
D) <u>SPOSTARSI</u>	
1) Si sposta dentro e fuori dal letto e in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore).	1
2) Compie questi trasferimenti se aiutato.	0
3) Allettato, non esce dal letto.	0
E) <u>CONTINENZA DI FECI ED URINE</u>	
1) Controlla completamente feci e urine.	1
2) "Incidenti" occasionali.	0
3) Necessità di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente	0
F) <u>ALIMENTAZIONE</u>	
1) Senza assistenza.	1
2) Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane.	1
3) Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale.	0
PUNTEGGIO TOTALE (A+B+C+D+E+F)	/6



ALLEGATO 2 - SCHEDA SUI PROFILI DI CURA

COMPLESSITA' ASSISTENZIALE CON SUDDIVISIONE IN PROFILI PER LE CURE DOMICILIARI DI I - II - III LIVELLO E CURE PALLIATIVE NON TERMINALI E CURE PALLIATIVE TERMINALI	
PROFILO BASSO	4 - 6
PROFILO MEDIO	7 - 8
PROFILO ALTO	9 - 12
CURE DOMICILIARI I LIVELLO E CURE PALLIATIVE NON TERMINALI	
Caratteristiche di complessità	Punteggio
A) PATOLOGIE	
• Fratture degli arti inferiori non operabili • Fratture trattate chirurgicamente	1
• Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici • Miopatie gravi • Malattie cromosomiche e/o genetiche particolarmente invalidanti • Malattie vascolari del SNC con sindrome da immobilizzazione • Demenze con sindrome da immobilizzazione • Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa	2
• Malattie degenerative del S.N.C. che non necessitano di ventilazione assistita • Malattie dell'apparato cardio-respiratorio che non necessitano di ventilazione assistita • Malattie oncologiche e non che necessitano di terapia del dolore - cure palliative • Diabete complicato (piede diabetico, insufficienza renale, retinopatia, gangrena degli arti inferiori, amputazioni ecc.)	3



B) FUNZIONE	
ADL 5-6	1
ADL 4-3	2
ADL 2-0	3
C) NECESSITA' ASSISTENZIALI	
- Ano artificiale - Ureterostomia	1
- Terapia parenterale con accesso periferico - Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die) - Tracheotomia - LdD III stadio (1 LdD) - Lesione della cute chirurgica, oncologica	2
- Trasfusione emazie concentrate - NAD con SNG - Ulcere distrofiche arti - LdD III stadio (due o più LdD) - LdD IV stadio - Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali - Terapia di riabilitazione psicomotoria, cognitiva e logopedia - Bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico - Dialisi peritoneale	3
D) SUPPORTO SOCIALE	
PSOC 1	1
PSOC 2	2
PSOC 3	3



CURE DOMICILIARI II LIVELLO E CURE PALLIATIVE NON TERMINALI	
Caratteristiche di complessità	Punteggio
A) PATOLOGIE	
• Fratture degli arti inferiori non operabili • Malattie cromosomiche e/o genetiche particolarmente invalidanti • Miopatie gravi	1
• Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici • Malattie vascolari del SNC con sindrome da immobilizzazione e/o che necessitano di NAD • Demenze con sindrome da immobilizzazione e/o che necessitano di NAD • Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa	2
• Malattie degenerative del S.N.C. che non necessitano di ventilazione assistita • Malattie dell'apparato cardio-respiratorio che non necessitano di ventilazione assistita • Diabete complicato (piede diabetico, insufficienza renale, retinopatia, gangrena degli arti inferiori, amputazioni ecc.) • Malattie oncologiche e non che necessitano di terapia del dolore- cure palliative	3
B) FUNZIONE	
ADL 5-6	1
ADL 4-3	2
ADL 0-2	3



C) NECESSITA' ASSISTENZIALI	
• Terapia parenterale con accesso periferico • Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die) • Tracheotomia • Ano artificiale • Ureterostomia • Catetere vescicale	1
• NAD con SNG • LdD III stadio (1 LdD) • Lesione della cute chirurgica, oncologica • Terapia di riabilitazione psicomotoria, cognitiva e logopedia • Bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico • Dialisi peritoneale	2
• NAD con PEG • NPD • Terapia parenterale con accesso centrale • Ulcere distrofiche arti • LdD III stadio (due o più LdD) • LdD IV stadio • Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali • Trasfusione emazie concentrate • Emodialisi	3
D) SUPPORTO SOCIALE	
PSOC 1	1
PSOC 2	2
PSOC 3	3



CURE DOMICILIARI III LIVELLO E CURE PALLIATIVE NON TERMINALI	
Caratteristiche di complessità	Punteggio
A) PATOLOGIE	
BUON COMPENSO CLINICO • Malattie degenerative del S.N.C. con ventilazione assistita • Malattie dell'apparato cardio-respiratorio con ventilazione assistita • Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici con ventilazione assistita • Malattie cromosomiche e/o genetiche particolarmente invalidanti • Miopatie gravi con ventilazione assistita • Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica • Malattie oncologiche e non, che necessitano di terapia del dolore- cure palliative	1
DISCRETO COMPENSO CLINICO • Malattie degenerative del S.N.C. con ventilazione assistita • Malattie dell'apparato cardio-respiratorio con ventilazione assistita • Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici con ventilazione assistita • Malattie cromosomiche e/o genetiche particolarmente invalidanti • Miopatie gravi con ventilazione assistita • Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica • Malattie oncologiche e non, che necessitano di terapia del dolore-cure palliative e/o NAD e/o trasfusioni di sangue ed emoderivati	2
A RISCHIO DI SCOMPENSO CLINICO • Malattie degenerative del S.N.C. con ventilazione assistita • Malattie dell'apparato cardio-respiratorio con ventilazione assistita • Gravemente cerebrolesi e/o tetraplegici con ventilazione assistita • Miopatie gravi con ventilazione assistita • Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica • Malattie oncologiche e non, che necessitano di terapia del dolore-cure palliative e/o NAD e/o trasfusioni di sangue ed emoderivati	3



B) FUNZIONE	
ADL 5-6	1
ADL 4-3	2
ADL 0-2	3
C) NECESSITA' ASSISTENZIALI	
• Terapia parenterale con accesso periferico • Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die) • Ulcere distrofiche arti • Tracheotomia • Ano artificiale • Ureterostomia • Catetere vescicale • Terapia di riabilitazione psicomotoria, cognitiva e logopedia • Bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico • Dialisi peritoneale	1
• NAD con SNG • Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali • LdD III stadio (1 LdD) • Lesioni della cute chirurgiche, oncologiche • Terapia perdurale o terapia antalgica • Emodialisi	2
• NAD con PEG • NPD • Terapia parenterale con accesso centrale • Trasfusione emazie concentrate • LdD III stadio (due o più LdD) • LdD IV stadio • Terapia perdurale o terapia antalgica che richiede adeguamento posologia	3
D) SUPPORTO SOCIALE	
PSOC 1	1
PSOC 2	2
PSOC 3	3



CURE DOMICILIARI PALLIATIVE TERMINALI	
Caratteristiche di complessità	Punteggio
A) PATOLOGIE	
BUON COMPENSO CLINICO • Malattie degenerative del S.N.C. in fase terminale • Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica • Malattie oncologiche e non, in fase terminale che necessitano di terapia del dolore e cure palliative	1
DISCRETO COMPENSO CLINICO • Malattie degenerative del S.N.C. in fase terminale; • Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica; • Malattie oncologiche e non, in fase terminale che necessitano di terapia del dolore e cure palliative	2
A RISCHIO DI SCOMPENSO CLINICO • Malattie degenerative del S.N.C. in fase terminale; • Sindromi da immobilizzazione da qualsiasi causa che necessitano di terapia antalgica; • Malattie oncologiche e non, in fase terminale che necessitano di terapia del dolore - cure palliative e/o NAD e/o trasfusioni di sangue ed emoderivati	3
B) FUNZIONE	
ADL 5-6	1
ADL 4-3	2
ADL 0-2	3



C) NECESSITA' ASSISTENZIALI	
• Terapia parenterale con accesso periferico • Ossigenoterapia a lungo termine (> 3 h die) • Ulcere distrofiche arti • Tracheotomia • Ano artificiale • Ureterostomia • Catetere vescicale • Terapia di riabilitazione psicomotoria, cognitiva e logopedia • Bisogno di assistenza tutelare/aiuto infermieristico • Dialisi peritoneale • Terapia peridurale o terapia antalgica	1
• NAD con SNG • Monitoraggio del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali • LdD III stadio (1 LdD) • Lesioni della cute chirurgiche, oncologiche • Terapia peridurale o terapia antalgica • Emodialisi	2
• NAD con PEG • NPD • Terapia parenterale con accesso centrale • Trasfusione emazie concentrate • LdD III stadio (due o più LdD) • LdD IV stadio • Terapia peridurale o terapia antalgica che richiede adeguamento posologia	3
D) SUPPORTO SOCIALE	
PSOC 1	1
PSOC 2	2
PSOC 3	3



**ALLEGATO 3 - TRANSCODIFICA DELLE SCHEDE BARTHEL
NELLE SCHEDE ADL**

INDICE di BARTHEL - Attività di Base		
ALIMENTAZIONE	Punteggio Barthel	Punteggio ADL
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	1
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	1
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	0



<u>BAGNO/DOCCIA (lavarsi)</u> <u>ATTENZIONE SE SI USA</u> <u>QUESTA SEZIONE</u> <u>QUELLA DELL'IGIENE</u> <u>PERSONALE NON VA</u> <u>COMPILATA</u>	Punteggio Barthel	Punteggio ADL
Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugna- tura completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usa- to.	0	1
Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.).	1	1
Necessita di aiuto per il tra- sferimento nella doccia/ bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.	2	
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	4	
Totale dipendenza nel lavar- si.	5	0
<u>IGIENE PERSONALE AT-</u> <u>TENZIONE SE SI USA</u> <u>QUESTA SEZIONE</u> <u>QUELLA DEL BAGNO/</u> <u>DOCCIA NON VA COMPI-</u> <u>LATA</u>	Punteggio Barthel	Punteggio ADL
Capace di lavarsi mani e fac- cia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve es- sere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di ra- soio, comprese le manipola- zioni necessarie. Una donna deve essere in grado di truc- carsi, se abituata a farlo, ma non è necessario che sia in grado di acconciarsi i capelli.	0	1



In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.	1	1
Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.	2	
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	4	0
Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.	5	
ABBIGLIAMENTO	Punteggio Barthel	Punteggio ADL
Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto od una protesi.	0	1
Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseni, lacci di scarpe.	2	1
Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.	5	0
Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.	8	
Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.	10	



CONTINENZA INTESTINALE <u>ATTENZIONE SE SI USA QUESTA SEZIONE QUELLA CONTINENZA URINARIA NON VA COMPILATA</u>	Punteggio Barthel	Punteggio ADL
Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario.	0	1
Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma; occasionali perdite.	2	0
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 <u>ATTENZIONE SE SI USA QUESTA SEZIONE QUELLA CONTINENZA INTESTINALE NON VA COMPILATA</u>	Punteggio Barthel	Punteggio ADL
Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni.	0	1



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	0
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 (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni.	10	
USO DEL GABINETTO	Punteggio Barthel	Punteggio ADL
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	1
Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.	2	0
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	



MOBILITÀ - INDICE DI BARTHEL (N.B.: Compilare solo se la persona è prevalentemente/ completamente allettata o utilizza la carrozzella)		
TRASFERIMENTO LETTO – SEDIA o CARROZZINA	Punteggio Barthel	Punteggio ADL
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	1
Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza.	3	0
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	



**ALLEGATO 4 - I FABBISOGNI ASSISTENZIALI IN RELAZIONE
AI PROFILI DI CURA**

La tabella che segue viene utilizzata dall'équipe di cure domiciliari dopo aver collocato la persona nell'appropriato profilo assistenziale del relativo livello di cure domiciliari e cure palliative, e deve essere utilizzata per verificare il numero di accessi mensili o settimanali (a seconda delle figure professionali necessarie) utili alla corretta esecuzione del progetto di assistenza individualizzato. Con il supporto di questo strumento si potrà redigere il piano esecutivo su base settimanale/ mensile per l'intero periodo di cura e comunque coerentemente con la valutazione effettuata dai singoli professionisti. Ogni scostamento dalle ipotesi di seguito riportate all'interno del medesimo profilo dovrà essere supportato da ulteriori valutazioni specifiche in relazione al singolo caso.

TAB. I fabbisogni assistenziali in relazione ai profili di cura

CURE DOMICILIARI I LIVELLO	BASSO Punteggio tra 4 e 6 secondo la tabella profili	MMG o PLS :da 1 a 2 accessi mensili esclusa la valutazione (30 min.) Infermiere : da 2 a 6 accessi mensili (max 30 min) Professionista della riabilitazione : da 0 a 2 accessi settimanali (max 45 min.) OSS : da 0 a 2 accessi settimanali (max 60 min.)
	MEDIO Punteggio tra 7 e 8 secondo la tabella profili	MMG o PLS :da 1 a 2 accessi mensili esclusa la valutazione (30 min.) Specialista : da 0 a 1 accessi mensile esclusa la valutazione (30 min.) Infermiere : da 2 a 10 accessi mensili (max 30 min) Professionista della riabilitazione : da 1 a 2 accessi mensili (max 45 min.) OSS : da 0 a 3 accessi settimanali (max 60 min)
	ALTO Punteggio tra 9 e 12 secondo la tabella profili	MMG o PLS :da 1 a 2 accessi mensili esclusa la valutazione (30 min.) Specialista : da 0 a 1 accessi mensile esclusa la valutazione (30 min.) Infermiere : da 2 a 12 accessi mensili (max 30 min) Professionista della riabilitazione : da 1 a 3 accessi mensili (max 45 min.) OSS : da 1 a 3 accessi settimanali (max 60 min)



CURE DOMICILIARI II LIVELLO	BASSO Punteggio tra 4 e 6 secondo la tabella profi- li	MMG o PLS :da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione (45 min.) Specialista : da 1 a 2 accessi mensili esclusa la valutazione (45 min.) Infermiere : da 2 a 8 accessi mensili (max 30 - 45 min) Professionista della riabilitazione : da 1 a 3 accessi settimanali (max 45 min.) OSS : da 1 a 4 accessi settimanali (max 60 - 90 min.) Dietista : 1 accesso mensile (30 min.)
	MEDIO Punteggio tra 7 e 8 secondo la tabella profi- li	MMG o PLS :da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione (45 min.) Specialista : da 1 a 3 accessi mensili esclusa la valutazione (45 min.) Infermiere : da 2 a 12 accessi mensili (max 30 - 45 min) Professionista della riabilitazione : da 2 a 3 accessi settimanali (max 45 min.) OSS : da 2 a 4 accessi settimanali (max 60 - 90 min.) Dietista : 1 accesso mensile (30 min.)
	ALTO Punteggio tra 9 e 12 secondo la tabella profi- li	MMG o PLS :da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione (45 min.) Specialista : da 1 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione (45 min.) Infermiere : da 2 a 20 accessi mensili (max 30 - 45 min) Professionista della riabilitazione : da 2 a 3 accessi settimanali (max 45 min.) OSS : da 2 a 5 accessi settimanali (max 60 - 90 min.) Dietista : 1 accesso mensile (30 min.)



CURE DOMICILIARI III LIVELLO	BASSO Punteggio tra 4 e 6 secondo la tabella profi- li	MMG o PLS :da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione (60 min.) Specialista : da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione (60 min.) Infermiere : da 1 a 6 accessi settimanali (60 min.) Professionista della riabilitazione : da 1 a 4 accessi settimanali (max 60 min.) OSS : da 1 a 6 accessi settimanali (max 60 - 90 min.) Dietista : 1 accesso mensile (60 min.) Psicologo : da 1 a 4 accessi mensili (60 min.)
	MEDIO Punteggio tra 7 e 8 secondo la tabella profi- li	MMG o PLS :da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione (60 min.) Specialista : da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione (60 min.) Infermiere : da 1 a 7 accessi settimanali (60 min.) Professionista della riabilitazione : da 1 a 3 accessi settimanali (max 60 min.) OSS : da 1 a 7 accessi settimanali (max 60 - 90 min.) Dietista : 1 accesso mensile (60 min.) Psicologo : da 1 a 4 accessi mensili (60 min.)
	ALTO Punteggio tra 9 e 12 secondo la tabella profi- li	MMG o PLS :da 2 a 5 accessi mensili esclusa la valutazione (60 min.) Specialista : da 2 a 5 accessi mensili esclusa la valutazione (60 min.) Infermiere : fino a 9 accessi settimanali (60 min.) Professionista della riabilitazione : da 1 a 2 accessi settimanali (max 60 min.) OSS : fino a 9 accessi settimanali (max 60 - 90 min.) Dietista : 1 accesso mensile (60 min.) Psicologo : da 1 a 4 accessi mensili (60 min.)



CURE PALLIATIVE TERMINALI	BASSO Punteggio tra 4 e 6 secondo la tabella profili	MMG o PLS :da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione (60 min.) Specialista : da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione (60 min.) Infermiere : da 1 a 7 accessi settimanali (60 min.) Professionista della riabilitazione : da 1 a 3 accessi settimanali (max 60 min.) OSS : da 2 a 7 accessi settimanali (max 60 - 90 min.) Dietista : 1 accesso mensile (60 min.) Psicologo : da 1 a 4 accessi mensili (60 min.)
	MEDIO Punteggio tra 7 e 8 secondo la tabella profili	MMG o PLS :da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione (60 min.) Specialista : da 2 a 4 accessi mensili esclusa la valutazione (60 min.) Infermiere : da 1 a 8 accessi settimanali (60 min.) Professionista della riabilitazione : da 1 a 3 accessi settimanali (max 60 min.) OSS : da 3 a 9 accessi settimanali (max 60 - 90 min.) Dietista : 1 accesso mensile (60 min.) Psicologo : da 1 a 4 accessi mensili (60 min.)
	ALTO Punteggio tra 9 e 12 secondo la tabella profili	MMG o PLS :da 2 a 5 accessi mensili esclusa la valutazione (60 min.) Specialista : da 3 a 5 accessi mensili esclusa la valutazione (60 min.) Infermiere : da 1 a 12 accessi settimanali (60 min.) Professionista della riabilitazione : da 1 a 2 accessi settimanali (max 60 min.) OSS : da 1 a 12 accessi settimanali (max 60 - 90 min.) Dietista : 1 accesso mensile (60 min.) Psicologo : da 1 a 4 accessi mensili (60 min.)



LEGENDA

Scheda S.Va.M.A. = Scheda di Valutazione Multidimensionale per adulti e anziani

Scheda S.Va.M.Di. = Scheda di Valutazione Multidimensionale per Disabili

PUA = Porta Unica di Accesso

UVI = Unità di Valutazione Integrata

UVD = Unità di Valutazione Distrettuale

ADL = Activities of Daily Living (attività di base della vita quotidiana)

UU.OO. = Unità Operative





REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it
DIRETTORE GENERALE: Ing. Sergio Florio

Edizione
Anno 2014

A cura dell'UOC. Assistenza Anziani
Direttore: dr.ssa Anna Marro