

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

Direzione Generale ATS Brescia

Percorso formativo 30/2017

Case Manager

un ruolo attivo per coordinare la cura

mercoledì 22 e giovedì 23 novembre

Sala di Rappresentanza, Viale Duca degli Abruzzi 15, Brescia

CASO CLINICO 3

Ermellina Zanetti, GRG, Brescia e APRIRE Network



CASO CLINICO



LIVELLO	N UTENTI*	DOMANDA	BISOGNI	SETTING
1	17.463	Soggetti ad elevata fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale assistenziale a domicilio	Integrazione dei percorsi ospedale-domicilio-riabilitazione-sociosanitario	Strutture sanitarie e socio-sanitarie
2	141.951	Cronicità polipatologica con prevalenti bisogni extraospedalieri ad alta richiesta di accessi ambulatoriali, o in cui è presente una condizione di fragilità sociosanitaria di grado moderato	Coordinamento del percorso di terapia (prevalentemente farmacologica e di supporto psicologico-educativo). Gestione proattiva del follow up	MMG Strutture sanitarie e socio-sanitarie
3	225.700	Cronicità in fase iniziale (1 patologia) a richiesta medio bassa di accessi ambulatoriali.	Percorsi ambulatoriali riservati. Controllo e promozione aderenza terapeutica	Territorio

LA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ: IL PERCORSO OPERATIVO

Fase operativa	Modalità / strumenti	Figura professionale
----------------	----------------------	----------------------

1. Accoglienza dell'assistito

Le richieste vengono accolte:	– tramite telefono negli orari ... e mediante segreteria telefonica nei restanti orari (l'assistito viene ricontattato telefonicamente al primo orario di apertura)	Operatore Centro Servizi
	– presso ... dalle 8.30 alle 12.30 e dalle 14.00 alle 16.00 (nei giorni feriali);	Impiegato amministrativo

LA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ: IL PERCORSO OPERATIVO

Fase operativa	Modalità / strumenti	Figura professionale
2. Avvio della presa in carico		
2.1. Programmazione dell'incontro del paziente con il Medico Responsabile Clinical Manager	Entro 5 giorni dal primo contatto viene programmata la visita del medico responsabile	Impiegato amministrativo
2.2. Segnalazione al MMG della scelta operata dal suo assistito	Fin dal primo contatto con l'assistito viene inviata comunicazione al MMG	Impiegato amministrativo

LA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ: IL PERCORSO OPERATIVO

Fase operativa	Modalità / strumenti	Figura professionale
----------------	----------------------	----------------------

3. Processo di valutazione del bisogno

3.1. valutazione multidimensionale	Viene effettuata una valutazione clinica dell'assistito, che comprende:	Medico Responsabile Clinical Manager
	a. somministrazione dello strumento di Triage	Medico Responsabile Clinical Manager con eventuale collaborazione di Case Manager
	b. se il punteggio Triage ≥ 2 , VMD di 2° livello	
	c. se viene individuata una situazione problematica, si illustrano i servizi di supporto e si invia la persona (o una segnalazione) all'UCAM e/o ai servizi sociali del Comune	

Morbilità	ASSENTE o LIEVE Nessuna compromissione d'organo/sistema o la compromissione non interferisce con la normale attività; il trattamento può essere richiesto oppure no; la prognosi è eccellente	MODERATA La compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività; il trattamento è necessario; la prognosi è buona	GRAVE La compromissione d'organo/sistema produce disabilità; il trattamento è indilazionabile; la prognosi può non essere buona	MOLTO GRAVE La compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza; il trattamento è urgente; la prognosi è grave	1
Alimentazione	AUTONOMO	CON AIUTO Supervisione	DIPENDENZA SEVERA Imboccamento	ENTERALE-PARENTERALE	0
Alvo e diuresi	CONTINENZA	INCONTINENZA URINARIA	DOPPIA INCONTINENZA Utilizzo pannoloni	CATETERE V EVACUAZIONE ASSISTITA	0
Mobilità	AUTONOMO	CON MINIMO AIUTO Qualche difficoltà	CON AUSILI Usa bastone, walker..	CARROZZINA O ALLETTATO	1
Segni di iniziale perdita dell'autonomia	CADUTE RECENTI	RECENTE RIDUZIONE DELLA MOBILITÀ	NON EFFETTUA GLI ESAMI PRESCRITTI	NON ASSUME REGOLARMENTE I FARMACI PRESCRITTI	0



= 0



= 1



= 2

Stato mentale e comportamento	COLLABORANTE, CAPACE DI INTENDERE E VOLERE	COLLABORANTE MA CON DIFFICOLTÀ A CAPIRE LE INDICAZIONI	NON COLLABORANTE E CON DIFFICOLTÀ A CAPIRE LE INDICAZIONI	NON COLLABORANTE E GRAVEMENTE INCAPACE DI INTENDERE E VOLERE /SEGNI DI DISTURBI COMPORTAMENTALE	0
Con chi vive	COPPIA, NUCLEO FAMILIARE, ASSISTENTE FAMILIARE	SOLO NON necessita di figure di riferimento	SOLO o COPPIA ma necessita di figure di riferimento (es. figli)	SOLO Senza rete di riferimento	1
Assistenza diretta	ADEGUATA Partecipano, familiari, assistente familiare, servizi territoriali (SAD, pasti a domicilio,...), vicinato, associazioni, ...	PARZIALMENTE ADEGUATA Affidata solo ai familiari, o solo all'assistente familiare, o solo ai servizi territoriali.	POCO ADEGUATA Affidata a un soggetto che non assicura un'assistenza adeguata o sufficiente	INADEGUATA Non è offerta alcun tipo di assistenza	1

 = 0
  = 1
  = 2

TOTALE PUNTEGGIO

Se **uguale o superiore a 2**, è necessaria valutazione approfondita per l'eventuale ammissione alle cure domiciliari

4

PRISMA 7

Eta >85 anni

Sesso maschile

I problemi di salute limitano le abituali attività?

E' necessario un aiuto quotidiano?

I problemi di salute limitano le uscite da casa?

In caso di necessità può contare su qualcuno vicino

Usa regolarmente un bastone, un deambulatore o una sedia a rotelle per spostarsi?

ASSEGNARE UN PUNTEGGIO PER CIASCUNA RISPOSTA
AFFERMATIVA (FRAGILITA' punteggio ≥ 3)

PRISMA 7	MARTINA 83 aa
Eta >85 anni	0
Sesso maschile	0
I problemi di salute limitano le abituali attività?	1
E' necessario un aiuto quotidiano?	1
I problemi di salute limitano le uscite da casa?	1
In caso di necessità può contare su qualcuno vicino	1
Usa regolarmente un bastone, un deambulatore o una sedia a rotelle per spostarsi?	1
ASSEGNARE UN PUNTEGGIO PER CIASCUNA RISPOSTA AFFERMATIVA (FRAGILITA' punteggio ≥ 3)	5

LA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ: IL PERCORSO OPERATIVO

Fase operativa	Modalità / strumenti	Figura professionale
3. Processo di valutazione del bisogno		
3.2. anamnesi clinica	– patologia/e target: verifica dello “stato” del follow-up – altre patologie croniche ricomprese nella DGR 6551 e non segnalate dall’ATS (si invia segnalazione all’ATS se la presenza di altre patologie può comportare un cambio del livello) – altre patologie non ricomprese nella DGR 6551	Medico Responsabile Clinical Manager
3.3. anamnesi farmacologica	Viene effettuata una revisione delle terapie con eventuale proposta al MMG di riconciliazione terapeutica secondo le linee guida	Medico Responsabile Clinical Manager



MARTINA 83 aa

Anamnesi Patologica Remota

- Artrosi con disturbo della deambulazione: cammina per brevi tratti con l'ausilio di un bastone
- Ipertensione arteriosa : in terapia con Enalapril 20 mg / die + Amlodipina 5 mg/die + ASA
- Cardiopatía Ischemica: NTG 5mg TD/24h
- Ipercolesterolemia: Sivastin 20 mg/die
- Diabete 2° tipo: Hb Glicata 7.7 Terapia: metformina 850mg x2, Glimepiride 1mg, Lantus 8U h 22





MARTINA 83 aa

- Osteoporosi: Femorale: T score: -3,2 Lombare T score: -2,6 → Terapia: Alendronato 70 mg / sett + Vitamina D
- Gastrite : Terapia: lansoprazolo 30 mg al bisogno
- Glaucoma: Terapia Cosopt 1 gtt 2 volte al giorno
- Terapia: Elopram 6gtt la sera
- Colelitiasi : Deursil 300 mg/die
- Insuff. venosa arti inferiori
- Eczema da stasi arti inf.



ASSESSMENT

SALUTE FISICA	Comorbidità (artrosi, ipertensione, cardiopatia, diabete, gastrite, glaucoma, insuf venosa arti inf...) Gonartrosi dx
SALUTE MENTALE	
STATO FUNZIONALE	Funzioni fondamentali come la mobilità e l'equilibrio Attività quotidiane Ruoli di vita importanti per la persona
ASPETTI SOCIALI ED ECONOMICI	Reti sociali Risorse economiche
AMBIENTE	Abitazione: comfort e sicurezza Uso o utilizzo potenziale della tecnologia "telehealth" Accessibilità alle risorse locali

LA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ: IL PERCORSO OPERATIVO

Fase operativa	Modalità / strumenti	Figura professionale
3. Processo di Valutazione del bisogno		
3.4 anamnesi funzionale/stili di vita	Vengono rilevati le abitudini / stili di vita al fine di proporre / prescrivere stili di vita adeguati (anche con l'utilizzo di materiale illustrativo)	Medico Responsabile Clinical Manager (con l'eventuale collaborazione del Case Manager)

MARTINA 83 aa

Valutazione funzionale AADL

**Valutazione
Attività
Avanzate della
vita
quotidiana**

Lettura del giornale

Ascolto della radio (notiziari e
musica classica)

Giocare a carte con la vicina



Instrumental Activities of Daily Living

Lawton, M.P., & Brody, E.M. (1969).

Assessment of older people: Self-maintaining and **instrumental activities of daily living.**

The Gerontologist, 9(3), 179-186

ATTIVITA' STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA (IADL)

Capacità di usare il telefono:	Usa il telefono di propria iniziativa, stacca il microfono e compone il numero, ecc.	1.
	Compone solo alcuni numeri ben conosciuti	1.
	Risponde al telefono, ma non è capace di comporre il numero	1
	Non è capace di usare il telefono	0.
Fare acquisti:	Fa tutte le proprie spese senza aiuto	1.
	Fa piccoli acquisti senza aiuto	0.
	Ha bisogno di essere accompagnato quando deve acquistare qualcosa	0.
	Completamente incapace di fare acquisti	0.
Mezzi di trasporto	Si sposta da solo con mezzi pubblici o guida l'auto	1.
	Si sposta in taxi ma non usa i mezzi di trasporto pubblici	1.
	Usa i mezzi pubblici se assistito o accompagnato	1.
	Può spostarsi soltanto con taxi o auto con l'assistenza di altri	0.
	Non si sposta per niente	0.
Responsabilità nell'uso di medicinali	Prende le medicine che gli sono state affidate, in dosi e tempi giusti	1.
	Prende le medicine se sono preparate in anticipo ed in dosi separate	0.
	Non è in grado di prendere le medicine da solo	0.

Lawton, M.P., & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and **instrumental activities of daily living**. The Gerontologist, 9(3), 179-186.

ATTIVITA' STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA (IADL)

Maneggiare il denaro	Maneggia il denaro in modo indipendente (amministra i propri introiti, pensione, ecc.)	1.
	È in grado di fare piccoli acquisti ma non quelli importanti	1.
	È incapace di maneggiare i soldi	0.
Preparare i cibi	Organizza, prepara e serve senza bisogno di aiuto pasti adeguatamente preparati	1.
	Prepara pasti adeguati se sono forniti gli ingredienti	0.
	Scalda e serve pasti preparati oppure prepara cibi ma non mantiene una dieta adeguata	0.
	Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti	0.
Governo della casa	Mantiene la casa da solo o con occasionale assistenza (per es.: aiuto per i lavori pesanti)	1.
	Esegue i compiti quotidiani leggeri ma non mantiene un accettabile livello di pulizia	1.
	Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di mantenimento della casa	0.
	Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa	0.
Fare il bucato	Fa il bucato personale completamente	1.
	Lava le piccole cose (sciacqua le calze, fazzoletti, ecc.)	1.
	Tutta la biancheria deve essere lavata da altri	0.

Lawton, M.P., & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and **instrumental activities of daily living**. The Gerontologist, 9(3), 179-186.

MARTINA 83 aa

Valutazione funzionale IADL

Attività strumentali della vita quotidiana

Autonoma

Gestione dei
farmaci

Gestione del
denaro

Fa e riceve
telefonate

Richiede aiuto

Fare la spesa
(provvedono la figlia e
una vicina di casa)

Cucinare
(attivo servizio pasti a
domicilio)

Governare la casa
(colf 3 vlt a settimana)

Uscire da casa
(figlia e nipote)



Activities of Daily Living

Katz TF. A.D.L. Activities of Daily Living. JAMA
1963;185:914

Attività della vita quotidiana (ADL)

VARIABILE	Punteggio
A) FARE IL BAGNO (vasca, doccia, spugnature) Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo). Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso). Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo	1 1 0
B) VESTIRSI (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti, inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature e delle bretelle se utilizzate) Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza. Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe. Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito.	1 1 0
C) TOILETTE (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi, rivestirsi) 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). Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda. Non si reca in bagno per l'evacuazione	1 0 0

Attività della vita quotidiana (ADL)

VARIABILE	Punteggio
D) SPOSTARSI Si sposta dentro e fuori dal letto e in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore). Compie questi trasferimenti se aiutato. Allettato, non esce dal letto.	1 0 0
E) CONTINENZA DI FECI ED URINE Controlla completamente feci e urine. “Incidenti” occasionali. Necessità di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è Incontinente	1 0 0
F) ALIMENTAZIONE Senza assistenza. Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale.	1 0 0
FUNZIONI PERSE	1/6

MARTINA 83 aa

Valutazione funzionale ADL

Attività di base della vita quotidiana

- Cammina con bastone per brevi tratti
- Autonoma nei passaggi posturali
- **Non in grado di fare le scale**
(appartamento al 2 piano con ascensore)
- Autonoma nell'igiene personale
(NON fa il Bagno)
- Autonoma nell'alimentazione



MARTINA 83 aa

Valutazione sociale

- Risiede al secondo piano (con ascensore) di una palazzina di 4 piani in un quartiere periferico della città.
- Appartamento di proprietà, termoautonomo, bagno con vasca
- Vive sola con il supporto di una colf 3 vlt alla settimana, della figlia (54 anni, lavora come segretaria part time) e della vicina (anni 70)
- Raramente esce di casa, riceve quotidianamente visite (2 nipoti, vicina di casa, amiche)
- Pensione sociale e di reversibilità.
- Servizi attivi: pasti a domicilio.



Morse Fall Scale (1997)

VARIABILI	CRITERI DI VALUTAZIONE	PUNTI
Anamnesi di cadute	La persona cade per la prima volta o è caduta nei tre mesi precedenti	25
Comorbidità	La persona ha più di una diagnosi medica (consulta la documentazione clinica)	15
Supporto alla deambulazione	La persona deambula senza ausili (con o senza aiuto), o usa la sedia a rotelle, o è immobilizzata a letto e non esce mai dal letto	0
	La persona utilizza per deambulare le stampelle, il bastone o il deambulatore	15
	La persona cammina aggrappandosi agli arredi	30
Terapia EV	La persona ha in terapia infusioni endovenose o è portatore di un catetere venoso	20

VARIABILI	CRITERI DI VALUTAZIONE	PUNTI
Andatura	Normale La persona cammina con la testa eretta, le braccia oscillano liberamente, il passo è lungo e deciso. NB: se la persona è costretta a letto e/o in carrozzina assegnare 0	0
	Debole La persona cammina con il capo chino, ma è in grado di sollevare la testa mentre cammina senza perdere l'equilibrio, i passi sono corti e la persona può trascinarsi a fatica.	10
	Difficoltosa La persona manifesta una o più delle seguenti condizioni: Ha difficoltà ad alzarsi dalla sedia o dalla carrozzina (compie numerosi tentativi prima di riuscirci). Cammina a testa china guardando a terra. Poiché ha un equilibrio precario deve aggrapparsi agli arredi o ad una persona o ad un bastone: senza non è in grado di camminare	20
Stato mentale	<i>Per valutare se la persona è consapevole della propria capacità a deambulare CHIEDI: "Sig/Sig.ra... è in grado di andare al bagno da solo/sola o ha bisogno di assistenza?"</i>	
	La risposta è coerente con le reali capacità della persona riportate nella documentazione clinica	0
	La risposta non è coerente con le reali capacità della persona riportate nella documentazione clinica	15

SCALA MORSE (Morse 1997)

MSF punteggio	Rischio	Intervento
0-24	Assente	Buona assistenza di base
25-54	Basso rischio	Implementare interventi di prevenzione delle cadute
≥55	Alto rischio	Implementare protocolli di prevenzione per specifici fattori di rischio

Morse Fall Scale (1997)

VARIABILI	CRITERI DI VALUTAZIONE	PUNTI
Anamnesi di cadute	La persona cade per la prima volta o è caduta nei tre mesi precedenti	25
Comorbidità	La persona ha più di una diagnosi medica (consulta la documentazione clinica)	15
Supporto alla deambulazione	La persona deambula senza ausili (con o senza aiuto), o usa la sedia a rotelle, o è immobilizzata a letto e non esce mai dal letto	0
	La persona utilizza per deambulare le stampelle, il bastone o il deambulatore	15
	La persona cammina aggrappandosi agli arredi	30
Terapia EV	La persona ha in terapia infusioni endovenose o è portatore di un catetere venoso	20

VARIABILI	CRITERI DI VALUTAZIONE	PUNTI
Andatura	Normale La persona cammina con la testa eretta, le braccia oscillano liberamente, il passo è lungo e deciso. NB: se la persona è costretta a letto e/o in carrozzina assegnare 0	0
	Debole La persona cammina con il capo chino, ma è in grado di sollevare la testa mentre cammina senza perdere l'equilibrio, i passi sono corti e	10
	Difficile La persona cammina con il capo chino, non è in grado di sollevare la testa mentre cammina senza perdere l'equilibrio, i passi sono molto corti e irregolari. Ha difficoltà a camminare da sola, necessita di aiuto di una persona. Cammina con l'ausilio di un bastone o di una sedia. Poiché la persona non è in grado di camminare da sola, viene assegnato un punteggio di 20.	20
Stato mentale	 Morse Fall Scale= 40	
	<i>Per valutare se la persona è consapevole della propria capacità a deambulare CHIEDI:</i> <i>"Sig/Sig.ra... è in grado di andare al bagno da solo/sola o ha bisogno di assistenza?"</i>	
	La risposta è coerente con le reali capacità della persona riportate nella documentazione clinica	0
	La risposta non è coerente con le reali capacità della persona riportate nella documentazione clinica	15

SCALA MORSE (Morse 1997)

MSF punteggio	Rischio	Intervento
0-24	Assente	Buona assistenza di base
25-54	Basso rischio	Implementare interventi di prevenzione delle cadute
≥55	Alto rischio	Implementare protocolli di prevenzione per specifici fattori di rischio

LA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ: IL PERCORSO OPERATIVO

I

La definizione del PAI

Fase operativa	Modalità / strumenti	Figura professionale
----------------	----------------------	----------------------

4. Definizione del PAI

4.3. programmazione degli interventi diagnostici	Viene effettuata la programmazione degli interventi diagnostici sulla base delle indicazioni – trasmesse dal medico responsabile grazie alla cartella informatizzata – relative a: – individuazione dei soggetti erogatori – scadenza temporale – eventuali esigenze del paziente (giorno della settimana, orario giornaliero, ...)	Centro Servizi
4.4. rapporto con i medici specialisti	In caso di comorbidità del paziente preso in carico il medico responsabile verifica, d'intesa con il MMG, la compatibilità e la congruenza dei diversi apporti specialistici	Medico Responsabile Clinical Manager
4.5. definizione del programma di case-management	Vengono precisati nel PAI gli obiettivi ed i tempi del case management in rapporto – alle patologie croniche prese in carico – allo stato di fragilità del paziente – ai problemi individuati dalla VMD – al programma di follow-up definito	Medico Responsabile Clinical Manager, Case Manager



2 mesi dopo



Pronto? Buongiorno, da qualche giorno il mio ginocchio è tornato a farmi molto male...

Ho provato con la tachipirina per qualche giorno, ma ora non ne posso proprio più...



Questioni aperte

A chi telefona Martina per una riacutizzazione di una patologia cronica?

Chi risponde al telefono?

La scheda «triage» potrebbe essere utilizzata per rilevare in queste persone (livello 2 e 3) un peggioramento della salute funzionale?

Morbilità	ASSENTE o LIEVE Nessuna compromissione d'organo/sistema o la compromissione non interferisce con la normale attività; il trattamento può essere richiesto oppure no; la prognosi è eccellente	MODERATA La compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività; il trattamento è necessario; la prognosi è buona	GRAVE La compromissione d'organo/sistema produce disabilità; il trattamento è indilazionabile; la prognosi può non essere buona	MOLTO GRAVE La compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza; il trattamento è urgente; la prognosi è grave	1
Alimentazione	AUTONOMO	CON AIUTO Supervisione	DIPENDENZA SEVERA Imboccamento	ENTERALE-PARENTERALE	0
Alvo e diuresi	CONTINENZA	INCONTINENZA URINARIA	DOPPIA INCONTINENZA Utilizzo pannoloni	CATETERE V EVACUAZIONE ASSISTITA	0
Mobilità	AUTONOMO	CON MINIMO AIUTO Qualche difficoltà	CON AUSILI Usa bastone, walker..	CARROZZINA O ALLETTATO	1
Segni di iniziale perdita dell'autonomia	CADUTE RECENTI	RECENTE RIDUZIONE DELLA MOBILITÀ	NON EFFETTUA GLI ESAMI PRESCRITTI	NON ASSUME REGOLARMENTE I FARMACI PRESCRITTI	1



= 0



= 1



= 2

Stato mentale e comportamento	COLLABORANTE, CAPACE DI INTENDERE E VOLERE	COLLABORANTE MA CON DIFFICOLTÀ A CAPIRE LE INDICAZIONI	NON COLLABORANTE E CON DIFFICOLTÀ A CAPIRE LE INDICAZIONI	NON COLLABORANTE E GRAVEMENTE INCAPACE DI INTENDERE E VOLERE /SEGNI DI DISTURBI COMPORTAMENTALE	0
Con chi vive	COPPIA, NUCLEO FAMILIARE, ASSISTENTE FAMILIARE	SOLO NON necessita di figure di riferimento	SOLO o COPPIA ma necessita di figure di riferimento (es. figli)	SOLO Senza rete di riferimento	1
Assistenza diretta	ADEGUATA Partecipano, familiari, assistente familiare, servizi territoriali (SAD, pasti a domicilio,...), vicinato, associazioni, ...	PARZIALMENTE ADEGUATA Affidata solo ai familiari, o solo all'assistente familiare, o solo ai servizi territoriali.	POCO ADEGUATA Affidata a un soggetto che non assicura un'assistenza adeguata o sufficiente	INADEGUATA Non è offerta alcun tipo di assistenza	1

 = 0
  = 1
  = 2

TOTALE PUNTEGGIO

Se **uguale o superiore a 2**, è necessaria valutazione approfondita per l'eventuale ammissione alle cure domiciliari

5