



Elaborazione di un piano medico-sociale

Riccardo Sandri

U.O. Medicina Oncologica Geriatrica

Istituto Palazzolo – Fondazione Don Gnocchi - Milano

Elaborazione di un piano medico-sociale

Due gli aspetti fondamentali del progetto:

- **Aspetto clinico:** la valutazione geriatrica multidimensionale
- **Aspetto sociale:** la valutazione sociale multidimensionale

- Valutazione **multidimensionale geriatrica** già trattata nelle relazioni che mi hanno preceduto. I due domini **sanitario** e **sociale** presentano aspetti tra loro implementabili in particolar modo considerando le tappe fondamentali del percorso clinico di un paziente affetto da neoplasia.

CRITICITA' NEL PERCORSO CLINICO

Quali sono le **maggiori criticità** che si possono verificare nel “cammino” del paziente oncologico ?

- ricovero ospedaliero
- formulazione e comunicazione della diagnosi
- fase terapeutica (chirurgia, chemioterapia, radioterapia, terapia palliativa)

La comunicazione della diagnosi insieme all'approccio terapeutico (chemio e/o radioterapia) sono forse i momenti più delicati e drammatici, ma possono assumere connotazioni diverse se il paziente è più o meno supportato da una rete di sostegno efficiente al fine di assicurare un aiuto relazionale.

Principali problemi

- 1. Diagnosi iniziale:**
- comunicazione troppo “fredda” e asettica
 - poche informazioni da parte dei medici sulla patologia diagnosticata, sulle cure possibili e sulle strutture alle quali rivolgersi
 - carenza di supporto psicologico per pazienti e familiari

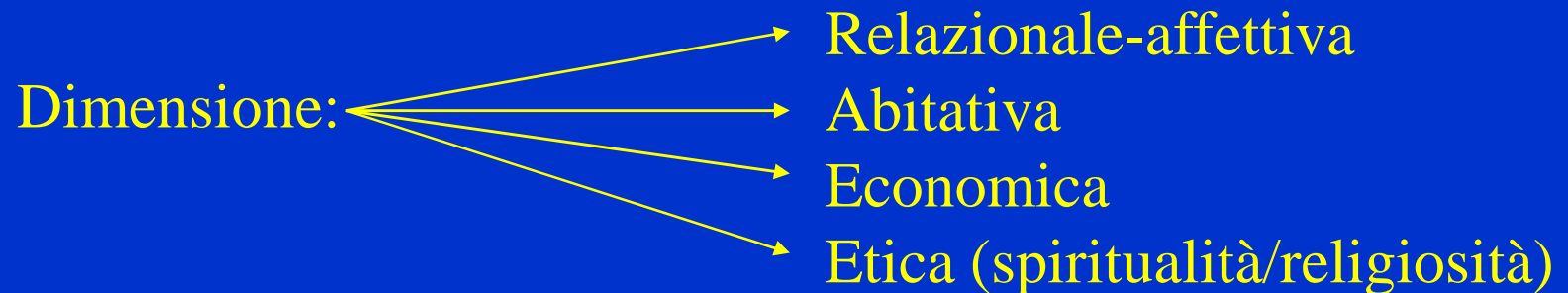
Fonte: Elaborazione Censis AIMAC 2007

2. Terapia attiva:

- eccessiva rotazione dei medici nei cicli di cura
- frequenti casi di pareri discordi sulle terapie
- scarse informazioni sui trattamenti e sui loro effetti

- 3. Post-terapeutica:**
- inadeguata rete per le cure domiciliari
 - difficoltà di contatto con la struttura dove ha svolto o svolge la terapia
 - assenza di una figura territoriale di riferimento con ruolo troppo periferico del medico di medicina generale

VALUTAZIONE SOCIALE MULTIDIMENSIONALE (VSMD)



VSMD

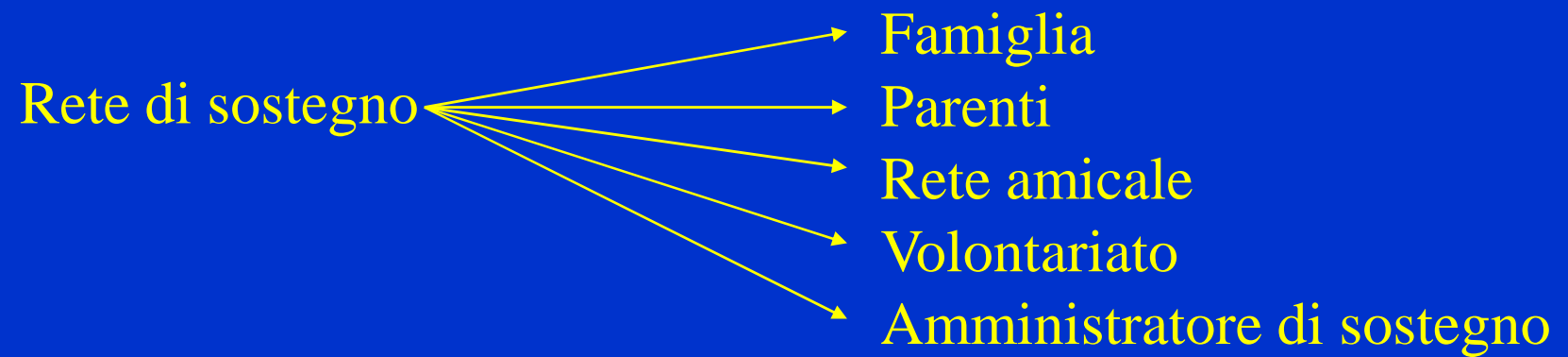
Dimensione relazionale-affettiva:

- Stato civile
- Rete di sostegno
- Caregiver

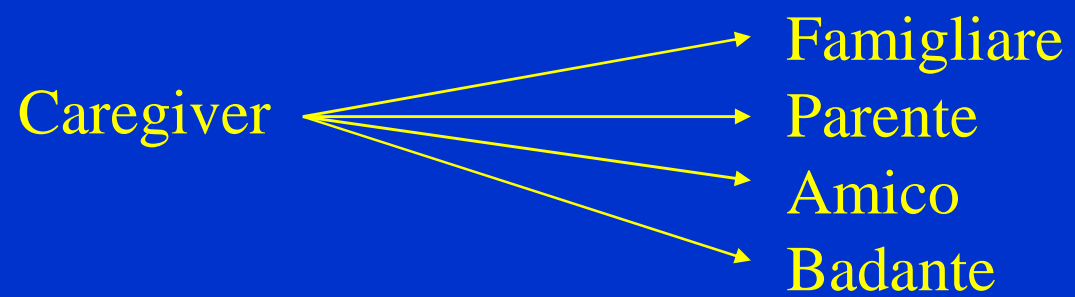
VSMD



VSMD



VSMD



VSMD

Dimensione abitativa:

- dove vive?
- vive solo o insieme al nucleo familiare?
- affitto o proprietà?
- dislocazione sul territorio (vicinanza o meno al centro oncologico di riferimento, possibilità di accedervi con mezzi pubblici o privati)
- barriere architettoniche

VSMD

Dimensione economica:

- reddito (da lavoro autonomo o dipendente o da pensione)
- situazione patrimoniale
- spese per affitto o per mutuo
- eventuale supporto economico familiare

VSMD

Dimensione etica (spiritualità/religiosità):

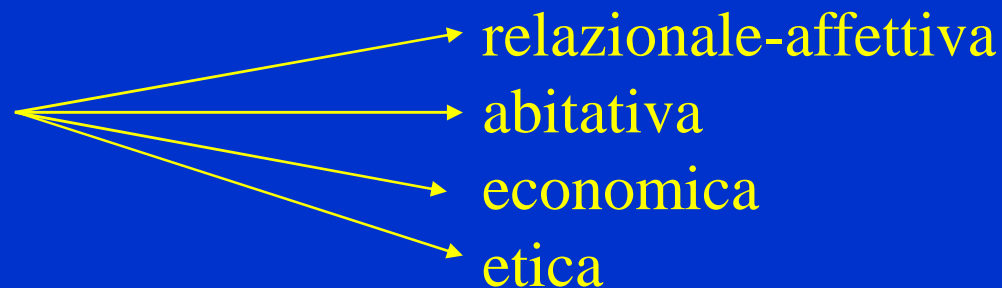
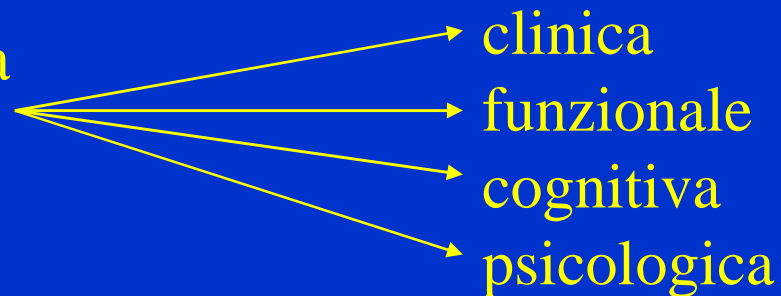
- rispetto delle convinzioni del paziente in una società sempre più multi-etnica, multi-culturale e multi-confessionale

RICADUTE NELL' AMBITO DELL' ONCO-GERIATRIA

valutazione geriatrica
multidimensionale



valutazione sociale
multidimensionale



InterRAI Contact Assessment 09 (interRAI CA) Canadian Version

Assessment Manual

Dott. G. Colloca
Università Cattolica - Roma

Contact Assessment (CA) ©
(CODIFICA PER LE ULTIME 24 ORE, LADDOVE NON SÌ SPECIFICATO DIVERSAMENTE)

SEZIONE A. INFORMAZIONI		SEZIONE B. INFORMAZIONI DI SCREENING		
1. NOME		11. DATA DELLA VALUTAZIONE	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
a. (cognome)	b. (nome)	Giorno	Mese	Anno
2. SESSO	<input type="checkbox"/>	1. CAPACITÀ DI PRENDERE LE DECISIONI QUOTIDIANE	<input type="checkbox"/>	
1. Maschio	2. Femmina	Come la persona prende le decisioni circa l'organizzazione della giornata (es. quando alzarsi/mangiare, cosa indossare o cosa fare)		
3. DATA DI NASCITA	<input type="text"/>	0. Indipendente	<input type="checkbox"/>	
	Giorno	1. Semi-indipendente/comprovato		
	Mese	2. AUTONOMIA NELLE ADL	<input type="checkbox"/>	
	Anno	Episodio di maggiore dipendenza nelle ultime 24 ore (o per l'episodio più recente se avvenuto oltre le 24 ore)		
6. IDENTIFICATORI NUMERICI		0. Indipendente, o necessità solo di organizzazione	<input type="checkbox"/>	
a. Codice fiscale	<input type="text"/>	1. Supervisione, o necessità di assistenza		
7. PROVINCIA/ASL DI APPARTENENZA		a. Uso della veicolo/voce—Come la persona esegue il trasferimento nella veicolo/voce e come viene lavata ogni parte del corpo (ESCLUSO schiena e capelli)	<input type="checkbox"/>	
a. Provincia	<input type="text"/>	b. Igiene personale—Come cura/igiene personale, incluso pedicure, lavare i denti, natiche, truccarsi, lavare e asciugare le mani o la faccia (ESCLUSO taglio o doccia)	<input type="checkbox"/>	
b. ASL	<input type="text"/>	c. Vestire la parte inferiore del corpo—Come la persona veste o sceglie la parte inferiore del corpo, comprese come indossare, pulire, stirare, scappare, cintura e come abbassare i vestiti	<input type="checkbox"/>	
c. Distretto	<input type="text"/>	d. Locomozione—Come si muove tra diversi luoghi postici su uno stesso piano, camminando oppure su carrozzina (se su carrozzina considerare l'autonomia una volta seduto)	<input type="checkbox"/>	
9. CON CHI VIVE ABITUAMENTE LA PERSONA	<input type="checkbox"/>	e. Uso del W.C.—Come usa il W.C. (oppure la toilette, la pedana, o il pappagalles), come si pulisce (anche in caso di episodi di incontinenza), come cambia il pannolino, come pulisce la stanza o il catetere, come si sistema i vestiti (ESCLUSO il trasferimento sul/dal W.C.)	<input type="checkbox"/>	
1. Da solo		3. DISPNEA	<input type="checkbox"/>	
2. Con il coniuge/convivente		0. Sintomo assente		
3. Con il coniuge/convivente ed altri		1. Assente a riposo, ma presente per attività di modesta entità	<input type="checkbox"/>	
4. Con un figlio ma non con il coniuge		2. Assente a riposo, ma presente con le normali attività quotidiane	<input type="checkbox"/>	
5. Con un genitore tutore legale		3. Presente a riposo		
6. Con fratelli/terzo		4. INSTABILITÀ DELLE CONDIZIONI CLINICHE	<input type="checkbox"/>	
7. Con altri parenti		0. No	1. Sì	
8. Con altre persone, non parenti		a. Le condizioni cliniche causano instabilità nella performance cognitiva, nelle ADL, nel tono dell'umore o nel comportamento	<input type="checkbox"/>	
10. DOVE VIVE ABITUAMENTE LA PERSONA		b. Episodio acuto o riacutizzazione di un problema cronico o ricorrente	<input type="checkbox"/>	
1. Casa privata o in affitto		5. PERCEZIONE DEL PROPRIO STATO DI SALUTE	<input type="checkbox"/>	
2. Comunità/Affitto		Chiedere: "In generale, che giudizio darebbe al suo stato di salute?"		
3. Casa albergo/Gruppi appartamento		0. Eccellente	3. Scario	
4. RSA - Residenza protetta		1. Buono	8. Non vuole/non può rispondere	
5. Struttura socio-riabilitativa per pazienti psichiatrici		2. Sufficiente		
6. Struttura socio-riabilitativa per disabili (ex art. 28)				
7. Casa di Riposo				
8. Senzatetto				
9. Postacuzie medicali/longodegenza				
10. Postacuzie riabilitativa				
11. Hospice				
12. Carcere				
13. Altro (specificare)	<input type="text"/>			

(CODIFICA PER LE ULTIME 24 ORE, LADDOVE NON È SPECIFICATO DIVERSAMENTE)

*Nota: Se almeno uno dei seguenti B1= 7
B2(a - d)=7
B3= 2 o 3
B4(a o b)= 7
B5= 3 or 5
compila le sezioni C e D; altrimenti vai alla E.*

6. ELEGIBILITÀ PERI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

0. No, non elegibile
1. Sì (se sì, completa le sezioni C e D)

SECTION C. VALUTAZIONE CLINICA

1. CAMBIAMENTI NELLA CAPACITÀ DI PRENDERE LE DECISIONI QUOTIDIANE NEGLI ULTIMI 90 GIORNI (è dalla data dell'ultima valutazione)

0. Migliorata 2. Peggiorata
1. Nessun cambiamento 3. Non valutabile

2. CAPACITÀ DI COMPRENDERE GLI ALTRI

Comprensione del contenuto dell'informazione verbale (con prove acustiche o viziate)

0. *Comprende*—comprende chiaramente
1. *Algo viene compreso*—Può non ricevere il contenuto o parte del messaggio, ma comprende la maggior parte della conversazione
2. *Spesso comprende*—può non comprendere lo scopo del messaggio, ma parlando o leggendo meglio è in grado di comprendere la conversazione
3. *Talvolta comprende*—risponde adeguatamente solo a domande semplici e poste in modo diretto
4. *Raramente/mai comprende*

3. VISTA

Capacità di vedere in condizioni di illuminazione adeguate (è con gli occhiali se utilizzati)

0. *Adeguate*—Vede i dettagli minuti compresi caratteri di stampa di giornali
1. *Lievemente compromessa*—vede i caratteri grandi, ma non quelli normalmente usati nei giornali
2. *Moderatamente compromessa*—vista limitata, la persona è incapace di leggere titoli dei giornali, ma è in grado di riconoscere gli oggetti
3. *Gravemente compromessa*—non è in grado di riconoscere gli oggetti, ma gli occhi seguono gli oggetti in movimento, vede luci, ombre, colori
4. *Cecità completa*

4. INDICATORI INFANTI DI UMORE DEPRESSO

Chiedere "Negli ultimi 3 giorni, si è mai sentito triste o depresso?"

0. No
1. Sì
3. Non vuole/non può rispondere

5. DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Presente - negli ULTIMI 3 GIORNI - di uno o più dei seguenti sintomi: aggressività verbale, fucile comportamento socialmente inappropriato, comportamento sessuale socialmente inadeguato

0. No 1. Sì

6. DIFFICOLTÀ NELLE A.D.L.

Codifica per la DIFFICOLTÀ basandosi sulla presenza/capacità del cliente di portare a termine una determinata A.D.L. Questa domanda una valutazione soggettiva circa le risorse residue del cliente.

0. Indipendente, o necessità solo di organizzazione
1. Supervisione, o necessità di assistenza

a. *Preparazione dei pasti*—Come prepara i pasti (es. programmazione dei pasti, cucinare, preparare il cibo, usare gli utensili)

b. *Lavori domestici usuali*—Come compie i lavori domestici abituali in casa (es. lavare i piatti, spolverare, rifare il letto, mettere in ordine, fare il bucato)

c. *Gestione dei farmaci*—Come gestisce i farmaci (es. ricordarsi di prendere i farmaci, aprire i flaconi, prendere le dosi giuste, fare le iniezioni, applicare la pomata)

d. *Fare le scale*—Come la persona risale o scende una rampa di scale (12 - 14 gradini)

7. CAMBIAMENTI NEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE A.D.L. NEGLI ULTIMI 90 GIORNI (è dall'ultima valutazione se avvenuta prima di 90 giorni)

0. Migliorata 2. Peggiorata
1. Nessun cambiamento 3. Non valutabile

8. DIAGNOSI DI MALATTIA

Codice della diagnosi

1. Diagnosi principale
2. Diagnosi presente, in trattamento
3. Diagnosi presente, non in trattamento

Malattia	Diagnosi Codice	Codice ICD-9
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

(Nota: se necessario aggiungere altre righe)

9. CADUTE

0. Nessuna caduta negli ultimi 90 giorni
1. 1 o più cadute negli ultimi 90 giorni

10. FREQUENZA DEI PROBLEMI

Codifica per la presenza del problema negli ultimi 3 giorni

0. Non presente
1. Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni
2. Manifestatosi in 1 degli ultimi 3 giorni
3. Manifestatosi in 2 degli ultimi 3 giorni
4. Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni

- a. Vertigini
b. Dolore toracico
c. Tosse (di nuova insorgenza o peggiorata)
d. Edemi periferici

11. DOLORE

(Nota: indagare sempre circa la presenza e l'intensità)

a. *Frequenza con cui la persona lamenta o mostra segni di dolore (includendo anche digrignare i denti, reazioni di difesa quando toccato o altri segni non verbali che suggeriscono dolore)*

0. Nessun dolore
1. Presente ma non manifestatosi nelle ultime 24 ore
2. Manifestatosi nelle ultime 24 ore

b. *Intensità del dolore (codifica per il livello più alto di intensità)*

0. Nessun dolore 3. Severo
1. Lieve 4. A volte
2. Moderato 5. Intollerabile

12. FUMO (la persona ha fumato negli ultimi 3 giorni)

0. No
1. Non negli ultimi 3 giorni, ma è un fumatore abituale
2. Sì

13. VALUTAZIONE NUTRIZIONALE

a. *NEGLI ULTIMI 3 GIORNI, notevole riduzione dell'apporto di cibo o di liquidi rispetto al solito*

0. No 1. Sì

b. *Perdita di peso del 5% o più negli ULTIMI 30 GIORNI, o del 10% o più negli ULTIMI 180 GIORNI*

0. No 1. Sì

Contact Assessment (CA) ©

(CODIFICA PER LE ULTIME 24 ORE, LADDOVE NON È SPECIFICATO DIVERSAMENTE)

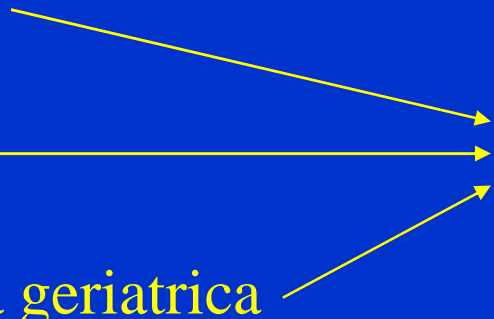
7. FIRMA DI CHI HA EFFETTUATO LA VALUTAZIONE

1. Firma _____

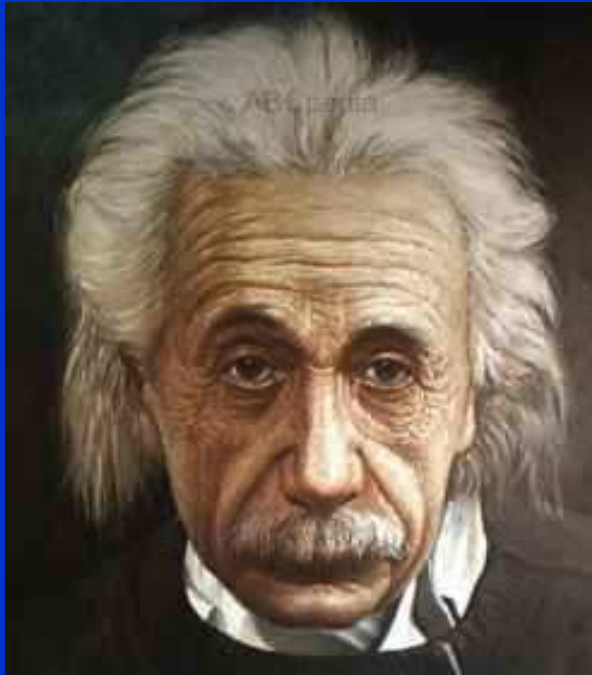
2. Data della valutazione

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Giorno			Mese			Anno			

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE SOCIO- GERIATRICA (VMDSG)

- Ambulatorio di oncologia
 - DH oncologico
 - U.O. medicina oncologica geriatrica
- 
- VMDSG

E DOMANI . . .



A. Einstein (1879-1955)

**“L’immaginazione è tutto: è
l’anteprima delle attrazioni che la
vita ci riserva”**

Ambulatorio di oncologia



DH oncologico



U.O. di medicina oncologica geriatrica



“Dimissione protetta”



A.D.I. oncologica



Ospedalizzazione domiciliare



Hospice / Unità CP

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

Progetto futuro di assistenza (*care*) sul territorio milanese in particolare nelle zone già presidiate dal nostro servizio (distretto 2-5, zone 6-7-8-9) tramite un' équipe multidisciplinare, a favore dei pazienti oncologici in cura presso i nostri servizi di oncologia geriatrica



S.Sontag (1933-2004)

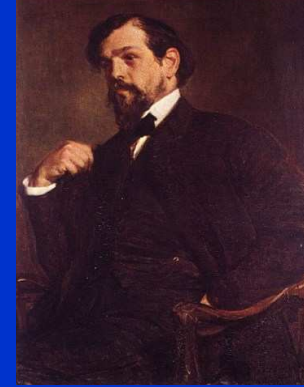
“La malattia è il lato notturno della vita”



**La notte può essere un momento di veglia, disagio,
solitudine sino alla disperazione**

**ma al contrario anche luogo di confidenza, tenerezza
dialogo, quiete, pace ...**

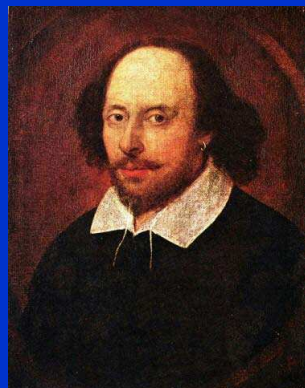




Letteratura (Lucrezio-Leopardi)

notturmo → Musica (Chopin-Debussy)

Teatro - cinema (Shakespeare -
Bergman)





Un sincero ringraziamento a voi tutti
per l'attenzione