

Supplemento Ordinario n. 3 al B.U. n. 11

[Deliberazione della Giunta Regionale 10 marzo 2008, n. 42-8390](#)

**Cartella Geriatrica dell'Unità di Valutazione Geriatrica e Linee guida del Piano Assistenziale Individuale. Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 17-15226/2005 "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti" e della D.G.R. n. 14-26366/1998 "Deliberazione settoriale attuativa del Progetto Obiettivo Tutela della salute degli anziani. UVG".**

A relazione degli Assessori Artesio, Migliasso:

Con il Progetto Obiettivo "Tutela della salute degli anziani" del 1992, diventato parte integrante del Piano Sanitario Nazionale 1994-1996, si evidenziava la necessità di determinare programmi finalizzati alla tutela della salute degli anziani con percorsi specifici, atti a individuare e soddisfare i loro bisogni socio-sanitari.

La Giunta Regionale con D.G.R. n. 113 - 16221 del 22 giugno 1992 "Art.11 L.R. 37/90. Modifiche e integrazioni alla deliberazione attuativa G.R. 02.08.1991 n. 333-8499 - Autorizzazione al funzionamento delle R.S.A. per anziani non autosufficienti " recepisce le indicazioni del Progetto Obiettivo Anziani (P.O.A.), riconoscendo la necessità di attivare una Commissione Tecnica per la valutazione degli interventi da attuare nei confronti delle persone anziane non autosufficienti, sia per quanto riguarda l'inserimento nei programmi di assistenza domiciliare integrata e di ospedalizzazione domiciliare sia per quanto riguarda l'accesso in strutture residenziali.

La D.G.R. n. 188 - 24789 del 03 maggio 1993 "Istituzione dell'U.V.G. (Unità di Valutazione Geriatrica) e adozione della scala di valutazione funzionale multidimensionale", provvede a denominare Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) la Commissione Tecnica di cui alla D.G.R. 113 - 16221/92 e ad approvare le scale di valutazione da utilizzare da parte dell' U.V.G. nell'ambito di programmi assistenziali rivolti alle persone anziane non autosufficienti.

Con L.R. 61 del 1997 "Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano Sanitario Regionale per il triennio 1997 - 1999" si definiscono gli obiettivi strategici per l'attuazione del P.O.A., fra gli obiettivi anche la costituzione di U.V.G. in tutte le Aziende Sanitarie Locali e nelle Aziende Sanitarie Ospedaliere, quest'ultime con sede di Unità Operativa Geriatrica.

Con la D.G.R. n. 14 - 26366 del 28 dicembre 1998 "Deliberazione settoriale attuativa del Progetto Obiettivo Tutela della salute degli anziani. Unità di Valutazione Geriatrica", sempre in applicazione del P.O.A. regionale, si fornivano alle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere indicazioni sulla costituzione e sul funzionamento delle U.V.G. e U.V.G.O..

L'incremento della popolazione anziana, il progressivo aumento delle malattie croniche e degenerative che richiedono servizi di assistenza a lungo termine, la necessità di razionalizzare la spesa, un contesto sociale che negli ultimi anni ha fatto emergere bisogni diversi, hanno cambiato profondamente l'approccio ed il modus operandi delle U.V.G. .

La D.G.R. n. 51 - 11389 del 23 dicembre 2003 "D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio-sanitaria" definisce la continuità delle cure attraverso la presa in carico globale della persona non autonoma da parte dei servizi socio-sanitari integrati. Tali servizi devono assicurare il coordinamento di tutti gli interventi necessari nel passaggio fra le diverse fasi del percorso clinico-assistenziale, avendo cura che venga ottimizzata la permanenza nelle singole fasi, in funzione dell'effettivo stato di salute e benessere del soggetto preso in carico.

Rilevato il ruolo fondamentale dell'U.V.G. per la definizione della complessità assistenziale, Allegato 1 della D.G.R. 51 - 11389/2003, viene costituito, nello stesso anno, un Gruppo di lavoro formato da personale

sociale e sanitario in rappresentanza delle diverse realtà regionali per rivedere le funzioni e l'organizzazione dell'U.V.G.. Il Gruppo di lavoro evidenzia la necessità di reimpostare e di uniformare gli strumenti di valutazione socio-sanitaria per la non autosufficienza, per cui costituisce un Sottogruppo specifico per la predisposizione di una nuova scheda sociale.

Con D.G.R. n. 72-14420 del 20 dicembre 2004 "Percorso di Continuità Assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitarie e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente" si stabilisce che l'U.V.G. debba valutare le condizioni socio-sanitarie dei pazienti ricoverati in Reparti ospedalieri, al fine di individuare, congiuntamente con i medici ospedalieri ed il MMG, il percorso da attuare per garantire la continuità assistenziale, predisponendo un Progetto individuale.

La D.G.R. n. 17-15226 del 30 marzo 2005 "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti" nell'Allegato 1.A ridefinisce, sulla base delle risultanze del Gruppo di lavoro di cui sopra, sia la composizione sia le funzioni dell'U.V.G. prevedendo, quale funzione principe della stessa, l'individuazione, attraverso la valutazione multidimensionale delle persone, delle risposte idonee a soddisfare i loro bisogni sanitari e assistenziali, privilegiando, ove possibile, il loro mantenimento al domicilio.

Nella D.G.R. 17-15226/2005 vengono previste la Cartella Geriatrica, quale strumento socio-sanitario per la valutazione dell'anziano, e le Linee Guida del Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.), rimandando a successivo provvedimento il contenuto dettagliato degli stessi, con l'obiettivo di garantire uniformità metodologica di comportamento organizzativo e appropriatezza della risposta socio-sanitaria su tutto il territorio piemontese.

Il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2007-2010, con Deliberazione del Consiglio Regionale del 24 ottobre 2007 n. 137 - 40212, tra le strategie generali di sviluppo per quanto attiene la tutela della salute della popolazione anziana, afferma che il principio secondo il quale deve ispirarsi il modello organizzativo proposto è rappresentato dal raggiungimento della continuità delle cure, attraverso percorsi che ne assicurano la gestione, caso per caso, e per le differenti tipologie del bisogno. Altresì il PSSR afferma che occorre ottimizzare la presa in carico dell'anziano, soprattutto se affetto da patologie croniche, lavorando sui percorsi socio-sanitari delle persone, al fine di ritardare la non autosufficienza e l'eventuale istituzionalizzazione e prevenire ricoveri impropri. Particolare attenzione richiede il momento dell'accesso alla rete dei servizi, mediante azioni volte alla semplificazione e uniformità dei percorsi e la diffusione delle informazioni.

Il Gruppo di lavoro attraverso:

- \* l'analisi delle modalità e degli strumenti di valutazione socio-sanitari esistenti nelle Aziende Sanitarie Regionali e negli Enti Gestori della Regione,
- \* l'analisi delle criticità, delle carenze e delle buone prassi esistenti,
- \* la creazione, la sperimentazione e il perfezionamento di una nuova scheda di valutazione sociale,
- \* la revisione e l'implementazione delle schede sanitarie,
- \* la definizione e la valutazione dei percorsi assistenziali (residenziale, semiresidenziale e domiciliare), in relazione ai livelli di assistenza individuati,
- \* la definizione dei punteggi, quale ausilio per la determinazione delle fasce di intensità assistenziale;
- \* la sperimentazione (attuata in quasi tutte le Aziende Sanitarie Locali e Comuni/Enti Gestori piemontesi) del modello socio-sanitario e la sua congruità in relazione alla rilevazione dei bisogni e alla definizione dei livelli di complessità assistenziale;

ha definito il modello di Richiesta di Valutazione U.V.G., il modello di Scheda informativa sanitaria, le Linee Guida del PAI e la Cartella Geriatrica, quest'ultima composta da:

- richiesta di valutazione,
- scheda anagrafica - informativa del soggetto richiedente,
- scheda di valutazione sociale, che analizza e valuta la situazione di bisogno connessa alla condizione socio-economica, ambientale ed assistenziale dell'anziano, anche in relazione alla sua famiglia,
- scheda di valutazione sanitaria, che valuta lo stato di salute e l'autosufficienza del soggetto anche con il supporto delle scale ADL, IADL, DISCO, DMI, SPMSQ ,
- riepilogo della valutazione sociale e sanitaria e tipologia del progetto,
- definizione della complessità e intensità assistenziale del progetto di intervento, che può essere articolato in domiciliare, semiresidenziale o residenziale.

Il modello di Richiesta di Valutazione U.V.G. (All.A), Scheda Informativa Sanitaria (All.B), la Cartella Geriatrica (All. C) e le Linee Guida del P.A.I. - con i relativi modelli di P.A.I. residenziale e semiresidenziale e P.A.I. domiciliare - (all. D) sono parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

Il modello di Richiesta di Valutazione U.V.G. è un unico modulo impostato sia per le situazioni in cui a presentare la richiesta è il diretto interessato, o un suo rappresentante legale (Amministratore di sostegno o Tutore), sia in quelle in cui è una terza persona (convivente, parente o altro) a farlo. In base a quanto prevede la normativa nel primo caso si tratta di richiesta nel secondo di segnalazione.

Dalla sperimentazione del modello socio-sanitario è emersa come criticità il tempo per la stesura del P.A.I. residenziale, indicato in 5 giorni dalla D.G.R. 17-15226/2005, i quali risultano essere insufficienti, in quanto possono essere necessarie anche due settimane di osservazione del soggetto per approdare ad un P.A.I. rispondente ai reali bisogni. Pertanto si ritiene necessario modificare la D.G.R. n. 17-15226 del 30 marzo 2005 nella parte riguardante la stesura del Piano Assistenziale Individuale e relativo invio all'Unità di Valutazione Geriatrica di competenza da 5 a 20 giorni.

La Cartella Geriatrica contiene strumenti di sostegno alla valutazione clinico-diagnostica e sociale della non autosufficienza, i quali devono essere supportati dalla professionalità sanitaria e sociale di coloro che li utilizzano. I componenti dell'U.V.G. devono essere consapevoli della complessità che ogni persona reca con la sua storia, il suo bagaglio affettivo e culturale.

Pertanto l'U.V.G. non deve solamente attribuire punteggi, bensì "comprendere", attraverso un approccio globale, non solo le patologie e il contesto socio-familiare dell'anziano, ma anche e soprattutto la sua volontà di come vivere e affrontare la sua non autosufficienza.

Risulta quindi indispensabile che il Progetto venga stilato dall'U.V.G., sempre in presenza dell'anziano e di chi si prende cura di lui, collegialmente e con la contemporanea presenza delle componenti sociale e sanitaria, così da stabilire una relazione significativa tra gli stessi. E' facoltà del Presidente dell'U.V.G., in casi eccezionali ed urgenti, derogare a tale procedura così come previsto dalla D.G.R. n. 17-15226/2005.

Altresì risulta opportuno acquisire preventivamente elementi relativi alle condizioni dell'anziano, quali una relazione da parte dell'MMG/Medico Curante attestante patologie pregresse o in atto e relativi trattamenti terapeutici - come da allegato B parte sostanziale ed integrante del presente atto deliberativo - così come risulta necessario raccogliere elementi relativi alla condizione socio-economica, ambientale e relazionale dell'anziano attraverso la scheda sociale, che è parte integrante degli strumenti di valutazione (All.C).

L'U.V.G. deve comunicare al MMG, che ha in carico l'anziano, sia la data in cui quest'ultimo sarà valutato sia l'esito della valutazione con il relativo Progetto. Fermo restando quanto stabilito nell'Allegato 1.A della D.G.R. 17-15226/2005 al paragrafo "Composizione" "Il Medico di Medicina generale che ha in carico l'assistito da valutare, su richiesta di quest'ultimo, può partecipare ai lavori; nel caso in cui sia presente in commissione, ne diventa membro effettivo per l'esame di quel singolo caso".

L'U.V.G., effettuata la valutazione e stilato il Progetto, deve garantire l'attuazione dello stesso in tempi idonei per evitare complicazioni e migliorare la qualità della vita. Comunque è fondamentale soddisfare prioritariamente le situazioni connotate da maggiore fragilità sociale e sanitaria.

Nell'Allegato 1.A della D.G.R. 17-15226/2005 al paragrafo "selezione e attivazione" sono previsti nuovi punteggi che superano quanto disposto dalla D.G.R. n. 14 - 26366 del 28 dicembre 1998. Pertanto i punteggi previsti dalla D.G.R. 17/2005, fino ad un massimo di 14 punti per la valutazione sanitaria e fino ad un massimo di 14 per la valutazione sociale, derivano dalla valutazione multidimensionale secondo la Cartella Geriatria dalla data del presente provvedimento.

Nella gestione della lista d'attesa oltre i punteggi derivati dalla valutazione e/o rivalutazione è necessario tenere conto almeno dei seguenti criteri:

\* aspetto temporale: deve essere considerata la data di protocollo in arrivo presso la Segreteria U.V.G.,

\* aspetti contingenti: deve essere considerata l'urgenza dell'inserimento,

Le liste d'attesa dei soggetti già valutati devono essere adeguate sulla base dei nuovi punteggi della scheda di valutazione sociale e delle scale di valutazione multidimensionale sanitarie entro il 30 giugno 2008, affinché sia garantito il diritto di eguale modalità di valutazione. Tale adeguamento deve essere effettuato tenendo conto delle esigenze organizzative dell'Unità di Valutazione Geriatria e delle urgenze che eventualmente possono sopraggiungere.

Le liste d'attesa della residenzialità devono comprendere solo soggetti per i quali risulta realisticamente impossibile l'attivazione di un intervento alternativo alla residenzialità e non devono comprendere soggetti per i quali è già attivo un Progetto, definito dall'U.V.G., alternativo alla residenzialità.

Qualora per sopravvenute circostanze il soggetto, con Progetto domiciliare o semiresidenziale necessiti di un Progetto di residenzialità, ridefinito sempre e comunque dall'U.V.G., verrà inserito nella lista d'attesa tenendo conto della data della prima valutazione.

Per quanto attiene le U.V.G.O. previste dalla D.G.R. n. 14 - 26366 del 28 dicembre 1998, si conferma che nelle Aziende Ospedaliere/Aziende Ospedaliere Universitarie sede di Unità Operativa Autonoma di Geriatria, può essere istituita una U.V.G.O., che deve essere costituita dalle seguenti figure professionali:

- un geriatra,
- una assistente sociale ospedaliera,
- un infermiere.

Considerata la frequente necessità di interventi di tipo riabilitativo, l'U.V.G.O. può essere implementata con la figura del medico fisiatra.

L'U.V.G.O. rappresenta uno strumento tecnico-professionale utile per lo sviluppo della continuità di cura, Ospedale-Territorio, attraverso una valutazione sanitaria multidimensionale ed una sintesi socio-familiare tale da inquadrare le problematiche socio-sanitarie del paziente anziano, permettendo così un primo passo, propedeutico al Percorso di continuità assistenziale.

Si configura in tal senso una stretta collaborazione tra Reparti Ospedalieri, U.V.G.O. e U.V.G. territoriale, con l'obiettivo di fornire a quest'ultima elementi utili per la risposta socio-sanitaria più appropriata.

Pertanto dovranno essere predisposti Protocolli di intesa tra l'Azienda Sanitaria Locale territoriale e l'Azienda Ospedaliera qualora l'Azienda Sanitaria Locale voglia avvalersi della attività della U.V.G.O..

Considerato che nell'incontro del 12 febbraio 2008 tra l'Assessore alle Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia e l'Assessore alla Tutela della Salute e Sanità con le Organizzazioni Sindacali, queste ultime concordano con il provvedimento proposto.

Visto il contenuto delle schede n.14 (Assistenza domiciliare programmata e integrata) e 15 (Attività di assistenza riabilitativa residenziale e semiresidenziale ad anziani non autosufficienti, disabili psichici e sensoriali e malati terminali) dell'allegato B al Regolamento regionale per il trattamento dei dati sensibili di competenza della Regione Piemonte e delle ASL del Piemonte, approvato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.20 comma 2 del d.lgs.n.196/2003, con Decreto del Presidente della Giunta regionale 11 maggio 2006, n.3/R.

Rilevato che le attività disciplinate dalla presente deliberazione e dai relativi allegati sono conformi - quanto a tipi di dati sensibili trattati ed operazioni eseguibili sui medesimi- al contenuto delle schede nn.14 e 15 dell'allegato B al Regolamento regionale n.3/R/2006 citate al punto precedente e quindi tali attività sono legittimate, ai fini del rispetto dei dati sensibili di tutti i soggetti interessati, ai sensi dell'art.20 del d.lgs.n.196/2003;

La Giunta Regionale;

sentita la relazione che precede e convenendo con le argomentazioni addotte in ordine al provvedimento proposto

Visto il Progetto Obiettivo "Tutela della salute degli anziani", presente nel Piano Sanitario Nazionale del 1992;

vista la D.G.R n. 113 - 16221 del 22 giugno 1992;

vista la L.R. 61 del 1997;

vista la D.G.R. n. 14 - 26366 del 28 dicembre 1998;

vista la D.G.R. n. 51 - 11389 del 23 dicembre 2003;

vista la L.R. n. 1 del 8 gennaio 2004;

vista la D.G.R. n. 72-14420 del 20 dicembre 2004;

vista la D.G.R. n. 17-15226 del 30 marzo 2005;

vista la L.R. n. 18 del 6 agosto 2007;

vista la D.C.R. n. 137 - 40212 del 24 ottobre 2007;

visto il D.P.G.R. n.3/R dell' 11 maggio 2006;

con voto unanime, reso in forma palese,

**delibera**

- di approvare, per le motivazioni di cui in premessa, i modelli di Richiesta di Valutazione e di Scheda Informativa Sanitaria, la Cartella Geriatrica, le Linee Guida del Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) - con i relativi modelli di P.A.I. domiciliare, semiresidenziale e residenziale -, come indicato negli Allegati A) B) C) e D) parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;

- di modificare la D.G.R. n. 17-15226 del 30 marzo 2005 nella parte che riguarda la stesura del Piano Assistenziale Individuale e relativo invio all'Unità di Valutazione Geriatrica di competenza da 5 a 20 giorni;

- di stabilire che il Progetto deve essere stilato dall'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.), sempre in presenza dell'anziano e di chi si prende cura di lui, collegialmente e con la contemporanea presenza delle componenti sociale e sanitaria, così da stabilire una relazione significativa tra gli stessi. E' facoltà del Presidente dell'U.V.G., in casi eccezionali ed urgenti, derogare da tale procedura così come previsto dalla D.G.R. n. 17-15226/2005;

- di stabilire che le liste d'attesa devono comprendere solo soggetti per i quali risulta realisticamente impossibile l'attivazione di un intervento alternativo alla residenzialità e non devono comprendere soggetti per i quali è già attivo un Progetto, definito dall'U.V.G., alternativo alla residenzialità. Qualora, per sopravvenute circostanze, il soggetto, con Progetto domiciliare o semiresidenziale, necessiti di un Progetto di residenzialità, ridefinito sempre e comunque dall'U.V.G., viene inserito nella lista d'attesa tenendo conto della data della prima valutazione;

- di stabilire che dalla data del presente provvedimento le Aziende Sanitarie Locali e i Comuni/Enti Gestori, in ottemperanza di quanto già previsto dalla D.G.R. 17-15226/2005 al paragrafo "selezione e attivazione", utilizzino i nuovi punteggi, che superano quanto previsto dalla D.G.R. n. 14 - 26366 del 28 dicembre 1998 e che nella gestione della lista d'attesa oltre i punteggi derivati dalla valutazione e/o rivalutazione siano tenuti in conto almeno i seguenti criteri:

\* aspetto temporale: deve essere considerata la data di protocollo in arrivo presso la Segreteria U.V.G.,

\* aspetti contingenti: deve essere considerata l'urgenza dell'inserimento;

- di stabilire che le liste d'attesa dei soggetti già valutati devono essere adeguate sulla base dei nuovi punteggi della scheda di valutazione sociale e delle scale di valutazione multidimensionale sanitarie entro il 30 giugno 2008. Tale adeguamento deve essere effettuato tenendo conto delle esigenze organizzative dell'Unità di Valutazione Geriatrica e delle urgenze che eventualmente possono sopraggiungere.

- di stabilire che nelle Aziende Ospedaliere/Aziende Ospedaliere Universitarie sede di Unità Operativa Autonoma di Geriatria può essere istituita un U.V.G.O., la quale deve essere composta dalle seguenti figure professionali:

- un geriatra,

- una assistente sociale ospedaliera,

- un infermiere.

- di dare atto che la presente non comporta oneri a carico del Bilancio Regionale.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto dell'art. 14 del D.P.G.R. n. 8/R/2002.

(omissis)

Allegato A

**ALLA UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA (U.V.G.) dell'A.S.L. ....**  
 (Ufficio di Segreteria dell'U.V.G.)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
 via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

in qualità di:     diretto interessato     tutore     amministratore di sostegno

**C H I E D E   C H E**

il sottoscritto(se diretto interessato) /la persona sottoindicata (nell'apposito riquadro) sia sottoposta a Valutazione Multidimensionale da codesta U.V.G. per la definizione di un Progetto socio-sanitario

in qualità di:

convivente (specificare) .....

prossimo congiunto (specificare grado di parentela) .....

altro (specificare) .....

**S E G N A L A**

la persona sotto indicata (nell'apposito riquadro), affinché codesta U.V.G. sottoponga la medesima a Valutazione Multidimensionale, al fine della definizione di un Progetto socio-sanitario

- Interventi domiciliari socio sanitari
- Inserimento in Centro Diurno
- Inserimento in Struttura Residenziale

(il riquadro successivo non deve essere compilato se la domanda è presentata dal diretto interessato, in quanto i dati richiesti sono già stati compilati)

il/la sig./ra \_\_\_\_\_  
 nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_  
 Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

stato civile \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Medico Curante: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

*Se la persona è già ricoverata in struttura residenziale, indicare la **residenza precedente**:*  
 \_\_\_\_\_

Richiesta di valutazione

A tal fine:

- *Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.*
- *Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione geriatrica; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art.84 del citato D.Lgv.196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Lei può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di segreteria UVG.*

**C.O.M.U.N.I.C.A CHE**

Il/la suddetto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

riceve o ha ricevuto interventi da

|                    |                             |                             |       |
|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| Servizio sanitario | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Quale |
| Servizio sociale   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Quale |

Allega alla presente domanda la documentazione ritenuta di utilità per una migliore valutazione sanitaria e sociale.

**C.H.I.E.D.E CHE**

eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

|              |                 |
|--------------|-----------------|
| Sig./Sig.ra  | _____           |
| Via / piazza | _____           |
| Comune       | _____ CAP _____ |

**CONSENSO**

Ricevuta l'informativa e consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli articoli 81 e 82 Codice Privacy 2003, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili.

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma dell'operatore che riceve la domanda)

**N.B. In caso di variazione di domicilio o rinuncia, deve essere data tempestiva comunicazione alla segreteria dell'U.V.G. al seguente numero telefonico \_\_\_\_\_**

Richiesta di valutazione



Allegato B

**SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA**

|   |                        |
|---|------------------------|
| <b>Cognome</b>  | <b>Nome</b>            |
| <b>Luogo</b>  | <b>Data di nascita</b> |
| <p><b>Sintesi clinico-anamnestica con particolare riferimento alle patologie invalidanti:</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |                        |
| <p><b>Terapia in atto:</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>  |                        |

**CONDIZIONI ATTUALI****DEFICIT SENSORIALI:**

- grave deficit visivo (anche con correzione)  
 grave deficit uditivo (anche con correzione)

Nota \_\_\_\_\_

**DEAMBULAZIONE:**

- normale  
 cammina con aiuto o assistenza  
 presenta rischio di caduta  
 costretto a letto, poltrona o carrozzella

Nota \_\_\_\_\_

**INCONTINENZA**     si     no

- Urinaria     saltuaria     permanente  
 Fecale     saltuaria     permanente  
 Catetere vescicale     colostomia

Nota \_\_\_\_\_

**ALIMENTAZIONE**

- autonoma  
 deve essere imboccato  
 presenta disfagia  
 presenza di PEG

Presenza di magrezza patologica     si     no

Nota \_\_\_\_\_

**DISTURBI MOTORI**

Paralisi / paresi di \_\_\_\_\_

- Instabilità motoria     si     no  
 Deficit equilibrio     si     no  
 Tendenza alle cadute     si     no

Nota \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE**

- |                                   |                                  |                                     |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Disturbi importanti della memoria | <input type="checkbox"/> si      | <input type="checkbox"/> no         |
| Orientamento tempo/spaziale       | <input type="checkbox"/> normale | <input type="checkbox"/> patologico |
| Episodi di disorientamento t/s    | <input type="checkbox"/> si      | <input type="checkbox"/> no         |
| Disorientamento costante          | <input type="checkbox"/> si      | <input type="checkbox"/> no         |
| Disturbi della parola             | <input type="checkbox"/> si      | <input type="checkbox"/> no         |
| Disturbi della comunicazione      | <input type="checkbox"/> si      | <input type="checkbox"/> no         |

Nota \_\_\_\_\_

**DISTURBI DEL COMPORTAMENTO**

- |                                   |                                   |                                    |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Agitazione psico-motoria          | <input type="checkbox"/> costante | <input type="checkbox"/> saltuaria |
| Aggressività                      | <input type="checkbox"/> verbale  | <input type="checkbox"/> fisica    |
| Deambulazione afinalistica        | <input type="checkbox"/> fughe    | <input type="checkbox"/> wandering |
| Insomnia                          | <input type="checkbox"/>          |                                    |
| Inversione del ritmo sonno/veglia | <input type="checkbox"/>          |                                    |

Utilizzo di psicofarmaci (specificare) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**TONO DELL'UMORE**

- normale                       depresso                       euforico

Pratica / ha praticato terapie antidepressive  si     no

Nota \_\_\_\_\_

**PRESENZA DI LESIONI CUTANEE**

- si                       no

Sedi e attuali medicazioni \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ALLERGIE**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**OSSERVAZIONI**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Data di compilazione

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e firma leggibile  
 MMG/Medico Curante

\_\_\_\_\_

Allegato C

**UNITÀ DI VALUTAZIONE GERIATRICA (UVG)**

Azienda Sanitaria Locale \_\_\_\_\_

**Moduli della Cartella Geriatrica**

|  |                          |
|--|--------------------------|
| <b>A - RICHIESTA DI VALUTAZIONE (Allegato A)</b>                   | <input type="checkbox"/> |
| <b>B - <u>SCHEDA ANAGRAFICA INFORMATIVA</u></b>                    | <input type="checkbox"/> |
| <b>B1 - SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE</b>                          | <input type="checkbox"/> |
| <b>B2 - SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA</b>                        | <input type="checkbox"/> |
| <b>B3 - RIEPILOGO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE E SANITARIA</b>        | <input type="checkbox"/> |
| <b>C - DEFINIZIONE DELLA INTENSITA' ASSISTENZIALE DOMICILIARE</b>  | <input type="checkbox"/> |
| <b>C1- DEFINIZIONE DELLA INTENSITA' ASSISTENZIALE RESIDENZIALE</b> | <input type="checkbox"/> |
| <b>D - PROGETTO DI CURE DOMICILIARI IN LUNGO ASSISTENZA</b>        | <input type="checkbox"/> |
| <b>D1 - PROGETTO RESIDENZIALE</b>                                  | <input type="checkbox"/> |
| <b>D2- PROGETTO SEMI RESIDENZIALE</b>                              | <input type="checkbox"/> |
|  |                          |
|  |                          |
|  |                          |

**Nota:**

*La Cartella Geriatrica è modulare, pertanto spuntando i moduli che via via si utilizzano, si compone la Cartella medesima.*

A cura della Segreteria UVG

Data ricevimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**UNITÀ DI VALUTAZIONE GERIATRICA (UVG) ASL .....**

**SCHEDA ANAGRAFICA INFORMATIVA**

|  |   |
|--|---|
| Cognome  | Nome  |
| Nato/a a                                       | il  |
| residente a                                    | via   |
| recapito telefonico                            | piano dello stabile ..... numero vani.....<br>ascensore Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   |
| stato civile                                   | Codice Fiscale  |
| titolo di studio                               | attività lavorativa pregressa   |
| Medico di Medicina Generale                    | pensionato iscritto Cassa INPDAP Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>coniuge conv. di pensionato INPDAP Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Persona con handicap grave (ex art.3 L.104/92) | Domanda in corso dal.....   |
| invalidità civile                              | Sì <input type="checkbox"/> percentuale ..... No <input type="checkbox"/><br>domanda in corso dal .....   |
| indennità di accompagnamento                   | No <input type="checkbox"/><br>Sì <input type="checkbox"/> dal.....<br>Domanda in corso dal.....  |
| Esiste un:                                     | <b>tutore</b> <input type="checkbox"/> <b>curatore</b> <input type="checkbox"/> <b>amministr. di sostegno</b> <input type="checkbox"/>  |

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ rec. tel. \_\_\_\_\_

La domanda è presentata in data ..... / ..... / .....

da **diretto interessato**       **familiari**       **altri**       **procedura d'ufficio**

**I dati e le informazioni sono state fornite da**

|  |           |
|--|-----------|
| Cognome  | Nome      |
| indirizzo  | rec. tel. |
| <b>Persona di riferimento (se diversa da chi ha fornito le informazioni)</b> |           |
| Cognome  | Nome      |
| indirizzo  | rec. tel. |

| Luogo di valutazione della persona da parte dell'UVG | Data e luogo previsti per la valutazione | Data e luogo in cui è stata effettuata |
|--|--|--|
| Domicilio  |  |  |
| Struttura residenziale                               |  |  |
| Reparto ospedaliero                                  |  |  |
| Lungo degenza  |  |  |
| Sede UVG   |  |  |
| Altro: indicare quale                                |  |  |

Modulo B - Scheda anagrafica informativa

## SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE

Ente gestore/Comune \_\_\_\_\_

Cognome e Nome.....

### 1. CONDIZIONI ABITATIVE

Questa parte non viene compilata in caso di persona già ricoverata in struttura attribuendo punteggio 1 all'area abitativa.

|   |   |  |
|---|---|--|
| 1) Centro abitato con servizi tutti facilmente raggiungibili dall'interessato ( Negozi, Farmacia, Posta ) ..... | 0 |  |
| 2) Centro abitato con anche solo due dei servizi sopramenzionati difficilmente raggiungibili o non presenti     | 1 |  |
| 3) Isolata e/o impossibilità totale da parte dell'interessato ad accedere ai servizi                            | 2 |  |
|   |   |  |

|   |     |    |
|---|-----|----|
| 4) È previsto uno sfratto o sgombero definitivo | Sì* | No |
|---|-----|----|

\*Se sì: punteggio finale massimo delle condizioni abitative = 10; passare alla valutazione delle condizioni economiche

**Condizioni igieniche:**

|             |   |  |
|-------------|---|--|
| 5) Buone    | 0 |  |
| 6) Scadenti | 1 |  |
| 7) Pessime  | 2 |  |
|             |   |  |

|   |    |    |
|---|----|----|
| 8) Chi si occupa dell'igiene ambientale ? - Interessato/a | Sì | No |
|---|----|----|

**Servizi Igienici:**

|                                  |   |  |
|----------------------------------|---|--|
| 9) Adeguate                      | 0 |  |
| 10) Interni non adeguate/esterni | 2 |  |
|                                  |   |  |

**Riscaldamento:**

|                             |   |  |
|-----------------------------|---|--|
| 11) Autonomo / centrale     | 0 |  |
| 12) Stufa a gas /           | 1 |  |
| 13) Stufa cherosene / legna | 2 |  |
|                             |   |  |

**Presenza di barriere architettoniche:**

|                 |   |  |
|-----------------|---|--|
| 14) No          | 0 |  |
| 15) Sì, interne | 1 |  |
| 16) Sì esterne  | 1 |  |
|                 |   |  |

Note \_\_\_\_\_

Sub condizione abitativa

## 2. CONDIZIONE ECONOMICA

In attesa della definizione regionale, ai sensi dell'art. 40 della l.r. 1/2004, di criteri uniformi di valutazione della situazione economica rilevante ai fini della erogazione e della compartecipazione ai costi dei servizi socio-assistenziali, per graduare l'entità della contribuzione prevista dalla presente deliberazione (o per disporre l'esclusione da tali contribuzioni), si applicano le disposizioni vigenti in materia nei regolamenti degli enti gestori.

E' opportuno che i parametri da considerare per la valutazione delle condizioni economiche siano:

1. Proprietà/usufrutto/affitto dell'abitazione
2. Pensione/reddito
3. Altri beni
4. Spese sostenute negli ultimi 6 mesi per assistenza.

### 3. CONDIZIONI FAMILIARI

Dati relativi al contesto familiare della persona oggetto di valutazione

Esistono parenti o persone di riferimento:      Sì  No

Descrizione dei conviventi:

| Cognome e nome | età | grado di parentela/ altro |
|----------------|-----|---------------------------|
|                |     |                           |
|                |     |                           |
|                |     |                           |

Descrizione dei non conviventi

Cognome nome

| Grado di parentela/altro | età | residenza | telefono | vivono  |
|--------------------------|-----|-----------|----------|---|
|                          |     |           |          | <input type="checkbox"/> Stesso stabile<br><input type="checkbox"/> Stesso quartiere<br><input type="checkbox"/> Stessa città<br><input type="checkbox"/> Altrove |
|                          |     |           |          | <input type="checkbox"/> Stesso stabile<br><input type="checkbox"/> Stesso quartiere<br><input type="checkbox"/> Stessa città<br><input type="checkbox"/> Altrove |
|                          |     |           |          | <input type="checkbox"/> Stesso stabile<br><input type="checkbox"/> Stesso quartiere<br><input type="checkbox"/> Stessa città<br><input type="checkbox"/> Altrove |
|                          |     |           |          | <input type="checkbox"/> Stesso stabile<br><input type="checkbox"/> Stesso quartiere<br><input type="checkbox"/> Stessa città<br><input type="checkbox"/> Altrove |
|                          |     |           |          | <input type="checkbox"/> Stesso stabile<br><input type="checkbox"/> Stesso quartiere<br><input type="checkbox"/> Stessa città<br><input type="checkbox"/> Altrove |



**A) Persona sola \***

SI

Se persona sola priva di parenti conviventi/non conviventi (si intendono quelli indicati dall'articolo 433 C.C.), non si compilano le domande da B1 a C5 e, ove significativo, si utilizzano le variabili C6/C7 o si attribuisce il punteggio massimo (20) passando alla valutazione delle CONDIZIONI ASSISTENZIALI (area 4);

**B) Persona con conviventi****conviventi (compilare 1 sola voce la più significativa)**

|   |    |
|---|----|
| B1) Presenza del coniuge / altra persona convivente valutato UVG/UVH non autosufficiente o con problemi di dipendenza o disturbi psichiatrici | 11 |
| B2) Problemi del coniuge/persona convivente, non valutato/a UVG/U.V.H (elevata età, problemi sanitari, episodi acuti, ecc.)                   | 9  |
| B3) Grave affaticamento del convivente( care-giver) derivante dal lavoro di cura  | 7  |
| B4) Problemi del convivente/i a svolgere lavoro di cura per impegni lavorativi o avvenimenti particolari                                      | 5  |
| B5) Dinamiche relazionali altamente problematiche all'interno del nucleo  | 5  |

Persona senza familiari/parenti non conviventi (da compilare solo se compilata la parte precedente)

|   |   |
|---|---|
| B6) Al di fuori dei familiari conviventi non esistono altri parenti | 9 |
|---|---|

Se compilata le voci dal B1 al B6 passare direttamente alla valutazione delle condizioni assistenziali Rete familiare non convivente (compilare 1 sola voce la più significativa)

|  |   |
|--|---|
| B7) Elevato carico di cura per la presenza all'interno del nucleo familiare di minori e/o di persone con gravi problemi (non autosufficiente, disabilità, dipendenze, disturbi psichiatrici, ecc.) e/o l'unico/i parente/i di riferimento ha problemi connessi all'elevata età e alla salute | 7 |
| B8) ...) Dinamiche relazionali altamente problematiche tra nucleo del valutato e la sua rete parentale   | 5 |
| B9) Grave affaticamento del care-giver (non convivente) derivante dal lavoro di cura   | 5 |
| B10) Lontananza (distanza fisica, elevati tempi di spostamento)  | 3 |
| B11) Impegni lavorativi che non consentono un adeguato supporto alla persona   | 2 |



**4. CONDIZIONI ASSISTENZIALI\***

(\*La compilazione della scheda 4.A esclude la compilazione della scheda 4.B e viceversa)

**4 A. Persona valutata a domicilio**

Indicare i bisogni ed il loro grado di copertura da parte della persona valutata:

| BISOGNI                                      | GIORNO      |          |                 | NOTTE       |          |                 | totale |
|--|-------------|----------|-----------------|-------------|----------|-----------------|--------|
|  | soddisfatto | In parte | Non soddisfatto | soddisfatto | In parte | Non soddisfatto |        |
| 1) Igiene personale                          | 0           | 1        | 2               | 0           | 1        | 2               |        |
| 2) Vestirsi                                  | 0           | 1        | 2               |             |          |                 |        |
| 3) Igiene ambientale                         | 0           | 1        | 2               |             |          |                 |        |
| 4) Preparazione e somministrazione dei pasti | 0           | 1        | 2               |             |          |                 |        |
| 5) Spesa e/o disbrigo di pratiche            | 0           | 1        | 2               |             |          |                 |        |
| 6) sorveglianza e/o monitoraggio             | 0           | 1        | 2               | 0           | 1        | 2               |        |

|  | Chi lo fa  | Tutti i giorni | 2/3 volte la settimana | 1 volta la settimana | saltuarimente |
|--|--|----------------|------------------------|----------------------|---------------|
|  |  |                |                        |                      |               |
| 1) Igiene personale                          | <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario<br><input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> persona a pagamento |                |                        |                      |               |
| 2) Vestirsi                                  | <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario<br><input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> persona a pagamento |                |                        |                      |               |
| 3) Igiene ambientale                         | <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario<br><input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> persona a pagamento |                |                        |                      |               |
| 4) Preparazione e somministrazione dei pasti | <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario<br><input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> persona a pagamento |                |                        |                      |               |
| 5) Spesa e/o disbrigo di pratiche            | <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario<br><input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> persona a pagamento |                |                        |                      |               |
| 6) sorveglianza e/o monitoraggio             | <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario<br><input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> persona a pagamento |                |                        |                      |               |

|   |          |
|---|----------|
| 7) Assenza del care-giver                                 | <b>5</b> |
| 8) Assenza di spazio adeguato per personale di assistenza | <b>3</b> |
| 9) Espressa volontà di ricovero dell'interessato          | <b>2</b> |

Nel caso in cui siano barrati uno o più items (7,8,9) e con un punteggio totale oltre 12 (alle domande dalla 1 alla 6 relative agli items sui bisogni), verificare la reale possibilità di un progetto a domicilio.



**4 B. Persona valutata in struttura residenziale**

|   |                 |   |  |
|---|-----------------|---|--|
| <b>B10) Difficoltà di pagamento della retta:<br/>ricoverato da</b>  | meno di 3 mesi  | 0 |  |
|   | da 4 mesi a 11  | 1 |  |
|   | da 12 mesi a 24 | 2 |  |
|   | oltre 24 mesi   | 3 |  |
|   |                 |   |  |
| <b>B11) Assenza di persone che mantengano un significativo rapporto con il valutato</b>   |                 | 2 |  |
| <b>B12) Ricovero concordato dal valutato e/o dai parenti con i servizi sociali per rispondere ad una urgenza sociale per impossibilità di rimanere a domicilio che permane al momento della valutazione</b> |                 | 8 |  |

|   |   |
|---|---|
| <b>B13) Non disponibilità di uno spazio abitativo per un eventuale rientro al domicilio</b> | 6 |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| <b>B14) Assenza di un care-giver che permetta un progetto di domiciliarietà</b> | 5 |
| <b>B15) Espressa volontà di rimanere in struttura dell'interessato</b>          | 2 |

Note:

---



---



---



---



---



---



---

Sub totale condizione assistenziale

**SINTESI VALUTAZIONE SOCIALE****1) condizione abitativa:**

|   |       |        |
|---|-------|--------|
| 0 | 1 - 5 | 6 - 10 |
| 0 | 1     | 2      |

**2) condizione economica (da valorizzare a cura di ogni Ente Gestore):**

|   |       |       |       |       |
|---|-------|-------|-------|-------|
| 0 | 1 - 2 | 3 - 4 | 5 - 6 | 7 - 9 |
| 0 | 1     | 2     | 3     | 4     |

**3) condizione familiare:**

|   |       |        |         |         |
|---|-------|--------|---------|---------|
| 0 | 1 - 6 | 7 - 12 | 13 - 16 | 17 - 20 |
| 0 | 1     | 2      | 3       | 4       |

**4) condizione assistenziale:**

|       |       |        |         |          |
|-------|-------|--------|---------|----------|
| 0 - 2 | 3 - 7 | 8 - 12 | 13 - 17 | Oltre 17 |
| 0     | 1     | 2      | 3       | 4        |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Totale punteggio sociale |  |
|--------------------------|--|

Il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*L'Assistente Sociale referente della valutazione*  
*Nome e cognome*

*Firma leggibile*



**A.D.L (Index of Indipendence in Activities of Daily Living)\***

Per ciascuna delle funzioni elencate contrassegnare la descrizione meglio corrispondente. La parola "assistenza" significa sorveglianza, guida, oltre che assistenza personale diretta. La linea tratteggiata separa l'autonomia dalla dipendenza.

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>Fare il Bagno</b>  |   |  |
| (1) Non riceve alcuna assistenza (entra ed esce dalla vasca autonomamente, nel caso la vasca sia il mezzo abituale per fare il bagno).  | (2) Riceve assistenza nel lavare solo una parte del corpo (es. la schiena o una gamba).                               | (3) Riceve assistenza nel lavare più di una parte del corpo ( o rimane non lavato).  |
| <b>Vestirsi</b>   |   |  |
| (1) Prende gli abiti e si veste completamente senza assistenza.   | (2) Prende gli abiti e si veste completamente senza assistenza tranne che per allacciare le scarpe.                   | (3) Riceve assistenza nel prendere gli abiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito.   |
| <b>Uso dei servizi</b>  |   |  |
| (1) Va ai servizi, si pulisce, si riveste senza assistenza ( può usare supporti come il bastone o il deambulatore o la sedia a rotelle, è in grado di maneggiare la padella o la commoda vuotandola al mattino).  | (2) Riceve assistenza nell'andare ai servizi o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'usare la padella o la commoda.     | (3) Non va ai servizi per i bisogni corporali.   |
| <b>Spostarsi</b>  |   |  |
| (1) Entra ed esce dal letto come pure si siede e si alza dalla sedia senza assistenza (può usare supporti come il bastone o il deambulatore).   | (2) Entra ed esce dal letto come pure si siede e si alza dalla sedia con assistenza.                                  | (3) Non si alza dal letto.   |
| <b>Continenza</b>   |   |  |
| (1) Controlla completamente da solo minzione e defecazione.   | (2) Ha occasionali incidenti.   | (3) Il controllo della minzione o della defecazione è condizionato dalla sorveglianza; se usa il catetere o è incontinente.  |
| <b>Alimentarsi</b>  |   |  |
| (1) Si alimenta da solo senza assistenza.   | (2) Si alimenta da solo eccetto che necessita di assistenza nel tagliare la carne o nello spalmare il burro sul pane. | (3) Riceve assistenza nell'alimentarsi o viene alimentato parzialmente o completamente per sondino o per via endovenosa.   |
| <b>Valutazione</b>  |   |  |
| (A) Indipendente nell'alimentarsi, nella continenza, nello spostarsi, nell'uso dei servizi, nel vestirsi e nel fare il bagno.<br>(B) Indipendente in tutte le suddette funzioni eccetto una<br>(C) Indipendente in tutte le funzioni eccetto che nel fare il bagno ed in un'altra funzione.<br>(D) Indipendente in tutte le funzioni eccetto che nel fare il bagno, nel vestirsi ed in un'altra funzione. |   | (E) Indipendente in tutte le funzioni eccetto che nel fare il bagno, nel vestirsi, nell'uso dei servizi ed in un'altra funzione.<br>(F) Indipendente in tutte le funzioni eccetto che nel fare il bagno, nel vestirsi, nell'uso dei servizi, nello spostarsi ed in un'altra funzione.<br>(G) Dipendente in tutte le sei funzioni.<br>(Altro) Dipendente in almeno due funzioni ma non classificabile come C, D, E o F. |

\* ) Katz S., Downs T.D., Cash H.R., Grotz R.C., Gerontologist, part. I, 20-30 Spring 1970

**PUNTEGGIO:                    A=0            B=0            C=2            D=3            E=4            F=5            G=6**



**I.A.D.L. (Instrumental Activities of Daily Living scale)\***

|  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
| <b>A) Capacità di usare il telefono</b>  |   |   |  |  |
|  | <b>(3)</b> Usa il telefono di propria iniziativa, alza il microfono e compone il numero, ecc. | <b>(2)</b> Compone solo alcuni numeri ben conosciuti  | <b>(1)</b> E' in grado di rispondere al telefono, ma non di chiamare   | <b>(0)</b> Non è capace di usare il telefono                 |
| <b>B) Movimenti per acquisti nei negozi</b>  |   |   |  |  |
|  | <b>(3)</b> Si prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi          | <b>(2)</b> E' in grado di effettuare piccoli acquisti nei negozi  | <b>(1)</b> Necessita di essere accompagnato per qualsiasi giro di acquisti nei negozi                                      | <b>(0)</b> E' del tutto incapace di fare acquisti nei negozi |
| <b>C) Mezzi di trasporto</b>   |   |   |  |  |
| <b>(4)</b> Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto  | <b>(3)</b> Organizza i propri spostamenti con taxi, ma non usa i mezzi pubblici               | <b>(2)</b> Usa i mezzi pubblici se accompagnato da qualcuno   | <b>(1)</b> Può spostarsi soltanto con taxi o auto con l'assistenza di altri  | <b>(0)</b> Non si sposta per niente                          |
| <b>D) Responsabilità nell'uso dei medicinali</b>   |   |   |  |  |
|  |   | <b>(2)</b> E' in grado di assumere i medicinali nelle giuste dosi al giusto tempo.  | <b>(1)</b> E' in grado di assumere i medicinali se preparati in anticipo in dosi separate.                                 | <b>(0)</b> Non è in grado di assumere le medicine da solo.   |
| <b>E) Capacità di gestire le proprie finanze</b>   |   |   |  |  |
| <i>Le informazioni richieste nei 5 items possono essere raccolte dal soggetto stesso, quando abbia preservato le sue funzioni cognitive, oppure dall'ambiente o dal personale di assistenza che abbia avuto modo di osservare il soggetto.</i> |   | <b>(2)</b> Gestisce le operazioni finanziarie indipendentemente (bilanci, scrive assegni, paga affitti, conti, va in banca), raccoglie e tiene nota delle entrate . | <b>(1)</b> Gestisce gli acquisti quotidiani, ma necessita di aiuto per le operazioni bancarie, gli acquisti maggiori, ecc. | <b>(0)</b> E' incapace di maneggiare il denaro.              |
| *) Modificata da: Lawton M.P., Brody E.M., Gerontologist 9, 179 - 186, 1969  |   |   |  |  |
| <b>RISULTATO</b>   | 14 - 13 -12 -11 -10   | 9 - 8 - 7 - 6 - 5   | 4 - 3 - 2 - 1 - 0  |  |
|  | Autonomo  | Parzialmente autonomo   | Non autonomo   |  |
| <b>PUNTEGGIO</b>   | <b>0</b>  | <b>1</b>  | <b>2</b>   |  |



**DISTURBI COGNITIVI E DEL COMPORTAMENTO (DISCO) \***

|          |   |
|----------|---|
| <b>A</b> | Assenza o lievi disturbi cognitivi e del comportamento  |
| <b>B</b> | Almeno una delle seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Orientamento spazio-temporale compromesso in modo significativo</li> <li><input type="checkbox"/> Allucinazioni / deliri</li> <li><input type="checkbox"/> Ripetuto abuso verbale (insolenza, minacce...)</li> <li><input type="checkbox"/> Comportamento alimentare alterato</li> </ul>  |
| <b>C</b> | Almeno una delle seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Alterazione totale del ritmo sonno-veglia</li> <li><input type="checkbox"/> Aggressione fisica perpetrata o minacciata ripetutamente</li> <li><input type="checkbox"/> Attività motoria aberrante (wandering, tentativi di fuga...)</li> <li><input type="checkbox"/> Idee suicidarie manifeste o tentativi di suicidio</li> <li><input type="checkbox"/> Comportamento alimentare gravemente alterato</li> </ul> |

\* (Morgagni S.et al., Sanitas Domi 1999)

**N.B.:** *Ogni alterazione comportamentale indicata in B deve avere ricadute di maggiore impegno sull' assistenza da fornire al valutato, altrimenti rientrano in A come lievi disturbi del comportamento.*

|                  |          |             |             |
|------------------|----------|-------------|-------------|
|                  | A        | Qualsiasi B | Qualsiasi C |
| <b>PUNTEGGIO</b> | <b>0</b> | <b>1</b>    | <b>2</b>    |

**D.M.I. ( Indice Medico di Non Autosufficienza ) \***
**CRITERI ASSOLUTI**

È motivo di appartenenza alla categoria dei non autosufficienti per "ragioni sanitarie" il riscontro di almeno una delle seguenti situazioni:

- Grave deficit di forza e/o di movimento ad almeno due arti
- Doppia incontinenza
- Piaghe da decubito
- Gravi disturbi del linguaggio e della comunicazione
- Marcata compromissione delle capacità visive e/o uditive non correggibili con protesi
- Malattie in fase terminale (quando si prevede il decesso entro 3-6 mesi)
- Necessità di terapie multiple e complesse

**CRITERI RELATIVI**

È motivo di appartenenza alla categoria dei non autosufficienti per "ragioni sanitarie" il riscontro di tre o più delle seguenti situazioni:

- Modesto deficit di forza e/o di movimento ad almeno due arti
- Incontinenza saltuaria
- Confusione temporo-spaziale episodica
- Disturbi del linguaggio e della comunicazione moderati
- Deficit sensoriali visivi e/o uditivi solo parzialmente correggibili
- Turbe vertiginose con tendenza alle cadute
- Patologie croniche di rilievo in compenso labile
- Uso obbligato ma autonomo della carrozzella

---

\* F. Fabris e Coll., Min. Med. 80, suppl. 1, 1989 (modificato).

**Punteggio 0** = nessun criterio

**Punteggio 1** = 2 criteri relativi

**Punteggio 2** = almeno 3 criteri relativi e/o almeno un criterio assoluto

|                  | Non dipendente | Parzialmente dipendente | Dipendente per motivi sanitari |
|------------------|----------------|-------------------------|--------------------------------|
| <b>PUNTEGGIO</b> | <b>0</b>       | <b>1</b>                | <b>2</b>                       |

|  |
|--|
| <b>CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)*</b> |
|--|

0-4

**Apparato cardiovascolare - respiratorio**

ACIR1 ( ) Cuore

ACIR2 ( ) Distretto vascolare (sangue, cellule e vasi sanguigni, midollo osseo, milza, tessuto linfatico)

ACIR3 ( ) Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea)

ACIR4 ( ) Apparato oculare/ORL (occhio, orecchio, naso, laringe)

**Apparato gastrointestinale**

ACIR5 ( ) Primo tratto intestinale (esofago, stomaco, duodeno, pancreas, vie biliari)

ACIR6 ( ) Secondo tratto intestinale (intestino tenue, crasso, ernie)

ACIR7 ( ) Fegato

**Apparato genito-urinario**

ACIR8 ( ) Rene

ACIR9 ( ) Altri organi dell'apparato genito-urinario

**Apparato muscolo-scheletrico e tegumenti**

ACIR10 ( ) Muscoli, ossa, cute

Sistema nervoso-psiche

ACIR11 ( ) Patologia neurologica (cervello, midollo spinale, nervi periferici)

ACIR12 ( ) Patologia psichiatrica (turbe mentali)

**Malattie sistemiche**

ACIR13 ( ) Patologia endocrino-metabolica (incluse infezioni diffuse, intossicazioni)

---

\*(LINN B.S. et al., Cumulative Illness Rating scale, J. Am. Geriatr. Soc. 1968)

**ISTRUZIONI**

Indicare per ogni apparato il punteggio che meglio esprime il grado di lesione. Per malattie che producono lesioni a più di un apparato vanno segnalate tutte le lesioni presenti. Per esempio, un incidente cerebrovascolare acuto (acuto) può danneggiare contemporaneamente gli apparati neurologico, vascolare, muscolo scheletrico e cutaneo. Un tumore metastatizzato va segnalato sia in corrispondenza dell'apparato sede del tumore primitivo, sia nel sistema vascolare, indicando l'entità dell'interessamento linfonodale. Se un apparato è interessato da più patologie va indicato il danno totale dalle diverse patologie.

Per ogni apparato il punteggio è così attribuito:

**0 = nessuna patologia:** "nessuna lesione a carico dell'organo/apparato".

**1 = patologia lieve:** "il danno non interferisce con lo svolgimento delle normali attività; non è necessariamente richiesta terapia; la prognosi è favorevole (es. lesioni cutanee; ernie, emorroidi)".

**2 = patologie di media gravità:** "la lesione interferisce con le normali attività della vita; la terapia è necessaria; la prognosi è buona (es. calcolosi, diabete, fratture)".

**3 = patologia grave:** la lesione è invalidante; è richiesto un trattamento urgente; la prognosi è dubbia (es. carcinoma operabile,; enfisema polmonare; scompenso cardiaco)".

**4 = patologia molto grave:** "la lesione può essere fatale; è richiesto un trattamento di emergenza, oppure non è più indicato alcun trattamento; la prognosi è grave (es. infarto miocardico; ictus; emorragia intestinale; embolia)".

Modulo B2 - Scheda di valutazione sanitaria

**BISOGNI CLINICO ASSISTENZIALI RILEVATI**

**PRESENZA DI:**

|                            |  |
|----------------------------|--|
| CATETERE VESCICALE :       | <input type="checkbox"/>   |
| LESIONI CUTANEE :          | <input type="checkbox"/>   |
| STOMIE :                   | <input type="checkbox"/> tipo _____  |
| DRENAGGI :                 | <input type="checkbox"/> tipo _____  |
| ACCESSO VENOSO: Periferico | <input type="checkbox"/> Centrale <input type="checkbox"/>                     |
| Se centrale: tipo          | _____  |
| TERAPIA ANTALGICA:         | <input type="checkbox"/> Pompa Elastomero <input type="checkbox"/> Altro _____ |

|                         |                              |                              |
|-------------------------|------------------------------|------------------------------|
| NUTRIZIONE ENTERALE:    | SNG <input type="checkbox"/> | PEG <input type="checkbox"/> |
| NUTRIZIONE PARENTERALE: | <input type="checkbox"/>     |                              |

**PREVISIONE INTERVENTI**

**Visite periodiche del medico di medicina generale:**  
settimanale      quindicinale      mensile      altro \_\_\_\_\_

Motivazioni e Note:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

| Prestazioni infermieristiche                     | Tempo stimato per prestazione | Frequenza della prestazione (giornaliera, settimanale, ecc.) | Tempo totale (tempo prestazione per n. volte al mese) |
|--|-------------------------------|--|---|
| Counseling ed interventi educativi               |                               |  |   |
| Prelievi   |                               |  |   |
| Sostituzione catetere vescicale                  |                               |  |   |
| Medicazioni                                      |                               |  |   |
| Altro  |                               |  |   |
| Altro  |                               |  |   |
| Altro  |                               |  |   |
| <b>Stima del tempo mensile complessivo _____</b> |                               |  |   |

**Intervento riabilitativo:**   
 Allegare il progetto riabilitativo fisiatrico contenente:  
 - prestazioni del terapeuta della riabilitazione  
 - frequenza  
 - durata  
 - tempo medio mensile stimato

NECESSITÀ DI PRESIDI

| TIPO DI PRESIDI        | PRESENTI AL DOMICILIO | DA PRESCRIVERE |
|------------------------|-----------------------|----------------|
| letto articolato       |                       |                |
| sponde                 |                       |                |
| trapezio               |                       |                |
| materasso antidecubito |                       |                |
| cuscino antidecubito   |                       |                |
| carrozzina             |                       |                |
| deambulatore           |                       |                |
| Altro                  |                       |                |
|                        |                       |                |

NECESSITÀ DI OSSIGENOTERAPIA   
 GIÀ IN USO A DOMICILIO  DA PRESCRIVERE

NOTE:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome, Cognome \_\_\_\_\_

Qualifica operatore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### SINTESI DI VALUTAZIONE SANITARIA

**ADL** : numero delle attività fondamentali della vita quotidiana nelle quali il soggetto è dipendente  
( 0 - 6 punti )

- non dipendente 0 punti
- dipendente in una funzione 0 punto
- dipendente in due funzioni 2 punti
- dipendente in tre funzioni 3 punti
- dipendente in quattro funzioni 4 punti
- dipendente in cinque funzioni 5 punti
- dipendente in sei funzioni 6 punti

**IADL** : grado di compromissione nelle attività strumentali della vita quotidiana ( 0 - 2 punti )

- compromissione assente o lieve(IADL 10 - 14 ) 0 punti
- compromissione moderata (IADL 5 - 9 ) 1 punto
- compromissione grave (IADL 0 - 4 ) 2 punti

**SPMSQ** : grado di deterioramento mentale ( 0 - 2 punti )

- deterioramento assente o lieve(SPMSQ 0 - 4 ) 0 punti
- deterioramento moderato (SPMSQ 5 - 7 ) 1 punto
- deterioramento grave (SPMSQ 8 - 10 ) 2 punti

**DISCO** : grado di disturbi cognitivi e del comportamento ( 0 - 2 punti )

- A 0 punti
- qualsiasi B 1 punto
- qualsiasi C 2 punti

**DMI** : assenza / presenza di dipendenza per motivi sanitari ( 0 - 2 punti )

- non dipendente 0 punti
- parzialmente dipendente 1 punto
- dipendente per motivi sanitari 2 punti

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Totale punteggio sanitario</b> |  |
|-----------------------------------|--|

**CIRS \***

- Più di un 1 o solo un 2
- Più di un 2 o solo un 3
- Più di un 3 o solo un 4

*\* questa scala di valutazione non è conteggiata nel punteggio sanitario, in quanto deve essere utilizzata solamente per dare informazioni aggiuntive, che permettano una definizione più completa del livello d'intensità assistenziale.*



U.V.G ASL .....

**RIEPILOGO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE E SANITARIA**

---

Cognome e Nome.....

*Prima valutazione*     *Rivalutazione*

**PUNTEGGIO PER GRADUATORIA**

|                                      |             |
|--------------------------------------|-------------|
| <b>Aspetti Sociali</b>               | Punti ..... |
| <b>Aspetti Sanitari</b>              | Punti ..... |
| <b>TOTALE</b><br>(intervallo 0 - 28) | Punti ..... |

**Conclusioni della valutazione:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Definizione del progetto assistenziale

Assistibile

- al domicilio
- in struttura semi-residenziale
- in struttura semi-residenziale Centro Diurno Alzheimer
- in struttura residenziale
- in struttura residenziale Nucleo Alzheimer Temporaneo
- in struttura residenziale per progetto temporaneo

Note

---



---



---



---



---



---

| <i>I componenti dell'UVG</i> | <i>Nome e cognome</i> | <i>Firma leggibile</i> |
|------------------------------|-----------------------|------------------------|
| Il Presidente                |                       |                        |
|                              |                       |                        |
|                              |                       |                        |

Luogo e data \_\_\_\_\_

U.V.G ASL .....

**DEFINIZIONE DELLA INTENSITA' ASSISTENZIALE DOMICILIARE**

Cognome e Nome.....

|   |  |
|---|--|
| <b>Punteggio condizione abitativa</b>     |  |
| <b>Punteggio condizione familiare</b>     |  |
| <b>Punteggio condizione assistenziale</b> |  |
| <b>Punteggio A.D.L.</b>                   |  |
| <b>Punteggio I.A.D.L.</b>                 |  |
| <b>Punteggio S.P.M.S.Q.</b>               |  |
| <b>Punteggio DISCO</b>                    |  |
| <b>Punteggio D.M.I.</b>                   |  |
| <b>Totale</b>                             |  |

**C.I.R.S.**

- Più di un 1 o solo un 2
- Più di un 2 o solo un 3
- Più di un 3 o solo un 4

L'attribuzione ad una fascia di intensità assistenziale non può essere formulata esclusivamente in base a rigidi schemi predefiniti, quali quelli desunti dall'applicazione di test e scale di valutazione, in quanto questi ultimi sono strumenti di sostegno alla valutazione clinico - diagnostica della ricaduta funzionale della cronicità. L'Unità di Valutazione Geriatria ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni.

|              |                        |                        |                             |
|--------------|------------------------|------------------------|-----------------------------|
|              | <b>4 - 9</b>           | <b>10 - 15</b>         | <b>Oltre 15</b>             |
|              | <b>Bassa intensità</b> | <b>Media intensità</b> | <b>Medio alta intensità</b> |
| <b>Esito</b> |                        |                        |                             |

Motivazione

.....  
 .....  
 .....

| <i><b>I componenti dell'UVG</b></i> | <i><b>Nome e cognome</b></i> | <i><b>Firma leggibile</b></i> |
|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Il Presidente                       |                              |                               |
|                                     |                              |                               |
|                                     |                              |                               |
|                                     |                              |                               |
|                                     |                              |                               |
|                                     |                              |                               |
|                                     |                              |                               |
|                                     |                              |                               |

Luogo e data \_\_\_\_\_

U.V.G ASL .....

**DEFINIZIONE DELLA INTENSITA' ASSISTENZIALE RESIDENZIALE**

Cognome e Nome.....

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Punteggio A.D.L.</b>     |  |
| <b>Punteggio S.P.M.S.Q.</b> |  |
| <b>Punteggio DISCO</b>      |  |
| <b>Punteggio D.M.I.</b>     |  |
| <b>Totale</b>               |  |

L'attribuzione ad una fascia di intensità assistenziale non può essere formulata esclusivamente in base a rigidi schemi predefiniti, quali quelli desunti dall'applicazione solamente di test e scale di valutazione, in quanto questi ultimi sono strumenti di sostegno alla valutazione clinico - diagnostica della ricaduta funzionale della cronicità.

L'Unità di Valutazione Geriatria ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, in quelle situazioni in cui si ravvisano palesi elementi di raggiunta stabilità o presunta evoluzione di criticità e/o instabilità, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni.

|              |                        |                        |                       |
|--------------|------------------------|------------------------|-----------------------|
|              | <b>5-6</b>             | <b>7 - 8</b>           | <b>9 - 12</b>         |
|              | <b>Bassa intensità</b> | <b>Media intensità</b> | <b>Alta intensità</b> |
| <b>Esito</b> |                        |                        |                       |

Motivazione

.....

.....

.....

.....

|              |                        |                                     |                                     |
|--------------|------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
|              | <b>5 -6</b>            | <b>7 -8</b>                         | <b>9 - 12</b>                       |
|              | <b>Bassa intensità</b> | <b>Media intensità</b>              | <b>Alta intensità</b>               |
|              |                        | <b>Incremento<br/>prestazionale</b> | <b>Incremento<br/>prestazionale</b> |
| <b>Esito</b> |                        |                                     |                                     |

Situazione stabilizzata

Situazione non stabilizzata

| <i><b>I componenti dell'UVG</b></i> | <i><b>Nome e cognome</b></i> | <i><b>Firma leggibile</b></i> |
|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Il Presidente                       |                              |                               |
|                                     |                              |                               |
|                                     |                              |                               |
|                                     |                              |                               |
|                                     |                              |                               |
|                                     |                              |                               |

Luogo e data \_\_\_\_\_

U.V.G ASL .....

**PROGETTO DI CURE DOMICILIARI IN LUNGOASSISTENZA**

---

---

ASL \_\_\_\_\_ Ente Gestore \_\_\_\_\_

Progetto per il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Referente per Ente Gestore \_\_\_\_\_

Referente per ASL \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

Problema/i \_\_\_\_\_

Obiettivo/i: \_\_\_\_\_

Quali interventi da attuare

Quali figure professionali devono intervenire

Rivalutazione del progetto

data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Motivazioni

---



---



---

| <i><b>I componenti dell'UVG</b></i> | <i><b>Nome e cognome</b></i> | <i><b>Firma leggibile</b></i> |
|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Il Presidente                       |                              |                               |
|                                     |                              |                               |
|                                     |                              |                               |
|                                     |                              |                               |
|                                     |                              |                               |
|                                     |                              |                               |

Luogo e data \_\_\_\_\_



U.V.G ASL.....

### PROGETTO RESIDENZIALE

---

---

ASL \_\_\_\_\_ Ente Gestore \_\_\_\_\_

Progetto per il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Referente per Ente Gestore \_\_\_\_\_

Referente per ASL \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

Problema/i \_\_\_\_\_

Obiettivo/i \_\_\_\_\_

Quali interventi da attuare \_\_\_\_\_

Quali figure professionali devono intervenire \_\_\_\_\_

Rivalutazione del progetto  data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Motivazioni

---



---



---

| <i><b>I componenti dell'UVG</b></i> | <i><b>Nome e cognome</b></i> | <i><b>Firma leggibile</b></i> |
|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Il Presidente                       |                              |                               |
|                                     |                              |                               |
|                                     |                              |                               |
|                                     |                              |                               |
|                                     |                              |                               |

Luogo e data \_\_\_\_\_

U.V.G ASL .....

### PROGETTO SEMI RESIDENZIALE

---

---

ASL \_\_\_\_\_ Ente Gestore \_\_\_\_\_

Progetto per il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ ---- \_\_\_\_\_

Referente per Ente Gestore \_\_\_\_\_

Referente per ASL \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

Problema/i \_\_\_\_\_

Obiettivo/i \_\_\_\_\_

Quali interventi da attuare \_\_\_\_\_

Quali figure professionali devono intervenire \_\_\_\_\_

Rivalutazione del progetto  data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Motivazioni

---



---



---

| <i><b>I componenti dell'UVG</b></i> | <i><b>Nome e cognome</b></i> | <i><b>Firma leggibile</b></i> |
|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Il Presidente                       |                              |                               |
|                                     |                              |                               |
|                                     |                              |                               |
|                                     |                              |                               |
|                                     |                              |                               |

Luogo e data \_\_\_\_\_

*Allegato D***LINEE-GUIDA PER LA COSTRUZIONE DEL PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE  
(RESIDENZIALE, SEMIRESIDENZIALE E DOMICILIARE)****IL PROGETTO PERSONALIZZATO**

L'Unità di Valutazione Geriatria (U.V.G.) esegue la valutazione globale, definisce la condizione clinico assistenziale ed individua i bisogni sanitari assistenziali delle persone anziane identificando le risposte più idonee al loro soddisfacimento e privilegiando, ove è possibile, il loro mantenimento a domicilio attraverso un Progetto assistenziale (Progetto).

Tale Progetto deve tener conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e dei familiari, delle abilità perse e di quelle residue, delle funzioni recuperabili, oltre che dei fattori personali, ambientali, familiari. Il Progetto è: per il soggetto da valutare il diritto di avere trattamenti personalizzati basati sulla centralità della persona, per i servizi eroganti il dovere di superare le prestazioni uguali per tutti e l'avvio di un lavoro di équipe interdisciplinare in luogo di interventi frazionati e disaggregati.

Pertanto esso deve contenere gli obiettivi e i risultati che si intendono raggiungere, la tipologia, la modalità, la sede e il livello di intensità degli interventi.

L'U.V.G. è responsabile dei contenuti del Progetto ed indica, di norma, un referente del caso.

**Il referente del caso**

Il referente del caso è una figura professionale sociale o sanitaria, che funge da punto di riferimento per l'anziano non autosufficiente e la sua famiglia, dalla valutazione alla presa in carico, agevolando, monitorando e coordinando il percorso assistenziale, assicurandone così la continuità, al fine di garantire la risposta sociosanitaria adeguata nell'ambito dei servizi della rete, coerente con il progetto definito dall'U.V.G..

**IL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE (P.A.I.)**

Il Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) è la trasposizione operativa del Progetto e viene elaborato dall'équipe che prende in carico la persona. Esso, a partire dal progetto redatto dall'U.V.G. e dopo l'osservazione e l'acquisizione di ogni altra informazione utile, definisce:

- le azioni specifiche, la tipologia delle prestazioni e le figure professionali interessate,
- la frequenza e la durata di ogni intervento necessario al raggiungimento degli obiettivi,
- gli strumenti individuati per la definizione e la gestione del P.A.I.,
- la valutazione periodica dei risultati, con indicatori e tempi,
- la congruità tra bisogni e P.A.I. e tra nuove esigenze e modifiche del P.A.I..

**Il referente del Piano Assistenziale Individuale**

Figura essenziale nella gestione del P.A.I. è il referente del Piano Assistenziale Individuale, che segue la persona dalla presa in carico per tutto il percorso assistenziale. Il referente del P.A.I. è un operatore del settore sociale o sanitario, a seconda del bisogno prevalente, individuato all'interno dell'équipe del setting di cura, che si fa garante nel tempo dell'intero processo assistenziale, svolgendo parte degli interventi e interfacciandosi con i diversi operatori e la famiglia, per assicurare continuità assistenziale e tutela dell'anziano non autosufficiente.

## L'equipe interdisciplinare

La predisposizione, la verifica e l'aggiornamento del P.A.I. avviene nell'ambito di una équipe interdisciplinare, composta da figure professionali sanitarie e socio-assistenziali individuate secondo il setting di cura (residenziale o semiresidenziale o domiciliare). Dell'équipe fa parte di diritto il medico di medicina generale dell'assistito. È opportuno il coinvolgimento anche di un familiare o di chi si prende cura della persona sia per una miglior conoscenza del soggetto sia per confrontare le loro aspettative con le risposte che il Servizio è in grado di offrire.

Per quanto riguarda il P.A.I. in struttura residenziale "compete al responsabile di struttura il coordinamento dell'attività di elaborazione, gestione e di monitoraggio nonché il collegamento con l'U.V.G. per garantire la costante coerenza tra il progetto individuale ed il relativo P.A.I. esecutivo" (DGR 17-15226 del 30 marzo 2005).

La responsabilità dell'esecuzione operativa è in capo al Direttore Sanitario o, ove non previsto, tale responsabilità operativa è attribuita al coordinatore della attività infermieristiche o al coordinatore delle attività di assistenza tutelare.

## GLI STRUMENTI

Strumento fondamentale per l'analisi dei bisogni e delle risorse da mettere in campo è la VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE attraverso la quale si identificano i bisogni e gli obiettivi correlati, che devono essere chiari, condivisi, realistici, misurabili.

Su questi obiettivi si ipotizzano le azioni da intraprendere per raggiungerli, gli indicatori da usare per la verifica e i traguardi intermedi di verifica.

## COME COSTRUIRE, ATTUARE E VERIFICARE IL P.A.I.

Le fasi della pianificazione del P.A.I. sono:

1. conoscenza della persona attraverso la raccolta dati e l'osservazione,
2. valutazione e identificazione dei bisogni assistenziali,
3. determinazione degli obiettivi,
4. definizione degli interventi,
5. attuazione, esecuzione degli interventi previsti,
6. valutazione dei risultati.

### 1. Osservazione e raccolta dati

Scopo dell'osservazione è raccogliere dati ed informazioni sulla persona, necessari per meglio identificare i suoi problemi di salute e le loro cause, le sue abitudini, il suo vissuto ed i suoi interessi, nonché gli obiettivi assistenziali per la pianificazione e l'attuazione dell'assistenza.

L'osservazione è altresì utile per conoscere le capacità e le risorse presenti nell'anziano e il suo rapporto con l'ambiente.

Il P.A.I. , a seconda del setting assistenziale, può essere residenziale o semiresidenziale o domiciliare.

#### ➤ P.A.I. residenziale o semiresidenziale

Dal momento dell'ingresso in struttura residenziale o semiresidenziale, oppure dalla visita di pre-accoglienza, tutti gli operatori, che vengono a contatto con il neo-ospite, devono provvedere alla raccolta dati, i quali scaturiscono dai rapporti e dall'osservazione.

Tali dati devono essere trascritti su apposite schede di osservazione con particolare riguardo:

- alla cura della persona,
- alle attività della vita quotidiana,
- alle abitudini alimentari,

Linee guida

- all'umore ed ai comportamenti,
- al rapporto con altri ospiti, familiari, operatori,
- alle aspettative,
- ai timori.

A tali aspetti debbono aggiungersi le osservazioni inerenti lo stato generale di salute, le autonomie residue e le specifiche patologie di cui la persona è affetta.

#### ➤ **P.A.I. domiciliare**

Tutti gli operatori coinvolti devono collaborare alla raccolta dati, che scaturiscono dall'osservazione tenendo conto della gradualità necessaria che il contesto domiciliare richiede, con particolare attenzione all'approfondimento dei seguenti aspetti:

- cura della persona,
- attività della vita quotidiana,
- esigenze alimentari,
- umore e comportamenti,
- cura della casa
- grado di autonomia (e/o di supporti già presenti) per le uscite, i controlli/esami medici previsti, l'assunzione delle terapie, il disbrigo pratiche etc..etc...
- rapporto con i familiari, il vicinato, gli amici, gli eventuali gruppi di volontariato,
- aspettative,
- diffidenze e timori.

A tali aspetti debbono aggiungersi le osservazioni inerenti lo stato generale di salute, le autonomie residue e le specifiche patologie di cui la persona è affetta.

## **2. Valutazione e identificazione dei bisogni assistenziali**

La definizione dei bisogni deve partire dal Progetto stilato dall'U.V.G., dai dati raccolti con l'osservazione e dalla valutazione delle condizioni della persona.

E' necessario, inoltre, che si possa disporre di ulteriori informazioni desumibili dall'applicazione di scale e test validati, scelti in base alle caratteristiche cliniche della persona, (oltre a quelli utilizzati dall'Unità di Valutazione Geriatrica) quali ad esempio:

*SCALA DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITA' DI BASE DELLA VITA QUOTIDIANA* (Barthel Index – BI; Mahoney FI, Barthel DW, 1965) per definire le autonomie rispetto alle attività della vita quotidiana,

*SCALA DI GRAVITA' CLINICA DELLE DEMENZE* (Clinical Dementia Rating Scale – CDR; Hughes CP, Berg L, Danziger WL, 1981) per la definizione dei disturbi cognitivi,

*INVENTARIO NEUROPSICHIATRICO* (Neuropsychiatric Inventory – NPI; Cummings IL, Mega M., Gray K, 1994) per la descrizione dei disturbi comportamentali,

*SCALA DELLA DEPRESSIONE IN GERIATRIA* (Geriatric Depression Scale – GDS; Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, 1983) per la valutazione del tono dell'umore,

*MINI VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE* (Mini Nutritional Assessment – MNA; Guigoz Y e Al, 1959), per lo stato di nutrizione,

*SCALA NUMERICA DI VALUTAZIONE SOGGETTIVA DELL'INTENSITA' DEL DOLORE* (Visual Analogic Scale - VAS), per la valutazione del dolore,

Linee guida

*SCALA DI TINETTI* (Tinetti ME, 1986) per la valutazione dell'equilibrio e dell'andatura,

*SCALA DI NORTON*, (Norton D. e Al, 1962), per la valutazione del rischio di insorgenza delle lesioni da decubito.

*SCALA DI VALUTAZIONE DEL CARICO ASSISTENZIALE* (Caregiver Burden Inventory – CBI; Novak M. e Guest C., 1989), per la valutazione del carico assistenziale del caregiver,

L'applicazione di scale è richiesto per meglio descrivere i bisogni del soggetto e le eventuali variazioni, in particolare nel caso in cui sia necessario proporre un P.A.I., che si discosti dal Progetto dell'U.V.G., soprattutto se ciò produce un cambio di intensità assistenziale. Risultano altresì utili per monitorare, misurare e comparare l'andamento del caso ed i risultati.

### 3. Determinazione degli obiettivi

L'insieme della valutazione generale e di quella mirata agli aspetti più critici dell'anziano permettono di identificare i bisogni, definendo le priorità, al fine di concentrare sforzi e risorse a beneficio della persona.

Il P.A.I. è uno strumento che dall'analisi dei bisogni (punto di partenza) individua un percorso assistenziale e gli obiettivi a cui questo deve giungere (punto di arrivo tendenziale).

E' opportuno, perciò, definire al meglio il concetto di 'obiettivo', il quale è un'ipotesi su quella che sarà la condizione dell'anziano dopo l'intervento assistenziale programmato.

Gli obiettivi possono essere a breve, a medio o a lungo termine:

- a breve termine può essere raggiunto in un periodo relativamente ridotto di tempo (alcuni giorni o 1-2 settimane, specie in ambito sanitario),
- a medio termine può essere raggiunto in un periodo intermedio (alcune settimane fino a un massimo di tre mesi),
- a lungo termine può richiede più tempo (da tre mesi fino a un massimo di un anno).

L'identificazione degli obiettivi consiste nella formulazione di scopi e finalità misurabili per affrontare i problemi assistenziali.

L'identificazione degli obiettivi ha i seguenti scopi:

- offrire un'assistenza personalizzata,
- promuovere la partecipazione della persona,
- pianificare un'assistenza realistica e misurabile,
- coinvolgere il più possibile le persone che possono esser di sostegno all'anziano.

Le attività eseguite in questa fase del processo di pianificazione del P.A.I. sono:

- definire gli obiettivi assistenziali, direttamente legati ai problemi evidenziati,
- stabilire le priorità.

Poiché gli obiettivi originano dalle condizioni che la persona presenta 'in quel momento', gli stessi devono essere ridefiniti in caso di cambiamenti della situazione o delle condizioni dell'anziano, rivisti comunque periodicamente.

Gli obiettivi sono un punto di arrivo conseguente agli interventi assistenziali e il loro monitoraggio necessita di elementi oggettivabili per misurarne il raggiungimento o lo stato di avanzamento.

Linee guida



Questi elementi sono gli indicatori, i quali garantiscono la misurabilità/confrontabilità tra lo stato precedente e quello seguente l'attuazione del processo assistenziale. Infatti gli indicatori aiutano a definire aspetti oggettivi, che permettono la misurazione di un fenomeno e di un risultato, al fine di evitare valutazioni soggettive.

#### **4. Definizione degli interventi**

E' la fase della vera pianificazione dell'assistenza, in cui dall'elenco dei bisogni, in ordine di importanza e priorità, si arriva a progettare gli interventi appropriati.

In questa fase sono compresi:

- gli interventi e le specifiche attività volti a eliminare, ridurre o migliorare i problemi individuati, indicando la modalità, durata e frequenza delle prestazioni, gli operatori impiegabili, la cadenza delle verifiche, tenendo conto delle risorse disponibili,
- le attività che ogni operatore deve attuare per fornire aiuto o semplice sostegno alla persona per il mantenimento/recupero delle sue funzioni fino a sostituirsi ad essa in caso di completa mancanza di autonomia,
- la registrazione scritta dei punti precedenti, che deve contenere i sotto indicati punti previsti per il P.A.I.:
  - i bisogni,
  - le risorse,
  - gli obiettivi,
  - gli interventi,
  - gli operatori interessati,
  - gli indicatori di risultato,
  - i tempi della verifica.

In questa fase, ancor più che nelle altre, è fondamentale il confronto fra tutti gli operatori coinvolti.

L'équipe si riunisce periodicamente e predispone collegialmente i singoli P.A.I., sulla base dei relativi progetti individuali e con riferimento ai problemi ed ai bisogni attuali o emergenti, programmando gli interventi specifici.

#### **5. Attuazione, esecuzione degli interventi previsti**

L'attuazione del P.A.I. è la logica continuazione della precedente fase, dove l'esecuzione degli interventi è affidata agli operatori interessati e non più a tutta l'équipe, anche se rimane di capitale importanza l'integrazione degli operatori e delle prestazioni.

Pertanto l'attuazione del P.A.I. prevede:

- il frequente e costante confronto tra gli operatori per comunicare quanto è necessario per mantenere l'integrazione e per verificare che tutto avvenga all'interno del P.A.I. predisposto,
- l'applicazione delle linee guida/protocolli in uso per le principali patologie (incontinenza, prevenzione del decubito, prevenzione delle cadute, confusione, ecc.), che possono interessare la persona,
- il monitoraggio delle condizioni e dei bisogni rilevati e l'identificazione di nuovi bisogni.
- il coinvolgimento della persona, dei familiari, del volontariato nell'attuazione del P.A.I..

#### **6. Valutazione dei risultati**

La valutazione dei risultati è indispensabile in una pianificazione degli interventi.

Linee guida

Occorre verificare:

- nel caso in cui i problemi persistano:
  - se gli obiettivi erano corretti e realistici,
  - se gli interventi erano appropriati,
  - se può essere utile porsi obiettivi meno ambiziosi e/o con una diversa impostazione degli interventi,
  - se gli obiettivi (e gli interventi), benché adeguati, richiedano un tempo maggiore per il loro raggiungimento, ridefinendo una nuova verifica e valutazione;
- nel caso in cui i problemi non solo persistano, ma risultino aggravati, deve essere richiesta all'U.V.G. l'elaborazione di un nuovo Progetto, sulla base dell'aggiornamento del P.A.I. redatto dall'équipe;
- nel caso in cui i problemi risultino superati, devono essere individuati ulteriori obiettivi, ridefinendo un nuovo P.A.I. o ritenendo concluso il Progetto.

### CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

- Importanti sono la definizione chiara degli obiettivi, delle scadenze e degli indicatori, che forniscono indicazioni utili per le valutazioni intermedie e finali.
- Molti passaggi e procedure qui illustrati sono già routinariamente messi in atto, ma vengono richiamati in quanto la multidisciplinarietà, nella fase di stesura, e l'esecuzione integrata, delle prestazioni previste dal P.A.I., costituiscono l'aspetto innovativo e il valore aggiunto della pratica quotidiana.
- La progettazione in comune e la definizione scritta del P.A.I. sono infatti elementi rilevanti in quanto:
  - determinano un percorso logico,
  - aiutano a monitorare le sequenze delle procedure e a tenere presenti gli obiettivi da raggiungere,
  - favoriscono il lavoro di equipe e la sua crescita, mediante una continua valutazione dell'efficacia e dell'adeguatezza del proprio operato,
  - promuovono l'analisi e la discussione dei progetti, la cui conservazione è ulteriormente facilitata dal fatto di essere scritti e dall'esistenza di un sistema informativo.
- Il P.A.I. è una cornice entro la quale si attuano processi previsti da procedure e protocolli stilati dalle Società Scientifiche. Tali protocolli, desunti quindi dalla letteratura e condivisi dagli operatori, non fanno parte strettamente del P.A.I., ma devono essere utilizzati anche al di fuori dell'assistenza per progetti.
- La redazione del P.A.I. può essere occasione di accrescimento culturale e formativo delle diverse figure professionali coinvolte.

**PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE DOMICILIARE**

Ente Gestore \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_

- Specificare nel caso in cui ci sia altro fornitore

Referente del caso \_\_\_\_\_

Progetto di Cure Domiciliari Lungo-Assistenza formulato dall'UVG in data \_\_\_\_\_

**QUADRO socio-sanitario**

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

che proviene da:

- domicilio
- semiresidenzialità
- residenzialità
- casa di cura
- ospedale
- altro

e che è stato/a reso/a partecipe della decisione?      sì       no , perché

\_\_\_\_\_

L'anziano vive con (specificare)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il/i convivente/i è in grado di prendersi cura della:

|            |            |                       |              |                       |           |                       |
|------------|------------|-----------------------|--------------|-----------------------|-----------|-----------------------|
| PERSONA    | totalmente | <input type="radio"/> | parzialmente | <input type="radio"/> | per nulla | <input type="radio"/> |
| ABITAZIONE | totalmente | <input type="radio"/> | parzialmente | <input type="radio"/> | per nulla | <input type="radio"/> |

Presenza rete parentale/amicale      Sì       No

| Chi | eventuale grado di parentela |
|-----|------------------------------|
|     |                              |
|     |                              |
|     |                              |

Disponibilità della rete parentale/amicale non convivente

|  |  |  |                            |
|--|--|--|----------------------------|
| Ospitalità per brevi periodi             | Sì, regolarmente <input type="radio"/> | Sì, sporadicamente <input type="radio"/> | No <input type="radio"/>   |
| Assistenza ai pasti                      | Sì, regolarmente <input type="radio"/> | Pranzo <input type="radio"/>             | Cena <input type="radio"/> |
| Accompagnamento a visite                 | Sì, regolarmente <input type="radio"/> | Sì, sporadicamente <input type="radio"/> | No <input type="radio"/>   |
| Aiuto nella deambulazione                | Sì, regolarmente <input type="radio"/> | Sì, sporadicamente <input type="radio"/> | No <input type="radio"/>   |
| Aiuto nell'igiene personale              | Sì, regolarmente <input type="radio"/> | Sì, sporadicamente <input type="radio"/> | No <input type="radio"/>   |
| Aiuto nell'igiene ambientale             | Sì, regolarmente <input type="radio"/> | Sì, sporadicamente <input type="radio"/> | No <input type="radio"/>   |
| Aiuto nella somministrazione dei farmaci | Sì, regolarmente <input type="radio"/> | Sì, sporadicamente <input type="radio"/> | No <input type="radio"/>   |
| Aiuto per acquisti                       | Sì, regolarmente <input type="radio"/> | Sì, sporadicamente <input type="radio"/> | No <input type="radio"/>   |
| Disbrigo pratiche                        | Sì, regolarmente <input type="radio"/> | Sì, sporadicamente <input type="radio"/> | No <input type="radio"/>   |
| Altro                                    | Sì, regolarmente <input type="radio"/> | Sì, sporadicamente <input type="radio"/> | No <input type="radio"/>   |

Ulteriori risorse sociali attivabili

|              |                          |                          |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
| Amici        | Sì <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| Vicinato     | Sì <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| Volontariato | Sì <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| Nessuna      | Sì <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| Altro        | Sì <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |

Abitudini della persona (es. orari sonno veglia, pasti....)

---



---



---

Modello PAI domiciliare

Interessi/hobbies

---



---

Grado di istruzione

---

Attività lavorativa svolta

---



---

- Deficit sensoriali                      Visivi                       Uditivi
- Usa presidi                              Sì                       No

| Tipo di presidio       |                          |
|------------------------|--------------------------|
| Letto articolato       | <input type="checkbox"/> |
| Sponde                 | <input type="checkbox"/> |
| Trapezio               | <input type="checkbox"/> |
| Materasso antidecubito | <input type="checkbox"/> |
| Cuscino antidecubito   | <input type="checkbox"/> |
| Carrozzina             | <input type="checkbox"/> |
| Comoda per wc          | <input type="checkbox"/> |
| Deambulatore           | <input type="checkbox"/> |
| Sollevapersona         | <input type="checkbox"/> |
| Altro                  | <input type="checkbox"/> |

- Usa ausili per incontinenza                      Sì                       No   
Quali \_\_\_\_\_
- Usa ausili per la sicurezza                      Sì                       No   
Quali \_\_\_\_\_

Ridefinizione del/i problema/i in termini operativi:

---



---



---



---

Obiettivo/i:

---

---

---

---

---

Tempi di realizzazione:

---

---

---

Monitoraggio:

- periodicità di rivalutazione aspetti sociali \_\_\_\_\_  
a cura di \_\_\_\_\_
- periodicità di rivalutazione aspetti sanitari \_\_\_\_\_  
a cura di \_\_\_\_\_

PAI nr. ....

Data / /

## Figure che intervengono

| Figura                                       | Compiti/attività                                   |   |
|--|--|---|
| Operatore Socio Sanitario                    | Aiuto nell'assunzione dei farmaci o dei medicinali | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Aiuto nell'igiene personale (quotidiana)           | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Aiuto per il bagno/doccia                          | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Aiuto nel vestirsi                                 | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Preparazione pasti                                 | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Somministrazione pasti                             | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Aiuto nella deambulazione                          | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Accompagnamenti                                    | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Aiuto nell'igiene ambientale                       | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Aiuto negli acquisti                               | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Disbrigo pratiche                                  | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Altro (specificare)                                | <input type="checkbox"/>                      |
|  |  |   |
| Assistente familiare                         | Aiuto nell'assunzione dei farmaci o dei medicinali | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Aiuto nell'igiene personale (quotidiana)           | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Aiuto per il bagno/doccia                          | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Aiuto nel vestirsi                                 | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Preparazione pasti                                 | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Somministrazione pasti                             | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Aiuto nella deambulazione                          | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Accompagnamenti                                    | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Aiuto nell'igiene ambientale                       | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Aiuto negli acquisti                               | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Disbrigo pratiche                                  | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Altro (specificare)                                | <input type="checkbox"/>                      |
|  |  |   |
| Infermiere professionale                     | Sorveglianza infermieristica                       | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Counseling ed interventi educativi                 | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Prelievi ematici                                   | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Sostituzione catetere                              | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Medicazioni  | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Altro (specificare)                                | <input type="checkbox"/>                      |
|  |  |   |
| Fisioterapista                               | Nursing riabilitativo                              | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Trattamento  | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Mobilizzazione                                     | <input type="checkbox"/>                      |
|  | Altro (specificare)                                | <input type="checkbox"/>                      |
|  |  |   |
| Medico Medicina Generale                     | Visita periodica                                   | <input type="checkbox"/> accesso settimanale  |
|  |  | <input type="checkbox"/> accesso quindicinale |
|  |  | <input type="checkbox"/> accesso mensile      |
|  |  | <input type="checkbox"/> altro                |
| Care giver di tipo formale (es. affidatario) |  | <input type="checkbox"/>                      |

Note

---

---

---

---

---

---

---

|   |
|---|
| Luogo e data:   |
| Firma del Referente del Piano Assistenziale Individuale:                      |
| Firme delle figure professionalmente coinvolte nella predisposizione del PAI: |
|   |
|   |
|   |
|   |

Per accettazione (interessato / tutore / amministratore di sostegno)

.....



SCHEDA SINTESI DI MONITORAGGIO

Data del monitoraggio: \_\_\_\_\_

Osservazione sull'andamento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Risultati conseguiti \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Eventuale ridefinizione degli obiettivi, delle figure professionali coinvolte e dei loro compiti \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data prossimo monitoraggio \_\_\_\_\_

Firma del referente del Piano Assistenziale Individuale:

\_\_\_\_\_

## PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE

### Struttura residenziale o semiresidenziale

Denominazione \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Referente del caso \_\_\_\_\_

Progetto di residenzialità o semiresidenzialità formulato dall'UVG in data \_\_\_\_\_

### Percorso clinico-assistenziale

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

proveniente da:

- domicilio
- semiresidenzialità
- residenzialità
- casa di cura
- ospedale
- altro

Nel caso di progetto residenziale in struttura per:

- un periodo temporaneo
  - Percorso di Continuità Assistenziale
  - postacuzie
  - altro (.....)
- un periodo definitivo

È stato/a reso/a partecipe della decisione?  sì  no, perché \_\_\_\_\_

## Disponibilità della rete parentale/amicale:

- ospitalità per brevi rientri a casa  
(specificare chi) \_\_\_\_\_
- accompagnamento a visite  
(specificare chi) \_\_\_\_\_
- accompagnamento ad attività ricreative o presenza in struttura  
(specificare chi) \_\_\_\_\_
- altro  
(specificare chi) \_\_\_\_\_

## RISORSE ATTIVABILI

- amici (specificare) \_\_\_\_\_
- vicinato (specificare) \_\_\_\_\_
- volontariato (specificare) \_\_\_\_\_
- altro \_\_\_\_\_
- nessuna \_\_\_\_\_

## Abitudini della persona (es. orari sonno veglia, pasti....)

---



---

## Interessi/hobbies

---



---

## Grado di istruzione

---

## Attività lavorativa svolta

---

- Allergie  Sì  No  
Quali \_\_\_\_\_
- Intolleranze  Sì  No  
Quali \_\_\_\_\_
- Deficit sensoriali  Visivi  Uditivi

OSSERVAZIONE NEL PRIMO PERIODO  
DI PERMANZA NELLA RESIDENZA O SEMIRESIDENZA

- va d'accordo con la maggioranza delle persone  sì  no
- ha rapporti privilegiati con un altro ospite  sì  no
- ha rapporti privilegiati con un gruppo di ospiti  sì  no
- ha rapporti privilegiati con un operatore  sì  no
- non ha rapporti privilegiati  sì  no
- sta volentieri da solo/a  sì  no
- partecipa alle attività proposte  sì  no

Quali \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

Segnalare i problemi emersi e le cause ed i relativi interventi assistenziali attuati

Rischio di cadute per \_\_\_\_\_

Igiene personale \_\_\_\_\_

Difficoltà a vestirsi autonomamente a causa di \_\_\_\_\_

Assunzione dei cibi \_\_\_\_\_

Abitudini alimentari \_\_\_\_\_

Assunzione dei liquidi \_\_\_\_\_

Comunicazione \_\_\_\_\_

Disturbi del sonno \_\_\_\_\_

Disturbi comportamentali \_\_\_\_\_



PAI nr. ....

| <b><u>MOBILITÀ</u></b>   | Data valutazione         |           | Data di revisione |                          |
|--|--------------------------|-----------|-------------------|--------------------------|
|  | Situazione attuale       | Obiettivo | Intervento        | Figure prof.li coinvolte |
| Autonomia totale   | <input type="checkbox"/> |           |                   |                          |
| Uso autonomo di ausilio o carrozzina   | <input type="checkbox"/> |           |                   |                          |
| Cammina con aiuto e/o sotto supervisione   | <input type="checkbox"/> |           |                   |                          |
| Obbligo letto e/o carrozzina   | <input type="checkbox"/> |           |                   |                          |
| Ausili di contenzione<br>Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/><br>Quali? | <input type="checkbox"/> |           |                   |                          |

| <b><u>ELIMINAZIONE</u></b>  | Data valutazione         |           | Data di revisione |                          |
|---|--------------------------|-----------|-------------------|--------------------------|
|   | Situazione attuale       | Obiettivo | Intervento        | Figure prof.li coinvolte |
| Usa i servizi in completa autonomia*  | <input type="checkbox"/> |           |                   |                          |
| Necessita di aiuto nell'uso dei servizi igienici, ma recepisce correttamente gli stimoli* | <input type="checkbox"/> |           |                   |                          |
| Incontinenza urinaria   | <input type="checkbox"/> |           |                   |                          |
| Incontinenza fecale   | <input type="checkbox"/> |           |                   |                          |
| Doppia incontinenza sfinterica ed uso costante di ausili                                  | <input type="checkbox"/> |           |                   |                          |

\*Consentito uso saltuario di ausili per piccole perdite occasionali

Modello PAI residenziale e semiresidenziale

| <b><u>ALIMENTARSI</u></b>           | Data valutazione         |  | Data di revisione |            |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|--|-------------------|------------|--------------------------|
|                                     |                          |  |                   |            |                          |
|                                     | Situazione attuale       |  | Obiettivo         | Intervento | Figure prof.li coinvolte |
| Senza aiuto                         | <input type="checkbox"/> |  |                   |            |                          |
| Con supervisione                    | <input type="checkbox"/> |  |                   |            |                          |
| Deve essere imboccato               | <input type="checkbox"/> |  |                   |            |                          |
| Nutrizione enterale e/o parenterale | <input type="checkbox"/> |  |                   |            |                          |
| Necessita diete particolari         | <input type="checkbox"/> |  |                   |            |                          |

**PESO CORPOREO** Kg.

| <b><u>LAVARSI</u></b>                   | Data valutazione         |  | Data di revisione |            |                          |
|---|--------------------------|--|-------------------|------------|--------------------------|
|   |                          |  |                   |            |                          |
|   | Situazione attuale       |  | Obiettivo         | Intervento | Figure prof.li coinvolte |
| Autonomo (ad eccezione del bagno)       | <input type="checkbox"/> |  |                   |            |                          |
| Si lava mani e viso autonomamente       | <input type="checkbox"/> |  |                   |            |                          |
| Supervisione costante nel lavarsi       | <input type="checkbox"/> |  |                   |            |                          |
| Non è in grado di lavarsi autonomamente | <input type="checkbox"/> |  |                   |            |                          |

| <b><u>VESTIRSI</u></b>          | <u>Data valutazione</u>  |  | Obiettivo | Intervento | Figure prof.li coinvolte | Data di revisione |
|---------------------------------|--------------------------|--|-----------|------------|--------------------------|-------------------|
|                                 |                          |  |           |            |                          |                   |
|                                 | Situazione attuale       |  |           |            |                          |                   |
| Autonomo                        | <input type="checkbox"/> |  |           |            |                          |                   |
| Possibile solo con supervisione | <input type="checkbox"/> |  |           |            |                          |                   |
| Incapace di vestirsi            | <input type="checkbox"/> |  |           |            |                          |                   |

| <b><u>COMUNICAZIONE</u></b>  | <u>Data valutazione</u>  |  | Obiettivo | Intervento | Figure prof.li coinvolte | Data di revisione |
|--|--------------------------|--|-----------|------------|--------------------------|-------------------|
|  |                          |  |           |            |                          |                   |
|  | Situazione attuale       |  |           |            |                          |                   |
| Sempre chiara , libera e comprensibile   | <input type="checkbox"/> |  |           |            |                          |                   |
| Riesce ad esprimere i propri bisogni e comprende ordini verbali semplici   | <input type="checkbox"/> |  |           |            |                          |                   |
| Riesce ad esprimere i propri bisogni, ma non comprende ordini verbali semplici   | <input type="checkbox"/> |  |           |            |                          |                   |
| Non riesce ad esprimere i propri bisogni, ma comprende ordini verbali semplici   | <input type="checkbox"/> |  |           |            |                          |                   |
| Non è in grado di comprendere informazioni verbali semplici e non può indicare i propri bisogni, conserva il minimo di capacità espressiva     | <input type="checkbox"/> |  |           |            |                          |                   |
| Non è in grado di comprendere informazioni verbali semplici e non può indicare i propri bisogni, non conserva il minimo di capacità espressiva | <input type="checkbox"/> |  |           |            |                          |                   |

Modello PAI residenziale e semiresidenziale



| <b><u>TONO DELL'UMORE</u></b>   | Data valutazione   |           | Data di revisione |                           |
|---|--|-----------|-------------------|---------------------------|
|   | Situazione attuale   | Obiettivo | Intervento        | Figure prof. li coinvolte |
| Normale   | <input type="checkbox"/>   |           |                   |                           |
| Saltuariamente triste e malinconico   | <input type="checkbox"/>   |           |                   |                           |
| Tono dell'umore stabilmente depresso:<br>in modo moderato<br>in modo grave<br>presenza di idee conservative<br>in terapia antidepressiva<br>in carico al D.S.M.<br>ipomaniacalità<br>presenza di ipocondria | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |           |                   |                           |
| Ansia :<br>assente<br>episodica<br>frequente<br>costante  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>   |           |                   |                           |

Modello PAI residenziale e semiresidenziale

| <b><u>AGITAZIONE PSICO -<br/>MOTORIA</u></b>  | Data valutazione         |           | Data di revisione |                          |  |
|---|--------------------------|-----------|-------------------|--------------------------|--|
|   | Situazione attuale       | Obiettivo | Intervento        | Figure prof.li coinvolte |  |
| Assente   | <input type="checkbox"/> |           |                   |                          |  |
| Episodica   | <input type="checkbox"/> |           |                   |                          |  |
| Presente di giorno e di notte   | <input type="checkbox"/> |           |                   |                          |  |
| Presente solo di giorno   | <input type="checkbox"/> |           |                   |                          |  |
| Presente solo di notte  | <input type="checkbox"/> |           |                   |                          |  |
| Momenti particolarmente critici (specificare quando, es. prima/dopo pranzo, il tramonto...) | <input type="checkbox"/> |           |                   |                          |  |
| Con aggressività  | <input type="checkbox"/> |           |                   |                          |  |

| <b><u>COLLABORAZIONE</u></b>     | Data valutazione         |           | Data di revisione |                          |  |
|----------------------------------|--------------------------|-----------|-------------------|--------------------------|--|
|                                  | Situazione attuale       | Obiettivo | Intervento        | Figure prof.li coinvolte |  |
| Collaborante                     | <input type="checkbox"/> |           |                   |                          |  |
| Saltuariamente collaborante      | <input type="checkbox"/> |           |                   |                          |  |
| Collaborante con incoraggiamento | <input type="checkbox"/> |           |                   |                          |  |
| Non collaborante                 | <input type="checkbox"/> |           |                   |                          |  |

Modello PAI residenziale e semiresidenziale

| <b><u>ORIENTAMENTO</u></b>         | <u>Data valutazione</u>  |  |           |            |                          | <u>Data di revisione</u> |
|------------------------------------|--------------------------|--|-----------|------------|--------------------------|--------------------------|
|                                    |                          |  | Obiettivo | Intervento | Figure prof.li coinvolte |                          |
|                                    | Situazione attuale       |  |           |            |                          |                          |
| Orientato nel tempo e nello spazio | <input type="checkbox"/> |  |           |            |                          |                          |
| Saltuariamente non orientato       | <input type="checkbox"/> |  |           |            |                          |                          |
| Orientato in struttura             | <input type="checkbox"/> |  |           |            |                          |                          |
| Non orientato nel tempo            | <input type="checkbox"/> |  |           |            |                          |                          |
| Non orientato nello spazio         | <input type="checkbox"/> |  |           |            |                          |                          |
| Disorientato                       | <input type="checkbox"/> |  |           |            |                          |                          |
| Non valutabile                     | <input type="checkbox"/> |  |           |            |                          |                          |

| <b><u>MEMORIA</u></b>                               | <u>Data valutazione</u>  |            |                          |  |  | <u>Data di revisione</u> |
|---|--------------------------|------------|--------------------------|--|--|--------------------------|
|   | Obiettivo                | Intervento | Figure prof.li coinvolte |  |  |                          |
|   | Situazione attuale       |            |                          |  |  |                          |
| Buona, trattiene le informazioni ricevute           | <input type="checkbox"/> |            |                          |  |  |                          |
| Perdita della memoria a breve tempo                 | <input type="checkbox"/> |            |                          |  |  |                          |
| Perdita della memoria a breve e a lungo tempo       | <input type="checkbox"/> |            |                          |  |  |                          |
| Non ricorda e non riconosce i luoghi e/o le persone | <input type="checkbox"/> |            |                          |  |  |                          |

Modello PAI residenziale e semiresidenziale

| <b><u>STATO DELLA CUTE</u></b> | <u>Data valutazione</u>  |           | Data di revisione |                          |
|--------------------------------|--------------------------|-----------|-------------------|--------------------------|
|                                |                          |           |                   |                          |
|                                | Situazione attuale       | Obiettivo | Intervento        | Figure prof.li coinvolte |
| Integro                        | <input type="checkbox"/> |           |                   |                          |
| Presenza di ulcere cutanee     | <input type="checkbox"/> |           |                   |                          |

| <b><u>ALTRO</u></b><br>(specificare) | <u>Data valutazione</u>  |           | Data di revisione |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|-----------|-------------------|--------------------------|
|                                      |                          |           |                   |                          |
|                                      | Situazione attuale       | Obiettivo | Intervento        | Figure prof.li coinvolte |
|                                      | <input type="checkbox"/> |           |                   |                          |
|                                      | <input type="checkbox"/> |           |                   |                          |

Note

---

---

---

---

---

---

---

|  |
|--|
| Luogo e data:  |
| Firma del Referente del Piano Assistenziale Individuale:   |
| Firme delle figure coinvolte nella predisposizione del PAI |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |