



REGIONE TOSCANA-GIUNTA REGIONALE

**DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE
DI SOLIDARIETA'**

**AREA DI COORDINAMENTO POLITICHE SOCIALI INTEGRATE
SETTORE INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E NON
AUTOSUFFICIENZA**

Il Dirigente Responsabile/ Il Responsabile di P.O. delegato: Patrizio Nocentini

Decreto	N° 1354	del 25 Marzo 2010
----------------	----------------	--------------------------

Pubblicità/Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

Allegati n°: 1

<i>Denominazione</i>	<i>Pubblicazione</i>	<i>Tipo di trasmissione</i>
A	Si	Cartaceo+Digitale

Oggetto:

DGRT n. 370/2010: approvazione delle nuove procedure di valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno della persona anziana non autosufficiente, in sostituzione delle procedure valutative approvate con Deliberazione di Consiglio Regionale n. 214 del 02/07/1991.

Atto non soggetto al controllo interno ai sensi della D.G.R. n. 1315/2003 e della D.G.R. n. 506/2006

Atto certificato il 29-03-2010

Strutture Interessate:

DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETA'

N.B.: ATTO MODIFICATO CON DECRETO N. 1759 DEL 16/04/2010.

IL DIRIGENTE

Visto quanto disposto dall'articolo 2 della Legge Regionale 1/2009, "Testo unico in materia di organizzazione e ordinamento del personale" che definisce i rapporti tra gli organi di direzione politica e la dirigenza;

Visto quanto disposto dagli artt. 6 e 9 della sopra citata L.R. 1/2009, inerenti le competenze dei responsabili del settore;

Visto il decreto n. 1965 del 12.05.2008 e 2053 del 15/05/08 con i quali il sottoscritto è stato nominato dirigente del settore "Integrazione socio sanitaria e non autosufficienza";

Visto il Programma Regionale di Sviluppo 2006-2010 che pone gli anziani non autosufficienti fra i protagonisti di una nuova politica dello stato sociale che incrementi i servizi e la partecipazione attiva di tutte le risorse presenti nella società civile, nell'ottica dello sviluppo di un efficace welfare regionale e locale;

Visto il PIR 2.5 sulla non autosufficienza individuato come programma strategico regionale nel Piano Regionale di Sviluppo 2006-2010;

Vista la legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza";

Considerate le Intese Interistituzionali sottoscritte nelle trentaquattro Zone sociosanitarie della Toscana tra Regione, Società della Salute, Aziende USL e Conferenze di Zona dei Sindaci sulla base delle quali è stato avviato il modello organizzativo configurato dalla legge regionale 66/2008;

Visto il decreto dirigenziale n. 2197 del 22 maggio 2008 con cui si approvavano, in via sperimentale, le nuove "Procedure di Valutazione Multidimensionale delle condizioni di bisogno della persona anziana non autosufficiente" affinché le U.V.M. (Unità di Valutazione Multidisciplinare) ne valutassero l'appropriatezza, l'efficacia e la sostenibilità all'interno dei percorsi assistenziali intrapresi e nel contesto del nuovo modello organizzativo di cui alla sopra citata legge regionale 66/2008;

Preso atto che, a seguito della sperimentazione delle procedure valutative effettuata dalle Unità di Valutazione Multidisciplinare delle Zone Distretto, è stata ravvisata la necessità di apportare alcune modifiche funzionali alla loro efficacia;

Valutato che il decreto dirigenziale n. 2197 del 22 maggio 2008 richiamava la necessità di elaborare, al termine della fase sperimentale di cui al punto precedente, la versione definitiva delle "Procedure di Valutazione Multidimensionale della condizione di bisogno della persona anziana non autosufficiente" e che tale elaborazione dovesse essere svolta dal competente settore regionale in collaborazione con l'Osservatorio di Epidemiologia dell'Agenzia Regionale di Sanità;

Dato atto che l'articolo 13 della legge regionale n. 66 del 18/12/2008 determina che la valutazione multidimensionale della non autosufficienza degli anziani venga effettuata sulla base di criteri che tengano conto:

1. comma a): dello stato di salute funzionale organico, con riferimento alla dipendenza nell'attività di base della vita quotidiana, alle attività strumentali della vita quotidiana, al quadro clinico, al bisogno infermieristico;
2. comma b): delle condizioni cognitive comportamentali, con riferimento allo stato mentale, ai

disturbi del comportamento ed ai disturbi dell'umore;

3. comma c): della situazione socio ambientale e familiare, con riferimento alla rete assistenziale presente, alla situazione socio-economica, alla condizione abitativa ed al livello di copertura assistenziale quotidiano;

Osservato il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 che, al punto 5.6.2.4, riporta la necessità di definire, con atto deliberativo, nuove modalità per la valutazione della condizione di non autosufficienza;

Vista la Delibera di Giunta n. 370 del 22 marzo 2010 con la quale si approva il “Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente anziana”, al fine di fornire orientamenti operativi alle Zone Distretto sulle modalità organizzative e funzionali del sistema di servizi e degli interventi per la non autosufficienza di cui alla legge regionale 66/2008 e con la quale si rimanda a successivo decreto dirigenziale l'approvazione delle nuove procedure di valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno della persona anziana non autosufficiente, in sostituzione di quelle approvate con Deliberazione di Consiglio Regionale n. 214 del 02/07/1991;

Preso atto che al capitolo 3, lettera e) del progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente anziana viene precisato che le nuove procedure valutative delle condizioni di bisogno, non certificano l'autosufficienza o la non autosufficienza della persona, ma configurano una situazione di “gravità”, per la quale i servizi sociosanitari territoriali, attraverso la U.V.M., si impegnano ad intervenire con certezza ed appropriatezza, mediante la pesatura del bisogno;

Ritenuto, per quanto sopra esposto, dover procedere ad approvare le nuove procedure di valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno della persona anziana non autosufficiente, di cui all'Allegato A), parte integrante e sostanziale del presente atto, in sostituzione di quelle approvate con Delibera di Consiglio Regionale n. 214 del 2 luglio 1991;

DECRETA

1. di approvare, per i motivi espressi in narrativa, le procedure di valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno della persona anziana non autosufficiente, di cui all'Allegato A), in sostituzione delle procedure di cui alla Deliberazione del Consiglio Regionale n. 214 del 02/07/1991.

Il presente atto, soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 18, comma 2, lettera b), della legge regionale 23/2007, in quanto conclusivo del procedimento amministrativo regionale, è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della giunta regionale.

Il Dirigente
PATRIZIO NOCENTINI

Progetto
“Assistenza continua
alla persona non autosufficiente”

PROCEDURE DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELLE
CONDIZIONE DI BISOGNO (L.R. 66/2008 art. 11, comma 5, lett. a)

- **Scheda di SEGNALAZIONE/ ACCESSO**
 Allegato: Prima raccolta informazioni sul bisogno

SETTORE	SCALA
Clinico-Funzionale	MDS ADL (Long form) IADL Scheda Clinica Scheda Infermieristica
Cognitivo-Comportamentale	PFEIFFER MDS-HC Disturbi del Comportamento MDS-HC Disturbi dell'umore Allegato: Scheda Punteggio Integrato Comportamento-Umore
Socio-Ambientale	Scheda Sociale CBI

- **Scheda PROGETTO ASSISTENZIALE PERSONALIZZATO**
 Allegato: Fac simile di Scheda sottoscrizione PAP

FAC-SIMILE

Scheda di Segnalazione-Accesso

AZIENDA USL _____ Zona distretto _____

DATI ASSISTITO

Cognome _____ Nome _____
Luogo di nascita _____ Data nascita _____
Codice Fiscale _____ Codice sanitario _____

Sesso: *maschio* *femmina* Cittadinanza _____
Stato civile _____ Titolo di studio _____

Residenza: Regione _____ *Domicilio sanitario:* Regione _____
Comune _____ Comune _____
Indirizzo _____ Indirizzo _____
Az. USL _____ Az. USL _____
Zona distretto _____ Zona distretto _____

Reperibilità: Regione _____ Medico assistito: MMG Pediatra I.s.
Comune _____ Nome _____
Indirizzo _____ Cognome _____
Az. USL _____ Codice fiscale _____
Zona distretto _____ _____

SEGNALAZIONE

Tipo segnalazione: *primo contatto* *richiesta valutazione successiva non programmata*

Segnalatore: Cognome _____ Nome _____
A titolo di _____ Indirizzo _____ N. telefono _____
Data segnalazione _____

PERSONA DI RIFERIMENTO

Cognome _____ Nome _____
A titolo di _____
Indirizzo _____ N. telefono _____

PRIMA VALUTAZIONE DEL BISOGNO

Caso semplice: sociale sanitario Caso complesso Caso urgente

DATA CHIUSURA SCHEDA

.....

RUOLO / FIRMA OPERATORE

.....

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

Scheda di Segnalazione-Accesso

Fac-simile Scheda Segnalazione Accesso	La scheda può essere integrata con tutte le informazioni che la zona distretto ritiene opportuno raccogliere in sede di segnalazione del bisogno. Sarà inoltre cura delle singole zone distretto inserire nella scheda tutti i richiami normativi relativi a: <ul style="list-style-type: none">- D.P.R. 28.12.00 n.445 Delega alla presentazione dell'istanza, Art.4, comma 2.- L. 196/2003 Tutela della privacy, Art.13 (titolare aziendale al trattamento dei dati).
Obiettivo della scheda.....	Raccogliere i dati anagrafici della persona e aprire la cartella unica assistito se trattasi di primo contatto, registrando i primi dati di valutazione da parte del gruppo di progetto.
Codice fiscale.....	Riportare il codice fiscale per intero.
Stato civile.....	Indicare se: <ul style="list-style-type: none">- nubile/celibe- coniugato/a- separato/a- divorziato/a- vedovo/a
Titolo di studio.....	Indicare se: <ul style="list-style-type: none">- nessuno- licenza elementare- licenza media inferiore- licenza media superiore- laurea o titoli ulteriori
Domicilio sanitario.....	Indicare solo se diverso dalla residenza.
Reperibilità.....	Indicare solo se l'assistito risiede in luogo diverso dalla residenza e dal domicilio sanitario.
Tipo segnalazione.....	Indicare: <ul style="list-style-type: none">- <i>primo contatto</i> se la persona non si è mai rivolta ai servizi distrettuali e non è mai stata aperta la cartella unica assistito- <i>richiesta valutazione successiva non programmata</i> se viene segnalato un caso già in carico ai servizi, che necessita di rivalutazione non programmata dalla UVM, per sopravvenute modifiche sostanziali delle condizioni di bisogno. (in quest'ultimo caso va compilata solamente la parte di scheda relativa alla segnalazione e quella relativa alla prima valutazione del gruppo di progetto, fermo restando eventuali aggiornamenti dei dati già registrati in precedenza)

Segnalatore (a titolo di...).....	Indicare solo se diverso dall'assistito. Indicare se: <ul style="list-style-type: none"> - medico di base convenzionato - medico pediatra convenzionato - medico specialista - familiare - privato - terzo settore - utente - presidio ospedaliero (reparto) - servizio sociale - soggetto istituzionale
Data segnalazione.....	Indicare la data esatta di arrivo della segnalazione/domanda. In alcuni casi sarà diversa e antecedente alla data di chiusura della scheda.
Persona di riferimento.....	Si intende la persona (familiare o non familiare) che è possibile contattare per comunicazioni o richieste. Compilare solo se diversa dal segnalatore.
Bisogno/richiesta espressa.....	Registrare la richiesta così come viene presentata dal segnalatore. Le voci codificate si intendono nel senso più ampio della tipologia indicata; es. Assistenza domiciliare include tutte le forme di assistenza al domicilio. Questa informazione servirà a valutare la differenza fra la richiesta assistenziale dell'assistito o della famiglia e il percorso progettato dall'unità di valutazione sulla base dell'appropriatezza al bisogno.
Caso semplice/complesso/urgente..	Indicare a seguito di prima valutazione da parte del gruppo di progetto. Le voci non si escludono a vicenda; l'urgenza è indipendente dalla complessità del caso.
Data chiusura scheda.....	Indicare la data nella quale le informazioni richieste nella scheda risultano essere complete. Per convenzione intendiamo chiusa la scheda quando il Gruppo di progetto ha effettuato la prima valutazione del caso.
Ruolo / firma operatore.....	Si intende la persona che ha accolto la domanda di segnalazione di un bisogno.

ALLEGATO ALLA SCHEDA DI SEGNALAZIONE DEL BISOGNO

PRIMA RACCOLTA INFORMAZIONI SUL BISOGNO

INDAGINE VALUTAZIONI PREGRESSE

1) La persona ha già fatto altre valutazioni?
Percepisce indennità di accompagnamento?
Ha una certificazione di disabilità in condizione di gravità?

SI

NO

INDAGINE FUNZIONALE

2) La persona ha bisogni di tipo funzionale?
Ha bisogno di aiuto per camminare, spostarsi, lavarsi
Vestirsi, mangiare, andare in bagno?

SI

NO

INDAGINE COGNITIVO-COMPORIMENTALE

3) La persona ha disturbi di tipo cognitivo e/o comportamentale?
 Succede di frequente che dimentichi nomi, persone, oggetti,
 strada per tornare a casa?
 È aggressiva o rabbiosa, si rifiuta di far le cose o urla?
 Ha bisogno di sorveglianza? Di avere sempre qualcuno
 che stia con lei?

SI

NO

SE A UNA O PIU' DOMANDE E' STATO RISPOSTO "SI" INVIARE AL PUA.

SE A TUTTE LE DOMANDE E' STATO RISPOSTO "NO" PROSEGUIRE IL COLLOQUIO:

INDAGINE SANITARIA

1) La persona ha problematiche di tipo sanitario?
Ha malattie croniche e/o gravi per le quali è seguito
dal suo medico curante?

SI

NO

INDAGINE SOCIALE

2) La persona ha problematiche di tipo sociale?
È sola, senza figli o altri parenti che possono prendersi cura
di lei? Vive in una casa non adatta al suo stato di salute?

SI

NO

DATI ASSISTITO

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Cod. fiscale _____

DIPENDENZA NELLE ATTIVITÀ DI BASE DELLA VITA QUOTIDIANA (BADL)

(MDS ADL- Long form, in JN Morris, BE Fries, SA Morris, Journal of Gerontology, 1999)

Per ogni attività, assegnare i seguenti punteggi, considerando la performance della persona (ciò che la persona fa nel suo ambiente, con ausili ma senza assistenza personale) durante gli ultimi 7 giorni

Indipendente: nessun aiuto o supervisione 1 o 2 volte durante l'ultima settimana **0**

Supervisione: supervisione 3 o più volte e aiuto fisico meno di 3 volte durante l'ultima settimana **1**

Assistenza leggera: anziano molto collaborante, aiuto fisico leggero (es. manovra guidata arti) 3 o più volte e aiuto fisico pesante (es. sollevamento di peso) meno di 3 volte durante l'ultima settimana **2**

Assistenza pesante: anziano collaborante, aiuto fisico pesante (es. sollevamento di peso) 3 o più volte durante l'ultima settimana **3**

Assistenza totale: anziano non collaborante, totalmente dipendente dall'aiuto di altri (inclusa attività non svolta durante l'ultima settimana) **4**

ATTIVITÀ	PUNTEGGIO
1. VESTIRSI/SVESTIRSI come la persona indossa, allaccia e si toglie i vestiti, scarpe, protesi, apparecchi ortopedici, dalla vita in su	
2. IGIENE PERSONALE come la persona si lava e si asciuga mani, braccia, viso, piedi e perineo, si pettina, si rade, si lava i denti	
3. USO DEL W.C. come la persona va nel bagno, si siede e si rialza, si pulisce, si riveste; come gestisce gli ausili	
4. SPOSTAMENTI IN CASA come la persona si sposta tra due punti all'interno della propria abitazione, anche se su carrozzina	
5. TRASFERIMENTI come la persona compie i trasferimenti letto - posizione eretta - posizione seduta; esclusi trasferimenti per minzione/ evacuazione	
6. MOBILITÀ NEL LETTO come la persona cambia posizione quando è a letto (da steso a seduto e viceversa, da fianco a fianco)	
7. ALIMENTAZIONE come la persona beve e mangia; se alimentato con sondino, PEG o per via parenterale, considerare come gestisce gli ausili	
PUNTEGGIO TOTALE (RANGE 0 - 28)	

I DATI SONO STATI RACCOLTI TRAMITE COLLOQUI EFFETTUATI...

(luogo)..... il..... Durata.....

DATA CHIUSURA SCHEDA

RUOLO / FIRMA OPERATORE

.....

.....

ATTIVITÀ STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA (IADL)

(Lawton M.P. e Brody E.M., Gerontologist, 9:179-186, 1969)

DATI ASSISTITO

Cognome _____
 Nome _____
 Data di nascita _____
 Cod. fiscale _____

Capacità di usare il telefono			
[1]	Usa il telefono di propria iniziativa	1	
[2]	Compone solo alcuni numeri ben conosciuti	1	
[3]	Risponde ma non è capace di comporre il numero	1	
[4]	Non risponde al telefono	0	
	Non applicabile		NA
Fare Acquisti			
[1]	Fa tutte le proprie spese senza aiuto	1	
[2]	Fa piccoli acquisti senza aiuto		0
[3]	Ha bisogno di essere accompagnato	0	
[4]	Completamente incapace di fare acquisti	0	
	Non applicabile		NA
Preparazione del cibo			
[1]	Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati	1	
[2]	Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti	0	
[3]	Scalda o serve pasti preparati oppure prepara cibi ma non mantiene una dieta adeguata	0	
[4]	Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti	0	
	Non applicabile		NA
Governo della casa			
[1]	Mantiene la casa da solo o con occasionale assistenza (per esempio aiuto per i lavori pesanti)	1	
[2]	Esegue compiti quotidiani leggeri ma non mantiene un accettabile livello di pulizia della casa	1	
[3]	Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa	0	
[4]	Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa	0	
	Non applicabile		NA
Biancheria			
[1]	Fa il bucato personalmente e completamente	1	
[2]	Lava le piccole cose (calze, fazzoletti)		1
[3]	Tutta la biancheria deve essere lavata da altri	0	
	Non applicabile		NA
Mezzi di trasporto			
[1]	Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto	1	
[2]	Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici	1	
[3]	Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato	1	
[4]	Può spostarsi solo con taxi o auto e con assistenza	0	
[5]	Non si sposta per niente	0	
	Non applicabile		NA
Responsabilità nell'uso dei farmaci			
[1]	Prende le medicine che gli sono state prescritte	1	
[2]	Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate	0	
[3]	Non è in grado di prendere le medicine da solo		0
	Non applicabile		NA
Capacità di maneggiare il denaro			
[1]	Maneggia le proprie finanze in modo indipendente	1	
[2]	È in grado di fare piccoli acquisti	1	
[3]	È incapace di maneggiare i soldi		0
	Non applicabile		NA

Totale funzioni conservate ___ /8 (se femmina)

Totale funzioni conservate ___ /5 (se maschio)

I DATI SONO STATI RACCOLTI TRAMITE COLLOQUI EFFETTUATI...

(luogo)..... il..... Durata.....

DATA CHIUSURA SCHEDA

RUOLO / FIRMA OPERATORE

.....

.....

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



Scala IADL

DATI ASSISTITO.....	Compilare sempre: Cognome/Nome. Data di nascita / Codice fiscale: compilare solo se la scheda non è sempre allegata alla scheda di domanda (cartella unica assistito) e se si ritiene necessario.
Obiettivo della scheda.....	La scala delle IADL valuta le capacità di compiere attività che vengono normalmente svolte anche da soggetti anziani e che sono considerate necessarie per il mantenimento della propria indipendenza.
Modalità di compilazione.....	È importante barrare la casella corrispondente a “non applicabile” quando il mancato esercizio di un’attività non è dovuto a perdita della funzione ma l’attività non è mai stata svolta anche quando le persone erano completamente autosufficienti; questo si verifica specialmente per quanto riguarda gli uomini, in quelle attività che sono prevalentemente svolte da donne (preparazione del cibo, governo della casa, biancheria).
Data chiusura scheda.....	Indicare la data in cui la scala risulta completata; questo nel caso in cui sono stati necessari più incontri e/o colloqui per compilarla.

SCHEDA CLINICA

DATI ASSISTITO

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Cod. fiscale _____

Descrizione	Causa di non autosufficienza	Concausa di non autosufficienza
TUMORI MALIGNI		
DIABETE MELLITO		
MALNUTRIZIONE		
ANEMIE		
DEMENZA		
DEPRESSIONE		
PARKINSON E ALTRE MALATTIE NEUROLOGICHE		
CECITA' E IPOVISIONE		
PERDITA DELL' UDITO		
IPERTENSIONE ARTERIOSA		
MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE		
ARITMIE CARDIACHE		
INSUFFICIENZA CARDIACA		
ICTUS		
ALTRE MALATTIE CEREBROVASCOLARI		
MALATTIE DELLE ARTERIE PERIFERICHE		
MALATTIE DELLE VENE DEGLI ARTI INFERIORI		
MALATTIE POLMONARI CRONICHE OSTRUTTIVE		
MALATTIE GASTROINTESTINALI		
MALATTIE EPATO-BILIARI		
INSUFFICIENZA RENALE		
ULCERE DA PRESSIONE		
FRATTURA DI FEMORE		
MALATTIE OSTEO-ARTICOLARI		
INCONTINENZA FECALE		
INCONTINENZA URINARIA		
ALTRO (specificare):		

Indicare quale tra le patologie presenti è la principale causa di non autosufficienza:

Indicare se anche in assenza di una vera causa di non autosufficienza le varie patologie presenti possono concorrere a determinarla

SI

NO

Indicare se la persona è:

In dialisi S N In fase di terminalità oncologica S N fase di terminalità non oncologica S N

Numero delle crocette apposte



Valutazione raccolta alla data della firma sulla base dell'anamnesi e dei dati presenti nella cartella clinica dell'assistito

Luogo e Data _____

Timbro e Firma MMG

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

Scheda CLINICA

Obiettivo

La scheda clinica, da compilarsi a cura del medico curante, raccoglie i dati anamnesi clinica della persona e ha l'obiettivo di evidenziare le varie patologie che determinano l'attuale stato di non autosufficienza e le altre patologie rilevanti.

Modalità di Compilazione

Per ogni patologia della lista barrare con una **X** la casella indicante se la patologia presente è causa o concausa di non autosufficienza.

Nella casella "Patologia principale causa di non autosufficienza" riportare la patologia che al momento, a giudizio del medico, è la principale causa organica di non autosufficienza.



SCHEDA INFERMIERISTICA

DATI ASSISTITO

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Cod. fiscale _____

Indicare con una X il bisogno infermieristico rilevato e gli interventi corrispondenti:

Pianificazione assistenziale	
-------------------------------------	--

intervento	A	DA
rilevazione attraverso test-scale di valutazione (dolore, funzione)		
stesura di un piano assistenziale		
compilazione cartella infermieristica		
prima visita		
confronto con l'equipe (MMG e le altre figure)		
visita di cordoglio e supporto al lutto		

Supporto al processo diagnostico-terapeutico	
-----------------------------------------------------	--

intervento	A	DA
esecuzioni esami		
terapia iniettiva sottocutanea		
terapia iniettiva intramuscolare		
terapia iniettiva endovenosa		
terapia iniettiva sottocutanea in infusione		
posizionamento gestione e sostituzione cateterismo venoso periferico		
gestione cateterismo venoso centrale		
gestione pompa infusionale		
gestione cateteri spinali		
gestione drenaggi		
medicazioni semplici		
medicazioni complesse		
bendaggi		
bendaggio adesivo ed elastico		
toilette lesione		
cura ulcere 1°-2° grado		
cura ulcere 2°-3° grado		
interventi per il controllo del dolore		
altre procedure diagnostiche (ECG, telemetria)		

Mantenere l'adeguata igiene corporea	
---------------------------------------------	--

intervento	A	DA
cure igieniche a persone allettate		
cure igieniche a persone con lesioni cutanee		
bagno assistito		

Mantenere l'adeguata respirazione

intervento	A	DA
gestione tracheotomia		
broncoaspirazione		
drenaggio posturale		
controllo parametri respiratori		
gestione ossigeno-terapia		
presenza di ventilazione assistita		

Fornire cure relative ai processi eliminatori

intervento	A	DA
gestione alvo (intervento igienico-alimentare)		
gestione alvo (clistere irrigazioni)		
esplorazione rettale		
posizionamento, gestione, sostituzione periodica cateterismo vescicale		
valutazione del ristagno vescicale		
gestione delle stomie		
gestione delle deviazioni urinarie		

Mantenere l'adeguata alimentazione-idratazione

intervento	A	DA
verifica parametri nutrizionali		
valutazione disfagia		
istruzione alla preparazione di diete con consistenza modificata		
istruzione alla somministrazione di pasti con posture facilitanti		
posizionamento, sostituzione e gestione SNG		
gestione PEG		
valutazione ristagno gastrico		
posizionamento gestione e sostituzione cateterismo venoso ai fini nutrizionali o di idratazione		

Sostenere un'adeguata mobilità

intervento	A	DA
corretta mobilizzazione e postura		
prevenzione di lesioni da decubito		
istruzione all'utilizzo ausili per la deambulazione		
valutazione dell'ambiente domestico		
interventi su soggetto a rischio di Udp (criterio : indice di Braden <16). Punteggio: _____		

Educazione terapeutica finalizzata all'autogestione della malattia e del trattamento

intervento	A	DA
educazione del soggetto e/o caregiver per la gestione delle terapie (pompe, elastomeri, altro)		
educazione del soggetto e/o caregiver alla gestione di stomie		
educazione del soggetto e/o caregiver alla gestione di una tracheotomia		
educazione alla gestione di enterostomie		
educazione del caregiver per la prevenzione di lesioni da decubito		
educazione del caregiver alla corretta mobilizzazione e postura		
educazione del caregiver al corretto utilizzo di ausili per la mobilizzazione		
educazione al caregiver alle cure igieniche		

Indicare con una X il tipo di risposta assistenziale:

	inserire X
prestazionale occasionale	
ciclico programmato	

In caso di assistenza di tipo **“ciclico programmato”** indicare con una X:

frequenza settimanale stimata	inserire X						
	1	2	3	4	5	6	7
							<1 /30
presenza di operatori necessaria	inserire X						
	singola						doppia

Fattori che possono modificare il tipo di l'assistenza:

Livello di adeguatezza alla cura di sé	Inserire X
è in grado di comprendere e di mettere in atto la cura di sé	
è in grado di comprendere ma non di mettere in atto la cura di sé	
non è in grado di comprendere e di mettere in atto la cura di sé	

Adeguatezza del caregiver all'attuazione del piano assistenziale	inserire X
comprende le problematiche assistenziali ed è in grado di collaborare	
comprende le problematiche assistenziali ma non è in grado di collaborare	
non comprende le problematiche assistenziali. Critica o si oppone alle proposte di piano assistenziale, non collabora all'assistenza..	

In base a:

- bisogni rilevati e relativi interventi,
- tipo di assistenza, frequenza, operatori necessari,
- adeguatezza alla cura di sé e dell'ambiente (umano e fisico),

complessità	Inserire X
bassa	
media	
alta	

il professionista deve esprimere un giudizio sulla complessità del bisogno infermieristico

I DATI SONO STATI RACCOLTI TRAMITE COLLOQUI EFFETTUATI...

(luogo)..... il..... Durata.....

DATA

RUOLO / FIRMA OPERATORE

.....

.....

GUIDA ALLA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA INFERMIERISTICA

Dati assistito	Compilare sempre: Cognome/Nome. Data di nascita / Codice fiscale
Obiettivo della scheda	La finalità della scheda è quella di rappresentare uno strumento di sintesi utile, per la competenza professionale, alla stesura del piano assistenziale. Attraverso la scheda l'infermiere individua le aree assistenziali in cui è necessario un suo intervento e propone gli interventi professionali necessari. La scheda non rappresenta né deve rappresentare l'accertamento né la stesura del piano assistenziale infermieristico; e a tal fine l'infermiere continuerà ad utilizzare gli strumenti professionali idonei e molto spesso comunemente in uso nella realtà in cui opera.
Modalità di compilazione	<p>L'infermiere dovrà individuare le condizioni presenti (bisogno, supporto, mantenimento, cure ecc) e le attività connesse. Le attività sono suddivise in: attività in atto (A) e attività da attuare (DA).</p> <p>La compilazione della scheda risulta essere più semplice quando il soggetto è già assistito dal servizio infermieristico domiciliare ma nel caso non lo sia come viene fatto nell'ambito di una prima visita domiciliare infermieristica si valuta il bisogno presupponendo una possibile risposta professionale che potrà essere in seguito rivalutata.</p> <p>A titolo esemplificativo, nella macro-area pianificazione assistenziale, nei casi in cui si individua bisogno di una presa in carico infermieristica (casi non seguiti dal servizio) è possibile identificare le seguenti attività: individuazione/stesura piano assistenziale infermieristico/compilazione della cartella; mentre per i casi seguiti o in caso successiva rivalutazione alcune attività restano di possibile identificazione (es. confronto di equipe)</p> <p>L'area "Supporto al processo diagnostico-terapeutico comprende rispetto al trattamento delle lesioni una diversificazione dell'intervento fra tipo medicazione e cura ulcere distinte per grado. L'infermiere in caso ulcere da pressione (UdP) dovrà indicare sia l'item riferito al tipo di medicazione che la "cura ulcera" differenziata per stadio mentre negli altri casi (ustione, ferita chirurgica, ulcera di altra origine) indicherà solo il tipo di medicazione.</p> <p>La scheda dovrà far emergere il bisogno potenziale non condizionato da eventuali problemi organizzativi o di risorse o da modalità consolidate di risposta al bisogno. La scheda fra le attività incorpora non solo tecniche ma anche un'area di educazione terapeutica finalizzata all'autogestione della malattia e del trattamento ovvero situazioni in cui sono necessari interventi finalizzati alla educazione, informazione, addestramento della persona e/o del caregiver per lo sviluppo di conoscenze, abilità emozionali, cognitive e/o manuali finalizzate alla riduzione della dipendenza e/o allo sviluppo delle sue funzioni. In tale visione, come spesso accade, il fatto che il servizio non sia stato attivato perché ad esempio il soggetto non presentava un bisogno di natura tecnica (esempio medicazione) è ormai acclarato che non esclude la presenza di un possibile bisogno infermieristico.</p> <p>L'infermiere deve inoltre individuare il tipo di risposta assistenziale così classificata in:</p> <p>Prestazionale occasionale: si intende una prestazione, professionalmente qualificata, che non presuppone la presa in carico del soggetto nel tempo.</p> <p>Ciclico programmato: si intende in risposta ad un bisogno di tipo infermieristico che si ripete nel tempo che spesso presuppone la presa in carico del soggetto. Ovviamente solo in seguito in sede di UVM verrà valutato se è necessario attivare delle cure domiciliari integrate di primo o secondo livello.</p> <p>Inoltre, in caso di individuazione di una risposta l'infermiere dovrà individuare la presenza di operatori e la frequenza di accessi settimanali necessarie. Nel caso in cui il bisogno di visite infermieristiche domiciliari abbia una frequenza inferiore ad 1 volta a settimana (es. ogni due settimane o mensile) indicare l'item < 1 e nello spazio sottostante la frequenza mensile.</p> <p>L'adeguatezza dell'ambiente umano e fisico, (e non solo gli interventi) modifica, nell'assistenza infermieristica sul territorio, la complessità assistenziale, la frequenza di settimanale di visite, la necessità di un controllo competente. A tal</p>

fine è richiesto all'infermiere di individuare per il soggetto il livello di adeguatezza alla cura di sé e per il caregiver l'adeguatezza all'attuazione del piano assistenziale.

Complessità
del bisogno
Infermieristico

Tenuto conto dei bisogni rilevati e dei relativi interventi, il tipo di assistenza, la frequenza di visite, gli operatori necessari e l'adeguatezza alla cura di sé e dell'ambiente (umano e fisico), è infine richiesto all'infermiere di esprimere un giudizio rispetto al tipo di complessità del bisogno infermieristico (bassa, medio, alta). Il giudizio è sul caso singolo e l'esigenza nasce dal fatto di definire una diversa caratterizzazione del livello di dipendenza dalle cure infermieristiche a livello domiciliare rispetto all'ambito ospedaliero.

Tempistica

Tale scheda dovrà essere ripetuta:

- a scadenze periodiche decise all'interno dell'UVM
- dal personale infermieristico che ha già in carico il paziente ogni qualvolta vi è una variazione significativa e sostanziale del quadro socio assistenziale e clinico e in tal caso informare il responsabile del caso per la revisione complessiva del PAP

DATI ASSISTITO

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Cod. fiscale _____

TEST DI PFEIFFER**Short portable mental status questionnaire**

(Pfeiffer E.; A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. "Journal of the American geriatrics Society", Oct.1975, vol.23, n.10, 433-441)

	Si	No
1. Qual è la data di oggi (giorno, mese, anno).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Che giorno della settimana.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Qual è il nome di questo posto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Qual è il suo numero di telefono.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4a. Qual è il suo indirizzo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quanti anni ha.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quando è nato.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Chi è il Presidente della Repubblica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Chi era il Presidente precedentemente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Quale era il cognome di sua madre da ragazza.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sottragga 3 da 20 e da ogni numero fino in fondo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Numero totale errori ____ / 10

Punteggio corretto ____ / 10

I DATI SONO STATI RACCOLTI TRAMITE COLLOQUI EFFETTUATI...

(luogo)..... il..... Durata.....

DATA

RUOLO / FIRMA OPERATORE

GUIDA ALLA COMPILAZIONE Test di PFEIFFER

DATI ASSISTITO.....	Compilare sempre: Cognome/Nome. Data di nascita / Codice fiscale: compilare solo se la scheda non è sempre allegata alla scheda di domanda (cartella unica assistito) e se si ritiene necessario.
Modalità di compilazione.....	Chiedere le domande da 1 a 10 e registrare le risposte. Chiedere la domanda 4a. soltanto se il paziente non ha telefono. Registrare il numero totale di errori basato sulle 10 domande; quindi: - sottrarre un errore se la persona ha frequentato soltanto la scuola elementare; - aggiungere un errore se la persona ha frequentato scuole oltre le medie superiori.
Lettura dei risultati.....	0-2 errori: funzioni intellettuali intatte 3-4 errori: lieve deterioramento delle funzioni intellettive 5-7 errori: moderato deterioramento delle funzioni intellettive 8-10 errori: severo deterioramento delle funzioni intellettive

DATI ASSISTITO

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Cod. fiscale _____

DISTURBI DELL'UMORE

(MDS-HC Umore, in JN Morris, BE Fries, K Steel, JAGS, 1997)

Codificare gli indicatori osservati indipendentemente dalla causa presunta**0. Indicatore non presente negli ultimi 3 giorni****1. Presente in 1-2 degli ultimi 3 giorni****2. Presente in ognuno degli ultimi 3 giorni**

INDICATORI di DEPRESSIONE, ANSIA, TRISTEZZA	PUNTEGGIO
a. SENSAZIONE DI TRISTEZZA O DI UMORE DEPRESSO , che la vita non valga la pena di essere vissuta, che nulla conti, che non si è utili ad alcuno o che sarebbe meglio morire	
b. RABBIA PERSISTENTE CONTRO SÉ O ALTRI - p.es. facilmente annoiato, si arrabbia quando riceve assistenza	
c. ESPRESSIONE DI UNA PAURA IRREALISTICA - p.es. paura di essere abbandonato, di stare solo o stare con altri	
d. PREOCCUPAZIONE PER LO STATO DI SALUTE - p.es. richiede persistenti visite mediche, ossessionato dalle funzioni corporali	
e. MANIFESTAZIONI RIPETUTE DI ANSIA, PREOCCUPAZIONE - p.es. chiede insistente attenzione/assicurazione circa gli orari, i pasti, la lavanderia, i vestiti, aspetti relazionali	
f. TRISTE, DOLENTE, ESPRESSIONE CORRUCCIATA - p.es. fronte aggrottata	
g. PIANTO FREQUENTE	
h. ABBANDONO DI ATTIVITÀ - p.es. nessun interesse in attività consuete o nello stare con parenti/amici	
i. RIDOTTE INTERAZIONI SOCIALI	
PUNTEGGIO TOTALE (RANGE 0 - 18)	

I DATI SONO STATI RACCOLTI TRAMITE COLLOQUI EFFETTUATI...

(luogo)..... il..... Durata.....

DATA CHIUSURA SCHEDA

RUOLO / FIRMA OPERATORE

.....

.....

**SCHEDA PER PUNTEGGIO INTEGRATO
DISTURBI DEL COMPORTAMENTO E DELL'UMORE**

<i>SINTOMI COMPORTAMENTALI</i>	<i>PUNTEGGIO</i>
a. VAGARE -	<i>0-2</i>
b. USARE LINGUAGGIO OFFENSIVO -	<i>0-2</i>
c. ESSERE FISICAMENTE AGGRESSIVO -	<i>0-2</i>
d. COMPORTAMENTO SOCIALMENTE INADEGUATO -	<i>0-2</i>
e. RIFIUTARE L'ASSISTENZA -	<i>0-2</i>
DISTURBI UMORE	<i>0-2*</i>
PUNTEGGIO TOTALE (RANGE 0 - 10)	<i>0-12</i>

*Punteggio Scheda Disturbi Umore

- 0-6 = 0
- 7-12 = 1
- 13-18 = 2

SCHEMA DI VALUTAZIONE SOCIALE

DATI ASSISTITO	
Cognome _____	Nome _____
Data di nascita _____	Cod. fiscale _____

INDICATORE ADEGUATEZZA CONDIZIONE AMBIENTALE

(Valutazione rete assistenziale + valutazione economica di base + valutazione condizione abitativa)

VALUTAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE (familiare e non familiare)							
Cognome e nome	Anno nascita	Rapporto di parentela o tipo relazione	Comune di residenza / recapito TEL	Organizzatore responsabile assistenza (soggetto) SI 12 NO 0 Parziale 6	Attuatore interventi (risorsa) SI 8 NO 0 Parziale 4	Grave Relazione conflittuale SI -4 NO 0	Grave problematica sociosanitaria SI -4 PARZIALE -2 NO 0
Persona assistita							
CONVIVENTI							
NON CONVIVENTI							
				PUNTEGGI			

Range: da 0 a 10 : Inadeguata da 11 a 20 : Potenzialmente adeguata

Indicatore della Rete Assistenziale TOTALE Punteggio: ____ / 20



VALUTAZIONE ECONOMICA DI BASE		€/mese	
Reddito / pensione assistito	€ . ≤ 500	punti	0
	€. 501-750	punti	1
	€. 751-1.000	punti	2
	€. 1.001-1.500	punti	3
	€. > 1.501	punti	4
Reddito / pensione coniuge	€ . ≤ 500	punti	0
	€. 501-750	punti	1
	€. 751-1.000	punti	2
	€. > 1.001	punti	3
Altri redditi familiari conviventi	NO	punti	0
	SI	punti	1
Altri redditi dei figli non conviventi	NO	punti	0
	SI	punti	1
Altri redditi assistito	NO	punti	0
	SI	punti	1
Altri immobili oltre la 1 ^a casa dell'assistito	NO	punti	0
	SI	punti	2
Mutuo / affitto	NO	punti	0
	SI	punti	- 1
Spese assistenza documentate	NO	punti	0
	SI ≤ € 800,00	punti	- 1
	SI > € 800,00	punti	- 2
Indennità accompagnamento	SI	punti	1
	NO /in corso	punti	0

Valutazione Economica di Base: ____ / 10

Range: da 0 a 4 :Inadeguata

da 5 a 10 : Potenzialmente adeguata

ATTENZIONE: se la somma dei punteggi è superiore a 10, il punteggio da riportare nella Valutazione Economica di base deve essere comunque 10/10



VALUTAZIONE CONDIZIONE ABITATIVA ED AMBIENTE DI VITA		
Spazi adeguati per alloggio assistente familiare	SI punti	2
	NO punti	0
Camera assistito dedicata	SI punti	1
	NO punti	0
Micro clima adeguato	SI punti	1
	NO punti	0
Condizioni igieniche adeguate	SI punti	1
	NO punti	0
Condizioni strutturali adeguate	SI punti	1
	NO punti	0
Servizi igienici adeguati	SI punti	1
	NO punti	0
Casa isolata	SI punti	0
	NO punti	1
Barriere architettoniche	NO punti	3
	SI esterne punti	1
	SI interne punti	0

Valutazione Condizione Abitativa: ____ / 10

Range: da 0 -5 Inadeguata

da 6- 10 Potenzialmente adeguata

ATTENZIONE: se la somma dei punteggi è superiore a 10, il punteggio da riportare nella Valutazione Cond. Abitativa deve essere comunque 10/10

TOTALE INDICATORE ADEGUATEZZA CONDIZIONE AMBIENTALE

RETE ASSISTENZIALE	____ / 20	Non Valutabile
ECONOMICA DI BASE	____ / 10	Non Valutabile
CONDIZIONE ABITATIVA	____ / 10	Non Valutabile
TOTALE	____ / 40	Non Valutabile

LIVELLO DI CAPACITA' / COPERTURA ASSISTENZIALE

	CURA DIRETTA DELLA PERSONA						
	7-9	10-11	12-13	14-18	19-20	21-22	23-6
	Alzata	Mattina	Pranzo	Pomerig	Cena	Rimessa a letto	Notte
BISOGNO							
Assistenza fornita da familiare							
Assistenza fornita da volontario							
Assistenza fornita da personale a pagamento							
Assistenza fornita dal servizio pubblico							
BISOGNO COMPLETAMENTE SODDISFATTO o non presente	2	1	2	1	2	1	1
BISOGNO PARZIALMENTE SODDISFATTO	1	0.5	1	0.5	1	0.5	0.5
BISOGNO COMPLETAMENTE INSODDISFATTO	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE							

CURA DELL'AMBIENTE DI VITA	
BISOGNO	
Assistenza fornita da familiare	
Assistenza fornita da volontario	
Assistenza fornita da personale a pagamento	
Assistenza fornita dal servizio pubblico	
BISOGNO COMPLETAMENTE SODDISFATTO o non presente	5
BISOGNO PARZIALMENTE SODDISFATTO	2
BISOGNO COMPLETAMENTE INSODDISFATTO	0

RELAZIONI E ATTIVITA' DI SOCIALIZZAZIONE	
BISOGNO	
Assistenza fornita da familiare	
Assistenza fornita da volontario	
Assistenza fornita da personale a pagamento	
Assistenza fornita dal servizio pubblico	
BISOGNO COMPLETAMENTE SODDISFATTO o non presente	5
BISOGNO PARZIALMENTE SODDISFATTO	2
BISOGNO COMPLETAMENTE INSODDISFATTO	0

NOTE relative alla COPERTURA ASSISTENZIALE:

.....

.....

.....

.....



SINTESI DELLA VALUTAZIONE SOCIALE

TOTALE INDICATORE ADEGUATEZZA CONDIZIONE AMBIENTALE (IACA)	RETE ASSISTENZIALE/20	Non Valutabile	TOT/40
	ECONOMICA DI BASE/10	Non Valutabile	
	CONDIZIONE ABITATIVA/10	Non Valutabile	
LIVELLO CAPACITA'/ COPERTURA ASSISTENZIALE	CURA DELLA PERSONA/10		
	CURA DELL'AMBIENTE DI VITA/5		
	RELAZIONI/ SOCIALIZZAZIONE/5		
CBI	/96		

Sulla base della valutazione sociale effettuata la condizione della persona risulta essere **potenzialmente**:

- ADEGUATA PER UNA EVENTUALE ASSISTENZA AL DOMICILIO (range IACA da 20 a 40)
- NON ADEGUATA PER UNA EVENTUALE ASSISTENZA AL DOMICILIO (range IACA da 0 a 19)

I DATI SONO STATI RACCOLTI TRAMITE COLLOQUI EFFETTUATI...

A domicilio il..... Operatore.....Durata.....

A..... il..... Operatore.....Durata.....

DATA CHIUSURA SCHEDA RUOLO / FIRMA OPERATORE

.....



GUIDA ALLA COMPILAZIONE
Scheda di VALUTAZIONE SOCIALE

Obiettivo della scheda	<ul style="list-style-type: none"> Riconoscere ,raccolgere e pesare i dati necessari per l'analisi della <u>condizione ambientale</u> (valutazione rete assistenziale, economica di base e abitativa) del <u>livello di copertura assistenziale</u> rispetto al bisogno di cura diretta della persona, dell'ambiente di vita e delle relazioni. Determinare l'incidenza di questi fattori nella possibilità/fattibilità di un progetto domiciliare <p>La valutazione sociale si integrerà, in sede di UVM, con le altre aree per la valutazione multidimensionale del bisogno e la definizione del Progetto assistenziale personalizzato.</p>
Indicatore Adeguatezza Condizione Ambientale (nicchia ecologica)	
Calcolo Indicatore Adeguatezza Condizione Ambientale	<p>Sommare i punteggi sub-totali ottenuti nei tre domini, che forniscono un valore orientativo di inadeguatezza/adequazione del singolo aspetto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valutazione della rete assistenziale - Valutazione economica di base - Valutazione della condizione abitativa <p>L'indice di potenziale adeguatezza /inadeguatezza è dato dal valore totale Non Valutabilità = PUNTI 0</p> <p>La non valutabilità ha carattere di eccezionalità e può essere anche solo per uno dei tre domini.</p> <p>Campo di applicabilità: è applicabile esclusivamente quando la persona è totalmente incapace di fornire informazioni e queste non siano reperibili da alcun altra fonte.</p>
Dominio Valutazione della Rete Assistenziale	
Valutazione della rete assistenziale familiare e non familiare	La rete familiare e non familiare comprende tutte le persone, enti, associazioni, ecc. che ruotano attorno alla persona e forniscono assistenza, cura o anche compagnia, con l'esclusione del servizio pubblico sociosanitario.
Rapporto di parentela o tipo di relazione	Indicare, sia per i conviventi che per i non conviventi, il tipo di parentela/ relazione che intercorre con l'assistito. Es. coniuge/ figlio/ vicino di casa/ assistente familiare/ volontario...ecc.
Comune di Residenza / Recapito TEL.	<p>Si rileva il comune di residenza per avere informazioni sulla vicinanza/lontananza fisica, rispetto all'assistito, delle persone che costituiscono la rete assistenziale.</p> <p>Si rileva il recapito telefonico per le persone per le quali risulta essere utile e necessaria questa informazione, es. nel caso di reperibilità, di un contatto.</p>



<p>Organizzatore responsabile dell'assistenza (soggetto)</p>	<p>È la persona della rete assistenziale che organizza, può organizzare, è disponibile ad organizzare e assumersi la responsabilità del percorso assistenziale, della cura, della presa in carico della persona: si tratta del <u>caregiver principale</u>.</p> <p>L'organizzatore dell'assistenza può essere anche l'amministratore di sostegno o l'assistito stesso.</p> <p>L'assistente familiare/badante può essere conteggiato come organizzatore dell'assistenza, ma solo PARZIALE, considerato che è già elemento di un percorso assistenziale avviato da altri responsabili dell'assistenza.</p> <p>Il <u>punteggio</u> da 0 a 12 viene attribuito nel seguente modo:</p> <p>NO = 0 organizzatore assente</p> <p>SI = 12 indica la presenza di uno o più organizzatori (in ogni caso il punteggio è sempre uguale a 12) che si assumono la completa responsabilità del percorso assistenziale.</p> <p>Se l'organizzatore è anche risorsa, gli viene attribuito anche il punteggio come risorsa, fermo restando il punteggio massimo, raggiungibile nel dominio, pari a 20.</p> <p>PARZIALE = 6: indica la presenza di uno o più organizzatori che non raggiungono il livello di responsabilità necessario a garantire l'organizzazione per un'adeguata assistenza. Ad esempio figli presenti, ma che non riescono ad assicurare l'organizzazione di un'adeguata assistenza a causa della elevata distanza dall'anziano, da necessità di frequenti trasferte per lavoro, o risultano fortemente stressati da un prolungato impegno assistenziale (valutazione CBI).</p>
<p>Attuatore interventi (risorsa)</p>	<p>È la persona della rete assistenziale che si assume, o è potenzialmente disponibile ad assumersi, responsabilità operative.</p> <p>Il <u>punteggio</u> da 0 a 8 viene attribuito nel seguente modo:</p> <p>NO = 0 risorsa assente</p> <p>SI = 8 indica la presenza di una o più risorse (in ogni caso il punteggio attribuito è sempre uguale ad 8) che garantiscono la soddisfazione dei bisogni della persona.</p> <p>PARZIALE = 4 indica la presenza di una o più risorse che non soddisfano tutti i bisogni della persona.</p> <p>Ad esempio: figlio/i, volontari e/o personale retribuito che non riescono a soddisfare tutti i bisogni (vedi tabella copertura assistenziale) o che sono particolarmente stressati da un prolungato impegno assistenziale (valutazione CBI).</p>

Grave relazione conflittuale	Indica la presenza di gravi relazioni conflittuali con l'assistito, o più in generale con la rete assistenziale, tali da ostacolare o compromettere l'intervento assistenziale . <u>Punteggio</u> : si indica con - 4 (meno 4) la presenza di una o più situazioni di grave conflittualità. Tale punteggio è da sottrarre dal punteggio totale 0-20 del dominio (anche in presenza di più relazioni conflittuali il punteggio rimane - 4). Da specificare nelle note.
Grave problematica sociosanitaria	Indica se nella rete assistenziale è presente una grave problematica sociosanitaria certificata (interna o esterna al nucleo familiare dell'assistito). Per <u>grave problematica socio sanitaria</u> si intende la presenza di gravi disabilità o patologie psichiatriche, tossicodipendenza, demenza, ecc. Il <u>punteggio - 4</u> (meno 4) indica la presenza di una grave problematica sociosanitaria tale da ostacolare o compromettere l'intervento assistenziale . Il <u>punteggio - 2</u> (meno 2) indica la presenza di una grave problematica socio sanitaria che incide, ma non ostacola completamente l'intervento assistenziale . Il punteggio eventualmente assegnato in questa colonna è da sottrarre dal punteggio totale 0-20 del dominio (anche in presenza di più problematiche sociosanitarie il punteggio rimane -4). Da specificare nelle note.
Persona assistita	Nei casi in cui l'organizzatore responsabile dell'assistenza è la stessa persona assistita, inserire in questa riga tale informazione attribuendogli il relativo punteggio.
Conviventi	Vanno registrate tutti i soggetti che vivono con la persona (familiari, amici, assistente familiare, ecc.) e non la sola rilevazione del nucleo familiare anagrafico.
Non conviventi	Vanno registrate tutte le persone che non vivono con la persona e che hanno un ruolo di assistenza, cura, compagnia rilevante nei suoi confronti (familiari, vicini di casa, amici, volontari, amministratore di sostegno, ecc.). I figli non conviventi vanno registrati anche se non sono né organizzatori né risorse.
Calcolo Indicatore "Rete Assistenziale"	Si calcola <u>sommando</u> i punteggi assegnati alle colonne "organizzatore responsabile dell'assistenza (soggetto)" e "attuatore interventi (risorsa)"; <u>sottrarre</u> a tale somma gli eventuali punteggi assegnati alle colonne "grave relazione conflittuale" e/o "grave problematica socio-sanitaria all'interno del nucleo". Il range di questo dominio è 0-20 (se il totale è negativo andrà comunque indicato il valore minimo = 0)

Dominio Valutazione Economica di Base	
Valutazione economica di base	Non ha l'obiettivo di definire la compartecipazione (questa è definita sulla base del calcolo ISEE secondo quanto stabilito Del. Reg. Toscana 385/2009), quanto rilevare la condizione economica generale di base dell'assistito e del suo contesto familiare, quale segmento integrante della valutazione dell'adeguatezza della condizione ambientale.
Reddito / pensione assistito Reddito / pensione coniuge Altri redditi familiari conviventi Altri redditi figli non conviventi	Si intendono tutti i tipi di reddito da lavoro o da pensione.
Altri redditi assistito	Si intendono redditi derivanti da: rendite INAIL, pensioni di guerra, beni mobili, ecc., contributi finalizzati all'assistenza
Altri immobili dell'assistito oltre la 1 ^a casa.	Indicare il possesso di altri immobili oltre la prima casa (fabbricati e terreni.....).
Spese assistenza documentate	Si intendono le spese fisse e documentate relative ad es. alle spese per assistente familiare e/o spese sanitarie che hanno comunque una incidenza sul reddito.
Indennità di accompagnamento	Indicare se la persona percepisce già l'indennità, se non la percepisce o se la pratica è in corso
Calcolo Indicatore "Valutazione Economica di Base"	Si calcola sommando i punteggi assegnati ai primi 7 item e sottraendo dal totale i punteggi degli ultimi 2 item.
Dominio Valutazione Condizione Abitativa ed ambiente di vita	
Nota bene: l'abitazione da valutare è quella dove si attua o si attuerà l'eventuale progetto domiciliare.	
Spazi adeguati per alloggio assistente familiare	Si registra la presenza o meno di una stanza da dedicare all'assistente familiare. Da censire anche nelle situazioni in cui non sia al momento prevista l'assunzione di personale privato.
Camera assistito dedicata	Si registra se l'assistito gode di uno spazio di vita proprio (anche condiviso con il coniuge/badante) oppure se è promiscuo con altri usi (es. dorme in salotto, cucina, ingresso, camera dei nipotini...).
Micro clima adeguato	Si rileva se l'abitazione è adeguatamente climatizzata sia in estate che in inverno, illuminata e ventilata.
Servizi igienici adeguati	Presenza di WC, lavandino, acqua calda, doccia, vasca e spazio interno fruibile dall'assistito. Le barriere di accesso al bagno (es. gradini) si registrano nelle BARRIERE.
Condizioni igieniche adeguate	Per "condizioni igieniche" si intende una adeguata sanificazione dell'ambiente.



Condizioni strutturali adeguate	Per condizioni strutturali” si intendono: struttura della casa (es. umidità) e/o impianti elettrico/ termico/ idraulico.
Casa isolata	Casa isolata, lontana e/o difficilmente raggiungibile dai servizi essenziali e/o di prossimità.
Barriere architettoniche	Si rileva la presenza di barriere architettoniche interne (es. accesso al bagno) e/o esterne all’abitazione che impediscono alla persona la fruibilità degli spazi. Questa rilevazione sarà riportata in UVM al fine di verificare l’eventuale superamento delle stesse.
Calcolo Indicatore “Valutazione Condizione Abitativa”	Si calcola sommando i punteggi assegnati ad ogni item.
Livello di Capacità / Copertura Assistenziale	
I tre domini: “ cura diretta della persona – cura dell’ambiente di vita – relazione e socializzazione “ sono finalizzati a rilevare i bisogni assistenziali, la capacità organizzativa e di copertura della rete assistenziale al fine di una progettazione mirata e personalizzata all’interno del PAP. La rilevazione fa riferimento ad una “giornata tipo”.	
Il valore ottenuto, pur non incidendo in modo diretto sul punteggio che determina l’adeguatezza / inadeguatezza della assistenza a domicilio (IACA) va letto in forma correlata con gli altri valori ottenuti dagli strumenti della valutazione sociale (IACA e CBI).	
Cura Diretta della Persona	Si intende il bisogno di assistenza della persona nello svolgimento delle attività di base della vita quotidiana, compreso quello di sorveglianza nelle fasce orarie diurne e/o in quella notturna.
Indicazioni per la compilazione	La tabella “Cura diretta della persona” si compila con queste modalità: 1) rilevazione del bisogno: per ogni fascia oraria, se presente un bisogno, segnare, nella riga “bisogno”, una x in corrispondenza della casella. 2) rilevazione della copertura di assistenza fornita dai diversi soggetti nelle diverse fasce orarie (si possono indicare nelle caselle i giorni settimanali di copertura. Es. 3/7). Fascia oraria 23-6 Notte: in questa fascia va valutato il bisogno di sorveglianza notturna. Ad ogni fascia oraria si attribuisce un punteggio in base ai diversi gradi di soddisfazione del bisogno. Il totale generale si calcola sommando i punteggi assegnati ad ogni fascia oraria .
Cura dell’ambiente di vita	Si intendono i bisogni non strettamente legati alla cura diretta della persona quali igiene degli ambienti, degli indumenti Il bisogno si valuta sull’intera giornata attribuendo un punteggio in base ai diversi gradi di soddisfazione del bisogno.



Relazioni e attività di socializzazione	Si intendono i bisogni di tipo relazionale e legati al mantenimento degli scambi (sia al domicilio che fuori) con l'ambiente esterno. Il bisogno si valuta sull'intera giornata attribuendo un punteggio in base ai diversi gradi di soddisfazione del bisogno.
NOTE relative alla COPERTURA ASSISTENZIALE	Permettono di dettagliare informazioni utili alla stesura del PAP e non direttamente estrapolabili dalla tabella che fotografa una "giornata tipo".
NOTE sulla storia personale ed altre informazioni utili per la definizione del PAP	Rilevare tutto ciò che può essere utile ai fini di una corretta definizione del PAP ad es. eventuali note anamnestiche socio-familiari; problematiche di relazione familiare, modalità di funzionamento e capacità organizzativa della famiglia, legami solidali ed inserimento della persona/famiglia nella rete sociale, interessi passati e attuali della persona, abitudini, stili di vita, presenza di dinamiche positive o negative con le persone coinvolte nell'assistenza... Specificare SEMPRE la presenza di gravi relazioni conflittuali o di gravi problematiche sociosanitarie indicate nella valutazione della rete assistenziale.
SINTESI DELLA VALUTAZIONE SOCIALE	Ha l'obiettivo di rilevare e presentare in sede di UVM una prima valutazione di sostenibilità di un Progetto assistenziale domiciliare sulla base dei punteggi rilevati per ciascun dominio. Sostiene l'azione progettuale integrata.
Data chiusura scheda	Indicare la data in cui la scheda risulta completata; questo nel caso in cui siano stati necessari più incontri e/o colloqui per compilarla.



CAREGIVER BURDEN INVENTORY (CBI)

(Novak M. e Guest C., Gerontologist, 29, 798-803, 1989)

DATI ASSISTITO

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Cod. fiscale _____

Le domande si riferiscono a Lei che assiste il suo congiunto malato; risponda segnando con una croce la casella che più si avvicina alla sua condizione o alla sua personale impressione.

0= Per nulla 1= Poco 2= Moderatamente 3= Parecchio 4= Molto

Condizioni/Impressioni		Punteggio				
T	1 Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane	0	1	2	3	4
T	2 Il mio familiare è dipendente da me	0	1	2	3	4
T	3 Devo vigilarlo costantemente	0	1	2	3	4
T	4 Devo assisterlo anche per molte delle più semplici attività quotidiane (vestirlo, lavarlo, uso dei servizi igienici)	0	1	2	3	4
T	5 Non riesco ad avere un minuto di libertà dai miei compiti di assistenza	0	1	2	3	4
S	6 Sento che mi sto perdendo vita	0	1	2	3	4
S	7 Desidererei poter fuggire da questa situazione	0	1	2	3	4
S	8 La mia vita sociale ne ha risentito	0	1	2	3	4
S	9 Mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo di assistente	0	1	2	3	4
S	10 Mi sarei aspettato qualcosa di diverso a questo punto della mia vita	0	1	2	3	4
F	11 Non riesco a dormire a sufficienza	0	1	2	3	4
F	12 La mia salute ne ha risentito	0	1	2	3	4
F	13 Il compito di assisterlo mi ha resa più fragile di salute	0	1	2	3	4
F	14 Sono fisicamente stanca	0	1	2	3	4
D	15 Non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di consueto	0	1	2	3	4
D	16 I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari	0	1	2	3	4
D	17 Ho avuto problemi con il coniuge	0	1	2	3	4
D	18 Sul lavoro non rendo come di consueto	0	1	2	3	4
D	19 Provo risentimento verso dei miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno	0	1	2	3	4
E	20 Mi sento in imbarazzo a causa del comportamento del mio familiare	0	1	2	3	4
E	21 Mi vergogno di lui/lei	0	1	2	3	4
E	22 Provo del risentimento nei suoi confronti	0	1	2	3	4
E	23 Non mi sento a mio agio quando ho amici a casa	0	1	2	3	4
E	24 Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi	0	1	2	3	4

Totale punteggio _____

Nome/cognome/ruolo CAREGIVER.....

I DATI SONO STATI RACCOLTI TRAMITE COLLOQUI EFFETTUATI...

(luogo)..... il..... Durata.....

DATA

RUOLO / FIRMA OPERATORE

.....

.....

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

CBI

DATI ASSISTITO.....	Compilare sempre: Cognome/Nome. Data di nascita / Codice fiscale: compilare solo se la scheda non è sempre allegata alla scheda di domanda (cartella unica assistito) e se si ritiene necessario.
Obiettivo della scheda.....	La CBI è uno strumento di valutazione del carico assistenziale, in grado di analizzarne l'aspetto multidimensionale, elaborato per i caregiver di pazienti affetti da malattia di Alzheimer e demenze correlate.
Modalità di somministrazione.....	La CBI è uno strumento self-report, compilato dal caregiver principale, ossia il familiare o l'operatore che maggiormente sostiene il carico dell'assistenza al malato. Al caregiver è richiesto di rispondere barrando la casella che più si avvicina alla sua condizione o impressione personale. È uno strumento di rapida compilazione e di semplice comprensione.
Nome/cognome/ruolo CAREGIVER	Indicare a chi è stata somministrata la scala.

Suddivisa in 5 sezioni, consente di valutare fattori diversi dello stress: carico oggettivo, carico psicologico, carico fisico, carico sociale, carico emotivo.

Tipo di Burden	Item	Descrizione
1 Dipendente dal tempo richiesto dall'assistenza	1-5	Descrive il carico associato alla restrizione di tempo per il caregiver
2 Evolutivo	6-10	Inteso come la percezione del caregiver di sentirsi tagliato fuori, rispetto alle aspettative e alle opportunità dei propri coetanei
3 Fisico	11-14	Descrive le sensazioni di fatica cronica e problemi di salute somatica
4 Sociale	15-19	Descrive la percezione di un conflitto di ruolo
5 Emotivo	20-24	Descrive i sentimenti verso il paziente, che possono essere indotti da comportamenti imprevedibili e bizzarri

La CBI permette di ottenere un profilo grafico del burden del caregiver nei diversi domini, per confrontare diversi soggetti e per osservare immediatamente le variazioni nel tempo del burden.

I caregiver con lo stesso punteggio totale possono presentare diversi modelli di burden. Questi diversi profili sono rivolti ai diversi bisogni sociali e psicologici dei caregiver e rappresentano i differenti obiettivi di diversi metodi di intervento pianificati per dare sollievo agli specifici punti deboli specifici nel test.

Le minori affidabilità del test si riscontrano a proposito del carico emotivo e sociale.

**Scheda PROGETTO ASSISTENZIALE PERSONALIZZATO (P.A.P.)
e RIVALUTAZIONE / VERIFICA**

T₀ Data seduta UVM.....

T₁ Data seduta UVM.....

T₂ Data seduta UVM.....

UNITA' VALUTATIVA MULTIDISCIPLINARE (SEDE UVM.....)

DATI ASSISTITO

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Cod. fiscale _____

RUOLO	NOMINATIVO	Coinvolto approfondimento valutativo a T ₀	Coinvolto approfondimento valutativo a T ₁	Coinvolto approfondimento valutativo a T ₂

DEFINIZIONE sintetica del PROBLEMA (GLOBALE – SOCIOSANITARIO) a T₀

.....
.....

Responsabile del Progetto (nome/cognome/ruolo).....



SINTESI Valutazione Multidimensionale

AREA	SCALA	Valore misurato T ₀	Fattori osservabili	Valore misurato T ₁	Valore misurato T ₂
Clinico- funzionale	MDS ADL- long form				
	IADL				
	SCHEMA CLINICA				
	SCHEMA INFERMIERISTICA				
Cognitivo- comportamentale	PFEIFFER				
	MDS- COMPORTAMENTO				
	MDS- UMORE				
Socio-ambientale Relazionale	SCHEMA SOCIALE - Adeguatezza ambientale				
	- Copert. Assist. persona				
	- Copert. Assist. ambiente				
	- Copert. Assist. relazioni				
	CBI				

INDENNITA' ACCOMPAGNAMENTO

SI...

NO...

In corso...

PIANO OPERATIVO T.....
Scheda di SINTESI

Obiettivi / Risultati attesi	
Miglioramento/ Rallentamento/ Mantenimento/ Tutela	
Percorso assistenziale	
<p><u>RESIDENZIALE</u></p> <p>Inserimento permanente RSA...<input type="checkbox"/></p> <p>Inserimento temporaneo RSA....<input type="checkbox"/></p>	<p><u>DOMICILIARE</u></p> <p>Residenziale sollievo</p> <p>Inserimento temporaneo RSA...<input type="checkbox"/></p> <p>Domiciliare indiretto/ integrativo</p> <p>Buono servizio.....<input type="checkbox"/></p> <p>Contrib. lavoro cura FAMIGLIA.....<input type="checkbox"/></p> <p>Contrib. lavoro cura ASSIST. FAMIL....<input type="checkbox"/></p>
	<p>Semiresidenziale</p> <p>Frequenza CD... <input type="checkbox"/></p> <p>Frequenza CDA...<input type="checkbox"/></p> <p>Domiciliare diretto</p> <p>Servizio pubblico.....<input type="checkbox"/></p> <p>Servizio privato.....<input type="checkbox"/></p> <p>Rete informale.....<input type="checkbox"/></p>

PIANO OPERATIVO

Schede di DETTAGLIO e di VERIFICA T₁ e T₂

RESIDENZIALE	MODULO	Periodo programmato T ₀	Periodo programmato T ₁	Periodo programmato T ₂
Inserimento - permanente in RSA <input type="checkbox"/> - temporaneo in RSA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Motorio <input type="checkbox"/> Cognitivo <input type="checkbox"/> Stati vegetativi	dal .../.../... al .../.../...	dal .../.../... al .../.../...	dal .../.../... al .../.../...
VERIFICA T₁ e T₂		Periodo effettuato	Periodo effettuato	Periodo effettuato
Inserimento - permanente in RSA <input type="checkbox"/> - temporaneo in RSA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Motorio <input type="checkbox"/> Cognitivo <input type="checkbox"/> Stati vegetativi	dal .../.../... al .../.../...	dal .../.../... al .../.../...	dal .../.../... al .../.../...

DOMICILIARE				
RESIDENZIALE SOLLIEVO	MODULO	Periodo programmato T ₀	Periodo programmato T ₁	Periodo programmato T ₂
Inserimento temporaneo in RSA	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Motorio <input type="checkbox"/> Cognitivo <input type="checkbox"/> Stati vegetativi	dal .../.../... al .../.../...	dal .../.../... al .../.../...	dal .../.../... al .../.../...
VERIFICA T₁ e T₂		Periodo effettuato	Periodo effettuato	Periodo effettuato
Inserimento temporaneo in RSA	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Motorio <input type="checkbox"/> Cognitivo <input type="checkbox"/> Stati vegetativi	dal .../.../... al .../.../...	dal .../.../... al .../.../...	dal .../.../... al .../.../...
SEMIRESIDENZIALE	Accessi / Settimana	Periodo programmato T ₀	Periodo programmato T ₁	Periodo programmato T ₂
Frequenza CD Anziani		dal .../.../... al .../.../...	dal .../.../... al .../.../...	dal .../.../... al .../.../...
Frequenza CD Alzheimer		dal .../.../... al .../.../...	dal .../.../... al .../.../...	dal .../.../... al .../.../...
VERIFICA T₁ e T₂		Periodo effettuato	Periodo effettuato	Periodo effettuato
Frequenza CD Anziani		dal .../.../... al .../.../...	dal .../.../... al .../.../...	dal .../.../... al .../.../...
Frequenza CD Alzheimer		dal .../.../... al .../.../...	dal .../.../... al .../.../...	dal .../.../... al .../.../...

DOMICILIARE INDIRETTO / INTEGRATIVO	QUANTITA'	Periodo programmato T₀	Periodo programmato T₁	Periodo programmato T₂
Contributo per assist. domiciliare indiretta	€. mese	dal .../.../... al .../.../...	dal .../.../... al .../.../...	dal .../.../... al .../.../...
Contributo per lavoro di cura FAMIGLIA	€. mese	dal .../.../... al .../.../...	dal .../.../... al .../.../...	dal .../.../... al .../.../...
Contributo per lavoro di cura ASSISTENTE FAMILIARE	€. mese	dal .../.../... al .../.../...	dal .../.../... al .../.../...	dal .../.../... al .../.../...
VERIFICA T₁ e T₂		Periodo effettuato	Periodo effettuato	Periodo effettuato
Contributo per assist. domiciliare indiretta	€. mese	dal .../.../... al .../.../...	dal .../.../... al .../.../...	dal .../.../... al .../.../...
Contributo per lavoro di cura FAMIGLIA	€. mese	dal .../.../... al .../.../...	dal .../.../... al .../.../...	dal .../.../... al .../.../...
Contributo per lavoro di cura ASSISTENTE FAMILIARE	€. mese	dal .../.../... al .../.../...	dal .../.../... al .../.../...	dal .../.../... al .../.../...

DOMICILIARE DIRETTO						
Assistenza Servizio pubblico	ATTIVITA' programmate T₀	Accessi / settimana	ATTIVITA' Programmate T₁	Accessi / settimana	ATTIVITA' Programmate T₂	Accessi / settimana
Ruolo Operatore						

DOMICILIARE DIRETTO						
Assistenza Servizio privato	ATTIVITA' programmate T ₀	Accessi / settimana	ATTIVITA' Programmate T ₁	Accessi / settimana	ATTIVITA' Programmate T ₂	Accessi / settimana
Ruolo Operatore						

DOMICILIARE DIRETTO						
Assistenza Rete informale	ATTIVITA' programmate T ₀	GG / settimana	ATTIVITA' Programmate T ₁	GG / settimana	ATTIVITA' Programmate T ₂	GG / settimana
Ruolo						

PERIODO PROGRAMMATO T₀ da/...../..... a/...../.....

PERIODO EFFETTUATO da/...../..... a/...../.....

PERIODO PROGRAMMATO T₁ da/...../..... a/...../.....

PERIODO EFFETTUATO da/...../..... a/...../.....

PERIODO PROGRAMMATO T₂ da/...../..... a/...../.....

PERIODO EFFETTUATO da/...../..... a/...../.....

ALTRI INTERVENTI	
TIPOLOGIA	DESCRIZIONE
VERIFICA T ₁ e T ₂	DESCRIZIONE

DATA VERIFICA T₁ PROGRAMMATA.....

Sintesi della VERIFICA T₁ DEL PIANO OPERATIVO

.....

.....

DATA VERIFICA T₂ PROGRAMMATA.....

Sintesi della VERIFICA T₂ DEL PIANO OPERATIVO

.....

.....

DATA VERIFICA T_n PROGRAMMATA.....



VALUTAZIONE DEI RISULTATI DEL PROGETTO ASSISTENZIALE PERSONALIZZATO (P.A.P.)

SINTESI DELLA VALUTAZIONE DEI RISULTATI (GLOBALI – SOCIO SANITARI) a T₁

(miglioramento).....

(rallentamento/mantenimento).....

(peggioramento).....

(tutela).....

A SEGUITO DELLA VERIFICA DEL PROGETTO ASSISTENZIALE:

- è stato modificato il PIANO OPERATIVO
- è appropriato il PIANO OPERATIVO già definito, che viene riconfermato fino al
- il caso è stato chiuso il, perché

SINTESI DELLA VALUTAZIONE DEI RISULTATI (GLOBALI – SOCIO SANITARI) a T₂

(miglioramento).....

(rallentamento/mantenimento).....

(peggioramento).....

(tutela).....

A SEGUITO DELLA VERIFICA DEL PROGETTO ASSISTENZIALE:

- è stato modificato il PIANO OPERATIVO
- è appropriato il PIANO OPERATIVO già definito, che viene riconfermato fino al
- il caso è stato chiuso il, perché

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

Scheda Progetto e Rivalutazione / Verifica

Obiettivo della scheda.....	Definire il Progetto Assistenziale Personalizzato e verificare il raggiungimento degli obiettivi assistenziali a seguito di rivalutazione a T₁ e T₂
Progetto assistenziale personalizzato..... P.A.P.	Viene definito dalla UVM e contiene: <ul style="list-style-type: none"> - la definizione sintetica e globale del problema a partire dai bisogni espressi dalla persona e dalla famiglia; - i bisogni e le funzionalità evidenziate dalla valutazione multidimensionale; - i risultati attesi, misurabili, concreti e definiti nel tempo; - il piano operativo, che definisce le azioni/interventi necessari al raggiungimento dei risultati attesi.
Unità Valutativa Multidisciplinare.....	Sede: indicare se UVM zonale o di presidio distrettuale (in questo caso specificare il presidio). In tabella vanno indicati solo i <i>presenti</i> alla seduta della UVM: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ruolo</i>: es. medico distretto, mmg, assist. sociale, infermiere, caposala, amministrativo, terap. riabilitazione, specialista (specificare), ecc. - <i>Coinvolto approfondimento valutativo</i>: compilare questo campo se il professionista ha partecipato alla raccolta delle informazioni valutative sulla persona nei diversi T previsti.
Definizione sintetica del problema.....	Il Problema è una definizione <i>sintetica e globale</i> che individua i fattori causali ed eventuali altri determinanti della condizione di bisogno, sulla base delle informazioni raccolte a partire dai bisogni espressi dalla persona e dalla famiglia e nel corso della valutazione cognitivo-comportamentale, funzionale-organica e socio-relazionale ambientale.
Responsabile del Progetto.....	È il responsabile della realizzazione del progetto assistenziale, cui è affidato il compito di garantire modalità operative idonee ad assicurare la continuità assistenziale, individuando le soluzioni concrete che meglio possono consentire, per l'attuazione del progetto, l'apporto integrato delle professionalità e l'attivazione dei servizi previsti. È il garante del collegamento fra la UVM e la persona assistita o la sua famiglia.
Sintesi della Valutazione Multidimensionale.....	Riportare i punteggi ottenuti nelle singole scale / schede delle Procedure valutative multidimensionali. Per quanto riguarda la scheda clinica: riportare il numero di patologie indicate come causa di non autosufficienza. Per quanto riguarda la Scheda infermieristica: riportare il livello di complessità. I <u>fattori osservabili</u> sono gli <i>elementi critici</i> rilevati attraverso la valutazione multidimensionale, sui quali si concentrerà l'assistenza e sui quali si progetterà l'obiettivo assistenziale. Dovranno pertanto essere espressi in termini di scala di valutazione o subscale o indicatore qualitativo concordato in sede di UVM.

Indennità di accompagnamento.....	Segnare se la persona percepisce l'indennità o meno o se ha in corso l'iter procedimentale.
PIANO OPERATIVO..... Scheda di sintesi	<p>Il Piano Operativo è la parte del P.A.P. che definisce le azioni/interventi necessari al raggiungimento degli obiettivi prefissati e dei risultati attesi.</p> <p>In questa parte della scheda è possibile avere il quadro sintetico del Piano Operativo progettato dalla UVM nel corso di tutto il periodo della presa in carico, monitorando il cambiamento della condizione di salute attraverso la rivalutazione e la comparazione dei valori misurati a T_0 - T_1 e T_2 segnati nella tabella precedente.</p> <p>Indicare nel titolo della pagina il tempo T al quale fa riferimento la definizione del piano operativo. Ad ogni modifica degli obiettivi e del percorso assistenziale allegare una nuova pagina di Sintesi. Se ai diversi T non si rilevano modifiche, confermare invece il piano operativo precedente.</p> <p>Gli <u>obiettivi/ risultati attesi</u> del P.A.P. definiti a partire dai <i>fattori critici osservati</i>, dovranno essere indicati in modo quanto più dettagliato, specifico e operativo possibile, ed in termini di <i>miglioramento/ rallentamento/ mantenimento/ tutela</i> delle condizioni di salute e di vita della persona. Ciò permetterà, in sede di rivalutazione di verificare l'obiettivo come <u>risultato atteso</u> in termini di aumento/ diminuzione/ mantenimento del valore ottenuto in una scala (o una subscala o un singolo indicatore quali-quantitativo prescelto).</p> <p><u>Es.</u> A seguito di VMD è stato rilevato come critico il <i>Fattore osservabile</i>: scala BADL, sottoscala/item Alimentazione. <i>Obiettivo/risultato atteso</i>: migliorare la capacità di alimentarsi autonomamente. <i>Valore misurato T_1 e T_2</i>: indicare il punteggio ottenuto a T_1 nella scala totale e nella sottoscala alimentazione e valutarne lo spostamento in termini di miglioramento/ rallentamento/ mantenimento o in termini di peggioramento rispetto al valore misurato a T_0.</p> <p>Indicare infine il percorso assistenziale appropriato programmato dalla UVM.</p>

PIANO OPERATIVO.....
Schede di Dettaglio e Verifica a T₁ e T₂

Nelle schede successive viene definito il dettaglio delle azioni assistenziali indicate sinteticamente nella scheda precedente di sintesi del Piano Operativo:

- dettaglio del Percorso Residenziale: permanente/ temporaneo (non di sollievo)
- dettaglio del Percorso Domiciliare: residenziale di sollievo/ semiresidenziale/ indiretto-integrativo/ diretto

Il *percorso residenziale* prevede l'indicazione della tipologia modulare nella quale si prevede l'inserimento permanente o temporaneo, come da Delib.402/04:

- Non autosufficienza stabilizzata = Modulo base
- Disabilità prevalentemente di natura motoria = Modulo motorio
- Disabilità prevalentemente di natura cognitivo- comportamentale = Modulo cognitivo
- Stati vegetativi persistenti e terminali = Modulo stati vegetativi

Il *percorso semiresidenziale* prevede l'indicazione della tipologia del Centro Diurno e del numero degli accessi settimanali programmati:

- Centro diurno anziani
- Centro diurno Alzheimer

Il *percorso domiciliare indiretto/integrativo* comprende:

- Contributo per assistenza domiciliare indiretta: è il contributo economico erogato alla famiglia per l'acquisto di servizi e prestazioni private.
- Contributo lavoro cura FAMIGLIA: è il contributo economico che viene erogato alle famiglie che si impegnano ad assistere la persona al domicilio, affrontandone anche i costi.
- Contributo lavoro cura ASSIST. FAMILIARE: è il contributo economico che viene erogato alle famiglie che hanno un assistente familiare/ badante con contratto di lavoro regolare.

Il *percorso domiciliare diretto* comprende:

- l'assistenza erogata dal servizio pubblico: riguarda tutti i servizi a gestione diretta e indiretta erogati dal servizio pubblico sociosanitario, es. mmg, a.s., inferm, ota, oss, ecc.;
- l'assistenza erogata dal servizio privato: comprende tutti servizi erogati da attori diversi da quelli ricompresi nel servizio pubblico e prescinde dal soggetto che copre la spesa (es. l'assistente familiare/badante è servizio privato anche quando coperto con contribuzione pubblica);
- l'assistenza erogata dalla rete informale: familiare e non familiare, es. vicini di casa, amici, volontariato.

Tutte le attività indicate nel percorso domiciliare sono classi di prestazioni *programmate*. Si tratta infatti solitamente di PAP che hanno una validità temporale che va dai 3 ai 6-12 mesi. Il dettaglio delle prestazioni *effettuate* sarà registrato nel diario giornaliero tenuto presso il domicilio della persona e/o presso il distretto, così come tutte le modifiche non sostanziali del piano operativo.

Altri interventi.....	Specificare quali altre azioni/ interventi vengono progettate per la persona e fanno parte del PAP. Es. Eliminazione barriere architettoniche, contributo affitto, contributo ad integrazione del reddito, sorveglianza attiva, trasporto sociale, ecc. Nelle DESCRIZIONI indicare brevemente i parametri temporali e quantitativi dell'intervento.
Data verifica programmata.....	La rivalutazione è prevista: - <i>secondo le scadenze programmate dalla UVM</i> in sede di progettazione; - <i>al bisogno</i> , cioè a seguito di segnalazione di una modifica sostanziale delle condizioni di salute dell'assistito.
Sintesi della verifica del piano operativo..	Riguarda la verifica relativa allo svolgimento o meno del Piano operativo, così com'era stato programmato. Non riguarda la condizione di salute della persona o il raggiungimento o meno degli obiettivi. Indicare sinteticamente se il Piano operativo ha subito lievi modifiche, se è stato effettuato o meno e, in caso negativo, il perché.
Valutazione dei risultati del progetto..... assistenziale personalizzato	Indicare sinteticamente i risultati del Progetto assistenziale personalizzato, in termini di miglioramento/ rallentamento/ mantenimento/ peggioramento/ tutela, della condizione di salute della persona e come l'UVM decide di procedere nel percorso assistenziale.

SCHEDA SOTTOSCRIZIONE PAP

DATI ASSISTITO

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data nascita _____

Codice Fiscale _____

Residenza: Regione _____

Comune _____

Indirizzo _____

- Elementi descrittivi di sintesi del PERCORSO assistenziale definiti nel PAP:

Residenziale

Domiciliare Livello isogravit  1 2 3 4 5

Allegare PIANO OPERATIVO del PAP debitamente compilato (da pag.4 a pag.7 del PAP)

- Obiettivi PAP (in termini di miglioramento/rallentamento/mantenimento/tutela)

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

- Pacchetto Isorisorse: €.....

- Valutazione ISEE: compartecipazione €.....

- Periodo totale programmato di assistenza (dal.....al.....)

- Data di verifica programmata

- Responsabile del progetto

Nome/Cognome.....

Ruolo professionale.....

Recapiti.....

Data e luogo.....

IL COORDINATORE UVM

.....

L'ASSISTITO/FAMILIARE

.....