

LA GIUNTA REGIONALE

- a) vista la legge regionale 4 settembre 2001, n. 18 (“Approvazione del piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002/2004”) come modificata ed integrata dalla legge regionale 11 dicembre 2001, n. 38, ed in particolare il paragrafo “Anziani” del capitolo “L’integrazione socio-sanitaria”;
- b) vista la legge regionale 15 dicembre 1982, n. 93 e successive modificazioni ed integrazioni, (“Testo unico delle norme regionali in materia di promozione dei servizi a favore delle persone anziane ed inabili”);
- c) richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 1074 in data 9 aprile 2004, concernente “Approvazione dell’importo e delle modalità di erogazione dei finanziamenti da assegnare agli Enti gestori di servizi per anziani ed inabili per l’anno 2004, nonché delle direttive applicative, ai sensi della l.r. 93/1982”;
- d) richiamate le deliberazioni della Giunta regionale:
 - n. 2387 in data 2 luglio 2001, concernente “Approvazione della composizione, delle competenze e delle modalità di funzionamento delle Unità di Valutazione Geriatrica, dei criteri e dei punteggi per la formazione delle graduatorie per l’accesso ai servizi per anziani e inabili di cui alla l.r. 93/1982, nonché della modulistica relativa ai servizi medesimi”;
 - n. 4229 in data 12 novembre 2001 concernente “Integrazione all’allegato A alla deliberazione della Giunta regionale n. 2387 in data 2 luglio 2001”;
 - n. 4336 in data 29 novembre 1999 concernente “Approvazione dell’istituzione del servizio sperimentale di Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) nel Comune di Aosta e del documento – A.D.I. Città di Aosta ipotesi di organizzazione del servizio -”;
 - n. 1528 in data 22 aprile 2003 concernente “Approvazione dell’estensione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) sperimentata nella città di Aosta”;
 - n. 5043 in data 23 dicembre 2002 , con la quale si approvava la ricostituzione - per il triennio 2003/2005 - delle Unità di Valutazione Geriatrica;
- e) richiamata inoltre la circolare dell’Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali n. 5 in data 16 febbraio 1999, recante disposizioni per l’accesso ai servizi per anziani;
- f) considerato che, sulla base dell’esperienza acquisita dagli operatori sociosanitari nel corso degli ultimi anni, ivi inclusa la sperimentazione A.D.I. di cui alle deliberazioni sopra richiamate, è stata evidenziata la necessità di alcune modificazioni ed integrazioni alla modulistica per l’accesso ai servizi per anziani e inabili ed alla modulistica da utilizzare per i rapporti tra U.V.G, coordinatrici dei servizi per anziani, utenti e Enti gestori;
- g) preso atto che tali modificazioni sono il risultato di due gruppi di lavoro tecnici interistituzionali che hanno visto attivamente coinvolti rappresentanti dell’Assessorato Sanità Salute e Politiche Sociali, dell’Azienda U.S.L. della Valle d’Aosta, del Comune di Aosta, del Consorzio Trait d’Union e dei Medici di assistenza primaria ;
- h) evidenziato che lo scopo della modulistica di cui trattasi è di permettere una valutazione multidisciplinare per l’accesso ai servizi, la presa in carico dell’utente, la definizione di un

progetto e il monitoraggio dello stesso, in modo da consentire ai responsabili della gestione dei servizi di rispondere in maniera corretta ed efficiente alle effettive necessità degli utenti;

- i) tenuto conto che alcuni allegati alla citata deliberazione della giunta regionale n. 2387 del 2 luglio 2001 non richiedono sostanziali modificazioni e mantengono pertanto la loro validità e considerato, peraltro, che l'esigenza di consentire a tutti gli operatori un agevole consultazione degli strumenti di lavoro, in modo da evitare di doversi riferire a più documenti nei quali siano esposte le disposizioni e la modulistica in ordine ai servizi per anziani, rende necessaria la redazione di un' unica raccolta di documentazione;
- j) ritenuto opportuno posporre al 1° luglio 2004 l'applicazione del contenuto della presente deliberazione, così da consentire lo svolgimento di una capillare azione d' informazione sugli strumenti di lavoro e sulle loro finalità;
- k) ritenuta opportuna, dopo un anno dall'approvazione, una valutazione da parte dei gruppi di lavoro di cui al precedente punto f), sull' appropriatezza ed utilità della documentazione approvata con il presente atto;
- l) ritenuto opportuno demandare all'approvazione di successivi atti le modalità organizzative e gestionali relativamente al servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.);
- m) richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 5016 in data 30 dicembre 2003, concernente l'approvazione del bilancio di gestione per il triennio 2004/2006, con attribuzione alle strutture dirigenziali di quote di bilancio e degli obiettivi gestionali correlati e di disposizioni applicative;
- n) richiamato l'obiettivo n. 143201 "Interventi per lo sviluppo di servizi per anziani";
- o) visto il parere favorevole di legittimità rilasciato dal Capo servizio del Servizio disabili e anziani dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali ai sensi del combinato disposto degli artt. 13 - comma 1 - lett. "e" e 59 - comma 2 - della legge regionale n. 45/1995 e successive modificazioni sulla presente proposta di deliberazione;
- p) su proposta dell'Assessore Sanità, Salute e Politiche Sociali, Antonio Fosson;
- q) ad unanimità di voti favorevoli

DELIBERA

- 1) di approvare, per i motivi esposti in premessa, le disposizioni inerenti alla composizione, alle competenze e alle modalità di funzionamento delle Unità di Valutazione geriatrica, dei criteri e punteggi per la formazione delle graduatorie per l'accesso alle strutture semi-residenziali e residenziali, della modulistica per l'accesso ai servizi per anziani ed inabili (residenziali, semi-residenziali e assistenza domiciliare integrata) di cui alla l.r. 93/1982, come da allegati A, B, C, D ed E alla presente deliberazione - di cui costituiscono parte integrante e sostanziale:
 - a) allegato A - composizione, competenze delle U.V.G. e modalità per il funzionamento delle stesse;
 - b) allegato B - modulistica da utilizzare ai fini dell'accesso ai servizi per anziani ed inabili (residenziali, semi-residenziali, assistenza domiciliare integrata);

- c) allegato C - modulistica da utilizzare nei rapporti tra U.V.G., coordinatrice dei servizi per anziani, utenti, Enti gestori e Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali;
 - d) allegato D - modulistica da utilizzare per l'inserimento nei servizi residenziali e semi-residenziali e per l'avvio del servizio di assistenza domiciliare integrata (rapporti tra Enti e utenti);
 - e) allegato E - criteri e punteggi per la determinazione delle graduatorie stilate dalle U.V.G. per l'accesso ai servizi residenziali e semi residenziali;
- 2) di stabilire che la modulistica di cui all'allegato B deve essere utilizzata come segue:
- parte prima per l'accesso ai servizi (residenziali semi-residenziali e l'assistenza domiciliare integrata);
 - parte seconda al domicilio, per la predisposizione del progetto per la presa in carico dell'utente (dossier utente domicilio);
 - parte terza nelle strutture residenziali e semi-residenziali per la predisposizione del progetto per la presa in carico dell'utente (dossier utente struttura residenziale);
- 3) di stabilire che la modulistica di cui al precedente punto 2), tranne la scheda di primo contatto, non deve essere compilata su richiesta o iniziativa personale dell'utente, ma compilata a cura delle varie figure professionali previste per la presa in carico dell'utente;
- 4) di stabilire che, per quanto riguarda le modalità di registrazione della corrispondenza in arrivo o in partenza, le U.V.G. devono:
- a) utilizzare, per la corrispondenza concernente l'attività di propria competenza relativa ai singoli casi e per le successive proposte di intervento, un numero di riferimento interno annotato su di un apposito registro tenuto dalle segretarie delle U.V.G. medesime (con validità esterna);
 - b) trasmettere esclusivamente al Servizio Disabili e Anziani dell'Assessorato Sanità Salute e Politiche Sociali tutta la corrispondenza concernente problematiche o valutazioni di carattere generale, anche se scaturite da un singolo caso, che l'Assessorato potrà trasmettere ad altri Enti con proprie note di accompagnamento;
- 5) di stabilire che venga utilizzata, la modulistica approvata dalla presente deliberazione a decorrere dal 1° luglio 2004;
- 6) di stabilire che, dopo un anno dall'approvazione della presente deliberazione, venga effettuata dalla competente struttura una valutazione sull'appropriatezza ed utilità della modulistica ivi contenuta e di demandare eventuali aggiornamenti e modificazioni della stessa a provvedimento del competente dirigente;
- 7) di revocare le deliberazioni della Giunta regionale n. 2387 in data 2 luglio 2001 concernente "Approvazione della composizione, delle competenze e delle modalità di funzionamento delle Unità di Valutazione Geriatrica, dei criteri e punteggi per la formazione delle graduatorie per l'accesso ai servizi per anziani di cui alla l.r. 93/1982 nonché della modulistica relativa ai servizi medesimi" e n. 4229 in data 12 novembre 2001 concernente "Integrazione all'allegato A alla deliberazione della Giunta regionale n. 2387 in data 2 luglio 2001.

ALLEGATO “A”

UNITÀ DI VALUTAZIONE GERIATRICA

COMPETENZE E FUNZIONI

L’Unità di Valutazione Geriatrica – di seguito definita, per brevità, U.V.G. - è il gruppo multidisciplinare che realizza l’integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari nonché fra interventi ospedalieri e territoriali, ispirandosi ai principi della valutazione funzionale multidimensionale. Nell’ambito di ciascuno dei quattro distretti sociosanitari in cui è diviso il territorio regionale è attiva una U.V.G..

Nell’ambito del sistema dei servizi alle persone anziane, i compiti assegnati all’U.V.G. sono i seguenti:

- 1) esaminare le proposte di inserimento in strutture residenziali e semi-residenziali avanzate dalle équipes multiprofessionali di zona (costituite dagli operatori di riferimento del domicilio dell’utente: medico di medicina generale, assistente sociale, infermiere professionale e assistente domiciliare e dei servizi tutelari), relative esclusivamente a persone di età pari o superiore a 65 anni;
- 1bis) esaminare in via del tutto eccezionale persone di età compresa tra i 55 e 65 anni con patologie che necessitano di assistenza erogabile presso strutture sia semi residenziali che residenziali. In tali casi:
 - l’Unità di Valutazione Geriatrica verrà integrata dall’assistente sociale di base, dal medico curante della persona richiedente nonché dal medico specialista che la abbia in carico;
 - un eventuale inserimento dovrà essere inizialmente limitato ad un periodo massimo di prova di 2 mesi , con successiva rivalutazione ;
 - l’U.V.G. dovrà specificatamente valutare se le condizioni psicofisiche, nonché le esigenze di assistenza del richiedente siano compatibili con le situazioni degli ospiti della struttura nella quale si prevede di inserire lo stesso richiedente.
- 2) disporre l’utilizzo della rete dei servizi residenziali sociosanitari e pertanto decidere in via esclusiva l’inserimento e la dimissione degli utenti;
- 3) definire e verificare il programma di lavoro individualizzato per ogni utente inserito in struttura.

Le funzioni di coordinamento dell’U.V.G. sono espletate dal coordinatore dei servizi per anziani, come previsto dalla circolare dell’Assessorato della Sanità, Salute e Politiche Sociali n. 24 del 3 giugno 1997.

Le funzioni di segreteria sono svolte da personale amministrativo dipendente dagli Enti gestori dei servizi per anziani; il segretario dell’U.V.G. non ha diritto di voto.

I componenti dell’U.V.G. prestano la loro opera nell’ambito dei normali orari di lavoro, senza aggravio di spesa per le amministrazioni di appartenenza.

La circolare dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali n. 5 del 16 febbraio 1999 precisa sia il flusso delle domande di accesso ai servizi che i tempi massimi per ciascun adempimento.

COMPOSIZIONE

- 1) La composizione delle Unità di Valutazione Geriatrica di ciascuno dei quattro distretti sociosanitari è la seguente :
 - a) Il dirigente medico di secondo livello della U.B di Geriatria, o suo delegato;
 - b) n. 1 coordinatore infermieristico (dipendente dell'Azienda USL);
 - c) n. 1 assistente sociale (dipendente regionale) avente funzioni di coordinatore dei servizi per anziani;
 - d) n. 1 coordinatore fisioterapista o suo delegato (dipendente dell'Azienda USL).

Nel distretto n. 2, in aggiunta a quelle sopra indicate, sono inoltre previste le seguenti figure:

- e) n. 1 coordinatore infermieristico operante nel territorio del Comune di Aosta (dipendente dell'Azienda USL);
- f) n. 1 assistente sociale (dipendente del Comune di Aosta).

RIUNIONI

Le riunioni sono convocate, con cadenza almeno mensile, dal coordinatore dei servizi per anziani, con preavviso scritto inviato a ciascuno dei membri dell'U.V.G. almeno cinque giorni prima della data stabilita per la riunione .

Tenuto conto che durante le riunioni dell'U.V.G. vengono esaminati e discussi documenti contenenti dati sensibili in base alla definizione data dalla legge 31 dicembre 1996, n. 675 e successive modificazioni ed integrazioni, le sedute dell'U.V.G. non sono aperte al pubblico.

In relazione alla complessità di singoli casi, l'U.V.G. può essere integrata da altre figure professionali su richiesta dei suoi componenti.

Eventuali casi urgenti vengono esaminati dal coordinatore dell'U.V.G., il quale autorizza l'eventuale inserimento e, nella prima riunione in calendario, li presenta all'esame dell'U.V.G. per la convalida delle decisioni assunte, come previsto dalla citata circolare regionale n. 5 in data 16 febbraio 1999.

Le riunioni dell'U.V.G. sono valide quando sono presenti :

- per i distretti nn. 1, 3 e 4 : il coordinatore, il geriatra ed un altro componente;
- per il distretto n. 2: il coordinatore, il geriatra ed altri due componenti.

Le decisioni assunte dall'U.V.G sono valide se sono assunte dalla maggioranza dei presenti; qualora le decisioni non siano assunte all'unanimità, se ne dà atto nel verbale.

Al termine di ogni riunione viene redatto dal segretario un apposito verbale sintetico firmato dal segretario stesso e successivamente inviato a tutti i membri dell'U.V.G.

L'U.V.G ED IL TERRITORIO

L'U.V.G. per impiegare in modo ottimale la rete dei servizi deve disporre di dati aggiornati sui posti disponibili. A tal fine, l'assistente sociale coordinatore dei servizi per anziani trasmette alla sede dell'U.V.G. entro il giorno previsto per la riunione, e comunque ogni volta che si verificano dei cambiamenti, una comunicazione scritta utilizzando il modello di cui all'allegato C), contrassegnato con la sigla 21/C.

L'U.V.G. E L'ASSESSORATO REGIONALE SANITÀ, SALUTE E POLITICHE SOCIALI.

Al termine di ogni semestre, ciascuna U.V.G., utilizzando lo schema tipo di cui all'allegato C - modelli contrassegnati con le sigle 18/C e 19/C, trasmette alla Direzione delle Politiche Sociali i seguenti dati: numero totale riunioni U.V.G., numero casi esaminati per ogni seduta, totale ore per riunione e presenze dei componenti.

Entro il 31 maggio di ogni anno, ciascuna U.V.G. redige una relazione che delinei il quadro complessivo dell'attività svolta nell'anno precedente e la invia alla Direzione delle Politiche Sociali; nella relazione dovranno essere evidenziati gli aspetti di positività e di criticità del percorso lavorativo e potranno essere avanzate eventuali proposte di miglioramento o di cambiamento riguardo all'attività delle U.V.G..

ALLEGATO B

Questo allegato comprende la modulistica per l'accesso ai servizi.

La prima parte comprende l'analisi della domanda, la valutazione e i pareri tecnici delle équipe multiprofessionali e delle Unità di Valutazione Geriatrica. Dal B 1 al B 20

La seconda parte comprende "dossier utente domicilio" da lasciare a casa dell'utente. Dal B 21 al B 26

La terza parte comprende "dossier utente struttura". Dal B 27 al B 45

Parte prima

B 1 B 20

Scheda di primo contatto sociale/sanitaria

Data _____ Distretto _____ Comune _____

U.B. di _____ (nel caso venga eseguita c/o presidio ospedaliero)

Richiesta (1) “ _____

_____ ”

(1) Trascrivere letteralmente la richiesta usando le stesse parole del richiedente.

Chi fa la richiesta: Nome e Cognome _____

Indirizzo _____

Tel. _____ a che titolo _____

Per chi si chiede: Nome e Cognome _____

Sesso: m f

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Indirizzo (residenza e/o domicilio) _____

_____ Tel. _____

Medico di Medicina Generale: _____

Firma del richiedente: _____

Compilato da:

Qualifica	Nome e cognome	Firma

INFORMAZIONI AI SENSI DELL'ART. 10 DELLA LEGGE N. 675/1996

1. Trattamento dei dati personali

La legge 31 dicembre 1996, n. 675 *“Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”* ha introdotto un sistema di tutela nei confronti dei trattamenti che vengono effettuati sui dati personali: di seguito si illustra sinteticamente come verranno utilizzati tali dati contenuti nella modulistica per l'accesso ai servizi e quali sono i diritti che il cittadino ha a questo proposito.

2. Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge n. 675/1996 sul trattamento dei dati personali

La Regione Autonoma Valle Aosta (di seguito: Regione) informa che la modulistica per l'accesso ai servizi socio-assistenziali contiene sia dati personali che dati sensibili, relativi ai servizi sociali richiesti nella stessa scheda. Tali dati saranno forniti dalla Regione ad altri soggetti pubblici, quali, ad esempio, l'ente gestore dei servizi per anziani (Comune, Consorzio di Comuni o Comunità montana), l'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta (di seguito: U.S.L.) come pure a cooperative sociali, nell'eventualità che l'ente gestore dei servizi si sia convenzionato con esse. I dati verranno forniti per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali, nei limiti stabiliti dalla legge e dai regolamenti.

3. Dati personali e dati sensibili

I dati personali richiesti, così come i dati sensibili relativi allo stato di salute, devono essere obbligatoriamente indicati perché la Regione e gli altri soggetti tenuti possano compiere l'esame della domanda e decidere in merito ad essa, ai sensi della legge regionale 15.12.1982, n. 93 *“Testo unico delle norme regionali in materia di promozione di servizi a favore delle persone anziane ed inabili”*, nonché delle norme amministrative di applicazione, contenute nelle direttive annuali impartite dalla Giunta regionale con propria deliberazione. La mancata o parziale indicazione dei dati sia personali che sensibili comporterà l'impossibilità della valutazione della domanda da parte dell'équipe sociosanitaria distrettuale: di conseguenza, la domanda sarà respinta perché incompleta.

4. Modalità del trattamento

I dati personali e sensibili contenuti nella modulistica per l'accesso ai servizi socio-assistenziali verranno trattati con modalità sia manuali che informatizzate e con logiche pienamente rispondenti alla finalità da perseguire. Nessuno dei dati personali e sensibili viene diffuso né comunicato a soggetti estranei alle attività socio-assistenziali, ad eccezione degli operatori direttamente interessati alla valutazione del singolo caso ed alla successiva presa in carico della persona che ha fatto richiesta di servizio.

5. Titolari del trattamento

Titolari del trattamento sono:

- per la città di Aosta: Il Comune di Aosta, nella persona del Dirigente del V Settore - Servizi Sociali – Corso Padre Lorenzo, 29, 11100 Aosta (Tel. 0165.277811);
- per tutti gli altri Comuni della Valle d'Aosta: la Regione, nella persona del Coordinatore del Dipartimento sanità, salute e politiche sociali – Via De Tillier, 30, 11100 Aosta (Tel. 0165.274215).

Per consentire l'esame e la valutazione della richiesta avanzata nella scheda di primo contatto, i dati in essa contenuti sono comunicati agli operatori dell'équipe sociosanitaria distrettuale ed, eventualmente, anche agli operatori delle Unità di Valutazione Geriatrica. Per consentire l'attivazione del servizio, i dati sono comunicati all'ente gestore e, nella misura in cui ciò sia richiesto dal tipo di servizio da attivare, anche al personale sanitario dell'U.S.L. addetto al servizio.

6. Diritti dell'interessato

Presso il titolare o i responsabili del trattamento l'interessato potrà accedere ai propri dati personali per verificarne l'utilizzo o, eventualmente, per correggerli, aggiornarli nei limiti previsti dalla legge, ovvero per cancellarli od opporsi al loro trattamento, se trattati in violazione di legge.

RACCOLTA DATI

Data compilazione _____

Nome _____ data di nascita _____

Residenza: _____ via _____ Tel. _____

Domicilio _____ cod. fiscale _____

Titolo godimento dell'abitazione: Proprietà / usufrutto altro _____
Affitto _____
Ospite _____

Stato civile: coniugato/a separato/divorziato vedovo celibe/ nubile
Istruzione: nessun titolo licenza elementare scuole medie inf./avviamento
 scuola professionale medie superiori laurea

Ultima professione: _____

Invalidità civile: SI _____% NO Assegno di accompagnamento SI NO

DOMANDA DI INTERVENTO

La persona è informata della domanda ? SI NO _____

Iniziativa della domanda: dall'interessato _____
 dai famigliari _____
 da altri _____
 da altri servizi _____

TIPOLOGIA DELLA DOMANDA:

aiuto domestico	igiene personale
disbrigo pratiche / spese, piccole commissioni	compagnia
trasporto / accompagnamento	fornitura / preparazione pasto
lavanderia	aiuti economici
prestazioni infermieristiche	attività di riabilitazione
accoglienza temporanea in struttura	accoglienza definitiva in struttura
accoglienza diurna	sistemazione alloggiativa
altro _____	

Persona di riferimento da contattare

Cognome e nome _____

Via _____ Comune _____

Tel (casa, lavoro, cell.) _____ grado di parentela _____

Elenco parenti (nelle ultime righe indicare cumulativamente i parenti esistenti ma non significativi per il progetto assistenziale)														
Nr.	Cognome e nome	Parentela ¹	Anno di nascita	Professione	Indirizzo e telefono	lontananza ²	intensità attivazione attuale ³	si occupa di ⁴			Intensità attivazione possibile	si occuperà di ⁴		
								B.I.	I.A.D.L.	supervisione		B.I.	I.A.D.L.	supervisione
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
ALTRE PERSONE ATTIVE (compreso personale privato)														
1														
2														
3														
ASSISTENZA PUBBLICA ATTIVA (segnare i servizi)														
SERVIZIO RESIDENZIALE (Quale?)					TELESOCCORSO									
SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE (Quale?)														
SERVIZI A DOMICILIO (Quale?) ⁶														
Note:														
1: C= coniuge, F1=figlio/a, FR = fratello/sorella, G = genitore, NO = nonno/a, ND = nipote diretto, NI = nipote indiretto, NU = genero/nuora, AL = altro familiare, VI = amici/vicini														
2: C= convivente, V = immediate vicinanze, 15=entro 15 minuti, 30=entro 30 minuti, 60=entro un'ora, 0=oltre un'ora														
3: indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'assistenza o lo è stata finora														
4: crocettare se si occupa di B.I. (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti), I.A.D.L. (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia), supervisione (diurna e/o notturna)														
5: indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui si prevede che la persona possa essere presente nell'assistenza per il futuro.														
6: indicare quale tipo di servizio è erogato: aiuto domestico, igiene personale, disbrigo pratiche/ commissioni, compagnia, trasporto / accompagnamento, fornitura / preparazione pasto, lavanderia, servizi infermieristici, attività di riabilitazione.														

RELAZIONI SOCIALI

Come trascorre la giornata: _____

Riceve visite da: figli parenti vicini amici volontari
altro _____

A quali attività socializzanti partecipa: circoli culturali vacanze organizzate, gite
attività "lavorativa" attività motoria altro _____

Storia personale utente: _____

Notizie sulla famiglia: _____

Esistenza di eventuali situazioni conflittuali: _____

VALUTAZIONE FINALE DELL'ASSISTENTE SOCIALE

ASSISTENTE SOCIALE _____

Data _____

Firma _____

Raccolta dati sotto il profilo sociale

Analisi delle singole parti.

Scheda di 1° contatto: come prima, integrata solamente dallo spazio per indicare il nome del medico di medicina generale.

Pagina n. 1: composta dai dati anagrafici, abitativi, grado di istruzione, invalidità e tipologia della domanda presentata ai servizi, a questi dati viene aggiunto il nominativo della persona di riferimento contattabile.

Pagina n. 2: tabella riportante in modo sintetico le risorse dell'interessato, il livello di coinvolgimento nell'assistenza e funzioni svolte nei suoi confronti, oltre alla segnalazione della presenza di servizi pubblici già attivati.

Pagina n. 3: notizie dettagliate rispetto all'abitazione e alla situazione reddituale.

Pagina n. 4: viene inserito un aspetto non presente nella precedente raccolta dati e fa riferimento all'area relazionale in aggiunta a quello già esistente sulla storia personale e familiare dell'utente. La pagina si conclude con uno spazio dedicato alla valutazione finale dell'assistente sociale. Rispetto alla precedente documentazione, è stata eliminata la parte relativa alle capacità e risorse attuali della persona, perché già raccolte e in modo più efficace dall'infermiera attraverso la compilazione delle schede di autonomia.

SCHEDA SANITARIA
MEDICA

NOME _____ COGNOME _____ NATO _____ IL _____

N° LIBRETTO SANITARIO _____ N° ESENZIONE _____ TICKET _____

MEDICO DI BASE _____ TEL _____

MEDICO _____ U.B. _____

ANAMNESI FAMILIARE E ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA: _____

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA: _____

Data dell'inizio dell'attuale ricovero ospedaliero _____

Data dell'intervento chirurgico _____

Data dell'inizio intervento riabilitativo _____

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO: _____

NOTE ED EVENTUALI ALLERGIE _____

ESAME OBIETTIVO: _____

1) APPARATO CARDIOVASCOLARE:

Polso: _____ P.A.: _____

ECG: _____

Eventuali consulenze cardiologiche _____

Decubito obbligato Si No

Portatore di Pace-Maker Si No

Terapia anticoagulante Si No

Monitoraggio Domiciliare - ECG Si No

2) APPARATO RESPIRATORIO:

Eventuale ossimetria Si No

Necessita di FKT respiratorio Si No

Respiratore/ventilatore Si No

Broncoaspiratore Si No

Presenza di tracheotomia Si No

O2 terapia Si No

terapia

3) APPARATO DIGERENTE

Stato nutrizionale norm ale eccessivo carente
Peso _____ Altezza _____

Difficoltà di masticazione No Si Adentulia con pro tesi

Mangia da solo No Si

Alcool No Si Moderato

Fumo No Si Moderato

Nutrizione enterale No Si

Nutrizione parenterale No Si

Presenza di Ileostomia Temporanea Definitiva

Presenza di Colostomia Temporanea Definitiva

Incontinenza fecale No Saltuaria Permanente

Tipo di alvo

4) APPARATO OSTEO-ARTICOLARE

<i>Mobilità</i>	Normale		
<i>Cammina con ausilio</i>	ausilio strumentale	con persona	
	costretto su sedia	a letto	
<i>Fa le scale</i>	Si	No	
<i>E' in grado di usare la toilette da solo</i>	Si	No	
<i>Sta effettuando riabilitazione per la patologia in corso</i>	Si	No	
<i>E' in progetto la richiesta di intervento riabilitativo per la tipologia in corso</i>	Si	No	
<i>E' utile una consulenza fisioestetapica per la patologia in corso</i>	Si	No	
<i>Carico concesso</i>	Si	No	da _____
<i>Mobilizzazione</i>	Si	No	da _____

5) APPARATO GENITO-URINARIO

<i>Incontinenza urinaria</i>	No	Saltuaria	Permanente
<i>Portatore di pannolone</i>	Permanente	Temporaneo	
<i>Portatore di catetere</i>	Permanente	Temporaneo	
<i>Catetere</i>	_____		
<i>Presenza di urostomia</i>	No	Si	

6) SISTEMA NERVOSO CENTRALE

a) Disturbi psichici			Specificare
<i>del linguaggio</i>	Si	No	_____
<i>della comprensione</i>	Si	No	_____
<i>della memoria</i>	Si	No	_____
<i>dell'orientamento spaziale</i>	Si	No	_____
<i>dell'orientamento temporale</i>	Si	No	_____
<i>del sonno</i>	Si	No	_____
<i>del comportamento</i>	Si	No	_____
<i>dell'umore</i>	Si	No	_____

a) Disturbi motori

7) SISTEMA NERVOSO PERIFERICO

<u>Vista</u> <i>deficit</i>	No		
	Si	Corretto	Non corretto
		Glaucoma	Altro
<u>Udito</u> <i>deficit</i>	No		
	Si	Corretto	Non corretto
		lieve	Grave

8) SISTEMA ENDOCRINO

9) APPARATO CUTANEO

<i>cute</i>	Integra		
	Arrossamenti reversibili		
	Lesioni da decubito		
		Sede	_____
			1° gra do
			2° gra do
			3° gra do
			4° gra do
	Terapia : topica secondo Protocollo LDD		
	Ausili antidecubito	Si	No
	(sec. la scala di Norton)		
	Allegare schede		

10) PRESTAZIONI SANITARIE

<i>Controllo pressione arteriosa</i>	Si	No	Frequenza
<i>Glicemia (stick glicemico)</i>	Si	No	Frequenza
<i>Terapia iniettiva</i>	Si	No	Frequenza

<i>Terapia infusiva</i>	Si	No	Frequenza
<i>Medicazioni</i>	Si	No	Frequenza
<i>Prelievi periodici</i>	Si	No	Frequenza
<i>Nutrizione artificiale</i>	Si	No	Frequenza
<i>Gestione stomia</i>	Si	No	Frequenza
<i>Altro</i>			
<i>Eventuali</i>			<i>problemi</i>

Ai sensi dell'art. 1 lettera A dell'Accordo Integrativo Regionale per i medici di medicina generale, approvato con deliberazione dell Giunta Regionale n° 3883 in data 21.10.2002 in applicazione del D.P.R. 484/96, la presente scheda deve esser compilata senza alcun onere per l'utente , in quanto già remunerata dall'Azienda USL della Valle d'Aosta

DATA _____

FIRMA _____

RACCOLTA DATI INFERMIERISTICA

Data compilazione _____

Cognome _____

Nome _____

U.B. _____

Data di nascita _____ Et  _____ Nazionalit  _____

Indirizzo _____

Recapito telefonico _____ N° Libretto sanitario _____

Medico di MMG _____

BISOGNO DI RESPIRAZIONE

Respiro	Normale <input type="checkbox"/>	Colorito cute	Normale <input type="checkbox"/>
	Alterato <input type="checkbox"/>		Alterato <input type="checkbox"/>
Colorito mucose	Normale <input type="checkbox"/>	Colorito letto ungueale	Normale <input type="checkbox"/>
	Alterato <input type="checkbox"/>		Alterato <input type="checkbox"/>

Utilizza particolari ausili/accorgimenti _____

Altro _____

BISOGNO DI ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE

Alimentazione	Autonomo <input type="checkbox"/>	Peso _____ Altezza _____	
	Dipendente <input type="checkbox"/>		
	Mangia con aiuto <input type="checkbox"/>		
Stato nutrizionale	Normale <input type="checkbox"/>	Presenza di disfagia	NO <input type="checkbox"/>
	Alterato <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>

Assume dieta _____

Utilizza particolari ausili/accorgimenti _____

Altro _____

BISOGNO DI ELIMINAZIONE URINARIA E INTESTINALE

Minzione	Continente <input type="checkbox"/>	Alterazioni _____
	Incontinente <input type="checkbox"/>	
	Incontinenza occasionale <input type="checkbox"/>	

Caratteri delle urine _____

Utilizza particolari ausili/accorgimenti _____

Altro _____

Alvo	Continente	<input type="checkbox"/>			
	Incontinente	<input type="checkbox"/>			
	Incontinenza occasionale	<input type="checkbox"/>			
Caratteri delle feci _____					
Tipo di alvo _____					
Utilizza particolari ausili/accorgimenti _____					

Altro _____					

Utilizzo dei servizi igienici	Autonomo	<input type="checkbox"/>	Dipendente	<input type="checkbox"/>	Con aiuto <input type="checkbox"/>
Altro _____					

BISOGNO DI IGIENE E ABBIGLIAMENTO					
Abbigliamento	Autonomo	<input type="checkbox"/>	Dipendente	<input type="checkbox"/>	Con aiuto <input type="checkbox"/>
Igiene personale	Autonomo	<input type="checkbox"/>	Dipendente	<input type="checkbox"/>	Con aiuto <input type="checkbox"/>
Bagno	Autonomo	<input type="checkbox"/>	Dipendente	<input type="checkbox"/>	Con aiuto <input type="checkbox"/>
Utilizza particolari Prodotti/ausili/accorgimenti _____					

Altro _____					

BISOGNO DI MOVIMENTO					
Deambulazione	Autonomo per > 50 m	<input type="checkbox"/>			
	Con aiuto per > 50 m	<input type="checkbox"/>			
	Conduce la carrozzina per > 50 m	<input type="checkbox"/>			
	Dipendente	<input type="checkbox"/>			
Trasferimento sedia/letto/sedia	Autonomo per > 50 m	<input type="checkbox"/>			
	Con un minimo di aiuto	<input type="checkbox"/>			
	Dipendente ma sta seduto sul letto	<input type="checkbox"/>			
	Non sta seduto da solo	<input type="checkbox"/>			
Salire le scale	Autonomo	<input type="checkbox"/>			
	Con aiuto	<input type="checkbox"/>			
	Incapace	<input type="checkbox"/>			
Utilizza particolari Prodotti/ausili/accorgimenti _____					

Altro _____					

BISOGNO DI RIPOSO E SONNO

Ore di sonno notturne _____
 Abitudini _____

Risvegli notturni NO
 SI

Utilizza particolari prodotti/ausili/accorgimenti _____

Altro _____

BISOGNO DI MANTENERE LA FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA

Polso _____
 PAO _____

Presenza di edemi NO
 SI

Cute integra NO
 SI

Indice di NORTON _____

	Sacro	Rachide	Tallone	Malleolo	Occipite	Trocantere	Altra sede
Stadio 1							
Stadio 2							
Stadio 3							
Stadio 4							

Presenza di dolore in sede di lesione NO
 SI

Presenza di dolore al cambio della medicazione NO
 SI

Utilizza particolari presidi/ausili/accorgimenti _____

Altro _____

BISOGNO DI UN AMBIENTE SICURO

La persona è portatrice di: CVC Altri presidi a rischio di infezione _____

Necessita di aiuto per:

- prevenire il rischio di caduta
- sbarre al letto
- mezzi di contenzione
- utilizzare i sistemi di chiamata
- altro

Utilizza particolari presidi/ausili/accorgimenti _____

BISOGNO DI INTERAZIONE NELLA COMUNICAZIONE

UDITO		VISTA		TATTO	
Normale	<input type="checkbox"/>	Normale	<input type="checkbox"/>	Normale	<input type="checkbox"/>
Alterato	<input type="checkbox"/>	Alterato	<input type="checkbox"/>	Alterato	<input type="checkbox"/>

Utilizza particolari presidi/ausili/accorgimenti _____

Linguaggio

- Normale
- Alterato, ma esprime il suo pensiero
- Si comprendono solo parole isolate
- Afasico
- Si esprime in lingua _____

La persona appare

- Collaborante
- Vigile
- Orientata
- Confusa
- Agitata
- Soporosa
- In coma
- Altro

Utilizza particolari presidi/ausili/accorgimenti _____

Altro _____

BISOGNO DI PROCEDURE TERAPEUTICHE

Autonomo

Dipendente

Conosce l'effetto dei farmaci che assume SI NO

Conosce il dosaggio dei farmaci che assume SI NO

Conosce le modalità di conservazione dei farmaci che assume SI NO

Conosce il comportamento da assumere in caso di errata assunzione SI NO

Utilizza particolari accorgimenti/ausili per la gestione della terapia SI NO

È in autocura NO

SI _____

Altro _____

OSSERVAZIONI

Conosce la propria diagnosi NO

SI

BISOGNI COMPROMESSI

		Richiedono intervento infermieristico			
Respirare	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> Chi _____
Alimentarsi e idratarsi	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> Chi _____
Eliminare	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> Chi _____
Lavarsi	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> Chi _____
Muoversi	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> Chi _____
Riposare e dormire	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> Chi _____
Mantenere la funzione cardiocircolatoria	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> Chi _____
Mantenere un ambiente sicuro	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> Chi _____
Comunicare	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> Chi _____
Procedure terapeutiche	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> Chi _____

IMPOSTATO

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| Pianificazione assistenziale | <input type="checkbox"/> |
| Fiche _____ | <input type="checkbox"/> |
| Fiche _____ | <input type="checkbox"/> |
| Fiche _____ | <input type="checkbox"/> |
| Fiche _____ | <input type="checkbox"/> |
| Fiche _____ | <input type="checkbox"/> |
| Fiche _____ | <input type="checkbox"/> |
| Interventi di educazione sanitaria | <input type="checkbox"/> |

Eventuali problemi che il ricovero crea nell'organizzazione della vita dell'utente o della sua famiglia .

Firma Infermiere _____

Legenda raccolta dati

Nella valutazione dei bisogni verificare:

Respiro

Dispnea, segnalare di che tipo (espiratoria, inspiratoria, parossistica notturna, cardiaca, ecc.)
Secrezioni / Tosse (secca, produttiva e caratteristiche dell'espettorato)
Cianosi
Cannula tracheale
Utilizzo domiciliare di O₂terapia
Dolore (pleurico, intercostale, ecc.)
Tabagismo (media delle sigarette/die)

Alimentazione e idratazione

SNG, Gastrostomia, Protesi dentaria, ecc.
Nausea /Vomito
Disfagia (per liquidi o solidi)
Appetito (nella norma, scarso, poco/nullo)
Abitudini alimentari, intolleranze o dieta seguita a domicilio
Necessità di aiuto per assumere la posizione, tagliare gli alimenti, assumere pasti o bevande per bocca o per via enterale

Eliminazione urinaria e intestinale

Alterazioni della minzione (ritenzione urinaria, stranguria, pollachiuria, disuria, poliuria, oliguria, anuria, ecc.)
Caratteristiche dell'urina (colore, aspetto, quantità) e alterazioni
Alterazioni dell'alvo (stipsi, diarrea, meteorismo, ecc.)
Caratteristiche dell'alvo (frequenza, data ultima evacuazione, colore, ecc.)
Catetere vescicale (data di posizionamento)
Stomie
Uso di diuretici, clisteri, alimenti, lassativi, ecc.)
Necessità di aiuto per recarsi in bagno, utilizzo di presidi, gestione stomia, ecc.

Igiene e abbigliamento

Caratteristiche della cute Secchezza, ipersecrezioni, ecc.)
Necessità di aiuto per utilizzare prodotti o ausili, recarsi in bagno, vestirsi, eseguire l'igiene parziale, totale, ecc.

Movimento

Alterazioni dell'apparato muscolo scheletrico (dolore e sede, disturbi dell'equilibrio, astenia, ecc.)
Uso di ausili/presidi per la mobilizzazione, protesi, FKT
Grado di autonomia nel movimento

Riposo e sonno / Difficoltà di addormentamento, insonnia

Funzione cardiocircolatoria

Rilevare PAO e FC
Presenza di lesioni da compressione (sede e stadio)
Edemi e sede
Dolore durante la deambulazione o a riposo e sede

Ambiente sicuro

Presenza di eventuali presidi a rischio di infezione durante il ricovero e loro sede
Necessità di presidi per ridurre il rischio di cadute
Abitudini rispetto al microclima
Intolleranze a rumori, odori o altro

Comunicazione

Integrità di vista, udito e tatto
Protesi/lenti
Linguaggio (presenza di alterazioni e grado)
Utilizzo di linguaggio dialettale
Lingua straniera
Stato di coscienza

Procedure terapeutiche / Assunzione domiciliare di farmaci, modalità e grado di conoscenza

SCHEDA RACCOLTA DATI FISIOTERAPICA

B 4

Cognome e nome _____ Data _____

Diagnosi _____

Intervento del FKT _____ Richiesto da _____

Motivo _____

COLLABORAZIONE	1	2	3	4	NOTE
Collaborante in tutte le attività della vita quotidiana					
Va stimolato					
Completamente apatico					
Non si può esigere collaborazione					

TRASFERIMENTI

Si gira nel letto					
Sa posturarsi (si sistema cuscini, coperte, cambia posizione alle gambe, ecc.)					
Fa il ponte (solleva il bacino puntando i piedi)					
Si siede sul letto					
Seduto sul letto (con gambe fuori dal letto mantiene posizione senza sostegni)					
Letto – carrozzina - letto					
Carrozzina – water – carrozzina					
Carrozzina–vasca da bagno o doccia					
Uso della carrozzina (la usa per spostarsi, mette e toglie i braccioli)					
Da seduto a stazione eretta					
Stazione eretta *					

DEAMBULAZIONE

N.B.: Deambulazione: se il paziente è autonomo nella deambulazione ma è a rischio cadute, eseguire TINETTI

Deambula all'interno					
Deambula all'esterno					
Raccoglie oggetti da terra					
Si accovaccia e si rialza da terra					
Supera piccoli ostacoli (fino a 7-8 cm.)					
Apri / chiude le porte					
Scende / sale le scale					

IGIENE PERSONALE

Fare bagno/doccia						
Toilette intima						
Lavarsi il viso						
Pulirsi i denti						
Pettinarsi						
Radersi						

ALIMENTAZIONE

Usa il cucchiaino						
Usa la forchetta						
Usare il coltello						
Usa il bicchiere						
Usa la bottiglia						

ABBIGLIAMENTO

Uso di biancheria intima						
Uso di camicie/golf – capacità di abbottonarsi						
Uso di gonna o pantaloni						
Uso di calze/collant						
Uso di scarpe						

ATTIVITÀ VARIE

Scrivere						
Sfogliare il giornale						
Uso della chiave						
Uso delle forbici						
Uso di utensili elettrici						
Attività lavorative manuali						

CONCLUSIONI

Legenda: 1 incapace 2 assistito 3 con ausilio da solo 4 indipendente

* in caso si evidenzino problemi a mantenere la stazione eretta autonomamente, il fisioterapista effettua il test dell'equilibrio e del cammino "Tinetti".

RACCOLTA DATI LOGOPEDICA

NOME E COGNOME _____

Data _____

DISTURBI COMUNICATIVI E LINGUISTICI

Livello emotivo-relazionale

Spinta volitiva ovvero desiderio di comunicare

Intenzionalità comunicativa

Regole conversazionali (rispetto o meno dell'alternanza dei ruoli)

Umore / Sentimenti

Interessi

La persona appare:

- presente;
- confusa;
- curiosa;
- sfiduciata;
- depressa;
- sofferente.

Livello impressivo

Vista

- deficit assente;
- deficit presente corretto con occhiali da vista;
- deficit presente non corretto;
- tipo di deficit _____;
- grado di deficit: occhio destro _____, occhio sinistro _____;
- emianopsia

Udito

- deficit assente;
- deficit presente corretto con protesi acustiche;
- deficit presente non corretto;
- tipo di deficit _____;
- grado di deficit: orecchio destro _____; orecchio sinistro _____.
- sordità centrali

Livello integrativo

COSCIENZAATTENZIONECONCENTRAZIONEMEMORIEORIENTAMENTO SPAZIO-TEMPORALE

LINGUAGGIO

Lingua madre

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> italiano | <input type="checkbox"/> patois |
| <input type="checkbox"/> francese | <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____ |

Comprensione orale

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Comprende tutto | <input type="checkbox"/> Comprende frasi semplici |
| <input type="checkbox"/> Comprende parole isolate | |
| <input type="checkbox"/> Comprende parti del discorso all'interno del contesto | |
| <input type="checkbox"/> Non comprende | <input type="checkbox"/> Comprensione non valutabile |
| <input type="checkbox"/> Comprende solo la prosodia ma non il significato letterale della frase | |
| <input type="checkbox"/> Non comprende la prosodia pertanto interpreta alla lettera le frasi che sente | |
| <input type="checkbox"/> Non comprende l'umorismo | |

Comprensione scritta

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Comprende tutto | <input type="checkbox"/> Comprende frasi semplici |
| <input type="checkbox"/> Comprende parole isolate | <input type="checkbox"/> Non comprende |
| <input type="checkbox"/> Comprensione non valutabile | |

Produzione orale

- Difficoltà espressive assenti ed eloquio intelligibile.
- Ha difficoltà espressive lievi (l'eloquio è comprensibile nella maggior parte dei casi nonostante alcune lievi omissioni e alterazioni della struttura morfosintattica, delle parole e di parti di parola).
- Ha difficoltà espressive medie (l'eloquio è comprensibile con difficoltà a causa di alcune omissioni e alterazioni della struttura morfosintattica, delle parole e di parti di parola).
- Ha difficoltà espressive gravi (l'eloquio è quasi incomprensibile a causa delle omissioni e alterazioni della struttura morfosintattica, delle parole e di parti di parola).
- Ripete correttamente ma ha difficoltà nell'eloquio spontaneo.
- Non è in grado di esprimere giudizi.
- Ha difficoltà nell'articolazione delle parole (rallentamento o alterazione dell'articolazione).

Produzione scritta

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Scrive senza difficoltà. | <input type="checkbox"/> Sa scrivere spontaneamente. |
| <input type="checkbox"/> Sa scrivere sotto dettatura. | <input type="checkbox"/> Sa copiare. |
| <input type="checkbox"/> Lateralità manuale premorbosa _____. | |
| <input type="checkbox"/> Lateralità manuale attuale _____. | |
| <input type="checkbox"/> Non può scrivere per difficoltà motorie agli arti superiori. | |

Canali comunicativi privilegiati in comprensione

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Udito | <input type="checkbox"/> Vista |
|--------------------------------|--------------------------------|

Canali comunicativi privilegiati in produzione

- Linguaggio orale
- Linguaggio scritto
- Contatto oculare o sguardo
- Espressione gestuale o segnica (cerchiare)
- Espressione mimica
- Ausili (tavola comunicativa, PC, ecc.): descrizione

Eventuale controcannula occlusiva.

FIRMA OPERATORE _____

Nome dell'esaminato

Età

SCALA DELLE ATTIVITA' STRUMENTALI QUOTIDIANE (I.A.D.L.)

A) Capacità di usare il telefono

- | | |
|---|---|
| ① Usa il telefono di propria iniziativa, stacca il microfono e compone il numero, ecc.: | 1 |
| ② Compone solo alcuni numeri ben conosciuti: | 1 |
| ③ Risponde al telefono ma non è capace di comporre il numero: | 1 |
| ④ Non è capace di usare il telefono: | 0 |

B) Fare acquisti

- | | |
|---|---|
| ① Fa tutte le proprie spese senza aiuto: | 1 |
| ② Fa piccoli acquisti senza aiuto: | 0 |
| ③ Ha bisogno di essere accompagnato quando deve acquistare qualcosa | 0 |
| ④ Completamente incapace di fare acquisti | 0 |

C) 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 pubblici se assistito o accompagnato da qualcuno | 1 |
| ④ Può spostarsi soltanto con taxi o auto e con l'assistenza degli altri | 0 |
| ⑤ Non si sposta per niente | 0 |

D) Responsabilità nell'uso dei medicinali

- | | |
|--|---|
| ① Prende le medicine che gli sono state affidate, in dosi e tempi giusti | 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 |

E) Capacità di maneggiare il denaro

- | | |
|--|---|
| ① Maneggia le proprie finanze in modo indipendente
(riscuote ed amministra i propri introiti, pensione, ecc.) | 1 |
| ② E' in grado di fare piccoli acquisti ma non quelli importanti | 1 |
| ③ E' incapace di maneggiare i soldi | 0 |

F) Preparazione del cibo

- | | |
|---|---|
| ① Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati autonomamente | 1 |
| ② Prepara pasti adeguati se sono approvvigionati gli ingredienti | 0 |
| ③ Scalda e serve pasti preparati oppure prepara cibi ma non mantiene una dieta adeguata | 0 |
| ④ Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti | 0 |

G) Governo della casa

- | | |
|---|---|
| ① Mantiene la casa da solo o con occasionale assistenza
(per es. aiuto per i lavori pesanti) | 1 |
| ② Esegue i compiti quotidiani leggeri ma non mantiene
un accettabile livello di pulizia della casa | 1 |
| ③ Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di mantenimento della casa | 1 |
| ④ Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa | 0 |

H) Biancheria

- | | |
|--|---|
| ① Fa il bucato personale completamente | 1 |
| ② Lava le piccole cose (sciacqua le calze, fazzoletti, ecc.) | 1 |
| ③ Tutta la biancheria deve essere lavata da altri | 0 |

NUMERO DELLE FUNZIONI MANCANTI

(rispetto al totale delle prestazioni abitualmente svolte dal soggetto esaminato)

Con indicazione delle lettere mancanti

(Si considera mancante la funzione con punteggio 0)

Data _____ Firma dell'esaminatore _____

S.P.M.S.Q. (Short Portable Mental Status Questionnaire)

COGNOME _____ NOME _____ Età _____

+	-
---	---

		1. Che giorno è oggi (giorno, mese, anno)?
		2. Che giorno della settimana?
		3. Quale è il nome di questo posto?
		4. Qual è il suo numero di telefono?
		5. Quanti anni ha?
		6. Quando è nato?
		7. Chi è l'attuale Papa?
		8. Chi era il precedente Papa?
		9. Qual era il nome di sua madre prima di sposarsi?
		10. Faccia 20 - 3 e ora ancora - 3 fino a 2
		<i>Totale errori</i>

Modificare il totale degli errori in relazione al grado di istruzione:

Grado di istruzione

1. analfabeta = sottrarre 1 errore
2. scuole elementari = sottrarre 1 errore
3. scuole medie = invariato
4. scuole superiori = invariato
5. oltre le scuole superiori = aggiungere 1 errore

N° FINALE di errori

- | | | | |
|------------|--------|---|-------------------------|
| 0 - 1 - 2 | errori | = | deterioramento ASSENTE |
| 3 - 4 | errori | = | deterioramento LIEVE |
| 5 - 6 - 7 | errori | = | deterioramento MODERATO |
| 8 - 9 - 10 | errori | = | deterioramento GRAVE |

Data _____ Eseguito da _____

VALUTAZIONE PER S.P.M.S.Q.(Short Portable Mental Status Questionnaire)

S.P.M.S.Q. : un breve strumento per valutare i deficit cognitivi negli anziani.

Lo S.P.M.S.Q. è uno strumento di 10 item, facilmente utilizzabile sia in ambulatorio sia in ospedale. Questo strumento è stato standardizzato e validato. Nel corso del processo di standardizzazione e di validazione il test è stato somministrato a 997 anziani residenti nel loro domicilio, a 141 anziani inviati in clinica per problemi psichiatrici, medici e sociali e a 102 anziani istituzionalizzati.

Si è visto che la razza e il livello culturale della persona devono essere tenuti in considerazione nella valutazione dei risultati. Sono stati definiti 4 livelli:

- 1) normali funzioni mentali;
- 2) 2) lieve deficit;
- 3) 3) deficit moderato;
- 4) 4) grave deficit.

Nei 141 pazienti inviati in clinica i risultati del test sono stati correlati con la diagnosi e si è osservato un elevato grado di concordanza tra la diagnosi clinica di sindrome organica cerebrale (demenza) e i punteggi del test che indicavano una demenza moderata o grave.

E' stato elaborato questo nuovo strumento per valutare i deficit cognitivi degli anziani perché gli strumenti già esistenti sono più complessi per cui molti anziani non sono in grado di collaborare.

Nell'elaborare questo test si è cercato di raggiungere i seguenti obiettivi:

1. valutare diversi aspetti della funzione mentale comprendendo la memoria a breve e lungo termine, l'orientamento spaziale, informazioni sull'attualità e la capacità di fare brevi operazioni matematiche;
2. brevità e possibilità di portarlo con sé;
3. includere tutta la gamma di possibilità dal normale al gravemente patologico e, quindi, di poterla utilizzare sia in comunità che sul territorio;
4. misurare l'influenza sui risultati del test del livello culturale della razza e del sesso.

Ad ogni paziente devono essere fatte tutte e 10 le domande e non deve essere permesso che si aiuti guardando un calendario o leggendo la data sul giornale; il rifiuto di rispondere a una domanda è considerata come un errore.

Nel rispondere alle 10 domande il paziente non deve aiutarsi (o essere aiutato) in nessun modo.

- la risposta alla domanda n.1 deve considerarsi corretta solo nel caso siano esatti il mese, il giorno del mese e l'anno;
- la risposta alla terza domanda (nome del luogo), deve considerarsi corretta quando viene data una esatta definizione del luogo: casa propria e città/ospedale e nome dell'ospedale/casa di riposo;
- per verificare la correttezza della risposta n.4 è necessario conoscere il numero di telefono del paziente o questi deve essere in grado di ripetere lo stesso numero in un altro punto del test; se non ha il telefono si chiede il suo indirizzo (via e numero);
- la risposta n.6 è corretta quando sono esatti giorno, mese e anno di nascita,
- la risposta alla domanda n.9 non deve essere verificata; deve considerarsi corretta se il paziente dice il nome di una donna e un cognome diverso dal proprio;
- per considerare la risposta alla domanda n.10 tutta la serie di calcoli deve essere fatta senza errori.

Ovvie le risposte alle altre domande non indicate.

Sia la razza che il livello culturale influiscono sui risultati del test per cui se ne deve tenere conto nello stabilire il punteggio totale.

È quindi necessario modificare il totale degli errori in relazione al grado di istruzione, come riportato sul test stesso.

BARTHEL INDEX

Valutazione attività di base della vita quotidiana

COGNOME _____ NOME _____ Età _____

<i>Data</i>								
Alimentazione 10 indipendente 5. con aiuto 0. dipendente								
Bagno 5. indipendente 0. dipendente								
Igiene personale 5. si lava il viso, i denti, si pettina 0. dipendente								
Abbigliamento 10 indipendente 5. con aiuto 0. dipendente								
Alvo 10 continente 5. occasionale incontinenza 0. incontinente								
Minzione 10 continente 5. occasionale incontinenza 0. incontinente								
Servizi igienici 10 indipendente 5. con aiuto 0. dipendente								
Trasferimento sedia - letto - sedia 15 indipendente 10 con un minimo di aiuto 5. dipendente (ma sta seduto sul letto da solo) 0. non sta seduto sul letto da solo								
Deambulazione in piano 15 indipendente per > 50 m 10 con aiuto per > 50 m 5. conduce la carrozzina per > 50 m 0. dipendente								
Salire le scale 10 indipendente 5. con aiuto 0. incapace								
<i>Totale</i>								
Firma operatore								

Punteggio < 40: gravemente dipendente; 40 - 60: mediamente dipendente; > 60: lievemente dipendente

CRITERI PER LA VALUTAZIONE DELL'INDICE DI BARTHEL INDEX

Alimentazione	10 = Indipendente	Il paziente è in grado di consumare il pasto quando il cibo viene posto a portata di mano. Può utilizzare dispositivi di ausilio se questi sono richiesti ma solo per raccogliere il cibo Tagliare i cibi, e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.
	5 = Con aiuto	E' necessario qualche aiuto (taglio del cibo ecc.) Richiede assistenza nelle attività associate come versare il latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare il piatto di portata o altro
	0 = Dipendente	Deve essere imboccato o deve essere alimentato tramite SNG, PEG, ecc.
Bagno	5 = Indipendente	Il paziente può utilizzare una vasca, una doccia e deve essere in grado di svolgere tutte le operazioni richieste da qualunque dei metodi utilizzati senza la presenza di un'altra persona
	0 = Dipendente	Non è in grado di eseguire le attività di cui sopra
Igiene personale	5 = Indipendente	Il paziente è in grado di lavarsi le mani e la faccia, di pettinarsi, di lavarsi i denti e di farsi la barba; può usare qualunque genere di rasoio, ma deve essere in grado di montare la lametta o di inserire la spina del rasoio senza aiuto, nonché di prelevarlo dal cassetto o dal suo astuccio. Le donne devono essere in grado di truccarsi adeguatamente
	0 = Dipendente	Non è in grado di eseguire le attività di cui sopra
Abbigliamento	10 = Indipendente	Il paziente è in grado di indossare, togliersi, abbottonare qualunque indumento e di allacciare le scarpe (a meno che queste non siano sostituite da altri mezzi di allacciatura). Questa attività comprende anche indossare, togliere e allacciare corsetti o ausili ortottici nel caso siano stati prescritti
	5 = Con aiuto	Se il paziente necessita di aiuto nell'indossare, togliere o abbottonare qualche indumento. Almeno la metà del lavoro necessario deve essere svolto dal paziente. Per le donne non è necessario valutare anche l'uso del reggiseno e/o ventriere a meno che non siano capi di vestiario prescritti
	0 = Dipendente	Deve essere vestito da altri
Alvo	10 = Continente	Il paziente è in grado di controllare l'evacuazione e non presenta episodi di incontinenza. È capace di mettersi supposte o praticarsi clisteri microlax quando necessario
	5 = Occasionale incontinenza	Il paziente presenta occasionalmente episodi di incontinenza. È capace di assumere una posizione appropriata ma non di eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza. Necessita di aiuto nell'usare supposte o clisteri o uso di dispositivi come pannolini ecc.
	0 = Incontinente	Incontinente e/o necessita di aiuto per assumere una posizione appropriata e necessita manovre facilitatorie
Minzione	10 = Continente	Il paziente è in grado di controllare la vescica sia di giorno che di notte. I pazienti che utilizzano dispositivi esterni con raccoglitori da gamba devono essere in grado di piazzare il dispositivo autonomamente, di vuotare e pulire il raccoglitore e di rimanere asciutti notte e giorno
	5 = Occasionale incontinenza	Il paziente presenta occasionalmente incontinenza urinaria, non può attendere che gli venga portata la padella, non riesce ad arrivare in tempo al gabinetto o richiede aiuto per l'utilizzazione del dispositivo esterno
	0 = Incontinente	Incontinente e/o dipendente per l'applicazione di dispositivi esterni o interni
Servizi igienici	10 = Indipendente	Il paziente è in grado di utilizzare appropriatamente il W.C., di togliersi e rimettersi gli abiti, di prevenire la loro caduta a terra e di utilizzare la carta igienica senza aiuto. Se si rende necessario utilizzare una padella invece del W.C., il paziente deve essere in grado di collocarla su di una sedia, di vuotarla e di pulirla
	5 = Con aiuto	Quando l'operatore deve accompagnare l'anziano in bagno, aiutandolo anche solo per una funzione sopra descritta
	0 = Dipendente	Totalmente dipendente
Trasferimento o sedia letto sedia	15 = Indipendente	Indipendente in ogni fase di questa attività
	10 = Con un minimo di aiuto	Si rende necessario un minimo di aiuto in alcune fasi di questa attività, oppure il paziente necessita di suggerimenti o controlli in una o più fasi di questa attività
	5 =	Il paziente è in grado di mettersi a sedere sul letto
	0 = Dipendente	Il paziente deve essere trasferito dalla sedia al letto o viceversa
Deambulazione in piano	15 = Indipendente per 50m	Il paziente può camminare per almeno 50 m senza aiuto o supervisione (controllo). Può indossare ausili ortottici o protesi e utilizzare grucce, bastoni o ausili per la deambulazione ma senza ruote. È capace di portare una protesi, se necessario bloccarla o sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano.
	10 = Con aiuto per 50m	Il paziente richiede aiuto o supervisione durante una delle operazioni precedenti, ma è in grado di camminare per almeno 50 metri con poco aiuto. Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la loro manipolazione e supervisione durante il cammino
	5 = In carrozzella per 50m	Se il paziente non è in grado di camminare ma può far muovere una carrozzina autonomamente. Deve essere capace di girare attorno agli angoli, di invertire la direzione e di manovrare la carrozzina per dirigersi verso il tavolo, il letto, il bagno ecc. Deve essere in grado di far muovere la carrozzina per almeno 50 metri. Non assegnare punteggio a questa funzione se il paziente ha ottenuto un punteggio per la deambulazione e/o autonomo negli spostamenti in casa
	0 =	Totalmente dipendente
Salire le scale	10 = Indipendente	Il paziente è in grado di salire e scendere una rampa di scale senza pericolo e senza aiuto o controllo. Possono essere usati il corrimano, i bastoni e le grucce quando necessario. Deve essere in grado di portare i bastoni o le grucce mentre sale o scende le scale
	5 = Con aiuto	Il paziente richiede aiuto o controllo per espletare le operazioni sopra descritte
	0 = Incapace	

VALUTAZIONE PER LA SCHEDA

Comportamenti che rendono difficoltosa la “gestione” in comunità dell’ospite con deterioramento mentale

Vagabondaggio def. Il vagare da un luogo a un altro senza un programma preordinato.

Lieve quando il vagabondare è all’interno di una struttura sia questa una microcomunità o il domicilio dell’utente e accada in modo occasionale
(mass 1 volta al mese)

Grave quando il vagabondare avviene all’esterno di una struttura o del domicilio dell’utente o avvenga all’interno di una struttura più di una volta al mese.

Agitazione psicomotoria def l’agitare, l’agitarsi, stato di eccitazione, turbamento.

Si intende persona che esegue azioni afinalistiche o che ha comportamenti aggressivi verbali e/o gestuali nei confronti di chi l’assiste.

Occasionale quando l’evento succede da 1 volta al mese a 2-3 volte al mese

Frequente quando l’evento succede più di 3 volte al mese.

TEST DELL'EQUILIBRIO E DEL CAMMINO TINETTI

Nome e Cognome _____

Data di nascita _____

Diagnosi _____

Data dell'esame _____

EQUILIBRIO

Istruzioni: Il soggetto è seduto su una sedia rigida senza braccioli. Testare le seguenti manovre:

- | | | |
|--|--|-------------------------|
| 1. Equilibrio da seduto | Si tiene alla sedia, scivola dalla sedia
Siede stabile sicuro | = 0
= 1 _____ |
| 2. Alzarsi | Incapace senza aiuto
Capace ma usa le mani per aiutarsi
Capace senza l'uso delle mani | = 0
= 1
= 2 _____ |
| 3. Tentativi per alzarsi | Incapace senza aiuto
Capace ma richiede più di un tentativo
Capace con un tentativo | = 0
= 1
= 2 _____ |
| 4. Equilibrio in piedi
(primi 5 secondi) | Instabile (barcolla, muove i piedi, oscilla col tronco)
Stabile ma usa ausili o afferra q.c. per tenersi
stabile senza ausili o supporti | = 0
= 1
= 2 _____ |
| 5. Equilibrio in piedi | Instabile
Stabile ma a base allargata o con ausili
Stabile a base d'appoggio normale e senza ausili | = 0
= 1
= 2 _____ |
| 6. Spinta lieve
(Il soggetto è in stazione eretta a piedi uniti, l'esaminatore lo spinge lievemente sullo sterno col palmo della mano) | Inizia a cadere
Barcolla, si aggrappa ma si tiene su
Stabile | = 0
= 1
= 2 _____ |
| 7. Occhi chiusi | Instabile | = 0 |

(Stessa posizione del 6)	Stabile	= 1 _____
8. Girarsi di 360°	Passi discontinui	= 0
	Passi continui	= 1 _____
	Instabile(si aggrappa barcolla)	= 0
	Stabile	= 1 _____
9. Sedersi	Insicuro (non valuta le distanze cade sulla sedia)	= 0
	Usa le braccia o il movimento non è fluido	= 1
	Sicuro, movimento fluido.	= 2 _____

Punteggio equilibrio _____/16

CAMMINO

Istruzioni : Soggetto in piedi vicino all'esaminatore; cammina lungo il corridoio o attraversa la stanza, inizialmente con il suo passo abituale, poi ritorno con passo rapido ma sicuro (usando il proprio ausilio).

10. Inizio del cammino (Immediatamente dopo avergli detto di partire)	Qualche esitazione o diversi tentativi per partire	= 0
	Nessuna esitazione	= 1 _____
11. Lunghezza e altezza del passo	a) Il piede destro (In fase oscillatoria)	
	Non supera il sx. con un passo	= 0
	Supera il sx. con un passo	= 1 _____
	Non viene sollevato da terra completamente	= 0
	Viene sollevato da terra completamente	= 1 _____
	b) Il piede sx (in fase oscillatoria)	
	Non supera il dx. con un passo	= 0
	Supera il dx. con un passo	= 1 _____
	Non viene sollevato da terra completamente	= 0
	Viene sollevato da terra completamente	= 1 _____
12. Simmetria del passo	La lunghezza dei passi appare disuguale	= 0
	La lunghezza dei passi appare uguale	= 1 _____
13. Continuità del passo	Arresto o discontinuità dei passi	= 0
	Passi continui	= 1 _____
14. Traiettorie	Deviazione marcata	= 0
	Lieve deviazione o uso di ausili	= 1
	Nessuna deviazione, senza ausili	= 2 _____
15. Stabilità del tronco	Oscillazioni marcate o uso di ausili	= 0
	Nessuna oscillazione, ma flette le ginocchia o abduce le braccia.	= 1
	nessuna oscillazione né flessione, non si aiuta con le braccia, senza ausili	= 2 _____

16. Base d'appoggio

Base allargata, (caviglie distanti)
Normale, le caviglie si sfiorano

= 0
= 1 _____

Punteggio del cammino _____/12

Punteggio totale _____/28

Un punteggio inferiore a 26 indica normalmente un problema.

Più basso è il punteggio e maggiore è il problema.

Un punteggio inferiore a 19 indica un **rischio di cadute** incrementato di 5 volte.

EVENTUALI OSSERVAZIONI:

Nome e Cognome.....data.....

Rilevazione Carichi del Caregiver (C.B.I.)

Compilatore (psicologo – assistente sociale – medico)

Codice: 0 = mai; 1 = un poco; 2 = moderatamente; 3 = parecchio; 4 = molto. Tot.

Eterosomministrato, i punteggi vanno tutti sommati.

Caregiver Burden Inventory	0	1	2	3	4
Carico Obiettivo					
Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane					
Il mio familiare è dipendente da me					
Devo vigilarlo continuamente					
Devo assisterlo anche per molte delle più semplici attività quotidiane (lavarlo, vestirlo, uso dei servizi igienici)					
Non riesco ad avere un minuto di libertà dai miei compiti di assistenza					
Carico psicologico					
Sento che mi sto perdendo la vita					
Desidererei poter fuggire da questa situazione					
La mia vita sociale ne ha risentito					
Mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo di assistente					
Mi sarei aspettato qualcosa di diverso a questo punto della mia vita					
Carico fisico					
Non riesco a dormire a sufficienza					
La mia salute ne ha risentito					
Il compito di assisterlo mi ha reso più fragile					
Sono fisicamente stanco					
Carico sociale					
Non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di consueto					
I miei sforzi non sono considerati dagli altri famigliari					
Ho avuto problemi con il coniuge					
Sul lavoro non rendo come di solito					
Provo risentimento verso alcuni miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno					
Carico emotivo					
Mi sento in imbarazzo a causa dei comportamenti del mio familiare					
Mi vergogno di lui					
Non mi sento a mio agio quando ho amici in casa					
Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi					
Totale (somma di tutti i codici)...../96					

Stress caregiver: punteggio C.B.I. | ____/96 |

Indice di Norton modificato secondo Stotts (Stotts, 1985)

Cognome e nome _____

INDICATORI	VARIABILI			
CONDIZIONI GENERALI Livelli di assistenza richiesti per ADL, cioè relativi a :cure igieniche, alimentazione, movimenti	<i>Buone</i> Abile ad eseguire le (BI 100)	<i>Discrete</i> Necessita di assistenza per alcune ADL (BI > 60)	<i>Scadenti</i> Richiede assistenza per più ADL (BI tra 60 e 40)	<i>Pessime</i> Totalmente dipendente su tutti gli ADL (BI < 40)
STATO MENTALE Risponde alle domande verbali relative al tempo, spazio e persone in modo soddisfacente e veloce	<i>Lucido</i> Orientato nel tempo, spazio e persone. Risposta rapida	<i>Apatico</i> Orientato nel tempo, spazio e nelle persone, con una ripetizione della domanda	<i>Confuso</i> Parzialmente orientato nel tempo, spazio, persone. La risposta può essere rapida	<i>Stuporoso</i> Totalmente disorientato. La risposta può essere lenta o rapida. Il paziente potrebbe essere in stato comatoso
DEAMBULAZIONE Distanza e indipendenza nella deambulazione	<i>Normale</i> Deambula fino a quando è affaticato. Cammina da solo o con l'assistenza di presidi (es. bastone)	<i>Cammina con aiuto</i> Deambula fino a quando è affaticato. Richiede l'assistenza di una persona per la deambulazione. Può usare anche un presidio.	<i>Costretto su sedia</i> Cammina o si muove soltanto su sedia. (anche se si alza per 1 ora o due durante la giornata)	<i>Costretto a letto</i> Confinato a letto per tutte le 24 ore
MOBILITÀ Quantità e controllo del movimento di una parte del corpo.	<i>Piena</i> Può muovere e controllare le estremità come vuole. Può o non può usare un presidio.	<i>Moderatamente limitata</i> Può usare e controllare le estremità con la minima assistenza di una altra persona. Può o non può usare un presidio.	<i>Molto limitata</i> Limitata indipendenza ai movimenti e al controllo delle estremità. Richiede una maggior assistenza di un'altra persona. Può o non può usare un presidio.	<i>Immobile</i> Non ha indipendenza nel movimento o controllo delle estremità. Richiede assistenza per il movimento di ogni estremità.
INCONTINENZA Valutazione dell'insufficienza del controllo di urine e feci	<i>Assente</i> Non incontinente di urine e/o feci. Può avere un catetere.	<i>Occasionale</i> Incontinenza di urine 1-2 volte/die e/o feci 1 volta/die.	<i>Abituale urine</i> Incontinenza di urine più di 2 volte/die ma non sempre, e/o feci 2-3 volte/die ma non sempre.	<i>Doppia</i> Totale incontinenza di urine e feci

NOTE _____

Totale rischio _____

(rischio lieve: 14 – 12 - Rischio elevato: < 12)

DATA _____

SCHEDA SINTESI
 Documento riservato

Nome e cognome _____

Data _____

PROBLEMI	RISORSE			BISOGNI
	Personali	familiari	comunitarie	

Qualifica	Nome e cognome	Firma

SCHEDA DI PARERE TECNICO REDATTA DALL'ÉQUIPE DI BASE

Documento riservato

I sottoscritti operatori, valutata la richiesta fatta da _____

per _____ di _____

esprimono il seguente parere tecnico _____

Parte riservata all'indicazione dell'assistenza programmata da effettuare ai sensi dell'art. 2 dell'Accordo integrativo regionale dei medici di medicina generale approvato con deliberazione della Giunta Regionale n. 4947 in data 30.12.1997

Qualifica	Nome e Cognome	Firma

Data _____

DOSSIER UTENTE

(Legenda per la compilazione)

Scheda di primo contatto.

La scheda può essere compilata da tutti gli operatori indipendentemente dalla professione. Viene trascritta letteralmente

Scheda raccolta dati.

Comprende i dati raccolti dall'assistente sociale, dal medico di medicina generale o dal medico ospedaliero in caso di ricovero, dall'infermiere. Tale documento può essere integrato da altre raccolte dati compilate da figure professionali diverse qualora se ne ravvisi la necessità: raccolta dati della fisioterapista, della logopedista e degli operatori dell'area psichiatrica.

La raccolta dati viene sempre integrata da schede di valutazione: Barthel Index, S.P.M.S.Q., IADL, scheda di agitazione psico-motoria per persone affette da demenza. Inoltre, in caso di particolari problemi, si possono compilare altre schede quali: Tinetti, indice di Norton, scala di valutazione dello stress familiare.

La scheda di sintesi.

Emerge dall'analisi dei dati e consiste in un momento di lavoro integrato sulla cui base l'équipe deve lavorare per soddisfare i bisogni dell'utente. E' composta da più parti, la prima consiste nell'evidenziazione dei problemi. Sotto il profilo sanitario non deve limitarsi a riprendere le diagnosi già contenute nella scheda sanitaria, ma è importante che emerga l'impatto di queste sulla vita della persona. Sotto il profilo sociale devono essere evidenziati in modo sintetico i problemi relativi alla famiglia, all'abitazione, alla situazione economica e tutto quello che afferisce alla sfera relazionale e al suo vissuto rispetto alle patologie.

La seconda parte si riferisce alle risorse disponibili al momento attuale, occorre descrivere nello specifico la tipologia della risorsa e rispetto a quale ambito di bisogno risponde.

La terza parte è dedicata all'evidenziazione dei bisogni dell'utente sui quali è necessario costruire il piano assistenziale individualizzato.

Programma di massima.

E' il documento che riporta gli obiettivi generali che si intendono raggiungere; va condiviso, prima di attivare qualsiasi servizio, con l'interessato e/o la sua famiglia.

Parere tecnico.

E' conseguente ad una valutazione congiunta e multiprofessionale della situazione dell'utente al fine di esprimere un parere in merito alla richiesta (scheda di primo contatto) e di proporre soluzioni alternative alla richiesta stessa. Questa scheda contiene anche lo spazio necessario per richiedere, a cura del mmg, l'accesso in ADP (assistenza domiciliare programmata).

SCHEDA DI RIVALUTAZIONE
PARERE TECNICO
(a cura dell'équipe che ha in carico l'utente)

Documento riservato

Nome e cognome _____

I sottoscritti operatori, rivalutata la situazione del suddetto ospite, esprimono il seguente parere tecnico:

Parte riservata all'indicazione dell'assistenza programmata da effettuare ai sensi dell'art. 2 dell'accordo integrativo regionale dei medici di medicina regionale approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 4947 in data 30.12.1997

Si allegano: scheda S.P.M.S.Q.; scheda B.I.; scheda sanitaria se si sono verificati cambiamenti nelle condizioni di salute o se sono passati più di 6 mesi dall'ultimo documento compilato; scheda verifica del programma di massima.

Qualifica	Nome e cognome	Firma

Data _____

VERIFICA DEL PROGRAMMA DI MASSIMA

Obiettivi raggiunti	Obiettivi non raggiunti	Motivazioni per il non raggiungimento	Obiettivi sui quali è' ancora necessario lavorare

SCHEDA DI PARERE TECNICO (redatta dall'Unità di Valutazione Geriatrica)

Documento riservato

I sottoscritti operatori, valutata la richiesta fatta da _____

per _____ di _____

esprimono il seguente parere tecnico _____

Qualifica	Nome e Cognome	Firma

Data _____

PAI (PIANO ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO) (1) DEL SIG. _____

DATA _____ Operatore referente (case manager) (3) _____

Programma di massima (4)

Obiettivi specifici(5)	Azioni da svolgere(6)	Quando(7)	Chi(8)	Data (9)	Verifica/risultati raggiunti(10)
<p style="text-align: center;">Operatori coinvolti(11)</p> <p>MedicoMedico specialista.....</p> <p>Infermiere.....</p> <p>Altro.....</p> <p>Assistente sociale.....</p> <p>Assistente domiciliare.....</p> <p>Fisioterapista.....</p> <p>Logopedista.....</p>					

Obiettivi specifici	Azioni da svolgere	Quando	Chi	Data	Verifica/risultati raggiunti

Piano assistenziale individualizzato. Legenda.

Premessa (1).

Il PAI è il piano di lavoro compilato a favore della persona dopo un periodo di osservazione (circa 15 giorni dall'attivazione di qualsiasi servizio (assistenza domiciliare, assistenza domiciliare integrata, inserimento in microcomunità, residenziale e diurno), specifico sulla base dei bisogni che l'équipe multiprofessionale ha valutato come non affrontati con le risorse dell'anziano stesso e/o della sua famiglia e/o della rete all'interno della quale la persona vive. Nel PAI si individuano gli obiettivi (generali e specifici) che l'équipe, in modo integrato intende realizzare per quell'utente

Data (2).

Ci si riferisce alla data nella quale l'équipe si incontra per compilare il piano.

Operatore referente del caso (case-manager) (3).

Per quanto riguarda il lavoro a domicilio, l'operatore viene nominato dall'équipe al suo interno tra coloro che frequentano maggiormente il domicilio dell'utente o che hanno in carico il bisogno prevalente della persona. Per quanto riguarda le strutture, sarà il gruppo di lavoro della struttura stessa a decidere chi rivestirà tale ruolo; trattandosi di struttura, però, i criteri non saranno quelli utilizzati a domicilio, ma verrà fatta una valutazione sul carico di lavoro. L'équipe provvede anche a nominare una figura sostitutiva in caso di assenza dell'operatore principale.

Programma di massima (4).

Qui vengono ripresi in modo sintetico gli obiettivi generali già espressi nella scheda "programma di massima" che l'équipe di base aveva individuato al momento della valutazione dopo aver compilato la scheda di sintesi. La scheda di sintesi, al momento della stesura del PAI, può essere aggiornata alla luce delle osservazioni raccolte nel primo periodo di presa in carico.

Obiettivi specifici (sotto-obiettivi) (5).

Sulla base degli obiettivi generali individuati, l'équipe individua gli obiettivi che hanno la caratteristica di essere più specifici rispetto a quello/i generale/i e afferiscono ai bisogni individuati.

Si può compilare un piano di lavoro per ogni singolo obiettivo specifico, utilizzando perciò più schede, oppure in modo continuo utilizzando la stessa scheda.

Nella formulazione degli obiettivi occorre esplicitare cosa l'utente deve raggiungere, come lo deve raggiungere (per es. in autonomia, oppure con aiuto) e entro quanto tempo l'obiettivo deve essere raggiunto.

Azioni da svolgere (6).

Sono le azioni che gli operatori devono svolgere per concorrere con la persona al raggiungimento degli obiettivi; deve essere precisato anche come queste azioni devono essere portate avanti (per es. sostituendo la persona, aiutandola, o stimolandola).

Quando (7).

Indica la frequenza con la quale l'azione deve essere svolta (una volta al giorno, tre volte alla settimana, a volte, se necessario, può essere specificato anche il giorno della settimana).

Chi (8).

Fa riferimento alla figura che materialmente compie l'azione individuata e può essere sia un operatore componente l'équipe, sia un familiare, sia una "parte" della rete (vicinato, volontariato, amici, ecc.).

Data (9).

E' la data prevista per la verifica.

Verifica/risultati raggiunti (10).

Questa parte è da compilare in modo analitico/descrittivo non solo "si/no" rispetto al raggiungimento o meno dell'obiettivo, ma una descrizione dei risultati raggiunti o meno, delle difficoltà riscontrate.

Il sopraggiungere di nuovi problemi non affrontabili attraverso l'utilizzo delle risorse della persona e/o della famiglia dà origine a nuovi bisogni che verranno valutati dall'équipe la quale provvederà a compilare una nuova scheda di sintesi atta ad evidenziarli e, di conseguenza, un nuovo PAI.

Operatori coinvolti (11).

Ogni operatore componente l'équipe che ha partecipato alla stesura del PAI è tenuto ad apporre la propria firma.

Parte seconda

**Documentazione da lasciare al domicilio dell'utente
Dossier utente domicilio**

B 21 B26

Cartella a domicilio, legenda.

Tale cartella accompagnerà l'utente nei suoi eventuali trasferimenti (ospedale, casa, struttura) e conterrà tutte le informazioni sulla situazione, sullo stato patologico, sull'autonomia, utili per i diversi operatori coinvolti nel progetto.

E' composta da più parti, e più precisamente:

- Una prima parte contenente: dati anagrafici, nominativo del medico curante, notizie circa il riconoscimento dell'invalidità civile, assegno di accompagnamento, esenzioni, ausili a carico dell'Usl; dati anamnestici rilevanti e le diagnosi attuali; i valori delle schede di valutazione (B.I., IADL, SPMSQ, indice di Norton, scala Tinetti).
- Elenco dei servizi attuati (tipologia e attività prevista), la data di attivazione e di conclusione, l'orario e la frequenza.
- Consegna multidisciplinare: questo è uno strumento utilizzabile da parte di ogni operatore che si reca a domicilio al fine di segnalare a tutti i colleghi ogni evento significativo avvenuto legato all'utente.
- Foglio presenze: foglio mensile da compilare a cura di tutti gli operatori che prestano la propria attività a domicilio della persona. Ha una funzione di controllo sull'effettiva prestazione.
- Schede di monitoraggio: verranno introdotte in caso di necessità e saranno compilate dagli operatori competenti a rilevare quel tipo di dato.
- P.A.I.: una copia sarà parte integrante della cartella a domicilio e l'operatore gestore del caso (case-manager) avrà il compito di inserire gli aggiornamenti che si renderanno necessari.
- Impegno di collaborazione tra l'utente, la sua famiglia e i servizi: una copia sarà contenuta nella cartella a domicilio come attestazione della condivisione del progetto.

**CARTELLA UTENTE -
ASSISTENZA DOMICILIARE :**

COGNOME			NOME			DATA DI NASCITA		RESIDENZA	
DATA DI PRESA IN CARICO		MEDICO CURANTE				FAMILIARI E/O PERSONE SIGNIFICATIVE		N° DI TELEFONO	
AUSILI A CARICO U.S.L. - DATA									
				Assegno di accompagnamento		TESSERA U.S.L.		INVALIDITA'	
DATI ANAMNESTICI RILEVANTI E DIAGNOSI ATTUALI									
BARTEL INDEX/100		DATA							
		VALORE							
SPMSQ		DATA							
(grado di deterioramento)		VALORE							
INDICE DI NORTON /20		DATA							
		VALORE							
TINETTI/28		DATA							
		VALORE							

B23

COGNOME E NOME UTENTE					
TIPOLOGIA SERVIZI ATTUATI E MOTIVAZIONE	DATA DI INIZIO	ORARIO	FREQUENZA	DATA TERMINE	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

PARTE TERZA

**Documentazione riguardante l'utente inserito in microcomunità
Dossier utente struttura**

B 27 B 45

LEGENDA PER LA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA DELL'OSPITE

Va compilata in tutte le sue parti al momento dell'inserimento dell'ospite e completata per i dati mancanti appena possibile.

La riunione per l'inserimento del nuovo ospite viene indetta dall'assistente sociale e dalla caposala di distretto in accordo con il coordinatore di struttura, dove è presente, ed il responsabile amministrativo. Alla riunione partecipano gli operatori di cui sopra, il personale infermieristico, il personale Adest (in particolare quello scelto come referente) e gli operatori che eventualmente seguiranno l'ospite in precedenza (es. FKT, logopedisti, assistenti domiciliari, operatori di altri centri sociali)

Al termine della riunione è utile fissare un colloquio con i parenti che si occupavano dell'ospite a domicilio perché possano dare al personale tutte le informazioni di tipo sanitario e assistenziale necessarie.

La compilazione viene effettuata da: assistente sociale, infermiere, Adest, ognuno per le proprie competenze con il supporto delle informazioni sotto riportate.

La cartella deve essere aggiornata ogni volta che è necessario (es. patologie e ricoveri successivi all'inserimento, variazioni di n° di telefono, residenza, medico curante, parenti di riferimento, presidi per la mobilitazione, ecc.). Quando gli aggiornamenti sono superiori agli spazi disponibili si compila una nuova cartella con la data di compilazione aggiornata e quella precedente viene archiviata nella cartella clinica per non perdere i dati precedenti.

E' responsabilità dell'infermiera verificare la compilazione e gli aggiornamenti successivi della cartella per la parte sanitaria e dell'assistente sociale per la parte relativa ai dati sociali.

La scheda in uso viene tenuta nel quaderno delle consegne degli ospiti a disposizione anche del personale Adest.

Segnare la data di compilazione e chi compila.

□ **Cognome e nome**

Riportare quando presente anche il soprannome

□ **Adest di riferimento**

E' l'operatore che seguirà in particolare l'utente e la sua famiglia soprattutto nel 1° mese dall'inserimento, escluse le problematiche sanitarie di competenza del personale infermieristico. Il coordinatore lo definisce prima di fissare la data di colloquio o della riunione per la presentazione del caso

□ **Tipologia di inserimento:**

Specificare se diurno, temporaneo con rivalutazione, definitivo.

Riportare eventuale data e luogo di trasferimento.

Riportare data e luogo di decesso (eventuale reparto ospedaliero).

□ **Operatori di riferimento:**

Si inseriscono in questi spazi le figure professionali che sono intervenuti significativamente sull'utente prima dell'inserimento o che seguono con particolare continuità l'ospite durante la degenza in struttura, es. Assistente Sociale, medici specialisti (psichiatra, geriatra), riabilitatori (FKT, logopedisti).

□ **Parenti di riferimento:**

Si riportano in questi spazi coloro che sono da contattare in caso di urgenza definendo, quando possibile, il parente referente con il quale tenere i rapporti preferenziali

□ **Ausili a carico U.S.L.**

Scrivere in questo spazio:

talloniere, cuscini antidecubito, carrozzella, cinghie contenitive, materassi antidecubito, pompe nutrizionali in service, letti ospedalieri.

In questo spazio possono essere segnati anche ausili di proprietà dell'utente.

□ **Esenzione**

Negli spazi delle esenzioni segnalare: Invalidità Civile, esenzione per patologia, esenzione per trasporto ATI

□ **Sintesi della situazione sociale**

L'assistente sociale riporta in questo spazio le informazioni riguardanti la storia personale dell'utente e della famiglia evidenziando in particolare il tipo di relazione esistente tra l'ospite ed i familiari e le eventuali problematiche presenti.

Eventuali cambiamenti significativi vengono riportati nello spazio delle **Evoluzioni**

□ **Situazione sanitaria**

Viene compilata dall'infermiera, tenere aggiornati i dati riportando nuove patologie e ricoveri. Specificare se presenti allergie o intolleranze note

□ **B.I., S.P.M.S.Q classifica A- N3, indice Norton**

Questi dati vengono rilevati ogni 4 mesi più in caso di necessità e devono essere comunicati all'Ufficio Amministrativo della struttura se ci sono variazioni.

I valori vengono riportati sulla cartella dell'utente almeno 1 volta/anno se non ci sono variazioni o più spesso in caso di variazioni significative.

□ **Peso corporeo**

Almeno 2 volte all'anno se non ci sono esigenze di monitoraggio più frequenti

□ **Altre informazioni**

Si riportano in questi spazi le strategie che gli operatori, che già conoscono l'utente, consigliano di usare per porsi nel modo migliore in relazione con lui o con il nucleo familiare

LEGENDA PER LA COMPILAZIONE DEGLI SCHEMI

Non utilizzare schemi riassuntivi non personalizzati per monitoraggio parametri o esecuzione medicazione.

CONSEGNA MENSILE

Lo schema della consegna mensile è da compilare solo per le voci in cui gli ospiti presentano alterazioni, ad esempio:

ALVO:

Segnalare sia per ospiti autosufficienti che non, utilizzando le sigle della legenda in fondo alla scheda

ALIMENTAZIONE:

Segnalare se e quanto l'ospite si alimenta: quando l'infermiera prevede il controllo (apponendo una C in rosso sulla scheda) o quando si instaurano delle anomalie impreviste: ospite con vomito, diarrea, grave inappetenza, difficoltà alla deglutizione, ecc. Utilizzare le sigle previste dalla legenda in fondo alla scheda

MOBILIZZAZIONE:

Segnalare se vengono effettuati o meno gli interventi previsti dal piano di lavoro

VISITE PARENTI:

Segnalare la tipologia di parenti, conoscenti o amici che vengono in visita

BAGNO - CURE IGIENICHE:

Segnalare in questo spazio quando viene effettuato il bagno, in base a quanto previsto dallo schema mensile, e se vengono praticate particolari cure igieniche come: barba, baffi, taglio unghie delle mani o dei piedi, pulizia del cavo orale, spugnature, taglio capelli, utilizzando le sigle previste dalla legenda in fondo allo schema

SPAZI LIBERI

Vengono utilizzati per monitorare altre attività previste dal piano di lavoro

ALTRO:

porre un asterisco in questa colonna se si segnano altre informazioni nella consegna libera

Gli schemi della consegna vengono periodicamente ritirati dal raccoglitore e archiviati in ordine alfabetico per nome dell'ospite. In caso di decesso devono essere allegate alla restante documentazione dell'ospite e archiviate come spiegato a pag. 3.

RILEVAZIONE PARAMETRI VITALI

Usare in caso di ospiti che richiedono il controllo di più parametri o con frequenza plurigiornaliera. RegISTRAZIONI sporadiche possono essere effettuate sulla scheda della terapia o sulla consegna mensile.

Viene tenuto nella cartella clinica.

DIARIO MEDICO

Deve essere compilato dal medico curante, medico di continuità assistenziale, chiamato in urgenza,

Evitare che prescrizioni varie (es. terapie, autorizzazioni all'uso di mezzi contenitivi, ecc) vengano effettuate su fogli singoli non intestati che possono andare perduti o essere manomessi con maggior facilità.

La firma deve essere leggibile meglio se accompagnata da timbro.

Le pagine del diario devono essere sempre numerate in modo progressivo.

Il modulo si trova nella **cartella clinica** dove la documentazione dell'ospite viene così suddivisa:

- documentazione sociale:
- documenti personali (carta d'identità)
- tesserino sanitario
- tesserino d'esenzione per Inv. Civ. o per patologia
- esenzione per presidi per incontinenza o altri previsti da nomenclatore
- documentazione socio-sanitaria d'ingresso
- schede Bartel I., SPMSQ,
- diario medico
- consulenze
- ricoveri ospedalieri (archiviare in ordine cronologico)
- esami ematochimici
- esami strumentali non effettuati in regime di ricovero
- schemi terapie mesi precedenti

CONSULENZE

Questo schema viene utilizzato dagli specialisti che effettuano le visite in struttura es. FKT, logopedisti, psichiatri, geriatri, ecc., in modo personalizzato (un modulo per ogni specialista). Il modulo viene tenuto nella cartella clinica.

SCHEMA TERAPIA

Il modulo può riportare un solo spazio per la firma dell'Infermiere o doppio spazio per chi prepara e per chi aiuta l'ospite nell'assunzione.

E' previsto uno spazio per l'infermiere che effettua controllo e verifica dove è necessario.

Nello spazio delle **annotazioni** si riportano frequenze particolari: es. gg. pari, lunedì e giovedì, prima di pranzo, a stomaco pieno, ecc.

Nello spazio **firma del medico** il medico firma in caso di variazioni delle terapie.

E' possibile riportare su questo schema:

- Il monitoraggio di parametri spesso strettamente correlati con l'utilizzo di farmaci esempio:
- controllo PA in utenti con terapia antipertensiva (definire frequenza +AB)
- Controllo PT (associato a terapia anticoagulante) evidenziare il giorno del controllo e riportare il valore.
- Controllo DTX (frequenza +AB, orario, valori) vicino alla terapia antidiabetica;
- Valori diuresi di ospiti con catetere vescicale + data sostituzione catetere vescicale.
- Le **medicazioni semplici**

Nelle **avvertenze** si segnala ad esempio:

tritare compresse, controllare che l'ospite assuma le terapie, giorni in cui l'ospite è a domicilio, nel caso di ospiti diurni quali sono i gg. in cui è presente in struttura.

Il modulo è tenuto nel quaderno della terapia.

SCHEMA MEDICAZIONI

Le medicazioni semplici sono segnalate sul foglio della terapia che prevede un breve spazio per la descrizione e lo spazio per la firma di chi esegue. Qualora la medicazione sia più complessa utilizzare l'apposito schema che permette di segnalare:

- 1) descrizione dettagliata della lesione
- 2) descrizione dettagliata dell'intervento da effettuare
- 3) spazi per gli aggiornamenti sia dell'evoluzione della lesione che dell'intervento in seguito a verifiche periodiche.
- 4) spazio per la firma di chi esegue.

Il modulo è tenuto nel quaderno della terapia.

SCHEMA REGISTRAZIONE BAGNI

Viene compilato giornalmente con il nominativo degli ospiti che hanno effettuato il bagno, la data, la firma dell'operatore che ha svolto l'attività, il motivo per cui eventualmente non è stato fatto il bagno.

Riassume la situazione riguardante tutti gli ospiti permettendo un controllo rapido:

- dei bagni effettuati,
- della frequenza con cui vengono fatti per ogni ospite,
- chi li ha effettuati (tramite firma dell'operatore) per una verifica della qualità,
- il motivo per cui eventualmente non sono stati fatti (ospite rifiuta, è raffreddato, altri problemi di salute, mancanza di operatori, ecc.).

Il modulo viene tenuto nel quaderno delle consegne e/o nel bagno assistito.

SCHEMA ALIMENTAZIONE

Viene appeso in cucina o nella sala da pranzo

Riassume le informazioni principali relative all'alimentazione degli utenti ed è utile soprattutto agli operatori neo inseriti

MODULO PER LE CADUTE ACCIDENTALI

Questo modulo viene compilato dal personale di assistenza in caso di: cadute accidentali, comportamento lesivo verso terzi, comportamento autolesivo o fuga dell'ospite.

Una copia viene archiviata in cartella dell'utente, una consegnata all'ente gestore, una inviata alla direzione di area territoriale.

MICROCOMUNITA' DI:		Adest referente :			
CARTELLA DELL'UTENTE compilata il _____ da _____					
Cognome		Nome/ soprannome	Data di nascita	Luogo di nascita	Residenza
Tipologia e data dell'inserimento		Operatori di riferimento			
		Qualifica	Cognome e nome	Riferimenti telefonici	
		Medico curante			
		Parenti di riferimento			
		Grado di parentela	Cognome e nome	Riferimenti telefonici	
Trasferito il..... a.....					
Decesso il.....					
Libretto sanitario	N°		Ausili personali a carico USL		
Esenzione	N°				
Esenzione	N°				
Esenzione	N°				

SITUAZIONE SANITARIA compilata da.....										
il.....										
Situazione sanitaria all'ingresso in struttura: patologie principali e ricoveri										
Aggiornamenti ricoveri ospedalieri e patologie										
DATA	REPARTO	DIAGNOSI								
BARTEL INDEX	Data									
	Valore									
SPMSQ (Grado di deterioramento)	Data									
	Valore									
classificazione A/N3										
INDICE DI NORTON	Data									
	Valore									
PESO CORPOREO	Data									
	Valore									
Altre informazioni al momento dell'inserimento										
Modalità di relazione con l'utente:										
Modalità di relazione con la famiglia:										

RACCOLTA DATI			
			PROBLEMI / ANNOTAZIONI
ALIMENTAZIONE IDRATAZIONE	Autonomo		PORTATORE DI PROTESI DENTARIA:
	Necessita di aiuto per:		
	Uso di alcolici		
	Cibi non graditi:		
	Cibi preferiti :		
ELIMINAZIONE URINE E FECI	Continente		
	Incontinente		
	Stipsi		
	Catetere vescicale		
IGIENE ED ABBIGLIAMENTO	Autosufficiente		
	Necessita di stimolo per:		
	Necessita di aiuto per:		
	Bidet a letto		
DEAMBULAZIONE MOBILIZZAZIONE	Equilibrio		
	Autosufficiente		
	Necessita di aiuto per:		
	Ausili:		
	Costretto a letto		
	Postura:		
RESPIRAZIONE	Regolare		
	Dispnea		
	Fumo		
	Tosse		
RIPOSO E SONNO	Regolare		
	Insonnia		
	Risvegli ripetuti		
INTERRELAZIONE E COMUNICABILITA'	Vigile	orientato T/S	Capacità di comprensione:
	Memoria:		Carattere:
	Altre informazioni: (vedi legenda)		
	I dati sono stati raccolti il.....		
da.....			

MICROCOMUNITA' DI _____									
Utente _____		Schema medicazioni							
Descrizione lesione		Trattamento						VERIFICA	
<i>Data</i>								<i>Data</i>	
_____		_____						_____	
_____		_____						_____	
		<i>Data</i>							
		<i>Firma</i>							
Descrizione lesione		Trattamento						VERIFICA	
<i>Data</i>								<i>Data</i>	
_____		_____						_____	
_____		_____						_____	
		<i>Data</i>							
		<i>Firma</i>							
Descrizione lesione		Trattamento						VERIFICA	
<i>Data</i>								<i>Data</i>	
_____		_____						_____	
_____		_____						_____	
		<i>Data</i>							
		<i>Firma</i>							
Descrizione lesione		Trattamento						VERIFICA	
<i>Data</i>								<i>Data</i>	
_____		_____						_____	
_____		_____						_____	
		<i>Data</i>							
		<i>Firma</i>							
Descrizione lesione		Trattamento						VERIFICA	
<i>Data</i>								<i>Data</i>	
_____		_____						_____	
_____		_____						_____	
		<i>Data</i>							
		<i>Firma</i>							

23								occasionale	3
24								urinaria	2
25								fecale e urinaria	1
26								PUNTEGGIO TOTALE	
								N. utenti _____	
	DIURNI							N. utenti > 14 _____	
								N. utenti = o < 14 _____	
								N. utenti = o < 12 _____	
								Valutazione punteggio	
								= o < 14 Rischio LDD	
								< a 12 rischio elevato	

SCHEMA RIASSUNTIVO BAGNI

Mese di _____

Giorno	Nominativo ospiti	Data Firma	Data Firma	Data Firma	Data Firma
Lunedì					
Martedì					
Mercoledì					
Giovedì					
Venerdì					
Sabato					

AL SIG. _____

AL SIG. _____

AL SIG. _____

AL SIG. _____

Oggetto: Convocazione riunione Unità di Valutazione Geriatrica del Distretto n. __

Con la presente si invita la S.V. ad intervenire alla riunione dell'Unità di Valutazione Geriatrica del distretto n.____, che si terrà il giorno _____ alle ore _____ presso _____ con il seguente ordine del giorno:

- esame istruttorie relative a richieste di inserimento in struttura;
- esame istruttorie relative a richieste di contributi di cui alla L.R. 22/93;
- esame richieste di accessi programmati c/o strutture residenziali presentate dai medici convenzionati;
- varie ed eventuali.

Distinti saluti.

Il Coordinatore dell'U.V.G. n. ____

Al Sig. _____

All'Équipe di base del distretto n. _____

All'Assistente Sociale

Al Sindaco del Comune di

All'U.V.G del Distretto n.. _____

Al Primario dell'U.B. di

OGGETTO: Collocazione in graduatoria del sig. _____

L'Unità di Valutazione Geriatrica del Distretto n. ____, riunitasi in data _____, esaminata la documentazione prodotta dall'équipe di base, esprime PARERE FAVOREVOLE all'inserimento del Sig. _____:

TEMPORANEO _____;

TEMPORANEO CON RIVALUTAZIONE ENTRO _____;

DIURNO;

DEFINITIVO;

ALTRO _____;

Poiché al momento non esiste disponibilità di posti, si comunica che il nominativo in oggetto verrà posto IN GRADUATORIA. Si invita, pertanto, l'équipe di base ad attivare eventuali interventi alternativi, in attesa dell'inserimento.

Distinti saluti.

I membri dell'U.V.G.

Qualifica	Nome e Cognome	Firma
Il coordinatore dell'U.V.G.		
Il geriatra		
Il coordinatore infermieristico		
Il fisioterapista		

Al Sig. _____

e p.c. Al Primario dell'U.B. di _____

Al Sindaco del Comune di _____

All'U.V.G. del distretto n. _____

OGGETTO: Inserimento nella microcomunità di _____ del
 sig./della sig.ra _____

L'Unità di Valutazione Geriatrica del Distretto n. _____, riunitasi in data
 _____, esaminata la documentazione prodotta dall'équipe di base, esprime PARERE
 FAVOREVOLE all'INSERIMENTO in struttura protetta del Signore in oggetto:

TEMPORANEO _____;
 TEMPORANEO CON RIVALUTAZIONE ENTRO _____;
 DIURNO;
 DEFINITIVO;
 ALTRO _____;

Si trasmette, pertanto il nominativo in oggetto all'Ente gestore della Microcomunità di
 _____, il quale provvederà a comunicare la DATA prevista per
 l'INSERIMENTO, nonché a richiedere la documentazione ed il materiale necessari, NON
 APPENA IL POSTO SARÀ DISPONIBILE.

Nel caso in cui venga autorizzato un INSERIMENTO TEMPORANEO, incluso nelle
 summenzionate tipologie, si invita l'utente a contattare l'Assistente Sociale Coordinatrice dei Servizi
 per Anziani, al fine di esprimere le proprie preferenze sul periodo/sui periodi in cui intende usufruire
 di tale inserimento. Sarà cura dell'Assistente Sociale far pervenire tale richiesta all'Ente Gestore, il
 quale comunicherà le date esatte dell'inserimento, in relazione alla disponibilità di posti.

In caso di RINUNCIA all'INSERIMENTO, si richiede di trasmettere con sollecitudine a
 questa U.V.G. e all'ente gestore l'allegato modulo (mod. C/10), debitamente compilato.

Distinti saluti.

Qualifica	Nome e Cognome	Firma
Il coordinatore dell'U.V.G.		
Il geriatra		
Il coordinatore infermieristico		
Il fisioterapista		

Al Sig. _____

e p.c. Al Primario dell'U.B. di

Al Signor Sindaco del Comune di

All'U.V.G. del distretto n. _____

OGGETTO: Inserimento nella microcomunità di _____ del
sig./della sig.ra _____

L'Unità di Valutazione Geriatrica del Distretto n. _____, riunitasi in data _____, esaminata la documentazione prodotta dall'équipe di base, esprime PARERE FAVOREVOLE all'INSERIMENTO in struttura protetta del Signore in oggetto:

TEMPORANEO _____;

TEMPORANEO CON RIVALUTAZIONE ENTRO _____;

DIURNO;

DEFINITIVO;

ALTRO _____;

Si trasmette, pertanto il nominativo in oggetto all'Ente gestore della Microcomunità di _____, il quale provvederà a comunicare la DATA prevista per l'INSERIMENTO, nonché a richiedere la documentazione ed il materiale necessari, NON APPENA IL POSTO SARA' DISPONIBILE.

Nel caso in cui venga autorizzato un INSERIMENTO TEMPORANEO, incluso nelle summenzionate tipologie, si invita l'utente a contattare l'Assistente Sociale Coordinatrice dei Servizi per Anziani, al fine di esprimere le proprie preferenze sul periodo/sui periodi in cui intende usufruire di tale inserimento. Sarà cura dell'Assistente Sociale far pervenire tale richiesta all'Ente Gestore, il quale comunicherà le date esatte dell'inserimento, in relazione alla disponibilità di posti.

In caso di RINUNCIA all'INSERIMENTO, si richiede di trasmettere con sollecitudine a questa U.V.G. e all'ente gestore l'allegato modulo (mod. C/10), debitamente compilato.

Distinti saluti.

Il Coordinatore dell'U.V.G. n. ____

All'Ente Gestore della microcomunità di

All'Équipe di Base

Assistente Sociale _____

All'U.V.G. del Distretto n. ____

OGGETTO: Inserimento in microcomunità del sig./della sig.ra

L'U.V.G. del Distretto n._____, riunitasi in data _____, esaminata la documentazione prodotta dell'équipe di base, esprime parere FAVOREVOLE all'accoglimento/ alla proroga dell'inserimento presso la Vostra struttura del sig./della sig.ra

TEMPORANEO _____;

TEMPORANEO CON RIVALUTAZIONE ENTRO _____;

DIURNO;

DEFINITIVO;

ALTRO _____;

Si trasmette in allegato la scheda di primo contatto, la scheda di sintesi, il parere tecnico ed il progetto di massima degli operatori di base, ed il parere tecnico dell'U.V.G.

La persona da contattare per la domanda e per la documentazione necessaria è il /la Sig. _____ (_____) residente a _____ in Via _____, recapito telefonico (_____).

Distinti saluti.

I membri dell'U.V.G.

Qualifica	Nome e Cognome	Firma
Il coordinatore dell'U.V.G.		
Il geriatra		
Il coordinatore infermieristico		
Il fisioterapista		

C/4 bis

All'Ente Gestore della microcomunità di

All'Équipe di Base _____

All'Assistente Sociale _____

All'U.V.G. del Distretto n. _____

OGGETTO: Inserimento in microcomunità del sig./della sig.ra

L'U.V.G. del Distretto n. _____, riunitasi in data _____, esaminata la documentazione prodotta dell'équipe di base, esprime parere FAVOREVOLE all'accoglimento/ alla proroga dell'inserimento presso la Vostra struttura del sig./della sig.ra

TEMPORANEO _____;

TEMPORANEO CON RIVALUTAZIONE ENTRO _____;

DIURNO;

DEFINITIVO;

ALTRO _____;

Si trasmette in allegato la scheda di 1° contatto, la scheda di sintesi, il parere tecnico ed il progetto di massima degli operatori di base, ed il parere tecnico dell'U.V.G.

La persona da contattare per la domanda e per la documentazione necessaria è il /la
Sig. _____ (_____) residente
a _____
in Via _____, recapito telefonico (_____).

Distinti saluti.

Il Coordinatore dell'U.V.G.

SCHEDA DI PARERE TECNICO REDATTA DALL'UNITÀ DI VALUTAZIONE GERIATRICA

DISTRETTO N. _____

Documento riservato

I sottoscritti operatori, valutata la richiesta fatta da _____

per _____ di _____

esprimono il seguente parere tecnico _____

Qualifica	Nome e Cognome	Firma
Il coordinatore dell'U.V.G.		
Il geriatra		
Il coordinatore infermieristico		
Il fisioterapista		

Data _____

SCHEDA DI PARERE TECNICO REDATTA DALL'UNITÀ DI VALUTAZIONE GERIATRICA
RIVALUTAZIONE

DISTRETTO N. _____

Documento riservato

I sottoscritti operatori, vista la scheda di rivalutazione degli operatori che hanno in carico il sig. / la sig.ra _____

esprimono il seguente parere tecnico _____

Qualifica	Nome e Cognome	Firma
Il coordinatore dell'U.V.G.		
Il geriatra		
Il coordinatore infermieristico		
Il fisioterapista		

Data _____

CERTIFICAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA (Applicazione L.R. 22/1993 alle convenzioni con case di riposo)

L'Unità di Valutazione Geriatrica del Distretto n. ____, esaminata nell'incontro del _____ la documentazione presentata dall'équipe di base,

CERTIFICA

lo STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA negli atti della vita quotidiana

del Sig. / della Sig.ra _____

Data _____

Qualifica	Nome e Cognome	Firma
Il coordinatore dell'U.V.G.		
Il geriatra		
Il coordinatore infermieristico		
Il fisioterapista		

CERTIFICAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA Applicazione L.R. 22/1993 (assistenza domiciliare pubblica/privata)

L'Unità di Valutazione Geriatrica del Distretto n. ____, esaminata nell'incontro del _____ la documentazione presentata, CONCORDA con il progetto dell'équipe di base e

CERTIFICA

lo STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA negli atti della vita quotidiana

del Sig. /della Sig.ra _____

Data _____

Qualifica	Nome e Cognome	Firma
Il coordinatore dell'U.V.G.		
Il geriatra		
Il coordinatore infermieristico		
Il fisioterapista		

AUTORIZZAZIONE ALL'ASSISTENZA PROGRAMMATA NEI CONFRONTI DI PAZIENTI OSPITI IN MICROCOMUNITÀ E CASE DI RIPOSO CONVENZIONATE, ai sensi dell'art. 2 dell'Accordo integrativo regionale per i medici di medicina generale, approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 4947 in data 30 dicembre 1997.

I Sottoscritti componenti dell'U.V.G. del Distretto n. _____, valutata la richiesta presentata dal Medico convenzionato per l'assistenza primaria, Dr. _____ per gli ACCESSI PROGRAMMATI a favore del Sig./della Sig.ra _____ inserito/a presso la microcomunità di _____;

ESPRIMONO IL SEGUENTE PARERE

FAVOREVOLE A N. _____ ACCESSI MENSILI

NON FAVOREVOLE, IN QUANTO _____

Qualifica	Nome e Cognome	Firma
Il coordinatore dell'U.V.G.		
Il geriatra		
Il coordinatore infermieristico		
Il fisioterapista		

Data _____

All'U.V.G. del Distretto n. _____

All'Ente Gestore della microcomunità di

Al Coordinatore dei Servizi per Anziani

All'Équipe di Base _____

OGGETTO: Rinuncia al servizio proposto _____

INSERIMENTO IN STRUTTURA RESIDENZIALE

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara di RINUNCIARE al proprio inserimento / all'inserimento del Sig./della Sig.ra _____ presso la microcomunità di _____, come proposto dall'U.V.G. del Distretto n. ____ per il seguente motivo _____

Data _____

Firmato

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Il/La sottoscritto /a _____ dichiara di RINUNCIARE al Servizio di Assistenza domiciliare proposto, a proprio favore / a favore del Sig. /della Sig.ra _____ per il seguente motivo: _____

Lì _____

Data _____

Firmato

Al Sig. _____

All'Équipe di Base _____

Assistente sociale _____

Al Sindaco del Comune di _____

OGGETTO: Parere tecnico negativo relativo all'inserimento in microcomunità del sig./ della sig.ra _____

L'U.V.G. del Distretto n. _____, riunitasi in data _____ ed esaminata la documentazione prodotta dall'équipe di base, esprime PARERE NEGATIVO all'accoglimento del Sig. / della Sig.ra _____ in struttura protetta.

Si trasmette in allegato la scheda di parere tecnico.

Distinti saluti.

Qualifica	Nome e Cognome	Firma
Il coordinatore dell'U.V.G.		
Il geriatra		
Il coordinatore infermieristico		
Il fisioterapista		

All'U.V.G. del Distretto n. _____

e, p.c.

All'Équipe di base _____

Assistente Sociale _____

Al Sig. _____

OGGETTO: Richiesta di valutazione delle istruttorie di inserimento in microcomunità situate fuori dal distretto di appartenenza dell'utente.

Preso atto che, alla data odierna, non risultano posti disponibili nelle strutture del distretto n. _____, questa U.V.G. trasmette in allegato la seguente istruttoria, richiedendone la collocazione all'interno della graduatoria valida per gli inserimenti nelle strutture del Distretto n. _____:

- Istruttoria Sig. _____
- parere tecnico _____
- Data U.V.G. _____

In attesa di un cortese riscontro, si coglie l'occasione per porgere distinti saluti.

IL COORDINATORE DELL'U.V.G.

All'Ente Gestore della microcomunità di

Al Sig. / Alla Sig.ra _____

All'équipe di base _____

Assistente Sociale _____

Al Primario dell'U.B. di _____

Al Sindaco del Comune di _____

OGGETTO: Inserimento urgente in microcomunità del sig. / della sig.ra

Il sottoscritto Coordinatore dell'U.V.G. del Distretto n. _____, esaminata la documentazione prodotta dall'équipe di base relativa all'urgenza dell'inserimento in struttura protetta del Sig. / della Sig.ra _____, propone l'accoglimento temporaneo dello/a stesso/a, presso la Vostra microcomunità, in attesa di valutazione da parte dell'U.V.G. che verrà effettuata in data _____.

Distinti saluti.

IL COORDINATORE DELL'U.V.G.

Al Coordinatore dei Servizi per Anziani
A.S. _____

All'Équipe di Base del Distretto n. _____

Assistente Sociale _____

OGGETTO: Trasmissione della dichiarazione di non autosufficienza per la concessione del contributo ex L.R. 22/1993 a favore del sig. / della sig.ra

Si trasmette, in allegato, la dichiarazione di non autosufficienza, rilasciata dall'U.V.G. del Distretto n. ____ riunitasi in data _____, per la concessione a favore del Sig. / della Sig.ra _____, di contributi economici per interventi assistenziali alternativi all'istituzionalizzazione di soggetti anziani, previsti dalla L.R. 22/1993.

Sarà cura dell'Assistente Sociale Coordinatore dei Servizi per anziani, trasmettere l'intera documentazione richiesta ai seguenti destinatari, a seconda della tipologia di assistenza:

- 1) ai Comuni, alle Comunità Montane ed ai Consorzi, in caso di progetti di assistenza domiciliare pubblica;
- 2) all'Assessorato regionale della Sanità, Salute e Politiche Sociali, in caso di progetti di assistenza domiciliare prestata da privati o da parenti;
- 3) agli Enti di cui ai punti 1 e 2, in caso di progetti di assistenza che includano sia l'intervento del servizio pubblico che quello privato o parentale.

Distinti saluti.

IL COORDINATORE DELL'U.V.G.

Al Sig. _____

All'Équipe di Base del Distretto n. ____

Assistente Sociale _____

OGGETTO: Scadenza dei termini previsti per la permanenza in graduatoria.

Si comunica che il nominativo del sig. / della sig.ra _____ verrà eliminato dalla graduatoria degli inserimenti per decorrenza dei termini (un anno dalla data del parere per l'inserimento espresso dall'U.V.G. n. ____ in data _____).

Si invitano pertanto i familiari interessati a contattare l'assistente sociale competente per territorio, per procedere ad una eventuale ripresentazione della richiesta di inserimento.

Distinti saluti.

Il Coordinatore dell'U.V.G. n. ____

All'Ente Gestore della Microcomunità di _____

e, p.c.: All'U.V.G. del Distretto n. ____

All'Équipe di Base _____

All'Assistente Sociale _____

OGGETTO : **Determinazione dell'inserimento temporaneo del Sig./della Sig.ra**
 _____, **autorizzato dall'U.V.G. n. _____**
in data _____

In riferimento al parere espresso dall'U.V.G. del Distretto n. ____ in data _____, relativo ad inserimento:

TEMPORANEO _____;

TEMPORANEO RIPETIBILE NEL CORSO DELL'ANNO _____;

DATO Atto che per l'anno in corso l'utente ha già usufruito di parte del periodo autorizzato a decorrere dal _____ al _____;

a decorrere dal _____ al _____;

DATO Atto che per l'anno in corso l'utente NON ha ancora usufruito del periodo autorizzato;

SI RICHIEDE

l'inserimento del Sig. _____ nato a _____
 il _____, presso la Microcomunità di _____;

a decorrere dal _____ al _____;

a decorrere dal _____ al _____;

a decorrere dal _____ al _____;

a decorrere dal _____ al _____;

In attesa di cortese riscontro, si porgono distinti saluti.

(Data)

IL RICHIEDENTE

U.V.G. DISTRETTO N. _____ SEDE _____

Verbale riunione n. _____ del _____ dalle ore _____ alle ore _____ (n. casi esaminati _____)

Presenti : AS coordinatore Geriatra IP FKT AS di Aosta
 Coordinatore IP Segretaria UVG

Nome utente		
Anni		
Comune di residenza		
Ospedale		
Medico		
Accessi		
Infermiera équipe		
Assistente Sociale équipe		
Barthel Index		
IADL		
SPSMQ		
Agitazione e vagabondaggio		
Patologia psichiatrica		
Situaz. sanit. e ass. complessa		
Patologie		
Reddito superiore £ 2.250.000		
Abitazione		
Residenza		
Familiari		
Figli		
Richiesta utente		
Parere équipe		
Punteggio		
Parere tecnico UVG		
Note		

Il Coordinatore _____ La segretaria _____

All'Ente Gestore del Servizio
di Assistenza Domiciliare
del Comune di _____

e p.c. Al Sig. _____

All'Équipe di Base Sede di _____
Assistente Sociale _____

**OGGETTO: Parere tecnico relativo all'erogazione del servizio di _____ per il
sig./la sig.ra _____**

In relazione al servizio richiesto si comunica quanto segue:

a) verificata preliminarmente la fattibilità dell'attivazione del servizio in oggetto, si esprime **PARERE FAVOREVOLE** all'erogazione dello stesso e si trasmette l'allegata documentazione;

b) si esprime **PARERE NEGATIVO** come evidenziato con le motivazioni esposte nel parere tecnico;

c) verificata la fattibilità dell'erogazione del servizio in oggetto, poiché l'interessato non condivide quanto proposto, si invita lo stesso a compilare l'allegato modulo (mod. C/10) e a inviarlo nuovamente al Coordinatore dei servizi per anziani

Si trasmettono in allegato la scheda di primo contatto, il parere tecnico degli operatori di base ed il parere tecnico del coordinatore dei servizi per anziani (per i punti A e B) e solo il parere tecnico del coordinatore dei servizi per anziani per i punti C e D.

Distinti saluti.

La Coordinatrice dei Servizi per Anziani

A.S. _____

ALL'U.V.G. del Distretto N. _____

OGGETTO: Comunicazione posti disponibili.

Con la presente si comunica che all'interno del Distretto n. _____ alla data del _____, sono disponibili i seguenti posti:

microcomunità di _____ n. _____ posti donna / n. _____ posti uomo, in seguito a:
 rifiuto/ dimissione/ decesso del Sig. _____ in data _____;
 rifiuto/ dimissione/ decesso del Sig. _____ in data _____;
 rifiuto/ dimissione/ decesso del Sig. _____ in data _____;
 rifiuto/ dimissione/ decesso del Sig. _____ in data _____;

microcomunità di _____ n. _____ posti donna / n. _____ posti uomo, in seguito a:
 rifiuto/ dimissione/ decesso del Sig. _____ in data _____;
 rifiuto/ dimissione/ decesso del Sig. _____ in data _____;
 rifiuto/ dimissione/ decesso del Sig. _____ in data _____;
 rifiuto/ dimissione/ decesso del Sig. _____ in data _____;

microcomunità di _____ n. _____ posti donna / n. _____ posti uomo, in seguito a:
 rifiuto/ dimissione/ decesso del Sig. _____ in data _____;
 rifiuto/ dimissione/ decesso del Sig. _____ in data _____;
 rifiuto/ dimissione/ decesso del Sig. _____ in data _____;
 rifiuto/ dimissione/ decesso del Sig. _____ in data _____;

microcomunità di _____ n. _____ posti donna / n. _____ posti uomo, in seguito a:
 rifiuto/ dimissione/ decesso del Sig. _____ in data _____;
 rifiuto/ dimissione/ decesso del Sig. _____ in data _____;
 rifiuto/ dimissione/ decesso del Sig. _____ in data _____;

Distinti saluti.

La Coordinatrice dei Servizi per Anziani

A.S. _____

RICHIESTA PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

ALL'ENTE GESTORE del servizio

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ via/fraz. _____ n. _____, tel. _____

CHIEDE

Per sé stesso Codice fiscale |_____|

Per il Sig./la Sig.ra _____, nato/a a _____ il _____, residente a _____ via/fraz. _____ n. _____, tel. _____, Codice fiscale |_____|

DI POTER USUFRUIRE DI

ASSISTENZA DOMICILIARE PASTO CALDO LAVANDERIA
ALTRO _____

A conoscenza di quanto prescritto dall'art. 26 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 2 della citata legge 15/1968 e sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di essere residente nel Comune di _____
di abitare in una abitazione propria

di pagare l'affitto

di avere come medico curante il Dott. _____

di avere i seguenti redditi da lavoro o pensione rendita INAIL
da terreni indennità di accompagnamento
da fabbricati altro _____

che vive da solo

che il proprio nucleo è composto da :

Table with 5 columns: COGNOME E NOME, LUOGO DI NASCITA, DATA DI NASCITA, RAPPORTO DI PARENTELA, and DI. It contains five empty rows for data entry.

SI IMPEGNA

A PAGARE LA QUOTA DI CONTRIBUZIONE A PROPRIO CARICO definita in base alle disposizioni regionali e a presentare la documentazione relativa ai propri redditi entro il _____

Data _____

Firma

SOTTOSCRIZIONE DI IMPEGNO DI COLLABORAZIONE

Tra il Servizio di Assistenza Domiciliare, l'utente ed i suoi parenti

IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SI IMPEGNA

1) a svolgere la sua attività presso il domicilio del sig. _____
nei giorni di LUNEDÌ dalle ore _____ alle ore _____;
MARTEDÌ dalle ore _____ alle ore _____;
MERCOLEDÌ dalle ore _____ alle ore _____;
GIOVEDÌ dalle ore _____ alle ore _____;
VENERDÌ dalle ore _____ alle ore _____;
SABATO dalle ore _____ alle ore _____;
DOMENICA dalle ore _____ alle ore _____.

per effettuare prevalentemente i seguenti interventi :

2) a comunicare le variazioni di orario che dovessero rendersi necessarie per esigenze di servizio e a concordare soluzioni alternative.

Per il Servizio A.D.

Firme

Il Sig./La Sig.ra _____

SI IMPEGNA

1) ad accettare le regole del servizio (modifiche di orario, sostituzioni, sospensioni per esigenze organizzative)

2) altro _____

Data _____

Firma

RICHIESTA DI INSERIMENTO SERVIZI RESIDENZIALI

ALL'ENTE GESTORE DELLA MICROCOMUNITÀ DI _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
 _____, residente a _____ via/fraz.
 _____ n. _____, tel. _____

CHIEDE

per sé stesso Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

per il sig./la sig.ra _____ nato/a a
 _____ il _____, residente a _____ via/fraz.
 _____ n. _____, tel. _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

di essere inserito presso _____ che venga inserito presso
 la microcomunità di _____ il centro diurno di _____
 la comunità alloggio di _____ altro _____
 in modo PERMANENTE a decorrere dal _____
 in modo TEMPORANEO a decorrere dal _____ al _____
 in modo DIURNO a decorrere dal _____

A conoscenza di quanto prescritto dall'art. 26 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, sulla responsabilità penale
 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 2 della citata
 legge 15/1968 e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere residente nel comune di _____
 di abitare in una abitazione propria _____ di pagare l'affitto _____
 di avere come medico curante il Dott. _____
 di avere i seguenti redditi da lavoro o pensione _____ rendita INAIL _____
 da terreni _____ indennità di accompagnamento _____
 da fabbricati _____ altro _____

vive solo

che il proprio nucleo è composto da :

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

che ha i seguenti familiari :

Grado di parentela	Cognome e nome	Indirizzo e n. di telefono

Data _____

Firma

IMPEGNO DI COLLABORAZIONE
DELL'UTENTE E DEI SUOI PARENTI

PER L'INSERIMENTO NELLA STRUTTURA DI _____

L'OSPITE SOTTOSCRITTO _____

SI IMPEGNA

- 1) a dotarsi al momento dell'inserimento, di corredo personale contrassegnato con il numero _____ e a reintegrarlo al bisogno;
- 2) ad accettare le regole del servizio (orario pasti, ecc.);
- 3) a collaborare, in base alle proprie possibilità, nelle attività della microcomunità;
- 4) a rispettare i termini del periodo di permanenza, con decorrenza dal _____ al _____;
- 5) a fornire la documentazione relativa ai redditi per la determinazione della quota di contribuzione entro il _____;

Firma

I FAMILIARI SOTTOSCRITTI _____

SI IMPEGNANO

- 1) a fornire, al momento dell'inserimento, il corredo personale dell'ospite e a reintegrarlo al bisogno;
- 2) a visitare il proprio congiunto almeno _____;
- 3) ad ospitare il proprio congiunto _____;
- 4) a trasportare e/o accompagnare il proprio congiunto in occasione di:
visite mediche
ricoveri ospedalieri
altro _____
- 5) a collaborare col personale in caso di bisogno, per l'assistenza al proprio congiunto (aiuto ad imboccare, assistenza in fase terminale, ecc....);
- 6) a rispettare i termini del periodo di permanenza del familiare con decorrenza dal _____ al _____;
- 7) a fornire la documentazione relativa ai propri redditi per la determinazione della quota di contribuzione entro il _____;

I FAMILIARI sottoscritti :

ALLEGATO E**CRITERI E PUNTEGGI PER LA DETERMINAZIONE DELLA GRADUATORIE DELLE U.V.G.****CRITERI CLINICI**

Barthel Index	Gravemente dipendente	3 punti (sino a 35)
	Mediamente dipendente	2 punti (da 40 a 60)
	Lievemente dipendente	1 punto (da 65 a 95)
	Autonomo	0 punti (100)

Scala delle attività strumentali quotidiane I.A.D.L.	Per ogni funzione mancante (il punteggio deve essere assegnato fino a cinque funzioni mancanti per un massimo di 1,5 punti)	0,3 punti
	Quando l'utente è istituzionalizzato (ospedale o struttura) ed è assente la scheda I.A.D.L.	1 punto

Short Portable Mental Status Questionnaire S.P.M.S.Q.	Grave deterioramento	3 punti
	Medio deterioramento	2 punti
	Lieve deterioramento	1 punto
	Assenza di deterioramento	0 punti

Agitazione psicomotoria e vagabondaggio	In relazione alla gravità ed alla frequenza	Da 1 a 2 punti
--	---	----------------

Patologie psichiatriche certificate (psicosi gravi, depressioni, schizofrenia, etilisti ecc.)	A seconda delle difficoltà di gestione	Da 1 a 3 punti
--	--	----------------

Situazioni assistenziali e sanitarie complesse (dializzati, alto rischio di cadute, PEG, malati terminali, cecità)	Grave	2 punti
	Medie	1,5 punti
	Lieve	1 punto

CRITERI ECONOMICI	Reddito mensile netto superiore a euro 1.300,00	Sottrarre un punto
--------------------------	---	--------------------

CRITERI ABITATIVI

Abitazione	Abitazione mancante	3 punti
	Abitazione gravemente inadeguata	2,5 punti
	Abitazione inadeguata	2 punti
	Abitazione poco adeguata	1 punto

Per trasferimenti (da struttura a struttura)	Struttura gravemente inadeguata *	2,5 punti
	Struttura inadeguata *	2 punti
	Struttura poco adeguata *	1 punto

* N.B.: La valutazione di inadeguatezza deve essere effettuata esclusivamente in relazione all'anziano esaminato e non in relazione alla struttura in quanto tale, perché tale valutazione non è di competenza dell'U.V.G.

Residenza	Nel distretto	2 punti
	Fuori dal distretto	1 punto
	Residenza in Valle d'Aosta inferiore a due anni o residenza storica	0 punti

CRITERI SOCIALI

1	Assenza di parenti o presenza di coniuge che non costituisce risorsa	5 punti
2	Totalità dei figli o coniuge con GRAVI problemi di salute psicofisica CERTIFICATI o che presentano GRAVE incompatibilità di carattere con l'utente o assenza di rapporti con quest'ultimo	4 punti
3	Totalità dei figli o coniuge con MEDI problemi di salute psicofisica CERTIFICATI o che presentano MEDIA incompatibilità di carattere con l'utente o assenza di rapporti con quest'ultimo	3 punti
4	Totalità dei figli o coniuge con LIEVI problemi di salute psicofisica CERTIFICATI o che presentano LIEVE incompatibilità di carattere con l'utente o assenza di rapporti con quest'ultimo	1,5 punti
5	Totalità dei figli o coniuge che NON costituiscono RISORSA SUFFICIENTE (lontananza, abitazione non adeguata ad ospitare l'utente, presenza di altri familiari da assistere)	2 punti
6	Totalità dei figli o coniuge che costituiscono RISORSA PARZIALE (stress per assistenza prolungata, impegni lavorativi)	1,5 punti
7	Presenza di parenti (nuore, generi, nipoti, fratelli, sorelle) che NON COSTITUISCONO RISORSA	4,5 punti
8	Presenza di parenti (nuore, generi, nipoti, fratelli, sorelle) che NON COSTITUISCONO RISORSA SUFFICIENTE	3,5 punti
9	Presenza di parenti (nuore, generi, nipoti, fratelli, sorelle) che costituiscono RISORSA PARZIALE	2,5 punti

REQUISITI PREVISTI PER L'ACCETTAZIONE DELLE RICHIESTE DI TRASFERIMENTO

Ricongiungimento dell'utente con il nucleo familiare o presenza nella struttura di destinazione di altri familiari
Riavvicinamento dell'utente al proprio Comune di residenza e/o quello dei familiari
Inserimento dell'utente in una struttura che non è in grado di rispondere adeguatamente ai suoi bisogni

NB.: nel caso in cui la richiesta rientri in una delle summenzionate tipologie, essa dovrà essere valutata utilizzando gli stessi criteri di un inserimento ex novo, tenendo presente che per assegnare il punteggio relativo all'abitazione, si dovrà considerare la struttura in cui l'utente è inserito.

RINUNCIA INSERIMENTI	La rinuncia (da parte dell'utente o di un suo familiare) ad un inserimento proposto dall'UVG competente per territorio, non consentirà l'ulteriore permanenza in graduatoria.
-----------------------------	---

VALIDITÀ DELLE ISTRUTTORIE	Il periodo di validità delle istruttorie in graduatoria è pari ad un anno, a decorrere dalla data di valutazione da parte dell'UVG competente per territorio
	Sarà cura dell'UVG competente aggiornare le graduatorie in corso di validità, eliminando i nominativi in scadenza, e comunicare a mezzo lettera tali variazioni agli interessati a all'équipe di base .
	Nel caso in cui l'équipe di base venga contattata dagli interessati, per procedere ad una rivalutazione dovrà presentare la seguente documentazione: scheda di primo contatto, scheda di rivalutazione, scheda di sintesi, parere tecnico, programma di massima e Barthel Index, SPSMQ, IADL.

NB: Qualora durante l'anno di permanenza in graduatoria si verificano dei cambiamenti nella situazione dell'anziano che possano modificare il punteggio ed incidere sulla graduatoria, l'équipe di base dovrà inviare all'UVG competente la documentazione attestante tali cambiamenti
