



Evento di lancio progetto

«Liberi di scegliere...dove e con chi
vivere»

La valutazione multidimensionale Attraverso la «Scheda Progetto Assistenziale Personalizzato» Regione Toscana

Roberta Speciale
Psicologa
Anffas Onlus Nazionale

SPECIFICHE REGIONALI

Specifiche regionali:

si legge nel provvedimento "la valutazione è effettuata, con riferimento alle aree di bisogno individuale della classificazione internazionale del funzionamento della disabilità e della salute (ICF) ..., sulla base dei seguenti criteri: - stato di salute funzionale ed organico....; - condizioni cognitive comportamentali...; - situazione socio ambientale e familiare, con riferimento alla rete assistenziale presente, alla situazione socio-economica, alla condizione abitativa ed al livello di copertura assistenziale quotidiano" . A seguito di tale valutazione si redige il PAP (Piano Assistenziale Personalizzato) "con indicazioni quantitative e temporali relative alle prestazioni socio-sanitarie appropriate" e l'indicazione de "gli obiettivi e gli esiti attesi in termini di mantenimento o miglioramento delle condizioni di salute della persona non autosufficiente"



REGIONE TOSCANA-GIUNTA REGIONALE
DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE
DI SOLIDARIETA'
AREA DI COORDINAMENTO POLITICHE SOCIALI INTEGRATE
SETTORE INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E NON
AUTOSUFFICIENZA

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

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

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

Allegati n°: 1

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

Oggetto:

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

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

Atto certificato il 29-03-2010

Strutture Interessate:

DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETA'

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

SEGNALAZIONE

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

Segnalatore: Cognome _____ Nome _____

A titolo di FRATELLO Indirizzo _____ N. telefono _____

Data segnalazione _____

PERSONA DI RIFERIMENTO

Cognome _____ Nome _____

A titolo di MAMMA

Indirizzo _____ N. telefono _____

PRIMA VALUTAZIONE DEL BISOGNO

Caso semplice: sociale sanitario

Caso complesso

Caso urgente

ALLEGATO ALLA SCHEDA DI SEGNALAZIONE DEL BISOGNO
PRIMA RACCOLTA INFORMAZIONI SUL BISOGNO

INDAGINE VALUTAZIONI PREGRESSE

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

<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
SI	NO

INDAGINE FUNZIONALE

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

<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
SI	NO

INDAGINE COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

3) La persona ha disturbi di tipo cognitivo e/o comportamentale? **SI**
 Succede di frequente che dimentichi nomi, persone, oggetti,
 strada per tornare a casa? **NO**
 È aggressiva o rabbiosa, si rifiuta di far le cose o urla? **SI**
 Ha bisogno di sorveglianza? Di avere sempre qualcuno
 che stia con lei? **SI**

<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
SI	NO

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

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

INDAGINE SANITARIA

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

<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
SI	NO

INDAGINE SOCIALE

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

<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
SI	NO

DIPENDENZA NELLE ATTIVITÀ DI BASE DELLA VITA QUOTIDIANA (BADL)

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

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

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

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

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

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

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

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

ATTIVITÀ STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA (IADL)

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

DATI ASSISTITO

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

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

Totale funzioni conservate 0 /8 (se femmina)

Totale funzioni conservate /5 (se maschio)

SCHEDA CLINICA

DATI ASSISTITO

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

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

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

TETRAPLEGIA

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



NO

Indicare se la persona è:

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

Numero delle crocette apposte

1

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

Luogo e Data _____

Timbro e Firma MMG

SCHEDA INFERMIERISTICA

Nome _____
 Data di nascita _____
 Cod. fiscale _____

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

Pianificazione assistenziale

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

Supporto al processo diagnostico-terapeutico

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

Mantenere l'adeguata igiene corporea

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

Mantenere l'adeguata respirazione

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

Fornire cure relative ai processi eliminatori

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

Mantenere l'adeguata alimentazione-idratazione

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

Sostenere un'adeguata mobilità

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

Fattori che possono modificare il tipo di l'assistenza:

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

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

In base a:

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

il professionista deve esprimere un giudizio sulla complessità del bisogno infermieristico

complessità	Inserire X
bassa	
media	X
alta	

TEST DI PFEIFFER

Short portable mental status questionnaire

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

Data di nascita _____

Cod. fiscale _____

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

Numero totale errori ____ / 10

Punteggio corretto ____ / 10

NON APPLICABILE

DISTURBI DELL'UMORE

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

Nome _____

Data di nascita _____

Cod. fiscale _____

Codificare gli indicatori osservati indipendentemente dalla causa presunta

- 0. Indicatore non presente negli ultimi 3 giorni
- 1. Presente in 1-2 degli ultimi 3 giorni
- 2. Presente in ognuno degli ultimi 3 giorni

INDICATORI di DEPRESSIONE, ANSIA, TRISTEZZA	PUNTEGGIO
a. SENSAZIONE DI TRISTEZZA O DI UMORE DEPRESSO , che la vita non valga la pena di essere vissuta, che nulla conti, che non si è utili ad alcuno o che sarebbe meglio morire	0
b. RABBIA PERSISTENTE CONTRO SÉ O ALTRI - p.es. facilmente annoiato, si arrabbia quando riceve assistenza	2
c. ESPRESSIONE DI UNA PAURA IRREALISTICA - p.es. paura di essere abbandonato, di stare solo o stare con altri	0
d. PREOCCUPAZIONE PER LO STATO DI SALUTE - p.es. richiede persistenti visite mediche, ossessionato dalle funzioni corporali	0
e. MANIFESTAZIONI RIPETUTE DI ANSIA, PREOCCUPAZIONE - p.es. chiede insistente attenzione/assicurazione circa gli orari, i pasti, la lavanderia, i vestiti, aspetti relazionali	0
f. TRISTE, DOLENTE, ESPRESSIONE CORRUCCIATA - p.es. fronte aggrottata	0
g. PIANTO FREQUENTE	1
h. ABBANDONO DI ATTIVITÀ - p.es. nessun interesse in attività consuete o nello stare con parenti/amici	0
i. RIDOTTE INTERAZIONI SOCIALI	0
PUNTEGGIO TOTALE (RANGE 0 - 18)	3

SCHEMA DI VALUTAZIONE SOCIALE

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

INDICATORE ADEGUATEZZA CONDIZIONE AMBIENTALE

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

VALUTAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE (familiare e non familiare)

Cognome e nome	Anno nascita	Rapporto di parentela o tipo relazione	Comune di residenza / recapito TEL	Organizzatore responsabile assistenza (soggetto) SI 12 NO 0 Parziale 6	Attuatore interventi (risorsa) SI 8 NO 0 Parziale 4	Grave Relazione conflittuale SI -4 NO 0	Grave problematica sociosanitaria SI -4 PARZIALE -2 NO 0	
Persona assistita								
CONVIVENTI								
MAMMA	77 a	MAMMA		12	8	0	-2	18
PAPA'	85 a	PAPA'		6	0	0	-4	2
FRATELLO	40 e	FRATELLO		6	4	0	-4	6
NON CONVIVENTI								
FRATELLO	38 a	FRATELLO		12	8	0	0	20
PUNTEGGI								

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

Indicatore della Rete Assistenziale TOTALE Punteggio: 46 / 20

POTENZIALMENTE ADEGUATA

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

Valutazione Economica di Base: 3 / 10

Range: da 0 a 4 :Inadeguata

da 5 a 10 : Potenzialmente adeguata

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

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

Valutazione Condizione Abitativa: 7 / 10

Range: da 0 -5 Inadeguata

da 6- 10 Potenzialmente adeguata

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

TOTALE INDICATORE ADEGUATEZZA CONDIZIONE AMBIENTALE

RETE ASSISTENZIALE	<u>17</u> / 20	Non Valutabile
ECONOMICA DI BASE	<u>3</u> / 10	Non Valutabile
CONDIZIONE ABITATIVA	<u>7</u> / 10	Non Valutabile
TOTALE	<u>27</u> / 40	Non Valutabile

NOTE sulla storia personale ed altre informazioni utili per la definizione del Progetto Assistenziale Personalizzato

MARIANNA HA SEMPRE VISSUTO IN FAMIGLIA, RICEVENDO
SOSTEGNO PARZIALE SOLO PER LA PARTE FISIATRICA.
CONVIVE CON GENITORI ANZIANI CON PROBLEMATICHE DI
SAUTE E UN FRATELLO CON PROBLEMATICHE DI TIPO
PSICHIATRICO.

LA RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELLE MISURE PROVIENE DAL
FRATELLO NON CONVIVENTE CHE A SEGUITO DI UN
PROBLEMA DI SAUTE DELLA MADRE (DOWTO A CADUTA)
HA VISTO SPOSTARE IL CARICO ASSISTENZIALE DELLO
INTERO NUCLEO D'ORIGINE SUL PROPRIO NUCLEO
FAMILIARE.

LIVELLO DI CAPACITA' / COPERTURA ASSISTENZIALE

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

10

CURA DELL'AMBIENTE DI VITA

BISOGNO	
Assistenza fornita da familiare	5
Assistenza fornita da volontario	/
Assistenza fornita da personale a pagamento	/
Assistenza fornita dal servizio pubblico	/
BISOGNO COMPLETAMENTE SODDISFATTO o non presente	5
BISOGNO PARZIALMENTE SODDISFATTO	2
BISOGNO COMPLETAMENTE INSODDISFATTO	0

5

RELAZIONI E ATTIVITA' DI SOCIALIZZAZIONE

BISOGNO	
Assistenza fornita da familiare	2
Assistenza fornita da volontario	/
Assistenza fornita da personale a pagamento	/
Assistenza fornita dal servizio pubblico	/
BISOGNO COMPLETAMENTE SODDISFATTO o non presente	5
BISOGNO PARZIALMENTE SODDISFATTO	2
BISOGNO COMPLETAMENTE INSODDISFATTO	0

2

NOTE relative alla COPERTURA ASSISTENZIALE:

LA COPERTURA ASSISTENZIALE E' GARANTITA IN MISURA TOTALE DELLA FAMIGLIA E IN PARTICOLAR MODO DALLA MADRE

TOT. = 17

SINTESI DELLA VALUTAZIONE SOCIALE

TOTALE INDICATORE ADEGUATEZZA CONDIZIONE AMBIENTALE (IACA)	RETE ASSISTENZIALE	17/20	Non Valutabile	TOT 31/40
	ECONOMICA DI BASE	3/10	Non Valutabile	
	CONDIZIONE ABITATIVA	7/10	Non Valutabile	
LIVELLO CAPACITA'/ COPERTURA ASSISTENZIALE	CURA DELLA PERSONA	10/10		
	CURA DELL'AMBIENTE DI VITA	5/5		
	RELAZIONI/ SOCIALIZZAZIONE	2/5		
CBI		48/96		

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

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

CAREGIVER BURDEN INVENTORY (CBI)
 (Novak M. e Guest C., Gerontologist, 29, 798-803, 1989)

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

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

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

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

Totale punteggio 63

Nome/cognome/ruolo CAREGIVER..... MAMMA

Tempo assistenza

evolutivo

fisico

sociale

emotivo

20

16

14

7

8

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

DATI ASSISTITO

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

T₀ Data seduta UVM.....
 T₁ Data seduta UVM.....
 T₂ Data seduta UVM.....

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

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

DEFINIZIONE sintetica del PROBLEMA (GLOBALE - SOCIOSANITARIO) a T₀

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



**PIANO OPERATIVO T.....
Scheda di SINTESI**

Obiettivi / Risultati attesi

Miglioramento/ Rallentamento/ Mantenimento/ Tutela

.....

Percorso assistenziale

RESIDENZIALE

Inserimento permanente RSA...
 Inserimento temporaneo RSA...

DOMICILIARE

Residenziale sollievo
 Inserimento temporaneo RSA...

Semiresidenziale

Frequenza CD...
 Frequenza CDA...

Domiciliare indiretto/ integrativo

Buono servizio.....
 Contrib. lavoro cura FAMIGLIA.....
 Contrib. lavoro cura ASSIST. FAMIL...

Domiciliare diretto

Servizio pubblico.....
 Servizio privato.....
 Rete informale.....