

Allegato A

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

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ____ / ____ / ____
 residente a _____ Prov _____
 via/piazza _____ n° _____ telefono _____

in qualità di: diretto interessato tutore amministratore di sostegno

C H I E D E C H E

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

in qualità di:

convivente (specificare)

prossimo congiunto (specificare grado di parentela)

altro (specificare)

S E G N A L A

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

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

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

il/la sig./ra _____
 nato/a _____ il ____ / ____ / ____
 residente a _____ Cap. _____
 Via/Piazza _____ n° _____ tel. _____

stato civile _____ Codice fiscale _____

domiciliato a _____ CAP _____

Via/Piazza _____ n° _____

Medico Curante: _____ tel. _____

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

Richiesta di valutazione

A tal fine:

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

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

Il/la suddetto/a Sig./Sig.ra _____

riceve o ha ricevuto interventi da

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

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

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

eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

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

CONSENSO

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

Data ___ / ___ / _____

Firma _____

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

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

Richiesta di valutazione

Allegato B

SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA

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

CONDIZIONI ATTUALI**DEFICIT SENSORIALI:**

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

Nota _____

DEAMBULAZIONE:

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

Nota _____

INCONTINENZA

si no

- Urinaria saltuaria permanente
 Fecale saltuaria permanente
 Catetere vescicale colostomia

Nota _____

ALIMENTAZIONE

- autonoma
 deve essere imboccato
 presenta disfagia
 presenza di PEG

Presenza di magrezza patologica si no

Nota _____

DISTURBI MOTORI

Paralisi / paresi di _____

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

Nota _____

VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE

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

Nota _____

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

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

Utilizzo di psicofarmaci (specificare) _____

TONO DELL'UMORE

- normale depresso euforico

Pratica / ha praticato terapie antidepressive si no

Nota _____

PRESENZA DI LESIONI CUTANEE

- si no

Sedi e attuali medicazioni _____

ALLERGIE

OSSERVAZIONI

Data di compilazione

____/____/____

Timbro e firma leggibile
 MMG/Medico Curante

Allegato C

UNITÀ DI VALUTAZIONE GERIATRICA (UVG)

Azienda Sanitaria Locale _____

Moduli della Cartella Geriatrica

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

Nota:

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

A cura della Segreteria UVG

Data ricevimento ___/___/___

UNITÀ DI VALUTAZIONE GERIATRICA (UVG) ASL

SCHEDA ANAGRAFICA INFORMATIVA

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

Sig./Sig.ra _____ rec. tel. _____

La domanda è presentata in data / /

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

I dati e le informazioni sono state fornite da

Cognome	Nome
indirizzo	rec. tel.
Persona di riferimento (se diversa da chi ha fornito le informazioni)	
Cognome	Nome
indirizzo	rec. tel.

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

Modulo B - Scheda anagrafica informativa

SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE

Ente gestore/Comune _____

Cognome e Nome.....

1. CONDIZIONI ABITATIVE

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

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

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

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

Condizioni igieniche:

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

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

Servizi Igienici:

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

Riscaldamento:

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

Presenza di barriere architettoniche:

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

Note _____

Sub condizione abitativa

2. CONDIZIONE ECONOMICA

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

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

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

3. CONDIZIONI FAMILIARI

Dati relativi al contesto familiare della persona oggetto di valutazione

Esistono parenti o persone di riferimento: Sì No

Descrizione dei conviventi:

Cognome e nome	età	grado di parentela/ altro

Descrizione dei non conviventi

Cognome nome

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

A) Persona sola *

SI

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

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

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

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

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

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

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

C) Persona che vive sola, con rete parentale non convivente

Rete familiare non convivente con parenti tenuti agli alimenti (art. 433 C.C.)
 (compilare una sola voce la più significativa)

C1) Elevato carico di cura per la presenza all'interno del nucleo familiare di minori e/o di persone con gravi problemi (non autosuff., disabilità, dipendenze, disturbi psichiatrici, ecc.) e/o l'unico/i parente/i di riferimento ha problemi connessi all'elevata età e alla salute	18
C2) Dinamiche relazionali altamente problematiche tra nucleo del valutato e la sua rete parentale	16
C3) Grave affaticamento del care-giver (non convivente) derivante dal lavoro di cura	16
C4) Lontananza (distanza fisica, elevati tempi di spostamento...)	10
C5) Impegni lavorativi che non consentono un adeguato supporto alla persona	8

Rete parentale è composta esclusivamente da parenti non tenuti agli alimenti secondo art. 433C.C. che:

C6) se ne occupano, sono presenti ed adeguati	13
C7) non se ne occupano o se ne occupano in modo inadeguato	17

Sub totale condizione familiare

Note

4. CONDIZIONI ASSISTENZIALI*

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

4 A. Persona valutata a domicilio

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

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

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

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

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

Note:

4 B. Persona valutata in struttura residenziale

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

B13) Non disponibilità di uno spazio abitativo per un eventuale rientro al domicilio	6
--	---

B14) Assenza di un care-giver che permetta un progetto di domiciliarietà	5
--	---

B15) Espressa volontà di rimanere in struttura dell'interessato	2
---	---

Note:

Sub totale condizione assistenziale

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

0	1 - 5	6 - 10
0	1	2

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

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

3) condizione familiare:

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

4) condizione assistenziale:

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

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

Il _____ / _____ / _____

L'Assistente Sociale referente della valutazione
Nome e cognome

Firma leggibile

U.V.G ASL

SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA

Cognome e Nome.....

SINTESI ANAMNESTICA E CLINICA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Codice ICD IX CM patologia principale (*):
Codice ICD IX CM patologie concomitanti (*):
Codice ICD IX CM patologie concomitanti (*):

(*) che determina la maggiore ricaduta funzionale
Modulo B2 - Scheda di valutazione sanitaria

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Che giorno è oggi (giorno, mese, anno) ?
2. Che giorno è della settimana ?
3. Qual è il nome di questo posto ?
4. Qual è il suo numero di telefono ?
(o indirizzo se non ha il telefono)
5. Quanti anni ha ?
6. Quando è nato ?
7. Chi è l'attuale Papa ? (o Presidente della Repubblica)
8. Chi era il Papa precedente ? (o Presidente della Repubblica)
9. Qual era il nome di sua madre prima di sposarsi ?
10. Quanto fa "20 - 3 " e ora ancora - 3 fino arrivare a 2

Registrare il numero totale di errori date come risposte alle 10 domande; sottrarre 1 errore se il soggetto ha frequentato solo le scuole elementari; aggiungere 1 errore se il soggetto ha frequentato le scuole superiori.

0 - 2 errori: assenza di deterioramento
 3 - 4 errori: deterioramento lieve
 5 - 7 errori: deterioramento moderato
 8 - 10 errori: deterioramento grave

* Pfeiffer E.: J. Am. Geriatr. Soc. 23, 433-441, 1975.

Nel caso il test non sia somministrabile, indicare le motivazioni :

.....

	0 - 1 - 2 - 3 - 4	5 - 6 - 7	8 - 9 - 10
Deterioramento	assente - lieve	moderato	grave
PUNTEGGIO	0	1	2

DISTURBI COGNITIVI E DEL COMPORTAMENTO (DISCO) *

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

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

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

	A	Qualsiasi B	Qualsiasi C
PUNTEGGIO	0	1	2

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

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

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

CRITERI RELATIVI

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

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

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

Punteggio 0 = nessun criterio

Punteggio 1 = 2 criteri relativi

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

	Non dipendente	Parzialmente dipendente	Dipendente per motivi sanitari
PUNTEGGIO	0	1	2

CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)*
--

0-4

Apparato cardiovascolare - respiratorio

ACIR1 () Cuore

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

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

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

Apparato gastrointestinale

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

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

ACIR7 () Fegato

Apparato genito-urinario

ACIR8 () Rene

ACIR9 () Altri organi dell'apparato genito-urinario

Apparato muscolo-scheletrico e tegumenti

ACIR10 () Muscoli, ossa, cute

Sistema nervoso-psiche

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

ACIR12 () Patologia psichiatrica (turbe mentali)

Malattie sistemiche

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

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

ISTRUZIONI

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

Per ogni apparato il punteggio è così attribuito:

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

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

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

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

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

Modulo B2 - Scheda di valutazione sanitaria

BISOGNI CLINICO ASSISTENZIALI RILEVATI

PRESENZA DI:

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

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

PREVISIONE INTERVENTI

Visite periodiche del medico di medicina generale:
settimanale quindicinale mensile altro _____

Motivazioni e Note:

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

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

NECESSITÀ DI PRESIDI

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

NECESSITÀ DI OSSIGENOTERAPIA
 GIÀ IN USO A DOMICILIO DA PRESCRIVERE

NOTE:

Nome, Cognome _____

Qualifica operatore _____

Data _____

Firma _____

SINTESI DI VALUTAZIONE SANITARIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Totale punteggio sanitario	
-----------------------------------	--

CIRS *

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

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

U.V.G ASL

RIEPILOGO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE E SANITARIA

Cognome e Nome.....

Prima valutazione *Rivalutazione*

PUNTEGGIO PER GRADUATORIA

Aspetti Sociali	Punti
Aspetti Sanitari	Punti
TOTALE (intervallo 0 - 28)	Punti

Conclusioni della valutazione:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Definizione del progetto assistenziale

Assistibile

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

Note

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

Luogo e data _____

U.V.G ASL

DEFINIZIONE DELLA INTENSITA' ASSISTENZIALE DOMICILIARE

Cognome e Nome.....

Punteggio condizione abitativa	
Punteggio condizione familiare	
Punteggio condizione assistenziale	
Punteggio A.D.L.	
Punteggio I.A.D.L.	
Punteggio S.P.M.S.Q.	
Punteggio DISCO	
Punteggio D.M.I.	
Totale	

C.I.R.S.

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

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

L'Unità di Valutazione Geriatria ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni.

	4 - 9	10 - 15	Oltre 15
	Bassa intensità	Media intensità	Medio alta intensità
Esito			

Motivazione

.....

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

Luogo e data _____

U.V.G ASL

DEFINIZIONE DELLA INTENSITA' ASSISTENZIALE RESIDENZIALE

Cognome e Nome.....

Punteggio A.D.L.	
Punteggio S.P.M.S.Q.	
Punteggio DISCO	
Punteggio D.M.I.	
Totale	

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

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

	5-6	7 - 8	9 - 12
	Bassa intensità	Media intensità	Alta intensità
Esito			

Motivazione

.....

.....

.....

.....

Modulo C1 - Definizione dell'intensità assistenziale residenziale

	5 -6	7 -8	9 - 12
	Bassa intensità	Media intensità	Alta intensità
		Incremento prestazionale	Incremento prestazionale
Esito			

Situazione stabilizzata

Situazione non stabilizzata

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

Luogo e data _____

U.V.G ASL

PROGETTO DI CURE DOMICILIARI IN LUNGOASSISTENZA

ASL _____ Ente Gestore _____

Progetto per il/la sig./sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ in via _____

Referente per Ente Gestore _____

Referente per ASL _____

Diagnosi _____

Problema/i _____

Obiettivo/i: _____

Quali interventi da attuare

Quali figure professionali devono intervenire

Rivalutazione del progetto

data __ / __ / ____

Motivazioni

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

Luogo e data _____

U.V.G ASL.....

PROGETTO RESIDENZIALE

ASL _____ Ente Gestore _____

Progetto per il/la sig./sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ in via _____

Referente per Ente Gestore _____

Referente per ASL _____

Diagnosi _____

Problema/i _____

Obiettivo/i _____

Quali interventi da attuare _____

Quali figure professionali devono intervenire _____

Rivalutazione del progetto data __ / __ / ____

Motivazioni

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

Luogo e data _____

U.V.G ASL

PROGETTO SEMI RESIDENZIALE

ASL _____ Ente Gestore _____

Progetto per il/la sig./sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ in via _____ ---- _____

Referente per Ente Gestore _____

Referente per ASL _____

Diagnosi _____

Problema/i _____

Obiettivo/i _____

Quali interventi da attuare _____

Quali figure professionali devono intervenire _____

Rivalutazione del progetto data __ / __ / ____

Motivazioni

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

Luogo e data _____

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

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

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

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

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

Il referente del caso

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

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

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

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

Il referente del Piano Assistenziale Individuale

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

L'equipe interdisciplinare

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

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

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

GLI STRUMENTI

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

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

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

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

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

1. Osservazione e raccolta dati

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

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

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

➤ P.A.I. residenziale o semiresidenziale

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

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

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

Linee guida

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

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

➤ **P.A.I. domiciliare**

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

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

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

2. Valutazione e identificazione dei bisogni assistenziali

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

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

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

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

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

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

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

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

Linee guida

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

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

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

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

3. Determinazione degli obiettivi

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

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

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

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

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

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

L'identificazione degli obiettivi ha i seguenti scopi:

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

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

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

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

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

Linee guida

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

4. Definizione degli interventi

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

In questa fase sono compresi:

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

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

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

5. Attuazione, esecuzione degli interventi previsti

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

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

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

6. Valutazione dei risultati

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

Linee guida

Occorre verificare:

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

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

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

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE DOMICILIARE

Ente Gestore _____

ASL _____

- Specificare nel caso in cui ci sia altro fornitore

Referente del caso _____

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

QUADRO socio-sanitario

del Sig./Sig.ra _____

che proviene da:

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

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

L'anziano vive con (specificare)

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

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

Presenza rete parentale/amicale Sì No

Chi	eventuale grado di parentela

Disponibilità della rete parentale/amicale non convivente

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

Ulteriori risorse sociali attivabili

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

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

Modello PAI domiciliare

Interessi/hobbies

Grado di istruzione

Attività lavorativa svolta

- Deficit sensoriali Visivi Uditivi
- Usa presidi Sì No

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

- Usa ausili per incontinenza Sì No
Quali _____
- Usa ausili per la sicurezza Sì No
Quali _____

Ridefinizione del/i problema/i in termini operativi:

Obiettivo/i:

Tempi di realizzazione:

Monitoraggio:

- periodicità di rivalutazione aspetti sociali _____
a cura di _____
- periodicità di rivalutazione aspetti sanitari _____
a cura di _____

PAI nr.

Data / /

Figure che intervengono

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

Note

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

Per accettazione (interessato / tutore / amministratore di sostegno)

.....

SCHEDA SINTESI DI MONITORAGGIO

Data del monitoraggio: _____

Osservazione sull'andamento _____

Risultati conseguiti _____

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

Data prossimo monitoraggio _____

Firma del referente del Piano Assistenziale Individuale:

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE

Struttura residenziale o semiresidenziale

Denominazione _____

Indirizzo _____

Referente del caso _____

Progetto di residenzialità o semiresidenzialità formulato dall'UVG in data _____

Percorso clinico-assistenziale

del Sig./Sig.ra _____

proveniente da:

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

Nel caso di progetto residenziale in struttura per:

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

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

Disponibilità della rete parentale/amicale:

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

RISORSE ATTIVABILI

- amici (specificare) _____
- vicinato (specificare) _____
- volontariato (specificare) _____
- altro _____
- nessuna _____

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

Interessi/hobbies

Grado di istruzione

Attività lavorativa svolta

- Allergie Sì No
Quali _____
- Intolleranze Sì No
Quali _____
- Deficit sensoriali Visivi Uditivi

OSSERVAZIONE NEL PRIMO PERIODO
DI PERMANZA NELLA RESIDENZA O SEMIRESIDENZA

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

Quali _____

Altro _____

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

Rischio di cadute per _____

Igiene personale _____

Difficoltà a vestirsi autonomamente a causa di _____

Assunzione dei cibi _____

Abitudini alimentari _____

Assunzione dei liquidi _____

Comunicazione _____

Disturbi del sonno _____

Disturbi comportamentali _____

PAI nr.

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

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

*Consentito uso saltuario di ausili per piccole perdite occasionali

Modello PAI residenziale e semiresidenziale

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

PESO CORPOREO Kg.

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

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

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

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

Modello PAI residenziale e semiresidenziale

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

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

Modello PAI residenziale e semiresidenziale

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

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

Modello PAI residenziale e semiresidenziale

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

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

Note

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