

Codice A1410A

D.D. 30 giugno 2016, n. 382

D.G.R. n. 34-3309 del 16 maggio 2016 "Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica". Adozione nuova "Scheda Informativa Sanitaria".

Con D.G.R. 34-3309 del 16 maggio 2016 si è dato avvio al Progetto sperimentale RSA Aperta che prevede prestazioni erogabili ai sensi della D.G.R. n. 45-4248/2012, integrate con altre figure professionali, rese al domicilio dalle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per anziani non autosufficienti accreditate con il Servizio Sanitario Regionale (SSR) ai sensi della D.G.R. n. 25-12129 del 14 settembre 2009, al fine di agevolare il mantenimento della persona al domicilio.

La Giunta Regionale, nel medesimo provvedimento, demanda alla Direzione Sanità, di concerto con la Direzione Coesione Sociale, l'adozione di nuovi moduli tra i quali la "Scheda Informativa Sanitaria" in sostituzione dell'Allegato B "Scheda Informativa Sanitaria" della D.G.R. n. 42-8390 del 10 marzo 2008 "*Cartella Geriatrica dell'Unità di Valutazione Geriatrica e Linee Guida del Piano Assistenziale Individuale*".

Ottemperando così alla disposizione data, con il presente atto si adotta la nuova "Scheda Informativa Sanitaria" di cui sopra come da Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Tutto ciò premesso,

IL DIRETTORE

visti gli artt. 4 e 17 del D.lgs. n. 165/2001 e s.m.i.: "*Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*";

visto l'art. 17 della L. R. 23/2008 "*Disciplina dell'organizzazione degli uffici regionali e disposizioni concernenti la dirigenza ed il personale*";

vista la D.G.R. n. 42-8390 del 10 marzo 2008 "*Cartella Geriatrica dell'Unità di Valutazione Geriatrica e Linee Guida del Piano Assistenziale Individuale*";

vista la D.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012: "*Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziani non autosufficienti. Modifica della D.G.R. 25-12129 del 14.09.2009 e D.G.R. n. 35-9199 del 14.07.2008. Revoca delle precedenti deliberazioni*";

vista la D.G.R. n. 34-3309 del 16 maggio 2016 "*Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica*";

determina

- di adottare la nuova “Scheda Informativa Sanitaria” presente nell’Allegato 1, parte integrante e sostanziale della presente determinazione;
- di stabilire che la nuova “Scheda Informativa Sanitaria”, si applica per tutte le richieste di Valutazione e Rivalutazione Multidimensionale effettuate dall’Unità di Valutazione Geriatrica;
- di dare atto che, secondo quanto previsto nella D.G.R. n. 34-3309 del 16 maggio 2016, la “Scheda Informativa Sanitaria” di cui all’Allegato 1 della presente determinazione, sostituisce la “Scheda Informativa Sanitaria” di cui all’Allegato B della D.G.R. n. 42-8390 del 10 marzo 2008 “*Cartella Geriatrica dell’Unità di Valutazione Geriatrica e Linee Guida del Piano Assistenziale Individuale*”.

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale entro 60 giorni ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni, dalla notificazione o dall’intervenuta piena conoscenza.

La presente determinazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, ai sensi dell’art. 61 dello Statuto nonché ai sensi dell’articolo 23, comma 1, lettera a), del D.lgs n. 33/2013.

Il Direttore Regionale
Fulvio MOIRANO

Allegato

SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA

Cognome	Nome
Luogo	Data di nascita
<p><input type="checkbox"/> IL/LA PAZIENTE È A DOMICILIO</p> <p><input type="checkbox"/> IL/LA PAZIENTE È PRESSO UNA STRUTTURA SOCIO-SANITARIA SPECIFICARE _____ DAL ____/____/_____</p> <p><input type="checkbox"/> IL/LA PAZIENTE È PRESSO UNA STRUTTURA SANITARIA (OSPEDALE, CASA DI CURA, CAVS, ...) SPECIFICARE _____ DAL ____/____/_____</p> <p><input type="checkbox"/> la scheda informativa è stata compilata con il supporto delle informazioni presenti nella documentazione della Struttura Sanitaria</p> <p><input type="checkbox"/> la scheda informativa è stata compilata senza il supporto delle informazioni presenti nella documentazione della Struttura Sanitaria</p> <p>Sintesi clinico-anamnestica con particolare riferimento alle patologie invalidanti:</p> <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 sì no

- Urinaria saltuaria permanente
- Fecale saltuaria permanente
- Catetere vescicale

Nota

ALIMENTAZIONE

- autonoma
- deve essere imboccato
- presenta disfagia

Presenza di magrezza patologica sì no

Presenza di obesità patologica sì no

Nota

DISTURBI MOTORI

Paralisi / paresi di

Instabilità motoria sì no

Deficit equilibrio sì no

Tendenza alle cadute sì no

Nota

VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE

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

Note

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Aggressività verbale | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Pone domande ripetitivamente | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Si sente ansioso, agitato, preoccupato, costantemente inquieto | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Allucinazioni/deliri | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Attività motoria afinalistica (wandering, fughe) | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Aggressività fisica | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Comportamento socialmente inadeguato/disinibizione | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Alterazione severa del ritmo sonno veglia/insonnia grave | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Rifiuto dell'assistenza | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Comportamento alimentare gravemente alterato | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |

Note

Utilizzo di psicofarmaci (specificare)

TONO DELL'UMORE

normale

depresso

euforico

ha assunto terapie antidepressive nell'ultimo anno sì no

sta assumendo terapie antidepressive sì no

Note

ALLERGIE

TRATTAMENTI SPECIALISTICI

Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
SNG/PEG	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Respiratorie/Ventilazione Assistita	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Dialisi	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Ulcere da decubito	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione stomia (colon o altre)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Trattamenti ulcere cutanee (non da pressione)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione C.V.C.	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione terapia con microinfusori /elastomeri	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione cateterismo peridurale	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Drenaggi	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Trattamento riabilitativo post acuto	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Altro (specificare):

OSSERVAZIONI

Data di compilazione

____/____/____

Timbro e firma leggibile

MMG/Medico Curante
