

UNITÀ DI VALUTAZIONE GERIATRICA (UVG)

Azienda Sanitaria Locale _____

Moduli della Cartella Geriatrica

<i>A - RICHIESTA DI VALUTAZIONE (Allegato A della DGR 42-8390/2008)</i>	<input type="checkbox"/>
<i>B - SCHEDA ANAGRAFICA INFORMATIVA</i>	<input type="checkbox"/>
<i>B1 - SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE (*)</i>	<input type="checkbox"/>
<i>B2 - SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA (**)</i>	<input type="checkbox"/>
<i>B3 - RIEPILOGO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE E SANITARIA</i>	<input type="checkbox"/>
<i>C - DEFINIZIONE DELLA INTENSITA' ASSISTENZIALE DOMICILIARE</i>	<input type="checkbox"/>
<i>C1 - DEFINIZIONE DELLA INTENSITA' ASSISTENZIALE RESIDENZIALE</i>	<input type="checkbox"/>
<i>D - PROGETTO DI CURE DOMICILIARI IN LUNGO ASSISTENZA</i>	<input type="checkbox"/>
<i>D1 - PROGETTO RESIDENZIALE</i>	<input type="checkbox"/>
<i>D2 - PROGETTO SEMI RESIDENZIALE</i>	<input type="checkbox"/>

Nota:

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

() La scheda B1 è modificata negli item 7) 8) della sezione 4 A "Persona valutata al domicilio" e negli item 10) 11) 12) e 14) della sezione 4B "Persona valutata in struttura residenziale", in quest'ultima sezione è stata inserita una sintetica griglia di rilevazione dei bisogni assistenziali: 1) Igiene personale e vestizione e 2) Somministrazione dei pasti.*

*(**) La scheda B2 contiene*

ADL di Barthel,

IADL di Lawton,

SPMSQ di Pfeiffer

A.Di.Co

DMI

Trattamenti specialistici

CIRS

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:	<input type="checkbox"/> 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		

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) Adeguati	0
10) Interni non adeguati/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 non conviventi (da compilare solo se compilata almeno una delle voci dal B1 al B5)

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

9

Se compilata una voce dal B1 al B5 e il 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 4A esclude la compilazione della scheda 4B e viceversa)

4A. 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	saltuariamente
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 (punteggio "Area condizioni familiari = o > di 18)	5
8) Grave difficoltà della rete familiare a soddisfare i bisogni del valutato (punteggio "Area condizioni familiari = o > di 16)	5
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.

4 B. Persona valutata in struttura residenziale

B10) Ricoverato da	meno di 6 mesi	0	
	oltre 6 mesi	2	
B11) 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		5	
B12) Non disponibilità di uno spazio abitativo adeguato o mancanza di alternativa abitativa alla residenzialità		6	
B13) Assenza di persone che mantengano un significativo rapporto con il valutato		4	

B14) Grave difficoltà o assenza di un care-giver che permetta un progetto di domiciliarità (punteggio "Area condizioni familiari = o > di 16)	8	
B15) Espressa volontà di rimanere in struttura dell'interessato	2	

Indicare il grado di copertura necessario per soddisfare i seguenti bisogni assistenziali del valutato:

BISOGNI				totale
	soddisfatto	In parte	Non soddisfatto	
1) Igiene personale e vestizione	0	1	2	
2) Somministrazione e dei pasti	0	1	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 :
Codice ICD IX CM patologie concomitanti :
Codice ICD IX CM patologie concomitanti :
Codice ICD IX CM patologie concomitanti :

(*) che determina la maggiore ricaduta funzionale

A.D.L INDICE DI BARTHEL
SITUAZIONE FUNZIONALE

ALIMENTAZIONE	
Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare i cibi e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.	0
Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc. Non è necessaria la presenza di un'altra persona	2
Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare il latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro.	5
Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaio, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.	8
Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc.)	10
BAGNO/DOCCIA-LAVARSI	
Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.	0
Necessità di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.)	1
Necessità di aiuto per il trasferimento nella doccia / bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.	2
Necessità di aiuto per tutte le operazioni.	4
Totale dipendenza nel lavarsi,	5
IGIENE PERSONALE	
Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un Uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata a farlo, ma non è necessario che sia in grado di acconciarsi i capelli.	0
In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.	1
Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.	2
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	4
Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.	5
ABBIGLIAMENTO	
Capace di indossare, togliere, e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto o una protesi.	0
Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.	2
Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.	5
Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.	8
Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.	10
CONTINENZA INTESTINALE	
Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario.	0
Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma, e ha occasionali perdite.	2

Capace di assumere una posizione appropriata, ma non di eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc.	5
Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.	8
Incontinente.	10
CONTINENZA URINARIA	
Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con dispositivi esterni o interni.	0
Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita e necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni.	2
In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario l'aiuto parziale nell'uso dei dispositivi. (Ha bisogno di stimolo e supervisione)	5
Incontinente ma in grado di cooperare nell'applicazione di un dispositivo esterno o interno.	8
Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi esterni o interni, per il cambio del sacchetto.	10
USO DEL GABINETTO	
Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.	8
Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.	2
Necessita di aiuto per svestirsi / vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani.	5
Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.	8
Completamente dipendente.	10
Totale valutazione funzionale	

* Shah, S., Vanclay, F., Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(8), 703-709.

MOBILITÀ	
TRASFERIMENTO LETTO - SEDIA O CARROZZINA (compilare anche in caso di paziente totalmente allettato)	
E' indipendente durante tutte le fasi. Capace di avvicinarsi al letto in carrozzina con sicurezza, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina e ritrasferirsi con sicurezza.	0
Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza.	3
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	8
Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.	12
Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'anziano con o senza un sollevatore meccanico.	15
DEAMBULAZIONE	
In grado di usare stampelle, bastoni, walker e deambulare per 50 m. senza l'aiuto o supervisione. Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano.	0
Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia << 50 m. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.	3
Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili / o per la loro manipolazione. (necessita di aiuto per il cammino su terreni accidentati, ma è in grado di deambulare). Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione di deambulare).	8
Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.	12
Non in grado di deambulare autonomamente (e se tenta, necessita di 2 assistenti)	15
USO DELLA CARROZZINA (<i>utilizzare questa scala solo se il paziente ha punteggio di 15 nella scala "deambulazione" ed è stato addestrato all'uso della carrozzina</i>)	
Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.); l'autonomia deve essere > 50 m.	10
Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette	11
Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.	12
Capace di spostarsi solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre.	14
Dipendente negli spostamenti con la carrozzina	15
SCALE	
In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza l'aiuto o supervisione. In grado di usare il corrimano, bastone o stampelle se necessario, ed in grado di portarli con se durante la salita o discesa	0
In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es. a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.).	2
Capace di salire / scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione e assistenza.	5
Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili).	8
Incapace di salire e scendere le scale.	10
Totale valutazione mobilità	

Nell'allegato B, del presente atto deliberativo, sono descritte le istruzioni per la compilazione del Barthel Index e le specifiche per vari item finalizzate ad una più precisa compilazione della scala.

Nella tabella seguente sono riportati i punteggi per la determinazione del livello di autonomia.

BARTHEL SITUAZIONE FUNZIONALE		
Punteggio 0-14	autonomo o quasi	0
Punteggio 15-49	parzialmente dipendente	2
Punteggio 50-60	totalmente dipendente	3

BARTHEL MOBILITA'		
Punteggio 0-14	Si sposta da solo	0
Punteggio 15-29	Si sposta assistito	2
Punteggio 30-40	Non si sposta da solo	3

Per comparare il punteggio delle due scale (ADL di Katz e di Barthel) si deve tener conto che la somma dei punteggi di Barthel funzionale più barthel mobilità corrisponde al punteggio complessivo ottenibile con l'indice di Katz.

Per esempio: parzialmente dipendente (2) + non si sposta da solo (3) = 5, corrispondente al punteggio 5 nella scala di Katz.

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.

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

*) Modificata da: Lawton M.P., Brody E.M., *Gerontologist* 9, 179 - 186, 1969

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.

* 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

A.Di.Co Area dei Disturbi Comportamentali

Si tratta di azioni o intenti che abbiano causato malessere/danno alla persona o che siano stati stressanti o nocivi per familiari e conviventi, personale, ospiti o altre persone.

A	Assenza o lievi disturbi cognitivi e del comportamento	
B	1. Aggressività verbale	
	2. Pone domande ripetitivamente	
	3. Si sente ansioso, agitato, preoccupato, costantemente inquieto	
	4. Allucinazioni/deliri	
C	5. Attività motoria afinalistica (<i>wandering, fughe</i>)	
	6. Aggressività fisica	
	7. Comportamento socialmente inadeguato/disinibizione	
	8. Alterazione severa del ritmo sonno veglia/insonnia grave	
	9. Rifiuto dell'assistenza	
	10. Comportamento alimentare gravemente alterato	
<p>Si considerano presenti i disturbi comportamentali che si manifestano con frequenza giornaliera o almeno 2/3 volte a settimana e sono resistenti agli interventi di supervisione e rassicurazioni; la risposta ai farmaci è incompleta o instabile.</p> <p>Il periodo di riferimento è alle 4 settimane precedenti l'intervista.</p> <p>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.</p>		

	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)".

Trattamenti specialistici *

1	Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/>
2	SNG/PEG	<input type="checkbox"/>
3	Tracheostomia	<input type="checkbox"/>
4	Respiratorie/Ventilazione Assistita	<input type="checkbox"/>
5	Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/>
6	Dialisi	<input type="checkbox"/>
7	Ulcere da decubito	<input type="checkbox"/>
8	Altri trattamenti specialistici	<input type="checkbox"/>
	Gestione stomia (colon o altre)	<input type="checkbox"/>
	Trattamenti ulcere cutanee (non da pressione)	<input type="checkbox"/>
	Gestione C.V.C.	<input type="checkbox"/>
	Gestione terapia con microinfusori /elastomeri	<input type="checkbox"/>
	Gestione cateterismo peridurale	<input type="checkbox"/>
	Drenaggi	<input type="checkbox"/>
	Trattamento riabilitativo post acuto	<input type="checkbox"/>
	Altro specificare	<input type="checkbox"/>

*Le istruzioni sono presenti nell'Allegato B del presente atto deliberativo.

SINTESI DI VALUTAZIONE SANITARIA

Autonomia Funzionale con Barthel Index	(0 - 3 punti)	
- non dipendente (punteggio 0-14)		0 punti
- punteggio Barthel 15-49		2 punti
- punteggio Barthel 50-60		3 punti
Mobilità con Barthel Index	(0 - 3 punti)	
- non dipendente (punteggio 0-14)		0 punti
- si sposta assistito (punteggio 15-29)		2 punti
- non si sposta da solo (punteggio 30 - 40)		3 punti
IADL: 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
AREA dei disturbi del comportamento (A.Di.Co.)	(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

- TRATTAMENTI SPECIALISTICI ***
- Presenti

** le informazioni contenute in questi due strumenti non sono conteggiate nel punteggio sanitario e devono essere utilizzate solamente per fornire dati aggiuntivi, 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. (funzioni+mobilità)	
Punteggio I.A.D.L.	
Punteggio S.P.M.S.Q.	
Punteggio A.Di.Co.	
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 Geriatrica 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. (funzione + mobilità)	
Punteggio S.P.M.S.Q.	
Punteggio A.Di.Co.	
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

.....

.....

.....

.....

	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: _____

Indicatori _____

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 _____

Indicatori _____

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 _____