

## PARTE SECONDA

*Deliberazioni del Consiglio e della Giunta*

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 dicembre 2011, n. 2814

**L.R. n. 2/2010. L.R. n. 4/2010. R.R. 6/2011. DGR n. 691/2011. Approvazione Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e anziane (S.Va.M.A.) e delle persone disabili (S.Va.M.Di.) e Modello di Piano di Assistenza Individuale.**

L'Assessore alle Politiche della Salute, di concerto con l'Assessore al Welfare, sulla base dell'istruttoria espletata di concerto dal Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria, dal Servizio Programmazione Sociale e Integrazione Sociosanitaria e dal Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione, riferiscono quanto segue.

Premesso che:

- il Piano Regionale di Salute 2008-2010 (approvato con L.R. n. 23/2008) prevede, tra le priorità strategiche, per il consolidamento del Servizio Sanitario Regionale il rafforzamento della rete dell'assistenza domiciliare con riferimento alle prestazioni sanitarie (ADS) e alle prestazioni sociosanitarie integrate (ADI);
- la L.R. n. 2/2010 e la L.R. 4/2010 ribadiscono la necessità che, al fine di garantire l'appropriatezza della presa in carico, l'accesso ai servizi sociosanitari territoriali avvenga per il tramite della Porta Unica di Accesso (PUA) e della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) competente per territorio;
- il R.R. n. 6/2011 di organizzazione del Distretto Socio Sanitario definisce, agli artt. 16 e 17, le funzioni della PUA e della UVM;
- con DGR 107/2005 è stata formalmente adottata in Regione Puglia la S.Va.M.A., quale strumento per la valutazione multidimensionale dell'adulto e dell'anziano;
- con DGR 1984/2008 sono state adottate le "Linee Guida Regionali per le non autosufficienze";

- con DGR. 691/2011 sono state approvate le "Linee guida regionali per l'accesso ai servizi sanitari territoriali ed alla rete integrata dei servizi socio-sanitari";
- con la stessa deliberazione è stato stabilito di rinviare a successivi provvedimenti l'approvazione degli strumenti di valutazione, previsti nelle suddette linee guida, elaborati nell'ambito del Tavolo della Sanità Elettronica di Puglia di cui al R.R. n. 19/2007;

Rilevato che:

- la L.R. n. 16/2011 ha istituito il sistema integrato della sanità elettronica della Regione Puglia, costituito dal Sistema informativo sanitario regionale, dal Sistema informativo sanitario territoriale, dal Sistema informativo sociale e dagli altri sistemi informativi regionali e aziendali;
- il nuovo sistema informativo sanitario regionale (denominato Edotto), di cui al contratto Rep. n. 9455/2008, così come previsto dalla pianificazione di progetto, approvata con DGR n. 1100/2011, è attualmente in fase di collaudo di preaccettazione e l'avvio in esercizio è, ad oggi, pianificato nel primo semestre del 2012;
- nell'ambito di tale progetto sono presenti le aree applicative "Assistenza Domiciliare" ed "Assistenza Residenziale";
- i gruppi di lavoro tecnici (GdLT) del progetto Edotto - Assistenza Territoriale, di cui alla DGR n. 186/2009 e ss.mm.ii., costituiti da personale della Regione, dell'A.Re.S., delle Aziende ed Enti del SSR, hanno elaborato, come da verbali agli atti di ufficio, i seguenti strumenti:
  - Piano di Assistenza Individuale (PAI) - Cure Domiciliari e Cure Residenziali e Semiresidenziali;
  - S.Va.M.A. - Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e anziane;
  - S.Va.M.Di. - Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone disabili;
- con nota prot. 1486 del 25/11/2011 il responsabile interno del progetto Edotto ha comunicato la trasmissione, per il tramite del team di supporto di InnovaPuglia S.p.A., agli uffici regionali della versione definitiva dei suddetti strumenti alla base della progettazione esecutiva e dello sviluppo del software del sistema Edotto;

- con i DD.MM. del 17/12/2008 del Ministro della Salute (G.U. n. 6 del 09/01/2009) sono stati istituiti il sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (flusso SIAD) ed la banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali (flusso FAR);
- l'invio dei dati con le modalità e le tempistiche previste dai suddetti decreti ministeriali costituisce per le Regioni, a decorrere dal 01/01/2012, adempimento per l'accesso integrativo al finanziamento del fondo sanitario a carico dello Stato ai sensi dell'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005;
- con DGR n. 317/2011 è stato approvato il documento "*Mappa dei Flussi Informativi -Ver. 1.0*", con il quale è stato stabilito che il suddetto obbligo informativo viene soddisfatto dalla Regione Puglia mediante l'utilizzo delle apposite funzionalità previste nel sistema Edotto;

Considerato che:

- è necessario approvare gli strumenti sopra richiamati, elaborati dai GdLT, al fine di:
  - rendere omogeneo il processo di rilevazione dei dati relativi all'assistenza domiciliare ed all'assistenza residenziale e semiresidenziale;
  - procedere con le necessarie attività di formazione nei confronti degli operatori dei Distretti sociosanitari;
  - avviare le aree applicative "assistenza domiciliare" ed "assistenza residenziale" del sistema Edotto;
- l'approvazione degli strumenti di valutazione multidimensionale ed il loro utilizzo riveste carattere di urgenza anche rispetto all'implementazione dei flussi ministeriali, come evidenziato nella seduta del 22/11/2011 del Tavolo della Sanità Elettronica di Puglia, di cui al R.R. n. 19/2007.

Per tutto quanto sopra esposto si propone alle valutazioni della Giunta Regionale di:

- approvare gli strumenti "Piano di Assistenza Individuale" (PAI) per le cure domiciliari e per le cure residenziali e semiresidenziali, "Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e anziane" (S.Va.M.A.) e "Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone

disabili (S.Va.M.Di.)", predisposti dai Gruppi di Lavoro Tecnici di cui alla DGR n. 186/2009, rispettivamente allegati "A", "B" e "C" al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

- dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali affinché dispongano che dal 01/01/2012 i Distretti Socio Sanitari utilizzino i suddetti strumenti in formato cartaceo, in fase di prima applicazione, e, a regime, con modalità informatica non appena avviate in esercizio le aree applicative "Assistenza Domiciliare" ed "Assistenza Residenziale" del sistema informativo Edotto, al fine dell'assolvimento obblighi informativi previsti dalla normativa nazionale;
- stabilire che la messa a regime degli strumenti di valutazione sarà accompagnata dalla realizzazione di percorsi formativi e da adeguato supporto tecnico.

#### **SEZIONE COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DELLA L.R. N. 28/01 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI**

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il Dirigente dell'Ufficio Sistemi Informativi  
e Flussi Informativi  
Vito Bavaro

La presente proposta di deliberazione viene sottoposta all'esame della Giunta regionale ai sensi dell'art.4, comma 4, lett.a), della L.R. 4.2.1997, n.7.

L'Assessore relatore, di concerto con l'Assessore al Welfare, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta regionale l'adozione del conseguente atto finale.

#### **LA GIUNTA**

Udita la relazione e la conseguente proposta degli Assessori;

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dai Dirigenti degli Uffici e Servizi competenti;

A voti unanimi espressi nei modi di legge;

*DELIBERA*

**di approvare la relazione degli Assessori proponenti così come in narrativa indicata, che qui si intende integralmente trascritta e, conseguentemente di:**

1. approvare gli strumenti “Piano di Assistenza Individuale” (PAI) per le cure domiciliari e per le cure residenziali e semiresidenziali, “Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e anziane” (S.Va.M.A.) e “Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone disabili (S.Va.M.Di.)”, predisposti dai Gruppi di Lavoro Tecnici di cui alla DGR n. 186/2009, rispettivamente allegati “A”, “B” e “C” al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

2. dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali affinché dispongano che dal 01/01/2012 i Distretti Socio Sanitari utilizzino i suddetti strumenti in formato cartaceo, in fase di prima applicazione, e, a regime, con modalità informatica non appena avviate in esercizio le aree applicative “Assistenza Domiciliare” ed “Assistenza Residenziale” del sistema informativo Edotto, al fine dell’assolvimento obblighi informativi previsti dalla normativa nazionale;
3. stabilire che la messa a regime degli strumenti di valutazione sarà accompagnata dalla realizzazione di percorsi formativi e da adeguato supporto tecnico.
4. disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta  
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta  
Dott. Nichi Vendola



**REGIONE PUGLIA**

**AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, DELLE PERSONE E DELLE  
PARI OPPORTUNITA'**

**Allegato A**

**Piano di Assistenza Individuale (PAI)**

A1. PAI Cure domiciliari

A2. PAI cure residenziali e semiresidenziali



REGIONE PUGLIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE ....

**Distretto Socio Sanitario .....**

Ambito territoriale .....

Comune di .....

**PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE (PAI)****Cure domiciliari**

Paziente			Nato il		
Cod. Fisc.	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/	età	sesto	M	F
Residenza	Comune..... Via.....		Tel. .... .....		
MMG/PLS	Dr	Tel. ....			

UVM	Data	Scadenza PAI
Presa in carico		
Rivalutazione		

<u>Diagnosi d'ingresso:</u>	<b>PROVENIENZA PAZIENTE</b>
Patologia prevalente (codice ICD9-CM) _____	<input type="checkbox"/> Domicilio
Patologie concomitanti (codice ICD9-CM) _____	<input type="checkbox"/> Struttura: (specificare) _____

<u>Problemi attuali:</u>

**Tipologia di non autosufficienza/fragilità**

- Paziente in dimissione protetta
- Paziente con gravi artropatie
- Paziente con incidenti vascolari acuti
- Paziente con patologie temporaneamente invalidanti
- Demente grave
- Anziano con pluripatologie invalidanti
- Malato oncologico non autosufficiente
- Altro \_\_\_\_\_

**Obiettivi di salute**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Miglioramento della qualità di vita               | <input type="radio"/> Miglioramento/mantenimento dello stato funzionale globale      |
| <input type="radio"/> Miglioramento/controllo delle condizioni cliniche | <input type="radio"/> Prevenzione/trattamento delle lesioni da decubito              |
| <input type="radio"/> Prevenzione delle cadute                          | <input type="radio"/> Prevenzione della sindrome da immobilizzazione                 |
| <input type="radio"/> Miglioramento/mantenimento dell'attività motoria  | <input type="radio"/> Recupero tono-forza-trofismo muscolare                         |
| <input type="radio"/> Recupero funzionalità articolare                  | <input type="radio"/> Recupero postura seduta e/o eretta                             |
| <input type="radio"/> Recupero/mantenimento mobilità-trasferimenti      | <input type="radio"/> Recupero/mantenimento deambulazione                            |
| <input type="radio"/> Miglioramento stato cognitivo-percettivo          | <input type="radio"/> Miglioramento/contenzione disturbi psichici e comportamentali  |
| <input type="radio"/> Miglioramento orientamento nella realtà           | <input type="radio"/> Miglioramento capacità relazionali e contatto socio-ambientale |
| <input type="radio"/> Altro _____                                       |  |

**Interventi**

Equipie domiciliare	Prestazioni		Durata	Struttura erogante
<ul style="list-style-type: none"> <li>• MMG</li> <li>• PLS</li> <li>• Medico cont. assistenziale                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Oncologo</li> <li>○ Cardiologo</li> <li>○ Pneumologo</li> <li>○ Neurologo</li> <li>○ Fisiatra</li> <li>○ Chirurgo</li> <li>○ Urologo</li> <li>○ Ginecologo</li> <li>○ Nefrologo</li> <li>○ Gastroenterologo</li> <li>○ Ortopedico</li> <li>○ Dermatologo</li> <li>○ Oculista</li> <li>○ Geriatra</li> <li>○ Altro .....</li> </ul> </li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Specialista</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medico esperto cure palliative</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlli specialistici strumentali programmati in struttura specialistica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rx</li> <li>○ TAC</li> <li>○ Risonanza magnetica</li> <li>○ Ecocardiogramma</li> <li>○ Altro .....</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infermiere</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Farmaci/ausili e mod somm.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Parametri funzionali</li> <li>○ Terapia farmacologica</li> <li>○ Terapia infusionale</li> <li>○ Nutrizione</li> <li>○ Catetere vescicale</li> <li>○ Medicazione</li> <li>○ Controllo drenaggi</li> <li>○ Gestione lesioni da decubito</li> <li>○ Gestione Peg</li> <li>○ Gestione tracheotomia</li> <li>○ Altro .....</li> </ul>			

Equipe domiciliare	Prestazioni	Frequenza		Durata	Struttura erogante
		g/sett	g/mese		
• Fisioterapista <sup>1</sup>					
• Logopedista					
• Terapista occupazionale					
• Dietista					
• OSS					
• Psicologo					
• Care giver					
• Assistente sociale					

<sup>1</sup> PSR (Professioni Sanitarie Riabilitative) (DM 29/03/2001)

<b>AUSILI, PROTESI, ELETTROMEDICALI E ASSISTENZA INTEGRATIVA</b>		<b>NOTE</b>
<input type="checkbox"/>	Ventilatore Polmonare + Ventilatore di riserva + materiale di consumo	
<input type="checkbox"/>	Gruppo di continuità/gruppo elettrogeno	
<input type="checkbox"/>	Aspiratore + Aspiratore di riserva + materiale di consumo	
<input type="checkbox"/>	Saturimetro	
<input type="checkbox"/>	Letto _____	
<input type="checkbox"/>	Materasso _____	
<input type="checkbox"/>	Sistemi di postura	
<input type="checkbox"/>	Ausili per lo spostamento: _____	
<input type="checkbox"/>	Ausili per la comunicazione: _____	
<input type="checkbox"/>	Ossigeno liquido	
<input type="checkbox"/>	Ausili di assorbenza	
<input type="checkbox"/>	Ausili per incontinenza	
<input type="checkbox"/>	Pompa per nutrizione enterale e relative sacche	
<input type="checkbox"/>	PEG	
<input type="checkbox"/>	Prodotti per nutrizione enterale	
<input type="checkbox"/>	Materiale per medicazione vario	
<input type="checkbox"/>	OLT	
<input type="checkbox"/>	Farmaci	
<input type="checkbox"/>	Altro: _____	

<b>EQUIPE DISTRETTUALE</b>		
Case Manager		Tel.
<b>CPS Coordinatore</b>		Tel.

<b>ULTERIORI INTERVENTI</b>	
<input type="checkbox"/>	Segnalazione del caso al Servizio 118 per le eventuali chiamate in urgenza ed emergenza;
<input type="checkbox"/>	Segnalazione del caso alla Continuità Assistenziale (Guardia Medica) sede di _____ per eventuali richieste di intervento in continuità assistenziale con il medico di Medicina Generale.
<input type="checkbox"/>	Segnalazione dell'abitazione all'ENEL per la protezione della rete elettrica in caso di interruzione di fornitura di energia a cura dell'intestatario del contratto;
<input type="checkbox"/>	Assegno di cura
<input type="checkbox"/>	Valutazione requisiti impiantistici finalizzata alla installazione delle apparecchiature elettromedicali
<input type="checkbox"/>	Attivazione servizio prelievo ROT
<input type="checkbox"/>	Altro _____

**Note** \_\_\_\_\_



PROFILI DI CURA/SETTING ASSISTENZIALI	
<input type="checkbox"/>	Cure Domiciliari complessità bassa (I livello)
<input type="checkbox"/>	Cure Domiciliari complessità medio-alta (II livello)
<input type="checkbox"/>	Cure Domiciliari di elevata complessità intensità (III livello)
<input type="checkbox"/>	Cure Palliative
<input type="checkbox"/>	Altro

### Legenda

Cure domiciliari di complessità bassa (con accessi domiciliari articolati fino a 5 giorni alla settimana) da parte di équipes multidisciplinari strutturate (medico + infermiere + personale riabilitativo) previa valutazione multidimensionale, PAI e presa in carico. (E'esclusa l'assistenza programmata a domicilio del MMG)

Cure domiciliari di complessità medio-alta (con accessi domiciliari articolati su 6 giorni alla settimana) da parte di équipes multidisciplinari strutturate (medico + infermiere + personale riabilitativo) previa valutazione multidimensionale, PAI e presa in carico.

Cure domiciliari di elevata complessità/intensità e cure domiciliari palliative a malati terminali (con accessi quotidiani e pronta disponibilità medica notturna) da parte di équipes multidisciplinari strutturate (medico + infermiere + personale riabilitativo + OSS + psicologo) previa valutazione multidimensionale, PAI e presa in carico.

VALUTAZIONE DEI RISULTATI		
<input type="checkbox"/>	Condizioni migliorate	
<input type="checkbox"/>	Condizioni stazionarie	
<input type="checkbox"/>	Condizioni peggiorate	
Rivalutazione	Motivo	<input type="checkbox"/> scadenza del periodo previsto
		<input type="checkbox"/> variazione nelle condizioni del paziente
	Conferma Precedente	<input type="checkbox"/> Si
		<input type="checkbox"/> No
	Modificato	<input type="checkbox"/> Si
		<input type="checkbox"/> No
Sospensione	Data Inizio	
	Data Fine	
	Motivazione	<input type="checkbox"/> ricovero temporaneo in ospedale
		<input type="checkbox"/> allontanamento temporaneo
<input type="checkbox"/> ricovero temporaneo in struttura residenziale		
<input type="checkbox"/> altro		
Conclusione	Data AD	
	Motivazione	<input type="checkbox"/> Completamento del programma assistenziale
		<input type="checkbox"/> Ricoveri in ospedale
		<input type="checkbox"/> Decesso a domicilio
		<input type="checkbox"/> Decesso in ospedale
		<input type="checkbox"/> Trasferimento in struttura residenziale
		<input type="checkbox"/> Trasferimento in Hospice
		<input type="checkbox"/> Decesso in Hospice
		<input type="checkbox"/> Trasferimento in altra tipologia di cure domiciliari
		<input type="checkbox"/> Cambio residenza
		<input type="checkbox"/> Cambio medico
		<input type="checkbox"/> Volontà dell'utente
		<input type="checkbox"/> Chiusura amministrativa (in assenza di sospensione, qualora non vi siano prestazioni per 6 mesi)
<input type="checkbox"/> Altro		

<b>COMPONENTI UVM</b>	<b>COGNOME E NOME</b>	<b>FIRMA</b>	<b>ENTE STRUTTURA APPARTENENZA</b>
Direttore Distretto o delegato			
MMG/PLS			
Medico Specialista:			
Assistente Sociale			
Infermiere			
PRS			
Psicologo			
(1)			
(2)			
(3)			
(4)			
Care Giver			

(1) Altre figure area clinica (2) Altre figure professionali sanitarie (3) Responsabile del servizio sociale professionale (4) Altro



REGIONE PUGLIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE ....  
**Distretto Socio Sanitario .....**  
 Ambito territoriale .....

Comune di .....

## PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE (PAI)

### Cure residenziali/semiresidenziali

Paziente				Nato il		
Cod. Fisc.	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/	età		sesto	M	F
Residenza	Comune..... Via.....			Tel. ....		
MMG/PLS	Dr			Tel. ....		

UVM	Data	Scadenza PAI
Presa in carico		
Rivalutazione		

<u>Diagnosi d'ingresso:</u>	<b>PROVENIENZA PAZIENTE</b>
Patologia prevalente (codice ICD9-CM) _____	<input type="checkbox"/> Domicilio
Patologie concomitanti (codice ICD9-CM) _____	<input type="checkbox"/> Struttura: (specificare) _____

#### Tipologia di non autosufficienza/fragilità

- Paziente in dimissione protetta
- Paziente con gravi artropatie
- Paziente con incidenti vascolari acuti
- Paziente con patologie temporaneamente invalidanti
- Demente grave
- Anziano con pluripatologie invalidanti
- Malato oncologico non autosufficiente
- Altro \_\_\_\_\_

#### Obiettivi di salute

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Miglioramento della qualità di vita               | <input type="radio"/> Miglioramento/mantenimento dello stato funzionale globale      |
| <input type="radio"/> Miglioramento/controllo delle condizioni cliniche | <input type="radio"/> Prevenzione/trattamento delle lesioni da decubito              |
| <input type="radio"/> Prevenzione delle cadute                          | <input type="radio"/> Prevenzione della sindrome da immobilizzazione                 |
| <input type="radio"/> Miglioramento/mantenimento dell'attività motoria  | <input type="radio"/> Recupero tono-forza-trofismo muscolare                         |
| <input type="radio"/> Recupero funzionalità articolare                  | <input type="radio"/> Recupero postura seduta e/o eretta                             |
| <input type="radio"/> Recupero/mantenimento mobilità-trasferimenti      | <input type="radio"/> Recupero/mantenimento deambulazione                            |
| <input type="radio"/> Miglioramento stato cognitivo-percettivo          | <input type="radio"/> Miglioramento/contenzione disturbi psichici e comportamentali  |
| <input type="radio"/> Miglioramento orientamento nella realtà           | <input type="radio"/> Miglioramento capacità relazionali e contatto socio-ambientale |
| <input type="radio"/> Altro _____                                       |  |

#### Tipo invio

- Residenziale                       semiresidenziale

#### Tipologia struttura

- RSA                                       RSSA

#### Nome struttura \_\_\_\_\_

**Interventi**

EQUIPE DOMICILIARE	Tipologia accessi	Frequenza/durata		Struttura erogante
		gg/sett.	gg/mese	
• MMG		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• PLS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• <b>Medico di continuità assistenziale</b>		<input style="color: red;" type="checkbox"/>	<input style="color: red;" type="checkbox"/>	
• Specialista	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Oncologo</li> <li><input type="checkbox"/> Cardiologo</li> <li><input type="checkbox"/> Pneumologo</li> <li><input type="checkbox"/> Neurologo</li> <li><input type="checkbox"/> Fisiatra</li> <li><input type="checkbox"/> Chirurgo</li> <li><input type="checkbox"/> Urologo</li> <li><input type="checkbox"/> Ginecologo</li> <li><input type="checkbox"/> Nefrologo</li> <li><input type="checkbox"/> Gastroenterologo</li> <li><input type="checkbox"/> Ortopedico</li> <li><input type="checkbox"/> Dermatologo</li> <li><input type="checkbox"/> Oculista</li> <li><input type="checkbox"/> Geriatra</li> <li><input type="checkbox"/> Altro .....</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• <b>Medico esperto in cure palliative</b>		<input style="color: red;" type="checkbox"/>	<input style="color: red;" type="checkbox"/>	
• Controlli specialistici strumentali domiciliari	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Rx</li> <li><input type="checkbox"/> Spirometria</li> <li><input type="checkbox"/> Pneumologo</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Controlli specialistici strumentali programmati in struttura specialistica	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Rx</li> <li><input type="checkbox"/> TAC</li> <li><input type="checkbox"/> Risonanza magnetica</li> <li><input type="checkbox"/> Ecocardiogramma</li> <li><input type="checkbox"/> Altro .....</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Infermiere	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Parametri funzionali</li> <li><input type="checkbox"/> Terapia farmacologica</li> <li><input type="checkbox"/> Terapia infusoria</li> <li><input type="checkbox"/> Nutrizione</li> <li><input type="checkbox"/> Catetere vescicale</li> <li><input type="checkbox"/> Medicazione</li> <li><input type="checkbox"/> Controllo drenaggi</li> <li><input type="checkbox"/> Gestione lesioni da decupito</li> <li><input type="checkbox"/> Gestione Peg</li> <li><input type="checkbox"/> Gestione tracheotomia</li> <li><input type="checkbox"/> Altro.....</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• <b>Fisioterapista<sup>1</sup></b>		<input style="color: red;" type="checkbox"/>	<input style="color: red;" type="checkbox"/>	
• <b>Logopedista</b>		<input style="color: red;" type="checkbox"/>	<input style="color: red;" type="checkbox"/>	
• Terapista occupazionale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• <b>Dietista</b>		<input style="color: red;" type="checkbox"/>	<input style="color: red;" type="checkbox"/>	
• OSS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Psicologo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Care giver		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Assistente sociale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• <b>Altro</b>		<input style="color: red;" type="checkbox"/>	<input style="color: red;" type="checkbox"/>	

<sup>1</sup> PSR (Professioni Sanitarie Riabilitative) (DM 29/03/2001)

<b>EQUIPE DISTRETTUALE</b>		
Case Manager		Tel.
<b>CPS Coordinatore</b>		Tel.

VALUTAZIONE DEI RISULTATI		
<input type="checkbox"/>	Condizioni migliorate	
<input type="checkbox"/>	Condizioni stazionarie	
<input type="checkbox"/>	Condizioni peggiorate	
Rivalutazione	Motivo	<input type="checkbox"/> scadenza del periodo previsto
		<input type="checkbox"/> variazione nelle condizioni del paziente
	Conferma Precedente	<input type="checkbox"/> Si
		<input type="checkbox"/> No
	Modificato	<input type="checkbox"/> Si
		<input type="checkbox"/> No
Sospensione	Data Inizio	
	Data Fine	
	Motivazione	<input type="checkbox"/> ricovero temporaneo in ospedale
		<input type="checkbox"/> allontanamento temporaneo
<input type="checkbox"/> ricovero temporaneo in struttura residenziale		
<input type="checkbox"/> altro		
Conclusione	Data AD	
	Motivazione	<input type="checkbox"/> Completamento del programma assistenziale
		<input type="checkbox"/> Ricoveri in ospedale
		<input type="checkbox"/> Decesso a domicilio
		<input type="checkbox"/> Decesso in ospedale
		<input type="checkbox"/> Trasferimento in struttura residenziale
		<input type="checkbox"/> Trasferimento in Hospice
		<input type="checkbox"/> Decesso in Hospice
		<input type="checkbox"/> Trasferimento in altra tipologia di cure domiciliari
		<input type="checkbox"/> Cambio residenza
		<input type="checkbox"/> Cambio medico
		<input type="checkbox"/> Volontà dell'utente
		<input type="checkbox"/> Chiusura amministrativa (in assenza di sospensione, qualora non vi siano prestazioni per 6 mesi)
		<input type="checkbox"/> Altro

<b>COMPONENTI UVM</b>	<b>COGNOME E NOME</b>	<b>FIRMA</b>	<b>ENTE STRUTTURA APPARTENENZA</b>
Direttore Distretto o delegato			
MMG/PLS			
Medico Specialista:			
Assistente Sociale			
Infermiere			
PRS			
Psicologo			
(1)			
(2)			
(3)			
(4)			
Care Giver			

(1) Altre figure area clinica (2) Altre figure professionali sanitarie (3) Responsabile del servizio sociale professionale (4) Altro



**REGIONE PUGLIA**

**AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, DELLE PERSONE E DELLE  
PARI OPPORTUNITA'**

**Allegato B**

**Scheda per la valutazione multidimensionale delle persone  
adulte ed anziane**

Comprensiva della:

- Scheda per la VALUTAZIONE COGNITIVA E FUNZIONALE;
- Scheda per la VALUTAZIONE SANITARIA;
- Scheda per la VALUTAZIONE SOCIALE.

**REGIONE Puglia - A.S.L. n°.....**

**DISTRETTO** | |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**S. V A. M. A.**

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e anziane  
(strumento per l'accesso ai servizi di rete residenziali, semiresidenziali e domiciliari integrati)

**CARTELLA**

**Sig./ra** \_\_\_\_\_

**data di nascita** |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

tessera sanitaria |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| es. ticket |\_|\_|\_|\_|\_| codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Residenza: via .....Tel.....

Comune ..... Prov. |\_|\_| Cittadinanza .....

Distretto Socio-Sanitario |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Domicilio** (se diverso dalla residenza):

via.....

Comune ..... U.L.S.S. n \_\_\_\_\_

Medico curante:..... Tel.:.....

Assistente sociale:..... Tel.:.....

Persona di riferimento:..... grado di parentela .....

Via ..... Comune.....

Tel.:..... Cellulare:.....



**VALUTAZIONE IN SEDE U.V.M.**

<b>NECESSITÀ di ASSISTENZA SANITARIA</b>	
<b>ASSISTENZA INFERMIERISTICA</b>	<b>punteggio VIP</b> (vedi scheda "Valutazione Sanitaria")
<b>PREVENZIONE - TRATTAMENTO DECUBITI</b>	<b>punteggio VPIA</b> (vedi scheda " Valutazione Cognitiva e Funzionale ")
<b>POTENZIALE RESIDUO</b>	<b>punteggio VPOT</b> (da valutare in U.V.M.D.)
Poco probabili significativi recuperi di autonomia	0
Vi è la possibilità di recuperare l'autonomia fino a punteggio $\leq 3$ in almeno 1 item del Barthel ADL o MOBILITÀ	5
Buon potenziale residuo (anche in patologia cronico-degenerativa, se presente sindrome ipocinetica da assistenza inadeguata)	20
Elevato potenziale residuo dopo evento acuto, con scarsa probabilità di recupero spontaneo	25
<b>TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA E RIABILITATIVA</b>	<b>VSAN</b>

<b>ULTERIORI BISOGNI</b>			
		<b>si</b>	<b>no</b>
Trattamenti specialistici	Dialisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità	Controllo dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Assistenza Stato Terminale Oncologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Assistenza Stato Terminale non Oncologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisogni assistenziali relativi a disabilità	Trattamenti Riab Neurologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trattamenti Riab Ortopodico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trattamenti Riab di Mantenimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educazione terapeutica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporto care giver		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE</b> (famiglia, privato, vicinato e volontariato)				
	<b>SOGGETTO AUTONOMO</b>	<b>SUPPORTO RETE PER SOGGETTO NON AUTONOMO</b>		
		sufficiente	Parzialmente sufficiente o difficoltà di tenuta	insufficiente
Preparazione dei pasti	0	5	10	10
Pulizia della casa	0	5	5	10
Lavanderia	0	5	5	10
Effettuazione acquisti	0	5	5	10
Alimentazione	0	5	10	20
Bagno	0	5	5	10
Toeletta personale	0	5	10	15
Abbigliamento	0	5	10	15
Uso del wc (o padella o panno)	0	5	15	25
Assunzione dei medicinali (se pertinente)	0	5	10	10
Trasferimenti	0	5	15	20
Deambulazione	0	5	10	15
Gestione del denaro	0	5	10	10
Sostegno psicoaffettivo	0	5	10	10
Supervisione diurna	0	5	15	25
Supervisione notturna	0	5	15	25
<b>TOTALE RETE SOCIALE</b>			<b>VSOC</b>	

## PROFILO DELL'AUTONOMIA

SITUAZIONE COGNITIVA			
PCOG		VCOG	
1	lucido		Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 0 - 3
2	confuso		Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 4 - 8
3	molto confuso o stuporoso		Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 9 - 10

MOBILITÀ			
PMOB		VMOB	
1	si sposta da solo		Punteggio Barthel mobilità = 0 - 14
2	si sposta assistito		Punteggio Barthel mobilità = 15 - 29
3	non si sposta		Punteggio Barthel mobilità = 30 - 40

SITUAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)			
PADL		VADL	
1	autonomo o quasi		Punteggio Barthel ADL = 0 - 14
2	dipendente		Punteggio Barthel ADL = 15 - 49
3	totalmente dipendente		Punteggio Barthel ADL = 50 - 40

NECESSITÀ DI ASSISTENZA SANITARIA			
PSAN		VSAN	
1	bassa		Punteggio = 0 - 5
2	intermedia		Punteggio = 10 - 20
3	elevata		Punteggio ≥ 25

SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE			
PSOC		VSOC	
1	ben assistito		Punteggio = 0 - 80
2	parzialmente assistito		Punteggio = 85 - 160
3	non sufficientemente assistito		Punteggio = 165 - 240

CODICE PROFILO (pcog + pmob + padl + psan)			
PROF			PSOC
	+		

## PROFILO COMPORTAMENTALE

DISTURBI COMPORTAMENTALI			
PCOM		VCOM	
1	Assenti/lievi		Punteggio NPI = punteggio totale < 24; punteggio subscale < 4; massimo una subscale con punteggio 6
2	moderati		Punteggio NPI = punteggio totale < 24 ed almeno due subscale con punteggio 6; massimo una subscale con punteggio 9
3	gravi		Punteggio NPI = punteggio totale > 24 ed almeno due subscale con punteggio > 9

ALTERAZIONE RITMO SONNO VEGLIA			
PALTS		VALTS	
1	Assente		Punteggio NPI – Disturbo del sonno(VCOM) = 0
2	Presente		Punteggio NPI – Disturbo del sonno(VCOM) > 0

VERBALE U.V.M.	
<b>NOME:</b>	<b>Data di Nascita:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _
<b>SINTESI DEI PROBLEMI ATTUALI RILEVATI:</b>	
<b>SULLA BASE DELLA DOCUMENTAZIONE AGLI ATTI E DI QUANTO EMERSO DALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, L'U.V.M. PRENDE LE SEGUENTI DECISIONI:</b>	

CODIFICA PROGETTO ASSISTENZIALE:	
<b>01</b> <input type="checkbox"/> ACCOGLIENZA IN RESIDENZA	<b>06</b> <input type="checkbox"/> ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
<b>02</b> <input type="checkbox"/> OSPITALITÀ TEMPORANEA RIABILITATIVA	<b>07</b> <input type="checkbox"/> ALTRE FORME DI ASSISTENZA
<b>03</b> <input type="checkbox"/> OSPITALITÀ TEMPORANEA SOCIALE	<b>08</b> <input type="checkbox"/> LA RETE ATTUALE RISPONDE AI BISOGNI
<b>04</b> <input type="checkbox"/> CENTRO DIURNO	<b>09</b> <input type="checkbox"/> ALLOGGIO PROTETTO
<b>05</b> <input type="checkbox"/> ASSISTENZA DOMICILIARE	

Nel caso di <b>ACCOGLIENZA IN STRUTTURA RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE</b> , indicare la motivazione alla base della richiesta di inserimento all'interno della struttura:	
<b>01</b> <input type="checkbox"/> Perdita autonomia (decorso degenerativo)	<b>04</b> <input type="checkbox"/> Solitudine
<b>02</b> <input type="checkbox"/> Stabilizzazione stato clinico (post acuzie)	<b>05</b> <input type="checkbox"/> Alloggio non idoneo
<b>03</b> <input type="checkbox"/> Insufficienza del supporto familiare	<b>06</b> <input type="checkbox"/> Altra motivazione sociale

convocati	presenti	PARTECIPANTI	Nome	Firma
<b>1</b> <input type="checkbox"/>	<b>1</b> <input type="checkbox"/>	Direttore Distretto o delegato		
<b>2</b> <input type="checkbox"/>	<b>2</b> <input type="checkbox"/>	MMG/PLS		
<b>3</b> <input type="checkbox"/>	<b>3</b> <input type="checkbox"/>	Medico Specialista:		
<b>4</b> <input type="checkbox"/>	<b>4</b> <input type="checkbox"/>	Assistente Sociale		
<b>5</b> <input type="checkbox"/>	<b>5</b> <input type="checkbox"/>	Infermiere		
<b>6</b> <input type="checkbox"/>	<b>6</b> <input type="checkbox"/>	PRS		
<b>7</b> <input type="checkbox"/>	<b>7</b> <input type="checkbox"/>	Psicologo		
<b>8</b> <input type="checkbox"/>	<b>9</b> <input type="checkbox"/>	(1)		
<b>9</b> <input type="checkbox"/>	<b>9</b> <input type="checkbox"/>	(2)		
<b>10</b> <input type="checkbox"/>	<b>10</b> <input type="checkbox"/>	(3)		
<b>11</b> <input type="checkbox"/>	<b>11</b> <input type="checkbox"/>	(4)		
<b>12</b> <input type="checkbox"/>	<b>12</b> <input type="checkbox"/>			

(1) Altre figure area clinica (2) Altre figure professionali sanitarie (3) Responsabile del servizio sociale professionale (4) Altro

<b>Il responsabile del caso sarà:</b>	<b>Verifica programmata:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> attivazione <input type="checkbox"/> verifica <b>DATA Valutazione:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _	<b>TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE U.V.M.</b>

**S.V.A.M.A.**  
**VALUTAZIONE COGNITIVA E FUNZIONALE**

**NOME:** \_\_\_\_\_ **DATA DI NASCITA:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**SEDE DI VALUTAZIONE:** \_\_\_\_\_ **DATA:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**SITUAZIONE COGNITIVA**  
**SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE** (barrare la casella in caso di errore)

Che giorno è oggi? (mese, giorno, anno)	1
Che giorno è della settimana?	1
Come si chiama questo posto?	1
Qual è il suo indirizzo?	1
Quanti anni ha?	1
Quando è nato?	1
Chi è il Presidente della Repubblica ? (o il Papa?)	1
Chi era il Presidente precedente? (o il Papa?)	1
Qual è il cognome da ragazza di sua madre?	1
Sottragga da 20 tre e poi ancora fino in fondo	1
<b>TOTALE VALUTAZIONE COGNITIVA</b> _____	VCOG 1
<p>Nel caso il test non sia somministrabile per la gravità del deterioramento, assegnare punteggio VCOG=10.</p> <p>Nel caso non sia somministrabile per altre motivazioni, indicarle di seguito, ed attribuire un punteggio esclusivamente su base clinica, eventualmente previa consulenza specialistica:</p>	
	VCOG 1 <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>

## SITUAZIONE COMPORTAMENTALE

### NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

Fonte: coniuge / paziente / altro

	NA	Frequenza	Gravità	Frequenza x Gravità	Stress Caregiver
Sintomi					
Deliri	X	0 1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Allucinazioni	X	0 1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Agitazione/ Aggressività	X	0 1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Depressione/ Disforia	X	0 1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Ansia	X	0 1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Euforia/ Esaltazione	X	0 1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Apatia/ Indifferenza	X	0 1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Disinibizione	X	0 1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Irritabilità/ Labilità	X	0 1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Attiv.Motoria Aberrante	X	0 1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Disturbi del sonno	X	0 1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Disturbi dell'alimentazione	X	0 1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5

PUNTEGGIO TOTALE FREQUENZA PER GRAVITÀ / 144

PUNTEGGIO TOTALE DISAGIO PSICOLOGICO / 60

## RIFERIMENTI VALUTATIVI:

Frequenza: 0=mai  
 1=raramente (meno di una volta a settimana)  
 2=talvolta (circa una volta a settimana)  
 3=frequentemente (diverse volte a settimana, ma non tutti i giorni)  
 4=quasi costantemente (più volte al giorno)

Gravità: 1=lievi (producono al soggetto disturbi avvertibili)  
 2=moderati (comportano al soggetto disturbi evidenti)  
 3=severi (comportano al soggetto disturbi rilevanti)

Stress psicologico caregiver :0=nessuno  
 1=minimo (a volte viene avvertita irritazione)  
 2=lieve (vengono avvertiti irritazione e senso di impotenza)  
 3=moderato (viene cumulata anche insofferenza)  
 4=severo (viene cumulata anche depressione)  
 5=grave (vengono cumulati anche insopportabilità e atti di aggressione o esasperazione)

**TOTALE VALUTAZIONE COMPORTAMENTALE**

VCOM

## NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

A) **DELIRI** (1) (NA) \_\_\_\_\_

L'anziano crede cose che non sono vere? Per esempio insiste sul fatto che qualcuno sta cercando di fargli male o di rubargli qualcosa? Dice che i componenti della famiglia non sono che dicono di essere o che la casa non è la sua? Non mi riferisco a semplice sospettosità; siamo interessati a sapere se il paziente sia convinto che queste cose gli stiano realmente accadendo.

NO (se no, procedere alla domanda successiva dello screening)

SI (procedere con le seguenti domande)

	Frequenza	Gravità
1. L'anziano crede di essere in pericolo o che qualcuno voglia fargli male?	_____	_____
2. L'anziano crede che qualcuno lo stia derubando?	_____	_____
3. L'anziano crede che il/la proprio/a marito/moglie lo tradisca?	_____	_____
4. L'anziano crede che ospiti indesiderati vivano nella sua casa?	_____	_____
5. L'anziano crede che il/la proprio/a marito/moglie od altre persone non siano in realtà chi dicono di essere?	_____	_____
6. L'anziano creda che la propria abitazione non sia casa propria?	_____	_____
7. L'anziano crede che i familiari vogliano abbandonarlo?	_____	_____
8. L'anziano crede che le immagini della televisione o delle fotografie delle riviste siano realmente presenti in casa ? (Cerca di interagire con esse)?	_____	_____
9. L'anziano crede altre cose insolite di cui non le ho chiesto?	_____	_____

Punteggio totale (frequenza x gravità)

\_\_\_\_\_ / 12

Punteggio totale (disagio psicologico)

\_\_\_\_\_ / 5

Frequenza:

0=mai

1=raramente (meno di una volta a settimana)

2=talvolta (circa una volta a settimana)

3=frequentemente (diverse volte a settimana, ma non tutti i giorni)

4=quasi costantemente (più volte al giorno)

Gravità:

1=lievi (producono al soggetto disturbi avvertibili)

2=moderati (comportano al soggetto disturbi evidenti)

3=severi (comportano al soggetto disturbi rilevanti)

Disagio psicologico :

0=nessuno

1=minimo (a volte viene avvertita irritazione)

2=lieve (vengono avvertiti irritazione e senso di impotenza)

3=moderato (viene cumulata anche insofferenza)

4=severo (viene cumulata anche depressione)

5=grave (vengono cumulati anche insoportabilità e atti di aggressione o esasperazione)

I commenti di questa voce e di quelle seguenti sono adattati da "La demenza. Strumenti e metodi di valutazione." di A. Bianchetti, T. Metitieri e M. Trabucchi, ed. UTET Periodici, 2001.

## NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

B) ALLUCINAZIONI (NA) \_\_\_\_\_

L'anziano ha allucinazioni, cioè vede o sente cose che non esistono? Sembra vedere, sentire o provare cose non presenti? Con questa domanda non intendiamo solamente convinzioni sbagliate, cioè affermare che una persona morta sia ancora viva ; piuttosto vogliamo sapere se l'anziano presenta la percezione non normale di suoni o visioni.

NO (se no, procedere alla domanda successiva dello screening)

SI (procedere con le seguenti domande)

	Frequenza	Gravità
1. L'anziano dice di sentire delle voci o si comporta come se le sentisse?	_____	_____
2. L'anziano parla con le persone che non sono presenti?	_____	_____
3. L'anziano riferisce di vedere cose che altri non vedono o si comporta come se vedesse cose che gli altri non vedono (persone, animali, luci ecc.)	_____	_____
4. L'anziano dice di sentire odori che gli altri non sentono?	_____	_____
5. L'anziano riferisce di sentire cose che strisciano o lo toccano sulla pelle?	_____	_____
6. L'anziano riferisce di percepire sapori senza una causa nota?	_____	_____
7. L'anziano riferisce altre esperienze sensoriali insolite?	_____	_____

Punteggio totale (frequenza x gravità) \_\_\_\_\_ / 12

Punteggio totale (disagio psicologico) \_\_\_\_\_ / 5

Frequenza:

- 0=mai
- 1=raramente (meno di una volta a settimana)
- 2=talvolta (circa una volta a settimana)
- 3=frequentemente (diverse volte a settimana, ma non tutti i giorni)
- 4=quasi costantemente (più volte al giorno)

Gravità: 1=lievi (producono al soggetto disturbi avvertibili)

- 2=moderati (comportano al soggetto disturbi evidenti)
- 3=severi (comportano al soggetto disturbi rilevanti)

Disagio psicologico : 0=nessuno

- 1=minimo (a volte viene avvertita irritazione)
- 2=lieve (vengono avvertiti irritazione e senso di impotenza)
- 3=moderato (viene cumulata anche insofferenza)
- 4=severo (viene cumulata anche depressione)
- 5=grave (vengono cumulati anche insopportabilità e atti di aggressione o esasperazione)



## NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

C) AGITAZIONE / AGGRESSIVITA' (NA) \_\_\_\_\_

L'anziano ha periodi durante i quali rifiuta di collaborare o durante i quali non si lascia aiutare dagli altri? E' difficile da gestire?

NO (se no, procedere alla domanda successiva dello screening)

SI (procedere con le seguenti domande)

	Frequenza	Gravità
1. L'anziano diviene irritato con che cerca di assisterlo o resiste alle attività come il bagno o il cambio dei vestiti?	_____	_____
2. L'anziano è ostinato, volendo le cose fatte a modo suo?	_____	_____
3. L'anziano non collabora, resiste se aiutato dagli altri?	_____	_____
4. L'anziano presenta altri comportamenti che rendono difficoltosa la sua gestione?	_____	_____
5. L'anziano grida o bestemmia in modo arrabbiato?	_____	_____
6. L'anziano sbatte le porte, dà calci ai mobili, lancia gli oggetti?	_____	_____
7. L'anziano tenta di far male o colpire gli altri?	_____	_____
8. L'anziano presenta altri comportamenti aggressivi o altre forme di agitazione?	_____	_____
Punteggio totale (frequenza x gravità)	_____ / 12	
Punteggio totale (disagio psicologico)	_____ / 5	

Frequenza: 0=mai  
 1=raramente (meno di una volta a settimana)  
 2=talvolta (circa una volta a settimana)  
 3=frequentemente (diverse volte a settimana, ma non tutti i giorni)  
 4=quasi costantemente (più volte al giorno)

Gravità: 1=lievi (producono al soggetto disturbi avvertibili)  
 2=moderati (comportano al soggetto disturbi evidenti)  
 3=severi (comportano al soggetto disturbi rilevanti)

Disagio psicologico : 0=nessuno  
 1=minimo (a volte viene avvertita irritazione)  
 2=lieve (vengono avvertiti irritazione e senso di impotenza)  
 3=moderato (viene cumulata anche insofferenza)  
 4=severo (viene cumulata anche depressione)  
 5=grave (vengono cumulati anche insopportabilità e atti di aggressione o esasperazione)

## NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

D) **DEPRESSIONE / DISFORIA** (NA) \_\_\_\_\_

L'anziano sembra essere triste o depresso? Dice di sentirsi triste e depresso?

NO (se no, procedere alla domanda successiva dello screening)

SI (procedere con le seguenti domande)

	Frequenza	Gravità
1. L'anziano ha periodi di malinconia o di pianto che sembrano indicare tristezza?	_____	_____
2. L'anziano parla o si comporta come se fosse triste o giù di corda?	_____	_____
3. L'anziano si abbatte o dice di sentirsi un fallito?	_____	_____
4. L'anziano dice di essere una persona cattiva o si aspetta di essere punito?	_____	_____
1. L'anziano sembra essere molto scoraggiato o dice di non avere speranza per il futuro?	_____	_____
2. L'anziano dice di essere un peso per la propria famiglia o che la propria famiglia starebbe meglio senza di lui?	_____	_____
7. L'anziano dice di desiderare la morte o di volersi uccidere?	_____	_____
8. L'anziano presenta altri segni di depressione o tristezza?	_____	_____
 Punteggio totale (frequenza x gravità)	 _____ / 12	
Punteggio totale (disagio psicologico)	_____ / 5	

Frequenza:

- 0=mai
- 1=raramente (meno di una volta a settimana)
- 2=talvolta (circa una volta a settimana)
- 3=frequentemente (diverse volte a settimana, ma non tutti i giorni)
- 4=quasi costantemente (più volte al giorno)

Gravità: 1=lievi (producono al soggetto disturbi avvertibili)

- 2=moderati (comportano al soggetto disturbi evidenti)
- 3=severi (comportano al soggetto disturbi rilevanti)

Disagio psicologico : 0=nessuno

- 1=minimo (a volte viene avvertita irritazione)
- 2=lieve (vengono avvertiti irritazione e senso di impotenza)
- 3=moderato (viene cumulata anche insofferenza)
- 4=severo (viene cumulata anche depressione)
- 5=grave (vengono cumulati anche insopportabilità e atti di aggressione o esasperazione)

## NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

E) ANSIA (NA) \_\_\_\_\_

L'anziano è molto nervoso, allarmato, spaventato senza veri motivi? Sembra molto teso o agitato? E' impaurito dal rimanere lontano da voi?

NO (se no, procedere alla domanda successiva dello screening)

SI (procedere con le seguenti domande)

	Frequenza	Gravità
1. L'anziano dice di essere allarmato per le cose che succederanno in futuro?	_____	_____
1. L'anziano ha momenti in cui si sente debole, incapace di rilassarsi oppure si sente eccessivamente teso?	_____	_____
2. L'anziano ha momenti (o si lamenta) di respiro corto, è ansimante, sospirante senza apparente ragione se non nervosismo?	_____	_____
3. L'anziano si lamenta di avere le "rane " nello stomaco, il batticuore quando è nervoso (sintomi non spiegabili da malattia)?	_____	_____
4. L'anziano evita certi posti o situazioni che lo rendono più nervoso, quali viaggiare in automobile, incontrare amici oppure stare tra la folla?	_____	_____
5. L'anziano diventa nervoso o disturbato se viene separato da voi (o da chi lo assiste)? (vi sta accanto per evitare la separazione?)	_____	_____
7. L'anziano manifesta altri segni di ansia?	_____	_____
Punteggio totale (frequenza x gravità)	_____ / 12	
Punteggio totale (disagio psicologico)	_____ / 5	

Frequenza:      0=mai  
                     1=raramente (meno di una volta a settimana)  
                     2=talvolta (circa una volta a settimana)  
                     3=frequentemente (diverse volte a settimana, ma non tutti i giorni)  
                     4=quasi costantemente (più volte al giorno)

Gravità: 1=lievi (producono al soggetto disturbi avvertibili)  
             2=moderati (comportano al soggetto disturbi evidenti)  
             3=severi (comportano al soggetto disturbi rilevanti)

Disagio psicologico : 0=nessuno  
                             1=minimo (a volte viene avvertita irritazione)  
                             2=lieve (vengono avvertiti irritazione e senso di impotenza)  
                             3=moderato (viene cumulata anche insofferenza)  
                             4=severo (viene cumulata anche depressione)  
                             5=grave (vengono cumulati anche insopportabilità e atti di aggressione o esasperazione)

## NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

F) **EUFORIA / ESALTAZIONE** (NA) \_\_\_\_\_

L'anziano è eccessivamente felice o allegro senza motivo? Non si intende la normale felicità mostrata alla vista di amici, quando si ricevono i regali o quando si sta con i parenti; vi sto chiedendo se il paziente ha un persistente e anormale stato di euforia o se trova ridicole cose che gli altri non trovano divertenti.

NO (se no, procedere alla domanda successiva dello screening)

SI (procedere con le seguenti domande)

	Frequenza	Gravità
1. L'anziano sembra sentirsi eccessivamente bene o essere troppo felice. in modo differente dal solito?	_____	_____
2. L'anziano trova ridicole e ride per cose che gli altri non ritengono spiritose?	_____	_____
3. L'anziano ha un senso dell'umorismo da bambino con la tendenza a ridacchiare o ridere quando non è il caso (es., quando qualche contrattempo colpisce altre persone)?	_____	_____
4. L'anziano fa scherzi o compie osservazioni che sono poco spiritose ma che lui pensa divertenti?	_____	_____
5. L'anziano compie scherzi come dare pizzicotti oppure fa giochetti solo per divertimento?	_____	_____
6. L'anziano si vanta o dice di essere molto più bravo o più ricco di quanto sia veramente?	_____	_____
7. L'anziano mostra altri segni che indicano che si sente troppo bene o troppo felice?	_____	_____
Punteggio totale (frequenza x gravità)	_____ / 12	
Punteggio totale (disagio psicologico)	_____ / 5	

Frequenza: 0=mai  
 1=raramente (meno di una volta a settimana)  
 2=talvolta (circa una volta a settimana)  
 3=frequentemente (diverse volte a settimana, ma non tutti i giorni)  
 4=quasi costantemente (più volte al giorno)

Gravità: 1=lievi (producono al soggetto disturbi avvertibili)  
 2=moderati (comportano al soggetto disturbi evidenti)  
 3=severi (comportano al soggetto disturbi rilevanti)

Disagio psicologico : 0=nessuno  
 1=minimo (a volte viene avvertita irritazione)  
 2=lieve (vengono avvertiti irritazione e senso di impotenza)  
 3=moderato (viene cumulata anche insofferenza)  
 4=severo (viene cumulata anche depressione)  
 5=grave (vengono cumulati anche insoportabilità e atti di aggressione o esasperazione)

## NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

G) **APATIA / INDIFFERENZA** (NA) \_\_\_\_\_

L'anziano ha interesse verso il mondo che lo circonda? Ha perso interesse nel fare le cose o è meno motivato a iniziare cose nuove? L'anziano ha difficoltà nell'introdursi in conversazioni o nelle faccende di casa? L'anziano è apatico o indifferente?

NO (se no, procedere alla domanda successiva dello screening)

SI (procedere con le seguenti domande)

	Frequenza	Gravità
1. L'anziano è meno spontaneo e meno attivo del solito?	_____	_____
2. L'anziano è meno disponibile a iniziare conversazione?	_____	_____
3. L'anziano si comporta meno affettuosamente o mostra perdita delle emozioni rispetto al solito?	_____	_____
4. L'anziano contribuisce meno alle faccende di casa?	_____	_____
5. L'anziano sembra meno interessato alle attività e ai progetti degli altri?	_____	_____
6. L'anziano ha perso interesse verso gli amici e i parenti?	_____	_____
7. L'anziano è meno entusiasta dei suoi interessi?	_____	_____
8. L'anziano mostra altri segni di noncuranza nel fare cose nuove?	_____	_____

Punteggio totale (frequenza x gravità) \_\_\_\_\_ / 12

Punteggio totale (disagio psicologico) \_\_\_\_\_ / 5

Frequenza: 0=mai  
 1=raramente (meno di una volta a settimana)  
 2=talvolta (circa una volta a settimana)  
 3=frequentemente (diverse volte a settimana, ma non tutti i giorni)  
 4=quasi costantemente (più volte al giorno)

Gravità: 1=lievi (producono al soggetto disturbi avvertibili)  
 2=moderati (comportano al soggetto disturbi evidenti)  
 3=severi (comportano al soggetto disturbi rilevanti)

Disagio psicologico : 0=nessuno  
 1=minimo (a volte viene avvertita irritazione)  
 2=lieve (vengono avvertiti irritazione e senso di impotenza)  
 3=moderato (viene cumulata anche insofferenza)  
 4=severo (viene cumulata anche depressione)  
 5=grave (vengono cumulati anche insopportabilità e atti di aggressione o esasperazione)

## NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

### H) DISINIBIZIONE

L'anziano sembra agire impulsivamente? Fa o dice cose che di solito non fa o non dice in pubblico? Fa cose imbarazzanti per voi o per gli altri?

NO (se no, procedere alla domanda successiva dello screening)

SI (procedere con le seguenti domande)

	Frequenza	Gravità
1. L'anziano agisce impulsivamente, apparentemente senza considerare le conseguenze?	_____	_____
2. L'anziano parla a estranei come se li conoscesse?	_____	_____
3. L'anziano dice cose inoffensive o irrispettose?	_____	_____
4. L'anziano dice cose volgari o fa apprezzamenti sessuali che di solito non faceva?	_____	_____
5. L'anziano parla apertamente di cose private di cui di solito non discuteva in pubblico?	_____	_____
6. L'anziano si prende delle libertà oppure tocca o abbraccia altre persone in modo diverso dal solito comportamento?	_____	_____
7. L'anziano mostra altri segni di disinibizione?	_____	_____
 Punteggio totale (frequenza x gravità)	 _____ / 12	
Punteggio totale (disagio psicologico)	_____ / 5	

Frequenza:

- 0=mai
- 1=raramente (meno di una volta a settimana)
- 2=talvolta (circa una volta a settimana)
- 3=frequentemente (diverse volte a settimana, ma non tutti i giorni)
- 4=quasi costantemente (più volte al giorno)

Gravità: 1=lievi (producono al soggetto disturbi avvertibili)

- 2=moderati (comportano al soggetto disturbi evidenti)
- 3=severi (comportano al soggetto disturbi rilevanti)

Disagio psicologico : 0=nessuno

- 1=minimo (a volte viene avvertita irritazione)
- 2=lieve (vengono avvertiti irritazione e senso di impotenza)
- 3=moderato (viene cumulata anche insofferenza)
- 4=severo (viene cumulata anche depressione)
- 5=grave (vengono cumulati anche insopportabilità e atti di aggressione o esasperazione)

## NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

I) **IRRITABILITA' / LABILITA'** (NA) \_\_\_\_\_

L'anziano si irrita o si arrabbia con facilità? Il suo umore è molto variabile? E' impaziente in modo anormale? Non intendiamo frustrazione per le difficoltà di memoria o per l'incapacità di compiere semplici operazioni; vogliamo sapere se il paziente presenta una irritabilità anomala, impazienza o rapidi cambiamenti di umore che si differenziano dal solito.

NO (se no, procedere alla domanda successiva dello screening)

SI (procedere con le seguenti domande)

	Frequenza	Gravità
1. L'anziano ha un brutto carattere, "perde le staffe" per piccole cose?	_____	_____
2. L'anziano presenta rapidi cambiamenti di umore, passando dalla serenità alla rabbia?	_____	_____
3. L'anziano presenta improvvisi momenti di rabbia?	_____	_____
3. L'anziano è insofferente, si innervosisce per i ritardi o attende ansiosamente si portare a termine le cose che aveva programmato?	_____	_____
5. L'anziano è irritabile e nervoso?	_____	_____
6. L'anziano borbotta frequentemente e risulta difficile sopportarlo?	_____	_____
7. L'anziano presenta altri segni di irritabilità?	_____	_____
 Punteggio totale (frequenza x gravità)	 _____ / 12	
Punteggio totale (disagio psicologico)	_____ / 5	

Frequenza:      0=mai  
                     1=raramente (meno di una volta a settimana)  
                     2=talvolta (circa una volta a settimana)  
                     3=frequentemente (diverse volte a settimana, ma non tutti i giorni)  
                     4=quasi costantemente (più volte al giorno)

Gravità: 1=lievi (producono al soggetto disturbi avvertibili)  
             2=moderati (comportano al soggetto disturbi evidenti)  
             3=severi (comportano al soggetto disturbi rilevanti)

Disagio psicologico : 0=nessuno  
                             1=minimo (a volte viene avvertita irritazione)  
                             2=lieve (vengono avvertiti irritazione e senso di impotenza)  
                             3=moderato (viene cumulata anche insofferenza)  
                             4=severo (viene cumulata anche depressione)  
                             5=grave (vengono cumulati anche insopportabilità e atti di aggressione o esasperazione)

## NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

L) ATTIVITA' MOTORIA ABERRANTE (NA) \_\_\_\_\_

L'anziano continua a camminare, fare o rifare stesse cose come aprire gli armadi o i cassetti, oppure sposta in continuazione gli oggetti o attorciglia le stringhe o i lacci?

NO (se no, procedere alla domanda successiva dello screening)

SI (procedere con le seguenti domande)

	Frequenza	Gravità
1. L'anziano cammina per la casa senza un preciso scopo?	_____	_____
2. L'anziano si aggira per la casa aprendo e rovistando cassetti o armadi?	_____	_____
3. L'anziano continua a mettersi o togliersi i vestiti?	_____	_____
4. L'anziano fa azioni o particolari movimenti che continua a ripetere?	_____	_____
5. L'anziano tende a ripetere continuamente determinati gesti quali abbottonarsi afferrare, slacciarsi le stringhe ecc.?	_____	_____
6. L'anziano si agita eccessivamente, sembra incapace di star seduto o fa saltellare in modo eccessivo i piedi o le dita?	_____	_____
7. L'anziano presenta altre attività ripetitive?	_____	_____
 Punteggio totale (frequenza x gravità)	_____ / 12	
Punteggio totale (disagio psicologico)	_____ / 5	

Frequenza: 0=mai  
 1=raramente (meno di una volta a settimana)  
 2=talvolta (circa una volta a settimana)  
 3=frequentemente (diverse volte a settimana, ma non tutti i giorni)  
 4=quasi costantemente (più volte al giorno)

Gravità: 1=lievi (producono al soggetto disturbi avvertibili)  
 2=moderati (comportano al soggetto disturbi evidenti)  
 3=severi (comportano al soggetto disturbi rilevanti)

Disagio psicologico : 0=nessuno  
 1=minimo (a volte viene avvertita irritazione)  
 2=lieve (vengono avvertiti irritazione e senso di impotenza)  
 3=moderato (viene cumulata anche insofferenza)  
 4=severo (viene cumulata anche depressione)  
 5=grave (vengono cumulati anche insopportabilità e atti di aggressione o esasperazione)



## NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

M) **DISTURBI DEL SONNO** (NA) \_\_\_\_\_

L'anziano presenta disturbi del sonno? Sta alzato, vaga per la casa durante la notte, si veste e si sveste, disturba il sonno dei familiari? (Non è da considerare se il paziente si alza due o tre volte per andare in bagno e poi torna a letto e si addormenta immediatamente).

NO (se no, procedere alla domanda successiva dello screening)

SI (procedere con le seguenti domande)

	Frequenza	Gravità
1. L'anziano presenta difficoltà di addormentamento?	_____	_____
2. L'anziano si alza spesso durante la notte? (Non è da considerare se il paziente si alza due o tre volte per andare in bagno e poi torna a letto e si addormenta immediatamente).	_____	_____
3. L'anziano vaga per la casa o svolge attività inopportune?	_____	_____
4. L'anziano disturba i familiari e li tiene svegli?	_____	_____
5. L'anziano il paziente si veste e vuole uscire di casa credendo che si mattina?	_____	_____
6. L'anziano si sveglia molto presto al mattino? (rispetto alle sue abitudini)	_____	_____
7. L'anziano dorme eccessivamente durante il giorno?	_____	_____
8. L'anziano presenta altri disturbi notturni che provocano fastidio e che non ho nominato?	_____	_____

Punteggio totale (frequenza x gravità) \_\_\_\_\_ / 12

Punteggio totale (disagio psicologico) \_\_\_\_\_ / 5

Frequenza: 0=mai  
 1=raramente (meno di una volta a settimana)  
 2=talvolta (circa una volta a settimana)  
 3=frequentemente (diverse volte a settimana, ma non tutti i giorni)  
 4=quasi costantemente (più volte al giorno)

Gravità: 1=lievi (producono al soggetto disturbi avvertibili)  
 2=moderati (comportano al soggetto disturbi evidenti)  
 3=severi (comportano al soggetto disturbi rilevanti)

Disagio psicologico : 0=nessuno  
 1=minimo (a volte viene avvertita irritazione)  
 2=lieve (vengono avvertiti irritazione e senso di impotenza)  
 3=moderato (viene cumulata anche insofferenza)  
 4=severo (viene cumulata anche depressione)  
 5=grave (vengono cumulati anche insoportabilità e atti di aggressione o esasperazione)

## NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

N)DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE (NA) \_\_\_\_\_

L'anziano presenta disturbi dell'alimentazione come alterazioni dell'appetito, alterazioni delle abitudini o delle preferenze alimentari ? ha subito variazioni di peso? (non si include l'incapacità ad alimentarsi).

NO (se no, procedere alla domanda successiva dello screening)

SI (procedere con le seguenti domande)

	Frequenza	Gravità
1. L'anziano presenta perdita dell'appetito?	_____	_____
2. L'anziano presenta aumento dell'appetito?	_____	_____
3. L'anziano presenta diminuzione di peso?	_____	_____
4. L'anziano presenta aumento di peso?	_____	_____
5. L'anziano ha cambiato le sue abitudini alimentari (mangia voracemente)?	_____	_____
6. L'anziano presenta cambiamenti di gusto riguardo a tipi di cibo che gli piacevano (es., mangia molti alimenti dolci o preferisce un cibo particolare)?	_____	_____
7.. L'anziano ha sviluppato specifiche abitudini, come mangiare sempre le stese cose ogni giorno e sempre nello stesso ordine?	_____	_____
8. L'anziano presenta altri disturbi dell'appetito o dell'alimentazione che non le ho nominato?	_____	_____

Punteggio totale (frequenza x gravità) \_\_\_\_\_ / 12

Punteggio totale (disagio psicologico) \_\_\_\_\_ / 5

Frequenza:      0=mai  
                     1=raramente (meno di una volta a settimana)  
                     2=talvolta (circa una volta a settimana)  
                     3=frequentemente (diverse volte a settimana, ma non tutti i giorni)  
                     4=quasi costantemente (più volte al giorno)

Gravità:        1=lievi (producono al soggetto disturbi avvertibili)  
                     2=moderati (comportano al soggetto disturbi evidenti)  
                     3=severi (comportano al soggetto disturbi rilevanti)

Disagio psicologico : 0=nessuno  
                             1=minimo (a volte viene avvertita irritazione)  
                             2=lieve (vengono avvertiti irritazione e senso di impotenza)  
                             3=moderato (viene cumulata anche insofferenza)  
                             4=severo (viene cumulata anche depressione)  
                             5=grave (vengono cumulati anche insopportabilità e atti di aggressione o esasperazione)

<b>EVENTUALI PROVVEDIMENTI PER PROBLEMI COMPORTAMENTALI</b>
Nel caso i problemi prevalenti siano quelli comportamentali (ad esempio: pericolo di fuga, aggressività fisica verso gli altri), specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un'assistenza adeguata:
Nel caso si tratti di soggetti psicogeriatrici, specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un'assistenza adeguata:

## SITUAZIONE FUNZIONALE

### INDICE DI BARTHEL - Attività di Base

#### 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 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 cucchiaino, 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
Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.).	1
Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia/bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.	2
Necessita 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 od 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 enterocisma se necessario.	0
Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enterocisma; 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 i dispositivi esterni o interni.	0
Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita o necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni.	2
In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario aiuto parziale nell'uso dei dispositivi.	5
Incontinente ma in grado di cooperare all'applicazione di un dispositivo esterno o interno.	8
Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni.	10

<b>USO DEL GABINETTO</b>	
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 la padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.	0
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
<b>TOTALE VALUTAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)</b>	VADL

<b>MOBILITA' INDICE DI BARTHEL</b>	
<b>TRASFERIMENTO LETTO – SEDIA o CARROZZINA</b> (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.	7
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
<b>DEAMBULAZIONE</b> (funzionalmente valida)	<b>USO DELLA CARROZZINA</b> (utilizzare questa scala solo se il paziente ha punteggio di 15 nella scala "deambulazione" ed è stato addestrato all'uso della carrozzina)
In grado di usare stampelle, bastoni, walker e deambulare per 50 m. senza 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 e/o per la loro manipolazione.	7
	Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.) L'autonomia deve essere > 50 m.
	Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.
Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.	10
	Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.
	Capace di spostarsi per brevi tratti su superfici piane, ma è necessaria assistenza per tutte le altre manovre.
Non in grado di deambulare autonomamente.	11
	Dipendente negli spostamenti con la carrozzina
	12
	14
	15
<b>SCALE</b>	
In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza aiuto o supervisione. In grado di usare corrimano, bastone o stampelle se necessario, ed è in grado di portarli con sé 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 ed 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
<b>TOTALE VALUTAZIONE MOBILITA'</b>	
VMOB	

<b>PREVENZIONE – TRATTAMENTO DECUBITI</b>		VPIA
rischio non elevato di lesioni da decubito		0
rischio elevato (*Exton Smith $\leq 10$ ) o arrossamento o abrasione superficiale (gradi I-II)		10
*Indice di Exton Smith per la valutazione del rischio di decubiti:		
CONDIZIONI GENERALI: Buone (4)    Discrete (3)                      Scadenti (2)                      Pessime (1)		
STATO MENTALE: Lucido (4)    Confuso (3)                      Apatico (2)                      Stuporoso (1)		
ATTIVITA': Normale (4)    Cammina con aiuto (3)    Costretto in sedia (2)    Costretto a letto (1)		
MOBILITA': Normale (4)    Leggermente limitata (3)    Molto limitata (2)    Immobile (1)		
INCONTINENZA: No (4)            Occasionale (3)            Urinaria abituale (2)    Incontinenza doppia (1)		
TOTALE (il rischio è elevato se l'indice è $\leq 10$ ):		
presenza di 1 piaga (con interessamento del tessuto sottocutaneo - gradi III - IV)		15
presenza di 2 o più piaghe (almeno 2 con interessamento del sottocutaneo - gradi III-IV)		25

<b>Rischio infettivo<sup>1</sup></b>	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
--------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

<b>NOTE:</b>

COMPILATORE

nome:

firma:

<sup>1</sup> Utilizzare quando il paziente necessita di assistenza specifica per prevenire il rischio di contagio (devono essere adottate misure assistenziali specifiche per prevenire che il paziente contagi altre persone, o per prevenire che venga contagiato, in caso di immunodepressione).

## S.V.A.M.A. VALUTAZIONE SANITARIA

**NOME:** \_\_\_\_\_ **DATA DI NASCITA:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**SEDE DI VALUTAZIONE:** \_\_\_\_\_ **DATA:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

### CENNI ANAMNESTICI - PROBLEMI CRONICI IN ATTO


### TRATTAMENTI IN ATTO:


## ASSISTENZA INFERMIERISTICA

	no	si
Diabete insulinodipendente	0	5
Prelievi Venosi Non Occ	0	5
ECG	0	5
Telemetria	0	5
Terapia intramuscolare o sottocutanea o infusiva	0	5
Gestione catetere centrale	0	5
Trasfusioni	0	5
Scopenso cardiaco in classe 3-4 NYHA con necessità di monitoraggio frequente del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali (polso, pressione, frequenza cardiaca)	0	10
Cirrosi scompensata (ascite) con necessità come sopra elencate	0	10
Tracheostomia	0	5
Ossigenoterapia continuativa a lungo termine (>3 h al dì)	0	5
Ventiloterapia	0	5
Broncoaspirazione/Drenaggio posturale	0	5
Sondino naso-gastrico	0	5
Alimentazione assistita	0	5
Gastrostomia PEG	0	10
Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale	0	10
Catetere vescicale/ Eliminazione intestinale	0	5
Ano artificiale o ureterostomia	0	5
nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine	0	10
Ulcere distrofiche agli arti	0	5
<b>TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA</b>	<b>VIP</b>	

## SENSORIO E COMUNICAZIONE

### LINGUAGGIO (*COMPRESIONE*)

0 = normale	2 = comprensione non valutabile	
1 = comprende solo frasi semplici	3 = non comprende	

### LINGUAGGIO (*PRODUZIONE*)

0 = parla normalmente	2 = si comprendono solo parole isolate	
1 = linguaggio menomato, ma esprime comunque il suo pensiero	3 = non si esprime	

### UDITO (eventualmente con protesi)

0 = normale	2 = grave deficit non correggibile	
1 = deficit, ma udito adeguato alle necessità personali	3 = sordità completa	

### VISTA (eventualmente con occhiali)

0 = normale	2 = grave deficit non correggibile	
1 = deficit, ma vista adeguata alle necessità personali	3 = cecità e bisogno di assistenza	

## CODIFICA PATOLOGIE - estratto ICD-9-CM

**Indicare la Patologia prevalente(P) che determina l'attivazione dell'assistenza, la Patologia concomitante (C) che condiziona la presa in carico, altra Patologia (A) (da utilizzare a cura del medico curante oppure in sede di U.V.M.)**

#### MALATTIE GENERALI

P	C	A		P	C	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A07 Coma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A86 Effetto tossico di sostanza non medicinale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A79 Neoplasia maligna NAC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A87 Complicanze da trattamento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A80 Trauma/lesione traumatica NAC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A89 Danno da materiale protesico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A81 Politraumatismo/lesioni multiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A90 Anomalie congenite multiple/NAC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A82 Postumo di trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A97 Nessuna malattia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A84 Intossicazione da farmaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A99 Malattia o condizione o sede non definita

#### SANGUE / LINFATICI / MILZA

P	C	A		P	C	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B71 Linfadenite cronica o non specifica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B80 Anemia da carenza di ferro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B72 Morbo di Hodgkin/linfoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B81 Anemia da carenza di vit. B12/acido folico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B73 Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B83 Porpora/difetto di coagulazione
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B74 Altra neoplasia maligna ematologica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B87 Splenomegalia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B75 Neoplasia benigna /inc. sangue o org. linf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B90 Infezione HIV/AIDS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B78 Anemia emolitica ereditaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B99 Altra malattia del sangue/org. linf./milza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B79 Altra anom. congenita di sangue o org. linf.				-

#### SISTEMA DIGERENTE

P	C	A		P	C	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D17 Incontinenza rettale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D87 Disordine gastrico funzionale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D70 Infezione gastrointestinale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D88 Appendicite
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D72 Epatite virale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D89 ernia inguinale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D74 Neoplasia maligna dello stomaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D90 ernia jatale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D75 Neoplasia maligna del colon/retto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D91 Altra ernia addominale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D76 Neoplasia maligna del pancreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D92 Malattia diverticolare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D77 Altra neoplasia maligna app. dig. NAC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D93 Sindrome del colon irritabile
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D81 Anomalia congenita apparato digerente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D94 Enterite cronica/colite ulcerosa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D82 Malattia di denti o gengive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D95 Ragade anale/ascenso perianale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D83 Malattia della bocca/lingua/labbra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D96 Vermi/parassiti intestinali
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D84 Malattia dell'esofago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D97 Malattia del fegato NAC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D85 Ulcera duodenale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D98 Colecistite/colelitiasi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D86 Altra ulcera peptica				-



**OCCHIO**

P	C	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F74 Neoplasia di occhio/annessi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F81 Altra anomalia congenita dell'occhio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F82 Distacco di retina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F83 Retinopatia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F84 Degenerazione maculare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F85 Ulcera corneale

P	C	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F91 Difetto di rifrazione
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F92 Cataratta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F93 Glaucoma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F94 Cecità
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F99 Altra malattia di occhio/annessi
			-

**ORECCHIO**

P	C	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H03 Acufene/tintinnio/ronzio all'orecchio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H74 Otitis media cronica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H75 Neoplasia dell'orecchio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H77 Perforazione del timpano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H82 Sindrome vertiginosa

P	C	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H83 Otosclerosi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H84 Presbiacusia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H86 Sordità
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H99 Altra malattia di orecchio/mastoide
			-

**SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO**

P	C	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K71 Febbre reumatica/malattia reum. Cardiaca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K73 Anomalia cardiovascolare congenita
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K74 Cardiopatia ischemica con angina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K75 Infarto miocardico acuto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K76 Cardiopatia ischemica senza angina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K77 Scompenso cardiaco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K78 Fibrillazione atriale/flutter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K79 Tachicardia parossistica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K80 Aritmia cardiaca NAC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K82 Cuore polmonare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K83 Valvulopatia NAC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K84 Altra malattia cardiaca

P	C	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K86 Ipertensione arteriosa non complicata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K87 Ipertensione arteriosa complicata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K88 Ipotensione posturale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K89 Ischemia cerebrale transitoria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K90 Accidente vascolare cerebrale/stroke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K91 Malattia cerebrovascolare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K92 Arteriosclerosi/mal.vascolare periferica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K93 Embolia polmonare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K94 Flebite/tromboflebite
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K95 Varici venose arti inferiori
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K99 Altra malattia cardiovascolare
			-

**SISTEMA MUSCOLOSCHIELETRICO**

P	C	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L70 Infezione del sistema osteoarticolare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L71 Neoplasia maligna muscolo scheletrica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L72 Frattura di radio/ulna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L73 Frattura di tibia/perone
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L74 Frattura di mano/piede
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L75 Frattura di femore
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L76 Altra frattura
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L77 Distorsione/stiramento di caviglia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L78 Distorsione/stiramento di ginocchio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L79 Distorsione/stiramento di articolazione NAC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L80 Lussazione/sublussazione
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L81 Lesione traumatica muscoloscheletrica NAC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L82 Anomalia congenita muscoloscheletrica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L83 Sindrome cervicale

P	C	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L84 Sindrome dorso lombare senza irradiazione
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L85 Deformità acquisita della colonna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L86 Sindrome dorso lombare con irradiazione
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L88 Artrite reumatoide siero positiva
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L89 Coxoartrosi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L90 Gonartrosi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L91 Altra artrosi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L92 Sindrome della spalla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L95 Osteoporosi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L96 Lesione acuta interna del ginocchio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L97 Neoplasia benigna/incerta muscolosc.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L98 Deformità acquisita degli arti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L99 Altra malattia muscoloscheletrica
			-

**SISTEMA NERVOSO**

P	C	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N17 Vertigine/capogiro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N19 Disordine della parola
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N70 Poliomielite
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N71 Meningite/encefalite
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N72 Tetano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N73 Altra infezione neurologica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N74 Neoplasia maligna del sistema nervoso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N75 Neoplasia benigna del sistema nervoso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N76 Neopl. natura indeterminata sistema nervoso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N79 Commozione cerebrale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N81 Altra lesione traumatica del sistema nervoso

P	C	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N85 Anomalia neurologica congenita
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N86 Sclerosi multipla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N87 Parkinsonismo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N88 Epilessia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N89 Emicrania
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N90 Cefalea a grappolo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N91 Paralisi facciale/paralisi di Bell
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N92 Nevralgia trigeminale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N93 Sindrome del tunnel carpale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N94 Neurite periferica/neuropatia
			-

**DISTURBI MENTALI / PSICOLOGICI**

P	C	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P13 Encopresi/problemi di controllo intestinale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P15 Abuso alcolico cronico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P16 Abuso alcolico acuto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P17 Abuso di tabacco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P18 Abuso di farmaco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P19 Abuso di droga
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P20 Disturbo della memoria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P70 Demenza

P	C	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P74 Disturbo ansioso/stato ansioso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P75 Disturbo psicosomatico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P76 Depressione
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P77 Suicidio/tentativo di suicidio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P78 Neurastenia/surmenage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P79 Fobia/disordine ossessivo-compulsivo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P80 Disturbo della personalità
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P85 Ritardo mentale

- P71 Altra psicosi organica  
   P72 Schizofrenia  
   P73 Psicosi affettiva

- P98 Altra psicosi NAC  
   P99 Altri disturbi psicologici  
 -

**SISTEMA RESPIRATORIO**

- P C A**  
   R80 Influenza  
   R81 Polmonite  
   R82 Pleurite/versamento pleurico  
   R83 Altra infezione respiratoria  
   R84 Neoplasia maligna bronchiale/polmonare

- P C A**  
   R85 Altra neoplasia maligna sist. respiratorio  
   R89 Anomalia congenita sistema respiratorio  
   R95 Broncopneumopatia cronica ostruttiva  
   R96 Asma  
   R99 Altra malattia respiratoria

**CUTE E ANNESSI**

- P C A**  
   S14 Bruciatura/ustione  
   S18 Lacerazione/taglio  
   S19 Altra lesione traumatica della pelle  
   S70 Herpes zoster  
   S72 Scabbia/altre acariasi  
   S73 Pediculosi/altre infestazioni cutanee  
   S74 Dermatofitosi  
   S75 Moniliasi/candidosi della pelle  
   S76 Altra malattia infettiva della pelle  
   S77 Neoplasia maligna della pelle  
   S80 Cheratosi attinica/eritema solare

- P C A**  
   S84 Impetigine  
   S85 Cisti/fistola pilonidale  
   S87 Dermatite atopica/eczema  
   S88 Dermatite da contatto/allergia  
   S89 Eritema da pannolino  
   S91 Psoriasi  
   S92 Malattia delle ghiandole sudoripare  
   S94 Unghia incarnita  
   S97 Ulcera cutanea cronica  
   S98 Orticaria  
   S99 Altra malattia della pelle

**SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO E NUTRIZIONE**

- P C A**  
   T08 Perdita di peso  
   T11 Disidratazione  
   T71 Neoplasia maligna della tiroide  
   T73 Neoplasia endocrina di altra/incerta natura  
   T82 Obesità  
   T83 Sovrappeso  
   T85 Iperiparatiroidismo/tireotossicosi

- P C A**  
   T86 Ipotiroidismo/mixedema  
   T87 Ipoglicemia  
   T90 Diabete non-insulina dipendente  
   T91 Carenza vitaminica/nutrizionale  
   T92 Gotta  
   T93 Dislipidemia  
   T99 Altro dist. endocrino/metabolico/nutriz.

**SISTEMA URINARIO**

- P C A**  
   U04 Incontinenza urinaria  
   U70 Pielonefrite/pielite  
   U71 Cistite/altra infezione urinaria  
   U75 Neoplasia maligna del rene  
   U76 Neoplasia maligna della vescica

- P C A**  
   U79 Neoplasia indeterminata del tratto urinario  
   U85 Anomalia congenita delle vie urinarie  
   U88 Glomerulonefrite/sindrome nefrosica  
   U95 Calcolosi urinaria  
   U99 Altra malattia urinaria

**SISTEMA GENITALE FEMMINILE**

- P C A**  
   X75 Neoplasia maligna del collo dell'utero  
   X76 Neoplasia maligna della mammella donna  
   X77 Altra neoplasia maligna genitale donna  
   X81 Neopl. genitale altra/incerta natura donna

- P C A**  
   X84 Vaginite/vulvite NAC  
   X87 Prolasso utero-vaginale  
   X99 Altra malattia genitale nella donna  
 -

**SISTEMA GENITALE MASCHILE**

- P C A**  
   Y74 Orchite/epididimite  
   Y77 Neoplasia maligna della prostata

- P C A**  
   Y78 Altra neoplasia maligna genitale nell'uomo  
   Y99 Altra malatt. genitale uomo (incl. Mammella)

COMPILATORE

nome:

firma:



<b>PARENTI TENUTI AGLI ALIMENTI</b> (nelle ultime righe indicare cumulativamente i parenti esistenti ma non significativi per il progetto assistenziale) (ART.433 C.C.: coniuge, figli e discendenti prossimi, genitori e ascendenti prossimi, generi e nuore, suoceri, fratelli e sorelle)																					
	Cognome e nome	parentela <sup>1</sup>	età	professione	indirizzo e telefono	lontananza <sup>2</sup>	intensità attivazione <sup>3</sup>			si occupa di <sup>4</sup>			intensità attivazione possibile <sup>5</sup>			si occuperà di <sup>4</sup>					
							ADL	iADL	super-visione	ADL	iADL	super-visione	ADL	iADL	super-visione	ADL	iADL	super-visione			
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
<b>ALTRE PERSONE ATTIVE</b> (compreso personale privato)																					
1																					
2																					
3																					
<b>ASSISTENZA PUBBLICA ATTIVA</b> (segnare i servizi attivi)												h/sett. Interv./sett									
1	SERVIZIO RESIDENZIALE (quale?)		3		PASTI A DOMICILIO		6		VIGILANZA-ACCOMPAGNAMENTO												
2	SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE (quale?)		4		TELESOCCORSO		7		IGIENE DELLA CASA												
			5		TRASPORTO / ACCOMPAGNAMENTO		8		ASSISTENZA ALLA PERSONA												

C = coniuge, FI = figlio/a, FR = fratello/sorella, G = genitore, NO = nonno/a, ND = nipote diretto, NI = nipote indiretto, NU = genero/nuora, AL = altro familiare, VI = amici/vicini  
 2 C = convivente, V = immediate vicinanze, 15 = entro 15 minuti, 30 = entro 30 minuti, 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora  
 3 indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'assistenza (o lo è stata finora)  
 4 crocettare se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti), iADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia), supervisione (diurna e/o notturna)  
 5 indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui si prevede che la persona possa essere presente nell'assistenza per il futuro

<b>SITUAZIONE ABITATIVA</b>	
<b>TITOLO DI GODIMENTO</b> (una sola risposta) 1 <input type="checkbox"/> proprietà 2 <input type="checkbox"/> usufrutto 3 <input type="checkbox"/> titolo gratuito 4 <input type="checkbox"/> non proprio, non in affitto (presso _____)	in affitto da: 5 a <input type="checkbox"/> privato 5 b <input type="checkbox"/> pubblico E' in atto lo sfratto esecutivo?      sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO</b> (una sola risposta) <i>rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti)</i> 1 <input type="checkbox"/> servita 2 <input type="checkbox"/> poco servita 3 <input type="checkbox"/> isolata	
<b>BARRIERE ARCHITETTONICHE</b> (una sola risposta) 1 <input type="checkbox"/> assenti 2 <input type="checkbox"/> solo esterne 3 <input type="checkbox"/> interne	piano:        ___   ascensor    sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> e
<b>GIUDIZIO SINTETICO</b> 1 <input type="checkbox"/> abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n° di persone, ben servito) 2 <input type="checkbox"/> abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne che limitano l'anziano nel corretto utilizzo delle sue risorse residue o dei servizi) 3 <input type="checkbox"/> abitazione non idonea (alloggio pericoloso, fatiscente ed antigienico e/o abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiano, e/o sfratti esecutivi, e/o isolato)	
<b>NOTE:</b>	

<b>SITUAZIONE ECONOMICA: REDDITO MENSILE</b>	
<b>REDDITO TOTALE DELL'ANZIANO:</b> (inclusa l'eventuale indennità di accompagnamento se percepita o anche solo riconosciuta)	€
<b>RISPARMI DELL'ANZIANO:</b>	no o inferiori a 2.500,00 Euro fino a 5.000,00 Euro fino a 10.000,00 Euro fino a 50.000,00 Euro oltre 50.000,00 Euro non noti
<b>SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO:</b>	€.
<b>ULTERIORE DISPONIBILITÀ ECONOMICA MENSILE DICHIARATA DAI FAMILIARI PER L'ASSISTENZA:</b>	nessuna fino a 500,00 Euro fino a 1.000,00 Euro fino a 1.500,00 Euro oltre copertura completa delle spese
<b>INTEGRAZIONE ECONOMICA DEL COMUNE PER L'ASSISTENZA:</b>	certamente no possibile certamente sì
<b>NOTE:</b>	





**REGIONE PUGLIA**

**AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, DELLE PERSONE E DELLE  
PARI OPPORTUNITA'**

Allegato C

**Scheda per la valutazione multidimensionale delle persone  
disabili**

Regione Puglia

A.S.L. \_\_\_\_\_

UNITÀ VALUTATIVA MULTIDIMENSIONALE DISTRETTO N.

**S.Va.M.Di.**

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con disabilità

Sig./ra \_\_\_\_\_

data di domanda \_\_\_\_\_

**Attivazione Verifica**

tessera sanitaria \_\_\_\_\_ es. ticket \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_ sesso (1) Femmina (2) Maschio

Residenza: via .....

Tel ..... Comune .....

Distretto Socio Sanitario n° Prov. ....

Medico di Medicina Generale: ..... tel. ....

e-mail: .....

Assistente Sociale: ..... tel. ....

e-mail: .....

Persona di riferimento ..... tel. ....

grado di parentela .....

Via ..... Comune .....



**DIAGNOSI delle attuali principali condizioni di salute**

Indicare la codifica nosologica in codice ICD (o ICD X o ICD IXcm)

ICD X

ICD IXcm

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

**Menomazioni delle funzioni corporee**

	Nessuna menomazione	Lieve menomazione	Media menomazione	Grave menomazione	Completa menomazione	Non specificato	Non applicabile
	0	1	2	3	4	8	9
mentali/intellettive (b110, b114, b117, b140, b144, b156, b164, b167)							
mentali/comportamentali (b130, b134, b148, b152)							
sensoriale e del dolore (b2)							
della voce e dell'eloquio (b3)							
dei sistemi cardiovascolare, ematologico, immunologico, e respiratorio (b4)							
dei sistemi digerente, metabolico ed endocrino (b5)							
genito-urinarie e riproduttive (b6)							
neuromuscoloscheletriche e corr. Al movimento (b7)							
Ogni altra funzione corporea							

**Menomazioni delle strutture corporee**

	Nessuna menomazione	Lieve menomazione	Media menomazione	Grave menomazione	Completa menomazione	Non specificato	Non applicabile
	0	1	2	3	4	8	9
sistema nervoso (s1)							
occhio, orecchio e strutture annesse (s2)							
legate alla voce dell'eloquio (s3)							
dei sistemi cardiovascolare, ematologico, immunologico, e respiratorio (b4)							
dell'apparato digerente e dei sistemi metabolico ed endocrino (s5)							
correlate al sistema genito-urinario (s6)							
legate al movimento (s7)							
cute e strutture correlate (s8)							
Ogni altra struttura corporea							



<b>VERBALE U.V.M.</b>
COGNOME NOME ..... data di nascita  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
SULLA BASE DELLA DOCUMENTAZIONE AGLI ATTI E DI QUANTO EMERSO DALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, L'U.V.M.D. PRENDE LE SEGUENTI DECISIONI (definizione del progetto complessivo cui concorrono diversi enti e servizi):

- Autosufficiente
- Parzialmente Autosufficiente
- Non Autosufficiente

<b>CODIFICA PROGETTO INDIVIDUALE</b>				
01 Interventi domiciliari				
assistenza domiciliare integrata ADI		altro .....		
02 Centro Diurno		03 trasporto SI No		
04 integrazione lavorativa		04 progetto inserimento sociale lavorativo		
05 assistenza scolastica		06 ausili		
07 altro .....				
07 Residenzialità		Gruppo Appartamento		
		Comunità Alloggio		
		Comunità Residenziale		
		R.S.A.		
		altro		
<b>Referente del progetto:</b>			<b>Verifica programmata:</b>	
convocati	presenti	PARTECIPANTI	Nome Cognome	Firma
1	1	Responsabile U.V.M.		
2	2			
3	3			
4	4			
5	5			
6	6			
7	7			

**TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE U.V.M.**

**DATA:**

**PARTE 1a: MENOMAZIONI DELLE FUNZIONI CORPOREE**

- Le Funzioni Corporee sono le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei (incluse le funzioni psicologiche)
- Le Menomazioni sono problemi nella funzione del corpo, intesi come una deviazione o una perdita significative

<b>Primo Qualificatore: Estensione delle menomazioni</b>
<b>0 Nessuna menomazione</b> (assente, trascurabile, ..., 0-4%).
<b>1 Menomazione lieve</b> (leggera, piccola, ... 5-24%).
<b>2 Menomazione media</b> (moderata, discreta, ... 25-49%).
<b>3 Menomazione grave</b> (notevole, estrema, ... 50-95%).
<b>4 Menomazione completa</b> (totale, 96-100%).
<b>8 Non specificato</b> significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione.
<b>9 Non applicabile</b> significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es: b650 Funzioni della mestruazione per donne in età di pre-menarca o di post-menopausa).

<b>Breve Lista delle Funzioni Corporee</b>	<b>Qualificatore</b>
<b>B1. FUNZIONI MENTALI</b>	
b110 Coscienza	
b114 Orientamento (tempo, spazio, persona)	
b117 Intelletto ( compresi Ritardo, Demenza )	
b130 Funzioni dell'energia e delle pulsioni	
b134 Sonno	
b140 Attenzione	
b144 Memoria	
b148 Funzioni psicomotorie	
b152 Funzioni emozionali	
b156 Funzioni percettive	
b164 Funzioni cognitive di livello superiore	
b167 Linguaggio	
<b>B2. FUNZIONI SENSORIALI E DOLORE</b>	
b210 Vista	
b230 Udito	
b235 Funzioni vestibolari (compreso l'equilibrio)	
b280 Dolore	
<b>B3. FUNZIONI DELLA VOCE E DELL'ELOQUIO</b>	
B310 Voce	
<b>B4. FUNZIONI DEI SISTEMI CARDIOVASCOLARE, EMATOLOGICO, IMMUNOLOGICO E DELL'APPARATO RESPIRATORIO</b>	
b410 Cuore	
b420 Pressione sanguigna	
b430 Sistema ematologico (sangue)	
b435 Sistema immunologico (allergie, ipersensibilità)	
b440 Respirazione (respiro)	
<b>B5. FUNZIONI DELL'APPARATO DIGERENTE E DEI SISTEMI METABOLICO ED ENDOCRINO</b>	
b515 Digestione	
b525 Defecazione	
b530 Mantenimento del peso	
b545 Equilibrio idrico ed elettrolitico	
b550 Termoregolazione	
b555 Ghiandole endocrine (alterazioni ormonali)	
<b>B6. FUNZIONI GENTOURINARIE E RIPRODUTTIVE</b>	
b620 Funzioni urinarie	
b640 Funzioni sessuali	

<b>B7. FUNZIONI NEURO-MUSCOLO-SCHELETRICHE E CORRELATE AL MOVIMENTO</b>	
<b>b710</b> Mobilità dell'articolazione	
<b>b730</b> Forza muscolare	
<b>b735</b> Tono muscolare	
<b>b765</b> Movimento involontario	
<b>B8. FUNZIONI DELLA CUTE E DELLE STRUTTURE CORRELATE</b>	
<b>OGNI ALTRA FUNZIONE CORPOREA</b>	

## INFORMAZIONI SINTETICHE SULLO STATO DI SALUTE

Altezza: \_\_\_\_\_ cm.

Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Sta assumendo qualche farmaco?:                      NO                      SI

Se sì, specificare i farmaci principali che sta assumendo:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Utilizza qualche ausilio come occhiali, apparecchio acustico, sedia a rotelle ecc.?

NO                      SI

Se sì, specificare il tipo di assistenza fornito:

\_\_\_\_\_

Sta ricevendo qualche tipo di trattamento per la sua salute?                      NO                      SI

Se sì, specificare il tipo di assistenza fornito:

\_\_\_\_\_

Ulteriori informazioni significative sullo stato di salute:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

- |                         |                                  |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. documenti scritti    | 3. informazioni fornite da altri |
| 2. soggetto interessato | 4. osservazione diretta          |

Nome e cognome del compilatore \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma .....

**PARTE 1b: MENOMAZIONI DELLE STRUTTURE CORPOREE**

- Le strutture corporee sono le parti anatomiche del corpo come gli organi, gli arti e le loro componenti.
- Le menomazioni sono problemi nella struttura del corpo, intesi come una deviazione o una perdita significative.

<b>Primo Qualificatore:</b> <i>Estensione delle Menomazioni</i>	<b>Secondo Qualificatore:</b> <i>Natura del Cambiamento</i>	<b>Terzo Qualificatore</b> (suggerito): <i>Localizzazione</i>
<b>0 Nessuna menomazione</b> (assente, trascurabile,..., 0-4%). <b>1 Menomazione lieve</b> (leggera, piccola, ... 5-24%). <b>2 Menomazione media</b> (moderata, discreta, ...25-49%) <b>3 Menomazione grave</b> (notevole, estrema, ....50-95%). <b>4 Menomazione completa</b> (totale, 96-100%). <b>8 Non specificato</b> significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione. <b>9 Non applicabile</b> significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es: b650 Funzioni della mestruazione per donne in età di pre-menarca o di post-menopausa).	<b>0</b> Nessun cambiamento nella struttura <b>1</b> Assenza totale <b>2</b> Assenza parziale <b>3</b> Parte in eccesso <b>4</b> Dimensioni anormali <b>5</b> Discontinuità <b>6</b> Posizione deviante <b>7</b> Cambiamenti qualitativi nella struttura, incluso l'accumulo di fluidi <b>8</b> Non specificato <b>9</b> Non applicabile	<b>0</b> Più di una regione <b>1</b> Destra <b>2</b> Sinistra <b>3</b> Entrambi i lati <b>4</b> Frontale <b>5</b> Dorsale <b>6</b> Prossimale <b>7</b> Distale <b>8</b> Non specificato <b>9</b> Non applicabile

<b>Breve Lista delle Strutture Corporee</b>	<b>Primo Qualificatore:</b> <i>Estensione della menomazione</i>	<b>Secondo Qualificatore:</b> <i>Natura del cambiamento</i>	<b>Terzo Qualificatore</b> (suggerito): <i>Localizzazione</i>
<b>S1. STRUTTURE DEL SISTEMA NERVOSO</b>			
<b>s110</b> Cervello			
<b>s120</b> Midollo spinale e nervi periferici			
<b>S2. OCCHIO, ORECCHIO E STRUTTURE CORRELATE</b>			
<b>S3. STRUTTURE COINVOLTE NELLA VOCE E NELL'ELOQUIO</b>			
<b>S4. STRUTTURE DEI SISTEMI CARDIOVASCOLARE, IMMUNOLOGICO E DELL'APPARATO RESPIRATORIO</b>			
<b>s410</b> Sistema cardiovascolare			
<b>s420</b> Sistema immunitario			
<b>s430</b> Sistema respiratorio			
<b>S5. STRUTTURE CORRELATE ALL'APPARATO DIGERENTE E AI SISTEMI METABOLICO ED ENDOCRINO</b>			
<b>S6. STRUTTURE CORRELATE AL SISTEMA GENITOURINARIO E RIPRODUTTIVO</b>			
<b>s610</b> Sistema urinario			
<b>s630</b> Sistema riproduttivo			
<b>S7. STRUTTURE CORRELATE AL MOVIMENTO</b>			
<b>s710</b> Regione del capo e del collo			
<b>s720</b> Regione della spalla			
<b>s730</b> Estremità superiori (braccio, mano)			
<b>s740</b> Regione pelvica			
<b>s750</b> Estremità inferiori (gamba, piede)			
<b>s760</b> Tronco			
<b>S8 CUTE E STRUTTURE CORRELATE</b>			
<b>OGNI ALTRA STRUTTURA CORPOREA</b>			

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

1. documenti scritti
2. soggetto interessato
3. informazioni fornite da altri
4. osservazione diretta

Nome e cognome del compilatore \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma.....

## PARTE 2: LIMITAZIONI DELL'ATTIVITA' E RESTRIZIONI DELLA PARTECIPAZIONE

- *L'Attività* è l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo. La *Partecipazione* è il coinvolgimento in una situazione di vita.
- Le *Limitazioni dell'Attività* sono le difficoltà che un individuo può incontrare nello svolgere delle attività. Le *Restrizioni alla Partecipazione* sono i problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni della vita.

Il **qualificatore Performance** indica il **grado della restrizione nella partecipazione** descrivendo l'**attuale** performance delle persone in un compito o in un'azione **nel loro ambiente reale**. Poiché l'ambiente reale introduce al contesto sociale, performance può essere intesa come "coinvolgimento in una situazione di vita" o "esperienza vissuta" delle persone nel contesto reale in cui vivono.

Questo contesto include i fattori ambientali - tutti gli aspetti del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti - che possono essere codificati usando la componente Fattori Ambientali. Il qualificatore Performance misura la difficoltà che la persona incontra nel **fare le cose, ammesso che le voglia fare**.

Il **qualificatore Capacità** indica il grado di limitazione nell'attività descrivendo l'**abilità della persona** ad eseguire un compito o una azione. Il qualificatore Capacità focalizza l'attenzione sulle limitazioni che sono caratteristiche inerenti o intrinseche delle persone stesse. Queste limitazioni dovrebbero essere manifestazioni dirette dello stato di salute della persona, **senza assistenza**. Per assistenza intendiamo l'aiuto di un'altra persona, o l'assistenza fornita da un veicolo o da uno strumento adattato o appositamente progettato o qualsiasi modificazione ambientale di una stanza, della casa, del posto di lavoro, ecc. Il livello dovrebbe essere valutato relativamente alle capacità normalmente attese per quella persona o alle capacità della persona prima delle attuali condizioni di salute.

<b>Primo Qualificatore:</b> <i>Performance</i> <b>Grado di restrizione della Partecipazione</b>	<b>Secondo Qualificatore:</b> <i>Capacità (senza influenza dell'ambiente o assistenza)</i> <b>Grado di limitazione dell'Attività</b>
<p>0 <i>Nessuna difficoltà</i> significa che la persona non presenta il problema.            0 <i>Nessun problema</i> (assente, trascurabile, ..., 0-4%).            1 <i>Problema lieve</i> (leggera, piccola, ... 5-24%).            2 <i>Problema medio</i> (moderato, discreto, ... 25-49%).            3 <i>Problema grave</i> (notevole, estremo, ... 50-95%).            4 <i>Problema completo</i> (totale, 96-100%).            8 <i>Non specificato</i> significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della difficoltà.            9 <i>Non applicabile</i> significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es: b650 Funzioni della mestruazione per donne in età di pre-menarca o di post-menopausa).</p>	

<b>Breve lista di dimensioni A&amp;P</b>	<b>Qualificatore di performance</b>	<b>Qualificatore di capacità</b>
<b>D1. APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLA CONOSCENZA</b>		
d110 Guardare		
d115 Ascoltare		
d130 copiare		
d166 leggere		
d169 scrivere		
d172 calcolare		
d175 Risoluzione di problemi		
<b>D2. COMPITI E RICHIESTE GENERALI</b>		
d210 Intraprendere un compito singolo		
d220 Intraprendere compiti articolati		
<b>D3. COMUNICAZIONE</b>		
d310 Comunicare con - ricevere - messaggi verbali		
d315 Comunicare con - ricevere - messaggi non-verbali		
d330 Parlare		
d335 Produrre messaggi non-verbali		
d350 Conversazione		
d360 utilizzo di apparecchiature e ausili per la comunicazione		

<b>D4. MOBILITÀ</b>		
d410 Cambiare posizione di base		
d430 Sollevare e trasportare oggetti		
d440 Uso fine della mano ( <i>raccolgere, afferrare</i> )		
d450 Camminare		
<b>d455 Spostarsi</b>		
d465 Spostarsi usando apparecchiature/ausili ( <i>sedia a rotelle, pattini, ecc.</i> )		
d470 Usare un mezzo di trasporto ( <i>auto, bus, treno, aereo, ecc.</i> )		
d475 Guidare ( <i>andare in bici o motocicletta, guidare l'auto, ecc.</i> )		
<b>D5. CURA DELLA PROPRIA PERSONA</b>		
d510 Lavarsi ( <i>fare il bagno, asciugarsi, lavarsi le mani, ecc..</i> )		
d520 Prendersi cura di singole parti del corpo ( <i>lavarsi i denti, radersi, ecc.</i> )		
d530 Bisogni corporali		
d540 Vestirsi		
d550 Mangiare		
d560 Bere		
d570 Prendersi cura della propria salute		
<b>D6. VITA DOMESTICA</b>		
d620 Procurarsi beni e servizi ( <i>fare la spesa, ecc.</i> )		
d630 Preparare i pasti ( <i>cucinare, etc.</i> )		
d640 Fare i lavori di casa ( <i>pulire la casa, lavare i piatti, fare il bucato, stirare, ecc.</i> )		
d660 Assistere gli altri		
<b>D7. INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI</b>		
d710 Interazioni interpersonali semplici		
d720 Interazioni interpersonali complesse		
d730 Entrare in relazione con estranei		
d740 Relazioni formali		
d750 Relazioni sociali informali		
d760 Relazioni familiari		
d770 Relazioni intime		
<b>D8. AREE DI VITA PRINCIPALI</b>		
d810 Istruzione informale		
d820 Istruzione scolastica		
d830 Istruzione superiore		
d850 Lavoro retribuito		
d860 Transazioni economiche semplici		
d870 Autosufficienza economica		
<b>D9. VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITÀ</b>		
d910 Vita nella comunità		
d920 Ricreazione e tempo libero		
d930 Religione e spiritualità		
<b>QUALUNQUE ALTRA ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE</b>		

**NOTE**


---



---



---

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

- |                         |                                  |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. documenti scritti    | 3. informazioni fornite da altri |
| 2. soggetto interessato | 4. osservazione diretta          |

Nome e cognome del compilatore \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma .....



### PARTE 3: FATTORI AMBIENTALI

- *I fattori ambientali costituiscono gli atteggiamenti, l'ambiente fisico, sociale e degli atteggiamenti, in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza.*

**Qualificatore nell'ambiente:  
Barriere o facilitatori**

<b>0</b> Nessuna barriera	<b>0</b> Nessun facilitatore
<b>1</b> Barriera lieve	<b>+1</b> Facilitatore lieve
<b>2</b> Barriera media	<b>+2</b> Facilitatore medio
<b>3</b> Barriera grave	<b>+3</b> Facilitatore sostanziale
<b>4</b> Barriera completa	<b>+4</b> Facilitatore completo
<b>8</b> Barriera, non specificato	<b>+8</b> Facilitatore, non specificato
<b>9</b> non applicabile	<b>9</b> Non applicabile

<b>Breve Lista Fattori Ambientali</b>	<b>Qualificatore</b>	
	<b>Barriere</b>	<b>Facilitatori</b>
<b>E1. PRODOTTI E TECNOLOGIA</b>		
e110 Prodotti o sostanze per il consumo personale ( <i>cibo, farmaci</i> )		
e115 Prodotti e tecnologia per l'uso personale nella vita quotidiana		
e120 Prodotti per la mobilità e il trasporto personale in ambienti interni e esterni		
e125 Prodotti e tecnologia per la comunicazione		
e150 Prodotti e tecnologia per la progettazione e la costruzione di edifici per il pubblico utilizzo		
e155 Prodotti e tecnologia per la progettazione e la costruzione di edifici per utilizzo privato		
<b>E2. AMBIENTE NATURALE E CAMBIAMENTI EFFETTUATI DALL'UOMO</b>		
e225 Clima		
e240 Luce		
e250 Suono		
<b>E3. RELAZIONI E SOSTEGNO SOCIALE</b>		
e310 Famiglia ristretta		
e320 Amici		
e325 Conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità		
e330 Persone in posizione di autorità		
e340 Persone che forniscono aiuto o assistenza		
e355 Operatori sanitari		
e360 Altri operatori		
<b>E4. ATTEGGIAMENTI</b>		
e410 Atteggiamenti individuali dei componenti della famiglia ristretta		
e420 Atteggiamenti individuali degli amici		
e425 Atteggiamenti di conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità		
e430 Atteggiamenti delle persone in posizione di autorità		
e440 Atteggiamenti individuali di persone che forniscono aiuto o assistenza		
e450 Atteggiamenti individuali di operatori sanitari		
e455 Atteggiamenti individuali di altri operatori		
e460 Atteggiamenti della società		
e465 Norme sociali, costumi e ideologie		
<b>E5. SERVIZI, SISTEMI E POLITICHE</b>		
e525 Servizi, sistemi e politiche abitative		
e535 Servizi, sistemi e politiche di comunicazione		
e540 Servizi, sistemi e politiche di trasporto		
e550 Servizi, sistemi e politiche legali		
e570 Servizi, sistemi e politiche previdenziali/assistenziali		
e575 Servizi, sistemi e politiche di sostegno sociale generale		
e580 Servizi, sistemi e politiche sanitarie		
e585 Servizi, sistemi e politiche dell'istruzione e della formazione		
e590 Servizi, sistemi e politiche del lavoro		
<b>QUALUNQUE ALTRO FATTORE AMBIENTALE</b>		

**PARTE 4: ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTESTO**

**4.1** Fare una descrizione sintetica del soggetto e di ogni altra informazione rilevante.

**4.2** Includere tutti i Fattori Personali che possono avere un impatto sullo stato funzionale (es. stile di vita, abitudini, contesto sociale, educazione, eventi della vita, razza/etnia, orientamento sessuale e beni dell'individuo).

**NOTE** (rapporti all'interno della famiglia, con la famiglia allargata, con la comunità (la rete sociale), eventuali problematiche - il carico assistenziale richiesto dal disabile e chi lo sostiene in famiglia - gli ostacoli alla partecipazione alla vita comunitaria e allo sviluppo delle autonomie - gli ausili utilizzati o da prevedere)

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

- |                         |                                  |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. documenti scritti    | 3. informazioni fornite da altri |
| 2. soggetto interessato | 4. osservazione diretta          |

Nome e cognome del compilatore \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma .....

## S.V.A.M.Di. VALUTAZIONE SOCIALE

**Stato civile attuale:**

- |  |  |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile           | 4. <input type="checkbox"/> : Divorziato/a |
| 2 <input type="checkbox"/> Attualmente coniugato/a | 5. <input type="checkbox"/> Vedovo/a       |
| 3 <input type="checkbox"/> Separato/a              | 6. <input type="checkbox"/> Convivente     |

Anni di scolarità n. \_\_\_\_\_

**Scuola frequentata**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> scuola materna / nido    | 2 <input type="checkbox"/> elementare      | 3 <input type="checkbox"/> scuola medie inf. |
| 4 <input type="checkbox"/> formazione professionale | 5 <input type="checkbox"/> medie superiori | 6 <input type="checkbox"/> università        |

**Istruzione**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> nessun titolo        | 2 <input type="checkbox"/> licenza elementare | 3 <input type="checkbox"/> media inferiore |
| 4 <input type="checkbox"/> scuola professionale | 5 <input type="checkbox"/> media superiore    | 6 <input type="checkbox"/> laurea          |

**Esperienza lavorativa**      1  No    2  Sì      ---- Specificare:**Situazione lavorativa attuale:**

- |   |  |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Lavoro dipendente                        | 6. <input type="checkbox"/> Pensionata/o                         |
| 2 <input type="checkbox"/> Lavoro autonomo                          | 7. <input type="checkbox"/> Disoccupata/o (per motivi di salute) |
| 3 <input type="checkbox"/> Lavoro non retribuito (es. volontariato) | 8. <input type="checkbox"/> Disoccupata/o (per altri motivi )    |
| 4 <input type="checkbox"/> Studente                                 | 9. <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____            |
| 5 <input type="checkbox"/> Casalinga/o                              |  |

**CERTIFICAZIONI**

<b>Invalità civile</b>	1 <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no	Grado riconosciuto
<b>Diagnosi di invalidità</b>		
Necessita di accompagnatore per deambulare		1 <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no
Necessità di assistenza continua		1 <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no
Minore in difficoltà	1 <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no	Cieco assoluto      1 <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no
Minore ipoacusico	1 <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no	Sordomuto            1 <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no
<b>Invalità INAIL</b>	1 <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no	.....
<b>Persona con Disabilità (L. 104/92 art. 3 c. 1)</b>	1 <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no	
<b>Persona con Disabilità (L. 104/92 art. 3 c. 3)</b>	1 <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no	
<b>Condizione di Disabilità per Inserim. Lav. (L. 68/99)</b>	1 <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no	
<b>Certificazione L. 104/92 ai fini dell'inserimento scolastico</b>	1 <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no	
<b>Persona inabilitata</b>	1 <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no	<b>Persona interdetta</b>
	1 <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no	1 <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no

Situazione familiare										
	Cognome e nome	parentela <sup>1</sup>	età	professione	indirizzo e telefono	lontananza <sup>2</sup>	intensità attivazione attuale	si occupa di <sup>3</sup>		
								ADL	iADL	super- visione
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										

Altre persone attive (compreso personale privato)										
1										
2										
3										

SERVIZI ATTIVATI		
1		3
2		4

<sup>1</sup> C = coniuge, FI = figlio/a, FR = fratello/sorella, G = genitore, NO = nonno/a, ND = nipote diretto, NI = nipote indiretto, NU = genero/nuora, AL = altro familiare, VI = amici/vicini, C = convivente

<sup>2</sup> V = immediate vicinanze, 15 = entro 15 minuti, 30 = entro 30 minuti, 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora

<sup>3</sup> crocettare se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti), iADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia), supervisione (diurna e/o notturna)



<b>SITUAZIONE ECONOMICA: REDDITO MENSILE</b>	
Assegno – pensione invalidità civile:	€ .....
Indennità di accompagnamento	€ .....
Assegno / pensione invalidità INPS	€ ..... Categoria: n. pensione:
Altre pensioni	€ .....
Reddito da lavoro	€ .....
Altri redditi	€ .....
Indennità di frequenza	€ .....
Nessuna risorsa	
SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO:	€ .....
ULTERIORE DISPONIBILITÀ ECONOMICA MENSILE DICHIARATA DAI FAMILIARI PER L'ASSISTENZA:	nessuna fino a € ..... fino a € ..... fino a € ..... oltre copertura completa delle spese
INTEGRAZIONE ECONOMICA DEL COMUNE PER L'ASSISTENZA:	certamente no possibile certamente sì
<b>NOTE:</b>	

**NOTE** (la storia della persona e il percorso nei servizi , il curriculum scolastico, l'eventuale percorso lavorativo, tirocini e stage, attitudini e aspirazioni espresse)


Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

- |                         |                                  |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. documenti scritti    | 3. informazioni fornite da altri |
| 2. soggetto interessato | 4. osservazione diretta          |

Nome e cognome del compilatore \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma .....

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 dicembre 2011, n. 2815

### **Attivazione Osservatorio Regionale Dipendenze Patologiche.**

L'Assessore alla Politiche della Salute, Prof. Tommaso Fiore, sulla base dell'istruttoria espletata dal responsabile della A.P. dell'Ufficio n°4 Servizio PATP, confermata dal Dirigente dell'Ufficio n. 4 nonché dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione, riferisce quanto segue:

Con provvedimento n. 506 del 22/3/2011, la Giunta regionale ha deliberato la partecipazione della Regione Puglia al progetto nazionale "NIOD" (Network Italiano Osservatori delle Dipendenze), finanziato dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Il progetto si pone come obiettivo generale la definizione di un modello di Osservatori regionali standard delle Dipendenze Patologiche (inteso come nuova struttura o funzione di strutture già esistenti), concertato anche con il supporto tecnico diretto dell'OEDT (Osservatorio Europeo Droghe e tossicodipendenze), che sia in grado di produrre rapporti standard sulla realtà territoriale di competenza e nel contempo di trasmettere dati all'OEDT per la lettura nazionale del fenomeno.

Considerato che:

- La L.R. n. 27 /1999, istitutiva dei Dipartimenti delle Dipendenze patologiche, prevede che siano costituite, in ciascun dipartimento, unità operative di epidemiologia finalizzate a implementare e coordinare la ricerca epidemiologica, di concerto con l'Osservatorio epidemiologico regionale, e a centralizzare le rilevazioni delle Sezioni dipartimentali;
- La L.R. n. 26 del 6 agosto 2006, all'art. 6, prevede uno specifico Osservatorio epidemiologico a cui afferisce il sistema rilevazione dati informatizzato della Regione Puglia.
- Il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 prevede (punto 2.11) l'attribuzione all'OER di compiti di coordinamento e implementazione della rete dei flussi informativi dei Ser.T.

- Il DIEF 2010 dispone che il Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione possa avvalersi dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale per realizzare una serie di specifiche attività, tra le quali l'Osservatorio regionale delle Dipendenze a cui afferisce il sistema di rilevazione dati informatizzato "SESIT" della Regione Puglia.

Per quanto in premessa richiamato, e considerato che si ritiene opportuno avvalersi dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, che dispone delle professionalità necessarie per la raccolta e l'analisi dei dati relativi al fenomeno delle dipendenze, si propone all'approvazione della Giunta Regionale l'attivazione dell'Osservatorio regionale delle Dipendenze Patologiche, nei tempi e modi richiamati nel documento allegato al presente atto

### **Copertura Finanziaria ai sensi della L.R. n. 28/01 e s.m. e i.:**

La spesa derivante dal presente provvedimento è quantificata in euro 75.000,00 (Euro Settantacinquemila/00) e trova copertura sul cap. di spesa 711038 dell'Esercizio Finanziario 2011.

All'impegno di spesa provvederà, con successivo atto, il dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione dell'Assessorato alle Politiche della Salute.

Il Dirigente del Servizio PATP  
Dott. Fulvio Longo

Il presente provvedimento rientra nelle specifiche competenze della Giunta Regionale, ai sensi dell'art. 4 comma 4, lettera d) della L.R. 7/97.

L'Assessore relatore sulla base delle risultanze istruttorie di cui innanzi, propone alla Giunta regionale l'adozione del conseguente atto finale.

### **LA GIUNTA**

udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

viste le sottoscrizioni poste in calce al presente schema di provvedimento dal funzionario A.P. dal

dirigente di Ufficio “Assistenza Territoriale, Psichiatrica e Dipendenze Patologiche” e dal dirigente del Servizio P.A.T.P.

a voti unanimi, espressi nei modi di legge,

*DELIBERA*

per le motivazioni in narrativa esposte che qui si intendono integralmente riportate:

1. Di approvare, nei tempi e modi richiamati nel documento allegato al presente atto, l'attivazione dell'Osservatorio regionale delle Dipendenze Patologiche.
2. Di attribuire al dirigente del Servizio PATP il compito di adottare ogni opportuna iniziativa atta ad avviare il predetto Osservatorio regionale delle Dipendenze.
3. Ai costi necessari per l'avvio delle attività dell'Osservatorio regionale delle Dipendenze Patologiche si farà fronte con il finanziamento di euro 75.000 assegnato, dalla ASL n. 2 Lanciano-Vasto-Chieti della Regione Abruzzo, di seguito alla stipula della convenzione approvata con DGR n. 506/2011.
4. Le attività dell'Osservatorio regionale delle Dipendenze Patologiche rientreranno, a regime, tra i compiti dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale disciplinati dall'apposita convenzione vigente tra l'Università degli studi di Bari e la Regione Puglia.
5. Di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino ufficiale della Regione Puglia ai sensi dell'art. 42, comma 7, della L.R. 16/11/2001 n. 28.

Il Segretario della Giunta  
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta  
Dott. Nichi Vendola