



# La fase pilota del progetto “Assistenza continua alla persona non autosufficiente in Toscana”: profilo degli anziani valutati dalle Unità di valutazione multidisciplinare nel biennio 2008-2009

Documenti dell'Agenzia Regionale  
di Sanità della Toscana

Il contesto epidemiologico  
e organizzativo



Le caratteristiche  
degli anziani valutati



I progetti assistenziali  
personalizzati

# 61

Luglio  
2011



**Il contesto  
epidemiologico  
e organizzativo**

**Le caratteristiche  
degli anziani  
valutati**

**I Piani  
assistenziali  
personalizzati**

**La fase pilota del progetto  
“Assistenza continua  
alla persona  
non autosufficiente  
in Toscana”:  
profilo degli anziani valutati  
dalle Unità di valutazione  
multidisciplinari  
nel biennio 2008-2009**

Collana dei Documenti ARS

Direttore responsabile: Francesco Cipriani

Registrazione REA Camera di Commercio di Firenze N. 562138

Iscrizione Registro stampa periodica Cancelleria Tribunale di Firenze N. 5498  
del 19/06/2006

ISSN stampa 1970-3244

ISSN on-line 1970-3252

**La fase pilota del progetto “Assistenza continua  
alla persona non autosufficiente in Toscana”:  
profilo degli anziani valutati  
dalle Unità di valutazione multidisciplinari  
nel biennio 2008-2009**

**Coordinamento**

Francesco Cipriani

Coordinatore Osservatorio di Epidemiologia  
ARSToscana

**Pubblicazione a cura di**

Paolo Francesconi

Settore Epidemiologia dei servizi sanitari  
e dei percorsi assistenziali  
Osservatorio di Epidemiologia - ARS Toscana

**Autori**

Francesco Profili

Settore Epidemiologia dei servizi sanitari  
e dei percorsi assistenziali  
Osservatorio di Epidemiologia - ARS Toscana

Paolo Francesconi

Settore Epidemiologia dei servizi sanitari  
e dei percorsi assistenziali  
Osservatorio di Epidemiologia - ARS Toscana

Matilde Razzanelli

Settore Epidemiologia dei servizi sanitari  
e dei percorsi assistenziali  
Osservatorio di Epidemiologia - ARS Toscana

**Con l'introduzione e il contributo di**

Patrizio Nocentini

Settore Integrazione socio-sanitaria  
e non autosufficienza  
DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale  
Regione Toscana

**Revisione editoriale e impaginazione**

Elena Marchini

Osservatorio di Epidemiologia  
ARS Toscana



# Indice

<b>Introduzione</b>	pag. 7
<b>1. Il contesto epidemiologico e organizzativo</b>	9
1.1 La non autosufficienza nell'anziano – i risultati dello studio “Bisogno socio-sanitario degli anziani in Toscana”	11
1.1.1 Lo studio	11
1.1.2 Sintesi dei risultati	12
1.2 Il contesto normativo: il progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente	14
1.2.1 Gli obiettivi normativi e progettuali sulla non autosufficienza in Toscana	14
1.2.2 L'avvio del progetto	15
1.2.3 I primi risultati	16
1.2.4 Lo sviluppo	17
1.3 Le procedure valutativo-progettuali	18
1.3.1 L'Unità di valutazione multidisciplinare	18
1.3.2 Prima lettura del bisogno	19
1.3.3 La valutazione	19
1.3.3.1 Area clinico-funzionale	20
1.3.3.2 Area cognitivo-comportamentale	21
1.3.3.3 Il livello isogravità del bisogno	22
1.3.3.4 Area socio-ambientale	23
1.3.4 La progettazione	25
1.4 Il sistema di registrazione dei dati	26
<b>2. Le caratteristiche degli anziani valutati</b>	29
2.1 La segnalazione del bisogno e la prima lettura	31
2.2 I dati valutativi degli anziani con bisogno socio-sanitario complesso	34
2.2.1 Il dominio sanitario e funzionale	34
2.2.2 Il dominio cognitivo e comportamentale	40
2.2.3 Il dominio infermieristico	40
2.2.4 Il dominio sociale e il <i>caregiver burden inventory</i>	43
2.3 I livelli di isogravità del bisogno	50
<b>3. I Progetti assistenziali personalizzati</b>	53
3.1 Le risposte	55
3.2 La correlazione tra bisogni e risposte	58
<b>Appendice A – Il patrimonio informativo e i suoi possibili utilizzi</b>	61
<b>Appendice B – Le procedure valutative e progettuali multidimensionali</b>	67





# Introduzione

La fase pilota del progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente, avviata con la deliberazione della Giunta regionale n. 1023/2007, ha permesso di sperimentare sul territorio della Regione Toscana un nuovo percorso distrettuale per la presa in carico della persona non autosufficiente – dalla segnalazione del bisogno alla prima lettura del bisogno, alla valutazione multidimensionale del “bisogno complesso”, alla progettazione dell'assistenza anche sulla base dell'indice di gravità del bisogno – definitivamente approvato con la d.g.r. 370/2010.

L'obiettivo di questa pubblicazione è descrivere il percorso di presa in carico effettuato dagli anziani che hanno segnalato un bisogno socio-sanitario e che sono stati valutati dalle Unità di valutazione multidisciplinari nel periodo tra l'avvio della fase pilota e la definitiva approvazione del progetto.

A tal fine, sono stati utilizzati i dati valutativi e progettuali degli anziani che hanno segnalato un bisogno assistenziale nel periodo tra gennaio 2008 e dicembre 2009. I dati sono stati registrati dalle Zone-distretto della Regione su di un applicativo web messo a disposizione dall'Agenzia regionale di sanità della Toscana.

Nel primo capitolo viene descritto sinteticamente il contesto organizzativo entro il quale si è sviluppato il progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente e fornita una sintesi dei risultati dello studio epidemiologico sul bisogno socio-sanitario degli anziani residenti in Toscana (studio “Bisogno socio-sanitario degli anziani in Toscana”) recentemente condotto.

Nel secondo capitolo vengono trattate le caratteristiche degli anziani valutati. Il quadro che emerge, accanto a risultati attesi, come la composizione anagrafica della popolazione valutata, con una larga prevalenza di donne in età molto avanzata, fornisce elementi utili per una riflessione sui bisogni più frequentemente espressi. Basti pensare, a titolo esemplificativo, al fatto che per tre anziani non autosufficienti su dieci la demenza è identificata come principale patologia disabilitante e che per sei anziani non autosufficienti su dieci sono diagnosticati deficit cognitivi.

Nel terzo capitolo vengono descritti i piani assistenziali personalizzati progettati a seguito della valutazione multidimensionale e la concordanza tra questi e i bisogni identificati in sede di valutazione multidimensionale. Emergono forti correlazioni, soprattutto tra le caratteristiche sociali degli anziani valutati e la tipologia di intervento programmato e interessanti spunti per l'attivazione di sistemi di indicatori di processo utili al monitoraggio dell'appropriatezza delle risposte offerte.

Nelle appendici, oltre alle schede utilizzate in sede di valutazione, viene inserita una breve discussione sulle prospettive future di monitoraggio dei percorsi di presa in carico delle persone con bisogno socio-sanitario complesso sulla base dei dati forniti dai flussi informativi dedicati recentemente attivati.



## Capitolo 1

Il contesto epidemiologico  
e organizzativo



## 1.1 La non autosufficienza nell'anziano – I risultati dello studio “Bisogno socio-sanitario degli anziani in Toscana”

### 1.1.1 Lo studio

Lo studio “Bisogno socio-sanitario degli anziani in Toscana” (BiSS) è un'indagine conoscitiva svolta dall'Agenzia regionale di sanità della Toscana tra aprile e maggio 2009, su mandato della Regione Toscana.

Nato nell'ambito del percorso che ha portato all'approvazione del progetto per “l'assistenza continua alla persona non autosufficiente” (deliberazione della Giunta regionale n. 370/2010), ha permesso di misurare il bisogno assistenziale della popolazione anziana residente e la ricaduta dello stesso sulle famiglie. Basandosi sulle stime prodotte, è stato possibile programmare un uso appropriato del fondo regionale per la non autosufficienza, istituito nel 2008 dalla Regione Toscana (legge regionale n.66/2008).

Sono stati intervistati 2.551 anziani (ultra65enni residenti sul territorio regionale), campionati per classe d'età, genere e zona-distretto di residenza. Tutte le 34 Zone-distretto della Toscana hanno aderito all'indagine, mettendo a disposizione uno o più rilevatori (infermieri territoriali debitamente formati). Quando possibile, la rilevazione è stata telefonica. Nei casi in cui la capacità e/o la disponibilità dell'anziano (o della famiglia) non fossero adeguate, si è optato per un'intervista faccia a faccia o coadiuvata da un *caregiver*.

Sinteticamente, le informazioni raccolte riguardano:

- dati anagrafici e socio-demografici;
- fattori che contribuiscono a determinare la fragilità;
- dipendenza nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL<sup>1</sup>);
- non autosufficienza:
  - dipendenza nelle attività di base della vita quotidiana (BADL<sup>2</sup>);
  - deficit cognitivo;
  - disturbi del comportamento/umore;
- copertura assistenziale del bisogno, da parte di famiglie e/o dei servizi.

Lo studio è stato commissionato con il fine di fornire il quadro del bisogno socio-sanitario nella popolazione anziana residente, in termini di casi attesi di non autosufficienza per livello di gravità del bisogno. Per questo motivo, gli anziani sono stati valutati tramite le stesse scale e algoritmi in uso all' Unità di valutazione multidisciplinare (UVM) in sede di valutazione multidimensionale. Questa metodologia ha consentito di prevedere la domanda di assistenza attesa per i servizi socio-sanitari nel breve periodo e, sulla base delle previsioni di popolazione dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT), nei prossimi cinque o dieci anni.

<sup>1</sup> *Instrumental activities of daily living.*

<sup>2</sup> *Basic activities of daily living.*

Informazioni dettagliate su strumenti e metodi utilizzati nello studio sono reperibili in una pubblicazione della collana dei *Documenti ARS*<sup>3</sup>, della quale proponiamo un estratto dei principali risultati ottenuti.

### 1.1.2 Sintesi dei risultati

Degli 862.680 anziani residenti in Toscana all'inizio del 2009, si stima che l'1,3% siano residenti in Residenza sanitaria assistenziale (RSA) (circa 11.300).

Per quanto riguarda gli anziani residenti al domicilio, si stima che:

- in media, ogni giorno, circa 8.000 anziani (0,9% degli ultra65enni) risultano ricoverati in ospedale e circa 11.700 (1,4%) sono stati dimessi da un ospedale da meno di 15 giorni;
- circa 135.000 donne (28,3%) e 44.000 uomini (12,9%) vivono da soli;
- il 16,7% delle donne e il 7,2% degli uomini non hanno alcun titolo di studio e il 67% degli anziani dichiara di avere almeno qualche difficoltà ad arrivare alla fine del mese con il reddito a disposizione;
- la percentuale di anziani dipendenti nelle attività di base della vita quotidiana è più alta nelle donne che negli uomini e aumenta con l'età (negli uomini dal 2% tra i 65-69enni al 46,2% negli ultra90enni e nelle donne dall'1,6% nelle 65-69enni al 51,4% nelle ultra90enni). Complessivamente, circa 17.600 uomini (4,9%) e 48.500 donne (9,9%), per un totale di circa 66.000 ultra65enni (7,8%) residenti in Toscana, sono dipendenti da altri per lo svolgimento delle BADL. Di questi, quasi il 90% sono ultra75enni e oltre la metà ultra85enni;
- le prime attività per le quali l'anziano richiede aiuto, nel momento in cui perde l'autosufficienza, riguardano la cura della propria persona (vestirsi e/o svestirsi e cura dell'igiene personale). La capacità di alimentarsi è l'ultima abilità ad essere persa. Circa il 40% degli anziani non autosufficienti è gravemente dipendente dall'aiuto di altri, molto spesso in modo totale, in tutte, o quasi, le attività di base della vita quotidiana;
- due anziani non autosufficienti su tre presentano un deficit cognitivo almeno moderato e uno su due un deficit cognitivo grave;
- quasi la metà degli anziani non autosufficienti riporta disturbi dell'umore almeno moderati, prevalentemente rappresentati da sensazione di tristezza o depressione e dalla diminuzione delle interazioni sociali, e circa il 17,6% presenta disturbi del comportamento almeno moderati, prevalentemente rappresentati negli uomini da un linguaggio offensivo e nelle donne dal vagare senza motivo;

---

<sup>3</sup> AA.VV. "Il bisogno socio-sanitario degli anziani in Toscana. I risultati dello studio epidemiologico di popolazione BiSS". Collana dei *Documenti ARS* n.50. Agenzia regionale di sanità della Toscana. Firenze, dicembre 2009.

- combinando il livello di dipendenza nelle BADL con il livello di deficit cognitivo e di disturbi dell'umore e del comportamento, è possibile classificare gli anziani non autosufficienti in cinque livelli di isogravità del bisogno assistenziale. Circa 46.000 sono classificabili in un livello uguale o superiore al terzo e quindi, secondo le attuali proposte, eleggibili per l'accesso al fondo regionale per la non autosufficienza;
- applicando le prevalenze specifiche (per età e genere) delle caratteristiche d'interesse alle previsioni demografiche ISTAT (scenario intermedio), si stima che, nel giro di 5 anni, gli anziani non autosufficienti aumenteranno a circa 78.500 (+19% rispetto al 2009) e gli anziani non autosufficienti con un livello di isogravità del bisogno assistenziale pari o superiore al terzo a 56.000 (+21%). Quasi il 95% di questo incremento è attribuibile all'aumento degli ultra85enni;
- sulla base delle stime di sopravvivenza degli anziani ultra75enni non autosufficienti, sono circa 15.700, 6.000 uomini e 9.700 donne i casi incidenti attesi ogni anno in Toscana (il 3,6% degli ultra75enni).

Tra gli anziani non autosufficienti nelle BADL, residenti al domicilio, che necessitano di aiuto, si stima che:

- oltre la metà degli anziani dipendenti nelle IADL o in modo lieve/moderato nelle BADL e circa un terzo degli anziani dipendenti in modo grave nelle BADL sono aiutati soltanto dai familiari;
- circa un terzo degli anziani dipendenti nelle IADL o in modo lieve/moderato nelle BADL e circa la metà degli anziani dipendenti in modo grave nelle BADL sono aiutati anche o esclusivamente da una persona a pagamento per un totale di circa 47.500 persone;
- i servizi pubblici intervengono, per quanto riguarda l'aiuto alla persona, nel 6% dei casi di anziani non autosufficienti residenti al domicilio. Quasi la metà degli anziani gravemente dipendenti nelle BADL usufruisce di assistenza infermieristica domiciliare;
- non tutti gli anziani non autosufficienti residenti al domicilio riferiscono di percepire l'indennità d'accompagnamento: la percentuale di chi riceve l'indennità varia da circa un terzo tra gli anziani dipendenti soltanto nelle IADL a circa tre quarti tra gli anziani gravemente dipendenti nelle BADL, per un totale di circa 58.000 persone. Di riscontro, circa l'1,1% degli anziani autosufficienti sia nelle BADL che nelle IADL riferiscono di percepire questo sussidio economico (circa 8.000 anziani);
- sono circa 2.400 (2,1%) gli anziani non autosufficienti che frequentano un centro diurno, che in un caso su cinque è un centro Alzheimer;
- sono circa 2.500 gli anziani in attesa di un ricovero permanente e circa 500 quelli in attesa di un ricovero temporaneo in RSA.

Tra gli anziani residenti al domicilio autosufficienti nelle BADL:

- la percentuale di anziani dipendenti nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL) è sempre più alta nelle donne che negli uomini e aumenta con l'età (negli uomini dal 3,5% tra i 65-69enni all'80% negli ultra90enni e nelle donne dall'8,9% nelle 65-69enni al 95,8% nelle ultra90enni). Complessivamente, circa 55.100 uomini (16,2%) e 138.500 donne (31,3%) ancora autosufficienti nelle BADL non sono più autonomi nelle IADL. Fare acquisti e usare i mezzi di trasporto sono le attività per le quali si perde l'autonomia più frequentemente;
- circa 122.000 (15,5%) sono classificabili come fragili ad altissimo rischio di perdita dell'autosufficienza. Di questi, i circa 59.000 tra i 75 e gli 84 anni d'età potrebbero costituire il target prioritario per interventi di prevenzione secondaria della disabilità. Questo considerando che con l'età aumenta il rischio relativo di disabilità, mentre diminuisce il potenziale beneficio derivante dagli interventi di prevenzione.

## **1.2 Il contesto normativo: Il progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente**

### **1.2.1 Gli obiettivi normativi e progettuali sulla non autosufficienza in Toscana**

Con l.r. 66/2008 (*"Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza"*) la Regione Toscana interviene in un settore dove è già attiva e diffusa l'organizzazione di servizi. Per meglio rispondere ai bisogni delle persone non autosufficienti si è ritenuto tuttavia necessario approntare "indicazioni normative" finalizzate anzitutto:

- ad affermare principi universalistici nell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie da parte di persone che hanno subito una perdita permanente (parziale/totale) dell'autonomia, delle abilità fisiche, sensoriali, cognitive, relazionali. Perdita, questa, che porta a un'incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto rilevante di altre persone;
- ad individuare, per il cittadino, livelli di certezza nelle modalità di accesso, presa in carico e nelle tipologie di offerta assistenziale appropriate per la risposta al bisogno accertato;
- a definire le nuove modalità di compartecipazione degli assistiti e/o dei loro familiari al costo delle prestazioni socio-sanitarie privilegiando la "domiciliarità";
- a introdurre elementi di omogeneità territoriale e di equità nella compartecipazione delle persone ai costi dei servizi, garantendo risorse regionali aggiuntive a quelle di provenienza sanitaria e sociale già destinate;



- a sostenere ed estendere il sistema pubblico dei servizi socio-sanitari integrati a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane, già definiti dalla l.r. 41/2005 (*“Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”*).

### 1.2.2 L'avvio del Progetto

Nel dicembre del 2007, la Giunta regionale ha approvato l'avvio della “fase pilota” del progetto “Assistenza continua alla persona non autosufficiente”. In questa fase è stato possibile condurre un primo livello di verifica delle capacità del sistema territoriale dei servizi nell'affrontare la sfida di un nuovo approccio nella presa in carico della persona non autosufficiente. Gli obiettivi del progetto mirano sostanzialmente a garantire:

- tempestività nell'accesso e nella presa in carico della persona non autosufficiente;
- prima lettura immediata del bisogno, che permetta di discriminare gli iter di valutazione e risposta al bisogno di persone che presentano bisogni “semplici” (sociali o sanitari) da persone che presentano bisogni “complessi”;
- valutazione multidimensionale del *“bisogno complesso”*, generalmente presentato dalle persone non autosufficienti per le quali si prevede un'assistenza a lungo termine;
- regolamentazione dell'assistenza domiciliare diretta e/o indiretta sulla base dell'indice di gravità del bisogno;
- potenziamento, in ambito zonale, delle prestazioni a carattere sanitario (specialistiche, riabilitative, infermieristiche) e dei servizi di cura alla persona sulla base dei Progetti assistenziali personalizzati (PAP).

Le Zone-distretto, per poter partecipare alla “fase pilota”, hanno dovuto dimostrare di essere in grado di assicurare *i requisiti organizzativi di accesso e quelli istituzionali* largamente delineati nella d.g.r. 402/2004, nel decreto dirigenziale n. 1161/2006, e nel documento preliminare alla legge regionale sulla non autosufficienza.

Sulla base di un percorso di avvicinamento condiviso e programmato con le Zone-distretto, sono state avviate le azioni organizzative che rendessero possibile in ogni territorio:

- la valutazione multidimensionale - adozione delle procedure di valutazione multidimensionale adottate dalla Regione Toscana, in corso di validazione, attraverso il concorso di tutte le figure professionali sanitarie e sociali che afferiscono alla UVM;
- la continuità assistenziale - protocollo di continuità assistenziale Ospedale/Distretto, approvato formalmente dagli organi competenti, sottoscritto e operante;
- il governo integrato del fondo per la non autosufficienza - Protocollo di intesa/Accordo di programma tra ASL/Comuni/SdS;

- il PAP - sottoscrizione del progetto con la famiglia e individuazione della figura professionale (*responsabile del progetto*) che seguirà l'assistito e il suo familiare, in tutte le fasi del percorso assistenziale;
- l'attivazione, presso il PUA (Punto unico di accesso), di una banca dati centralizzata a livello di zona-distretto, con la raccolta delle informazioni su tutte le richieste di intervento assistenziale per le persone non autosufficienti.

### 1.2.3 I primi risultati

Il sistema territoriale dei servizi socio-sanitari ha avviato un processo importante di cambiamento culturale e organizzativo, che ha inciso profondamente anche sui comportamenti e sulle modalità di intervento delle varie figure professionali coinvolte, puntando a un modello di lavoro multidisciplinare fondato sull'analisi del bisogno e sull'appropriatezza dell'impostazione delle azioni progettuali.

Tutte le 34 Zone-distretto della Toscana hanno costituito e reso operative, ai sensi dell'articolo 11 della l.r. 66/2008, le UVM che, attraverso un nucleo stabile di tre operatori e la collaborazione di tutti gli operatori che acquisiscono le informazioni valutative necessarie (il medico curante, l'assistente sociale, l'infermiere professionale, il medico di distretto), lavorano per:

1. effettuare la valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno del richiedente;
2. verificare la sussistenza delle condizioni di bisogno per l'attivazione del fondo;
3. individuare l'indice di gravità del bisogno;
4. definire il PAP con indicazioni quantitative e temporali relative alle prestazioni socio-sanitarie appropriate, domiciliari, semiresidenziali e residenziali;
5. condividere il PAP con la persona assistita o i suoi familiari;
6. effettuare la periodica verifica degli obiettivi contenuti nel PAP e procedere, nei casi previsti, all'eventuale rivalutazione delle condizioni di bisogno.

Rimanendo inalterata e salvaguardata l'autonomia professionale della UVM nell'esercizio delle sue funzioni valutative e progettuali, il protocollo valutativo delineato dalla l.r. 66/2008 e dettagliato dalle "*Nuove procedure di valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno della persona anziana non autosufficiente*", approvate con decreto dirigenziale n. 1354 del 25/03/2010", ha permesso di rendere omogenea e trasparente su tutto il territorio regionale la costruzione dell'offerta progettuale e quindi le relazioni con la popolazione coinvolta.

Per esemplificare la portata innovativa del progetto sono indicativi alcuni dati relativi alle attività delle UVM nel corso del 2009. In questo anno sono state condotte 21.002 valutazioni, delle quali ben 19.289 (oltre il 90%) si sono concluse con la proposta di un PAP.

Particolarmente interessanti sono inoltre i dati sui servizi attivati nel 2008 e 2009, riportati in tabella 1.1. Risulta evidente l'incremento dei servizi attivati, così come

il deciso viraggio verso l'attivazione di servizi orientati alla domiciliarità (assistenza domiciliare diretta, aiuti economici alle famiglie, ricoveri temporanei/di sollievo in RSA, inserimenti temporanei/permanenti in Centri Diurni), a fronte di una notevole diminuzione di ricoveri permanenti in RSA (la lista di attesa per RSA permanente è passata da 3.300 richieste nel 2007 a 650 al 31/12/2009).

**Tabella 1.1 - I dati dell'assistenza attivata nell'anno 2008 e 2009**

<b>Servizio attivato</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>Variazione %</b>
Assistenza domiciliare diretta	10.561	17.500	65,7%
Assistenza domiciliare indiretta (ass. familiare)	2.450	4.436	81,1%
Assistenza domiciliare indiretta (familiare dedicato)	696	1.557	123,7%
RSA permanente	3.951	3.244	-17,9%
RSA temporanea	2.087	2.725	30,6%
Centro diurno	1.127	1.325	17,6%
Altri servizi	604	743	23,0%
<b>Totale</b>	<b>21.476</b>	<b>31.530</b>	<b>46,8%</b>

### 1.2.4 Lo sviluppo

La Giunta regionale della Toscana ha ritenuto di chiudere la fase pilota del “Progetto regionale per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente - Area anziani” con l'elaborazione dei dati valutativi e progettuali raccolti, e di aprire quella ordinaria. Tutto ciò, continuando ad assicurare un monitoraggio strutturato degli esiti (modalità di accesso ai servizi ed estensione territoriale degli stessi, capacità di intervento delle UVM) e dell'efficacia/validità delle nuove procedure di valutazione multidisciplinare del bisogno e degli indirizzi forniti con il progetto.

La prossima fase, compatibilmente con la certezza delle risorse statali e regionali destinate, dovrà dedicarsi, previa valutazione dell'offerta assistenziale assicurata in ogni Zona-distretto socio-sanitaria, al rafforzamento delle capacità di programmazione del fabbisogno regionale e territoriale. Questo per esercitare un ruolo di riequilibrio e perequazione nella distribuzione delle risorse, lavorando su domanda, attraverso maggiore diffusione delle azioni di prevenzione, e offerta, verificandone efficacia e coerenza progettuale.

La determinazione del fabbisogno, calcolabile alla luce di quanto emerso dallo studio BiSS e indicata nel prossimo Piano sanitario e sociale integrato regionale 2011-2015, renderà possibile graduare le isorisorse che vengono destinate alle aree di bisogno corrispondenti ai livelli di isogravità, sulla base della previsione sostenibile della domanda.

## 1.3 Le procedure valutativo-progettuali

Il progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente definisce un processo per la presa in carico dell'assistito. Inizia con la segnalazione del bisogno da parte dell'anziano, della sua famiglia, del medico di scelta, dei servizi sociali o dell'ospedale, e termina con l'attivazione di un PAP. Tale progetto è definito, in termini di prestazioni, operatori e sussidi, tramite l'utilizzo di procedure valutative multidimensionali, standardizzate su tutto il territorio regionale e finalizzate alla conoscenza della condizione di bisogno dell'anziano e del contesto nel quale è abitualmente inserito.

L'UVM è l'organo responsabile del processo valutativo e progettuale.

### 1.3.1 L'Unità di valutazione multidisciplinare

Nella l.r. 66/2008 si legge: «L'unità di valutazione multidisciplinare (UVM) è un'articolazione operativa della zona-distretto ed è composta da: un medico di distretto, un assistente sociale e un infermiere professionale. La UVM è di volta in volta integrata dal medico di medicina generale della persona sottoposta a valutazione [...], da professionalità specialistiche, sociali e sanitarie, e da operatori ritenuti necessari [...]».

Si tratta quindi di un *pool* nel quale collaborano diverse figure del sistema integrato di assistenza socio-sanitaria: quella medica, quella sociale e quella infermieristica. Questa compresenza garantisce la multidisciplinarietà della valutazione e la definizione appropriata del percorso assistenziale, trasversale alle tre componenti. Può esserci comunque un'apertura ad altre professionalità, al fine di ottenere un quadro il più possibile preciso della situazione dell'anziano da valutare.

L'UVM, quindi, come visto nei paragrafi precedenti, ha il compito di valutare il bisogno dell'anziano dal punto di vista qualitativo e quantitativo. Per questo, parallelamente all'introduzione di procedure valutative condivise su tutto il territorio regionale, si è provveduto a proporre un sistema condiviso per la graduazione del bisogno assistenziale.

Tale sistema, tramite l'applicazione di specifici algoritmi, classifica gli anziani in 5 livelli omogenei per carico assistenziale (livelli di isogravità), all'interno dei quali si collocano soggetti che, per fattori diversi (un maggior deficit funzionale piuttosto che cognitivo o comportamentale, ecc.), presentano lo stesso livello di bisogno assistenziale. A ciascun livello isogravità corrisponde un pacchetto isorisorse di prestazioni/contributi.

Il progetto prevede che l'accesso al fondo regionale per la non autosufficienza sia garantito a tutti coloro che si trovano su un livello di gravità uguale o superiore a 3. Per livelli di gravità inferiori al terzo, pur non essendoci la possibilità di accedere al fondo regionale, vengono comunque garantiti la presa in carico dell'assistito e le prestazioni sanitarie previste dai Livelli essenziali di assistenza (LEA).

Ogni PAP contiene, oltre alle prestazioni socio-sanitarie previste, gli obiettivi e gli esiti attesi in termini di mantenimento/miglioramento delle condizioni di salute e

autonomia. È compito dell'UVM verificare periodicamente l'andamento del progetto, nonché discuterlo e concertarlo con l'anziano stesso e/o la famiglia, al fine di individuare insieme le modalità attuative migliori.

### 1.3.2 Prima lettura del bisogno

La prima fase del percorso valutativo progettuale, in un'ottica di ottimizzazione delle risorse e governo della domanda, prevede che, a fronte della segnalazione di un bisogno di assistenza da parte del cittadino al Punto insieme o al Punto Unico di Accesso (PUA), venga effettuata una prima lettura del bisogno. La prima lettura consente di distinguere tra bisogno semplice (sociale o sanitario), per il quale si pianifica direttamente una risposta semplice senza passare attraverso la valutazione multidimensionale, e bisogno complesso (ordinario o urgente), il quale viene sottoposto all'UVM per essere valutato secondo un approccio multidimensionale.

In questa fase iniziale sono inoltre raccolte le informazioni socio-anagrafiche dell'utente e le modalità con le quali è giunto ai servizi (chi ha segnalato il bisogno dell'utente).

### 1.3.3 La valutazione

Con il decreto dirigenziale n. 2197/2008 sono state introdotte nuove procedure di valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno della persona anziana non autosufficiente.

Le schede valutative proposte mirano alla conoscenza dei seguenti aspetti<sup>4</sup>:

- area clinico funzionale
  - dipendenza nelle attività di base della vita quotidiana
  - dipendenza nelle attività strumentali della vita quotidiana
  - area clinica
  - area infermieristica
- area cognitivo-comportamentale
  - deficit cognitivo
  - disturbi del comportamento
  - disturbi dell'umore
- livello di isogravità del bisogno
- area socio-ambientale
  - area sociale
  - stress del *caregiver*

Al termine della sperimentazione le procedure valutative sono state riviste e corrette, pur senza l'introduzione di modifiche sostanziali, e approvate con decreto dirigenziale n. 1354/2010, in sostituzione di quelle approvate con deliberazione del Consiglio regionale n.214/91.

<sup>4</sup> Si veda l'allegato A per le schede valutative.

### 1.3.3.1 Area clinico-funzionale

#### Dipendenza nelle attività di base della vita quotidiana

La valutazione prevede l'utilizzo della scala *Minimum data set - Activities of daily living* (MDS-ADL) – *Long form*<sup>5</sup>, che rileva il grado di dipendenza da altri nelle attività di vestirsi/svestirsi, curare l'igiene personale, utilizzare il wc, spostarsi in casa, compiere trasferimenti da una posizione all'altra, muoversi nel letto, alimentarsi.

Viene misurata l'assistenza, da nulla (punteggio 0) a totale (4), di cui l'anziano ha bisogno per compiere ognuna delle sette attività, per un punteggio complessivo che va da 0 a 28.

L'eventuale non autosufficienza dell'anziano è classificata in tre livelli, secondo i criteri in tabella 1.2.

**Tabella 1.2 - Criteri di classificazione del livello di dipendenza nelle BADL**

Livello di dipendenza nelle BADL	Punteggio MDS ADL
Lieve	Punteggio 8-14 o <8 ma ≥3 in almeno una ADL
Moderato	Punteggio 15-21 o 8-14 ma 4 in almeno una ADL
Grave	Punteggio 22-28

#### Dipendenza nelle attività strumentali della vita quotidiana

Come attività strumentali, la scala di Lawton<sup>6</sup> (utilizzata in sede di valutazione) individua: usare il telefono, fare acquisti, utilizzare mezzi di trasporto, assumere farmaci responsabilmente, maneggiare le proprie finanze, governo della casa, fare il bucato, prepararsi il cibo (le ultime tre somministrate esclusivamente alle donne). Per ognuna viene misurata l'autonomia nello svolgimento, da completa fino alla totale incapacità. A seconda del numero di IADL perse (l'anziano non è in grado di svolgerle correttamente senza l'aiuto di altre persone) viene individuato il livello di dipendenza della persona.

#### Area clinica

La scheda clinica, da compilarsi a cura del medico curante, raccoglie i dati di anamnesi clinica della persona e ha l'obiettivo di evidenziare le varie patologie che determinano l'attuale stato di non autosufficienza, oltre ad altre eventuali patologie rilevanti.

#### Area infermieristica

L'infermiere individua le aree in cui ritiene necessario il proprio intervento, facendo così emergere il bisogno potenziale, non condizionato da eventuali problematiche organizzative o ambientali.

<sup>5</sup> Morris JN, Fries BE, Morris SA. *Scaling ADLs within the MDS*. «J Gerontol A Biol Sci Med Sci». 1999 Nov;54(11):M546-53.

<sup>6</sup> Lawton M.P. e Brody E.M., *Gerontologist*, 1969 9:179-186.

Le macroaree considerate sono: pianificazione assistenziale (l'anziano necessita di una prima visita, di un piano assistenziale, di un confronto d'équipe ecc.), supporto al processo tecnico-diagnostico (eventuali terapie, medicazioni, bendaggi ecc.), mantenimento dell'igiene corporea, mantenimento di un'adeguata respirazione, cure relative ai processi eliminatori, mantenimento di un'adeguata alimentazione e idratazione, sostenimento di un'adeguata mobilità, educazione finalizzata all'autogestione della malattia/trattamento.

Ad ognuna di queste aree afferisce un ventaglio di prestazioni, rispetto alle quali l'infermiere è tenuto a indicare se sono già in atto o se sarebbe opportuno che venissero attuate. Andrà inoltre specificato se l'intervento sia di tipo occasionale o se l'anziano necessita di una programmazione ciclica (in questo caso si chiede di specificare la cadenza settimanale e il numero di operatori richiesti).

Infine, tenendo conto dei bisogni rilevati e dei relativi interventi, del tipo di assistenza (frequenza e operatori necessari) e dell'adeguatezza alla cura di sé e dell'ambiente (umano e fisico), l'infermiere dovrà indicare il livello di complessità del bisogno infermieristico (basso, medio, alto).

Al termine della valutazione emergeranno le caratteristiche del bisogno di assistenza infermieristica dell'anziano e quanto di questo è già in atto.

### 1.3.3.2 Area cognitivo-comportamentale

#### Deficit cognitivo

L'eventuale deficit cognitivo (e la sua gravità) viene valutato tramite lo *Short portable mental status questionnaire* di Pfeiffer<sup>7</sup>, costituito da 10 domande.

Il deficit cognitivo è considerato nullo/lieve con meno di 5 errori commessi, moderato da 5 a 7 errori, grave con almeno 8 errori o nel caso in cui la persona non sia in grado di effettuare il test.

#### Disturbi dell'umore

La presenza di eventuali disturbi dell'umore è individuata tramite la relativa scala del *Minimum data set - Home care* (MDS-HC<sup>8</sup>), composta da 9 quesiti relativi a comportamenti o stati d'animo di depressione, ansia o tristezza. Per ognuno si rileva l'eventuale presenza e l'intensità (0=non presente, 1=presente in alcuni degli ultimi tre giorni, 2=sempre presente negli ultimi tre giorni).

Il disturbo può essere nullo/lieve (punteggio complessivo 0-6), moderato (7-12) o grave (13-18).

<sup>7</sup> Pfeiffer E. *A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients.* «J Am Geriatr Soc.» 1975 Oct;23(10):433-41.

<sup>8</sup> Morris JN, Fries BE, Steel K, Ikegami N, Bernabei R, Carpenter GI, Gilgen R, Hirdes JP, Topinková E. *Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC.* «J Am Geriatr Soc.» 1997 Aug;45(8):1017-24.

### Disturbi del comportamento

Anche per i disturbi del comportamento è prevista la somministrazione dell'apposita scala MDS-HC<sup>9</sup>, composta da cinque quesiti relativi al: vagare, usare linguaggio offensivo, essere fisicamente aggressivo, adottare comportamenti socialmente inadeguati, rifiutare l'assistenza. Viene valutata la presenza e l'intensità/controllabilità dello stesso: sintomo assente negli ultimi tre giorni (punteggio 0), presente negli ultimi tre giorni e facilmente controllabile (punteggio 1), presente in tutti gli ultimi tre giorni e difficilmente controllabile (punteggio 2).

Il disturbo del comportamento è nullo/lieve (punteggio totale 0-1), moderato (punteggio 2) o grave (punteggio superiore a 3).

Per il calcolo del livello isogravità del bisogno, i punteggi ottenuti nelle scale relative ai disturbi del comportamento e dell'umore sono integrati in un unico valore: al risultato complessivo dei disturbi del comportamento vengono sommati 0 punti in caso di assenza/presenza lieve di disturbi dell'umore, 1 punto per disturbi dell'umore moderati e 2 punti per disturbi gravi. I criteri di classificazione, sulla base di questo punteggio integrato, sono riassunti in tabella 1.3.

**Tabella 1.3 - Criteri di classificazione del livello integrato di disturbi dell'umore e comportamento**

<b>Livello di disturbi integrati dell'umore e comportamento</b>	<b>Punteggio integrato disturbi dell'umore e comportamento</b>
Lieve	Totale 0-3 (nessun item uguale a 2)
Moderato	Totale 4-7 oppure 0-3, ma almeno un item uguale a 2
Grave	Totale 8-12 oppure 4-7, ma almeno due item uguali a 2

### **1.3.3.3 Il livello isogravità del bisogno**

Al termine della valutazione multidimensionale l'anziano viene collocato su una scala a cinque livelli omogenei al loro interno per quanto concerne il bisogno socio-sanitario di coloro che vi appartengono. Non necessariamente due persone dello stesso livello presentano un identico quadro di compromissione funzionale, cognitiva o comportamentale, ma si trovano in una condizione di bisogno assistenziale confrontabile, per la quale è possibile individuare dei pacchetti assistenziali isorisorse per l'aiuto alla persona. La logica è quella di garantire, ad ogni livello di isogravità del bisogno, un livello assistenziale adeguato, composto da prestazioni, percorsi e sussidi economici.

<sup>9</sup> Morris JN, Fries BE, Steel K, Ikegami N, Bernabei R, Carpenter GI, Gilgen R, Hirdes JP, Topinková E. *Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC.* «J Am Geriatr Soc.» 1997 Aug;45(8):1017-24.



L'individuazione del livello (1-5) si basa su un algoritmo basato sulla dipendenza nelle BADL, deficit cognitivo, disturbi del comportamento e dell'umore, secondo lo schema seguente.

**Tabella 1.4 - Algoritmo di calcolo del livello isogravità del bisogno socio-sanitario**

Deficit cogni- tivo	Dipendenza nelle BADL								
	Lieve			Moderata			Grave		
	Disturbi del comportamento e dell'umore			Disturbi del comportamento e dell'umore			Disturbi del comportamento e dell'umore		
	Lievi	Moderati	Gravi	Lievi	Moderati	Gravi	Lievi	Moderati	Gravi
Lieve	1	2	3	2	3	4	4	4	5
Moderato	2	2	3	3	3	4	4	4	5
Grave	3	3	4	3	4	5	4	5	5

### 1.3.3.4 Area socio-ambientale

#### Scheda sociale

L'obiettivo è raccogliere dati che forniscano un quadro esaustivo della condizione ambientale e del livello di copertura assistenziale nella cura diretta della persona, dell'ambiente di vita e delle relazioni sociali. Questi fattori, sebbene non contribuiscano alla determinazione del livello isogravità del soggetto valutato, costituiscono il determinante principale nella scelta del macro-percorso assistenziale (domiciliare o residenziale) e, in caso di risposta domiciliare, della più appropriata composizione del pacchetto di aiuto alla persona (assistenza diretta, contributo economico per l'assistente familiare, assegno di cura).

L'indicatore di condizione ambientale si basa sulla valutazione di tre dimensioni: rete assistenziale, economica, abitativa.

La rete assistenziale è composta da tutte le persone, non necessariamente familiari, che forniscono assistenza, cura o anche semplice compagnia all'anziano (è escluso il servizio pubblico). All'interno della rete si individua colui che è in grado di organizzare/assumersi la responsabilità del percorso assistenziale (solitamente si tratta del *caregiver* principale) e colui che si assume responsabilità operative. Inoltre viene rilevata l'eventuale presenza di conflitti tra l'assistito (o la sua rete) e queste figure, così da individuare eventuali maglie deboli della rete assistenziale. Ad ogni componente è assegnato un punteggio, l'indicatore sintetico della rete assistenziale è dato dalla loro somma.

La valutazione della situazione economica mette insieme entrate e uscite economiche che l'assistito, e/o la famiglia dello stesso, si trovano a dover sostenere. L'eventuale indennità di accompagnamento concorre alla valutazione. L'indicatore sintetico della situazione economica è frutto della somma dei punteggi ottenuti alle singole voci.

Spazi, condizioni strutturali e igieniche, eventuali barriere architettoniche e altri aspetti simili caratterizzano la condizione abitativa. La grandezza, il numero e la qualità degli spazi incidono sul punteggio, che costituisce l'indicatore sintetico della condizione abitativa.

La semplice somma delle tre dimensioni costituisce l'indicatore di adeguatezza della condizione ambientale.

Anche l'indicatore di capacità/copertura assistenziale è costituito da tre domini: la cura diretta della persona, dell'ambiente di vita e delle relazioni/socializzazione. Tramite la valutazione emergono bisogni assistenziali, capacità organizzativa e di copertura da parte della rete assistenziale, che aiutano l'UVM nella predisposizione di progetto assistenziale personalizzato.

Per cura diretta si intende l'assistenza che aiuta la persona nello svolgimento delle attività di base della vita quotidiana. La rilevazione assegna un punteggio in base alla soddisfazione del bisogno nell'arco dell'intera giornata, suddivisa in fasce orarie. L'indicatore sintetico della cura diretta della persona è frutto della somma dei singoli punteggi.

La cura dell'ambiente di vita valuta il bisogno nel mantenimento dell'igiene ambientale, degli indumenti ecc., cioè di quelle cure non strettamente legate alla persona. Il livello di copertura del bisogno individua l'indicatore sintetico della cura dell'ambiente di vita.

Il bisogno di assistenza nella cura delle relazioni e attività di socializzazione fa riferimento alle esigenze di tipo relazionale, legate al mantenimento degli scambi con l'ambiente esterno. Il calcolo dell'indicatore è analogo ai precedenti.

Alla luce di quanto emerso da questa valutazione, l'assistente sociale è in grado di esprimere un giudizio conclusivo sulla sostenibilità di un progetto assistenziale domiciliare.

### Stress del caregiver

Con il termine *caregiver* viene individuata la persona più vicina all'anziano che si occupa di fornire cure e assistenza.

Il *Caregiver burden inventory*<sup>10</sup> è uno strumento in grado di misurare il livello di stress, fisico e psicologico, di questa persona, dovuto al carico di lavoro che l'assistenza comporta. È il *caregiver* stesso a compilare la scheda, barrando la casella che più si avvicina al suo stato d'animo/impressione.

Si valuta lo stress di tipo:

---

<sup>10</sup>Novak M, Guest C. *Application of a multidimensional caregiver burden inventory*. «Gerontologist». 1989 Dec;29(6):798-803.

- temporale - carico associato alla restrizione di tempo libero per il *caregiver*;
- evolutivo - percezione di sentirsi tagliato fuori rispetto alle aspettative dei propri coetanei;
- fisico - fatica cronica o problemi di salute somatica;
- sociale - percezione di un conflitto di ruolo;
- emotivo - sentimenti verso il paziente, indotti da comportamenti imprevedibili o bizzarri.

A parità di punteggio possono esistere diversi modelli di *burden*, che individuano diversi profili di stress. È possibile impostare piani assistenziali mirati alla riduzione del carico assistenziale nelle aree più critiche per il *caregiver*, in modo da preservare le sue capacità di gestione e accudimento dell'anziano il più a lungo possibile e, conseguentemente, diminuire o posticipare il più possibile le istanze di ricovero definitivo in RSA.

L'utilizzo di questo indicatore nel tempo permette di valutare eventuali modificazioni apportate da interventi di sollievo o dalla pianificazione assistenziale stessa.

### 1.3.4 La progettazione

L'UVM, sulla base di quanto emerso dalla valutazione multidimensionale, predispone il PAP.

Il PAP deve contenere:

- la definizione del problema a partire dal bisogno espresso;
- la sintesi della valutazione multidimensionale;
- i risultati attesi e misurabili nel tempo;
- il piano operativo, che comprende azioni e interventi volti al raggiungimento dei risultati attesi.

Ogni progetto ha un responsabile, cui è affidato il compito di garantire modalità operative idonee ad assicurare la continuità assistenziale e l'integrazione tra gli apporti delle diverse professionalità coinvolte.

La divisione principale dei percorsi assistenziali programmabili è tra residenzialità e domiciliarità. Il percorso residenziale si divide in permanente e temporaneo, mentre quello domiciliare in diretto, indiretto/integrativo, semiresidenziale, residenziale di sollievo.

Se il percorso è residenziale, nel piano dovrà essere specificato il modulo previsto per l'inserimento in struttura: base (in caso di non autosufficienza stabilizzata), motorio (disabilità prevalentemente di natura motoria), cognitivo (prevalentemente di natura cognitivo-comportamentale), stato vegetativo (stati vegetativi persistenti e terminali).

Se il percorso è domiciliare, nel piano saranno indicati gli interventi programmati, che possono comprendere:

- assistenza domiciliare diretta, che consiste in prestazioni assistenziali direttamente erogate dal servizio pubblico (tutti i servizi a gestione diretta/indiretta del servizio pubblico socio-sanitario), dal servizio privato (forniti da attori diversi dal servizio pubblico, a prescindere da chi copre la spesa), dalla rete informale (familiare e non familiare);
- assistenza domiciliare indiretta/integrativa, che consiste in contributi economici finalizzati all'acquisto di servizi/prestazioni private, alla copertura di parte delle spese delle famiglie che dichiarano di usufruire di un'assistente/badante assunta regolarmente, al compenso diretto di quelle famiglie che si impegnano ad assistere la persona al domicilio;
- l'inserimento in strutture semiresidenziali o specifiche per anziani con deficit cognitivo;
- l'inserimento in strutture residenziali in modo temporaneo e finalizzato al sollievo del *caregiver*.

Il PAP ha solitamente una durata d'attuazione che può andare dai 3 ai 6-12 mesi.

L'UVM individua la data di rivalutazione prevista, anticipabile in caso di improvvisa modifica delle condizioni di bisogno dell'assistito.

In sede di rivalutazione, grazie al confronto degli esiti delle valutazioni multidimensionali è possibile monitorare l'eventuale miglioramento/rallentamento/mantenimento/peggioramento/tutela della condizione di salute della persona e la tenuta della rete assistenziale. In base a queste informazioni, l'UVM può decidere di modificare, in modo appropriato, il piano assistenziale.

## 1.4 Il sistema di registrazione dei dati

Come previsto dalla l.r. 66/2008, con l'avvio della sperimentazione del progetto della non autosufficienza, è stato realizzato un sistema informativo che permettesse la raccolta dei dati valutativi e progettuali.

Realizzato nel 2007 dalla Posizione organizzativa Tecnologie dell'informazione dell'Agenzia regionale di sanità (ARS) della Toscana, in attesa della messa a punto del flusso DOC regionale (deliberato e avviato nel 2010), l'applicativo ha permesso l'accesso web a tutte le UVM distribuite sul territorio regionale per l'inserimento dei dati valutativi e progettuali dei propri casi (primi contatti ed eventuali rivalutazioni).

Non trattandosi di una rilevazione obbligatoria, alcune Zone-distretto hanno preferito non partecipare, mentre altre lo hanno fatto parzialmente.

L'incompletezza dei dati inseriti dalle Zone-distretto nell'applicativo fa sì che l'insieme delle informazioni raccolte non possa considerarsi rappresentativo né dell'attività complessiva svolta dalle UVM a livello regionale, né, in alcuni casi, dell'effettiva attività di una UVM di Zona-distretto. Ciò pregiudica la possibilità di compiere analisi

approfondite sull'aspetto organizzativo e gestionale del sistema (carichi di lavoro, tempi di risposta, differenze territoriali ecc.), ma, trattandosi di un vasto campione, consente comunque di riflettere su aspetti valutativi multidimensionali e sulle relazioni tra questi e la pianificazione assistenziale.

Il presente documento si riferisce alle valutazioni svolte dal 1 gennaio 2008 al 31 dicembre 2009. In totale, nel biennio, sono state inserite 13.150 schede da 23 Zone-distretto. I primi contatti, vale a dire le valutazioni/progettazioni di anziani che avevano il loro primo accesso al servizio, sono state 11.040, mentre le rivalutazioni successive sono state 2.110. Il sistema contiene i dati di 11.317 anziani, 3.642 uomini e 7.675 donne.

In tabella 1.5 è riportato un riassunto delle schede inserite, per tipologia di contatto e zona-distretto, mentre in tabella 1.6 sono riportati i soggetti, per genere e zona-distretto.

**Tabella 1.5 - Schede inserite per tipologia di contatto e zona-distretto UVM**

Zona-distretto	Primo contatto		Successivo		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Alta Val d'Elsa	8	66,7	4	33,3	12	0,1
Alta Val di Cecina	83	97,6	2	2,4	85	0,6
Amiata grossetano	263	93,3	19	6,7	282	2,1
Apuane	650	99,5	3	0,5	653	5,0
Aretina	781	74,7	264	25,3	1.045	7,9
Casentino	262	98,5	4	1,5	266	2,0
Colline dell'Albegna	479	76,8	145	23,2	624	4,7
Colline metallifere	1.043	97,2	30	2,8	1.073	8,2
Empolese	3	100,0	0	0,0	3	0,0
Fiorentina Nord-Ovest	2	100,0	0	0,0	2	0,0
Grossetana	2.210	83,6	434	16,4	2.644	20,1
Lunigiana	505	90,3	54	9,7	559	4,3
Mugello	609	75,6	197	24,4	806	6,1
Pisana	843	98,8	10	1,2	853	6,5
Pistoiese	1.590	79,5	410	20,5	2.000	15,2
Pratese	430	81,7	96	18,3	526	4,0
Valdarno	30	93,8	2	6,3	32	0,2
Valdarno inferiore	2	100,0	0	0,0	2	0,0
Valdichiana aretina	660	77,4	193	22,6	853	6,5
Valdinievole	203	69,3	90	30,7	293	2,2
Valle del Serchio	131	99,2	1	0,8	132	1,0
Valtiberina	240	61,4	151	38,6	391	3,0
Versilia	13	92,9	1	7,1	14	0,1
<b>Totale</b>	<b>11.040</b>	<b>84,0</b>	<b>2.110</b>	<b>16,0</b>	<b>13.150</b>	<b>100,0</b>

**Tabella 1.6 - Soggetti valutati, per genere e zona-distretto UVM**

Zona-distretto	Uomini		Donne		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Alta Val d'Elsa	3	0,1	9	0,1	12	0,1
Alta Val di Cecina	28	0,8	51	0,7	79	0,7
Amiata grossetano	104	2,9	149	1,9	253	2,2
Apuane	195	5,4	420	5,5	615	5,4
Aretina	236	6,5	549	7,2	785	6,9
Casentino	88	2,4	170	2,2	258	2,3
Colline dell'Albegna	159	4,4	318	4,1	477	4,2
Colline metallifere	302	8,3	650	8,5	952	8,4
Empolese	0	0,0	2	0,0	2	0,0
Fiorentina Nord-Ovest	1	0,0	1	0,0	2	0,0
Grossetana	662	18,2	1.458	19,0	2.120	18,7
Lunigiana	180	4,9	341	4,4	521	4,6
Mugello	280	7,7	471	6,1	751	6,6
Pisana	233	6,4	568	7,4	801	7,1
Pistoiese	542	14,9	1.264	16,5	1.806	16,0
Pratese	148	4,1	318	4,1	466	4,1
Valdarno	6	0,2	25	0,3	31	0,3
Valdarno inferiore	1	0,0	1	0,0	2	0,0
Valdichiana aretina	266	7,3	449	5,9	715	6,3
Valdinievole	76	2,1	153	2,0	229	2,0
Valle del Serchio	28	0,8	95	1,2	123	1,1
Valtiberina	100	2,7	203	2,6	303	2,7
Versilia	4	0,1	10	0,1	14	0,1
<b>Totale</b>	<b>3.642</b>	<b>100,0</b>	<b>7.675</b>	<b>100,0</b>	<b>11.317</b>	<b>100,0</b>

Come detto in precedenza, questi numeri non rappresentano il quadro reale dell'attività delle UVM toscane, ma solamente quanto è stato inserito nel sistema informativo. Le informazioni presentate nei capitoli successivi derivano quindi dall'analisi descrittiva dei dati in possesso dell'ARS, ogni considerazione sull'attività delle singole UVM o su differenze tra le stesse sarebbe fuorviante.

## Capitolo 2

### Le caratteristiche degli anziani valutati





## 2.1 La segnalazione del bisogno e la prima lettura

Le informazioni presentate in questa pubblicazione sono il risultato dall'analisi di tutte le prime segnalazioni effettuate nel biennio 01/01/2008 – 31/12/2009 e inserite nell'applicativo ARS per la raccolta dei dati.

In tabella 2.1 si riporta la distribuzione per genere e classe d'età dei soggetti segnalati.

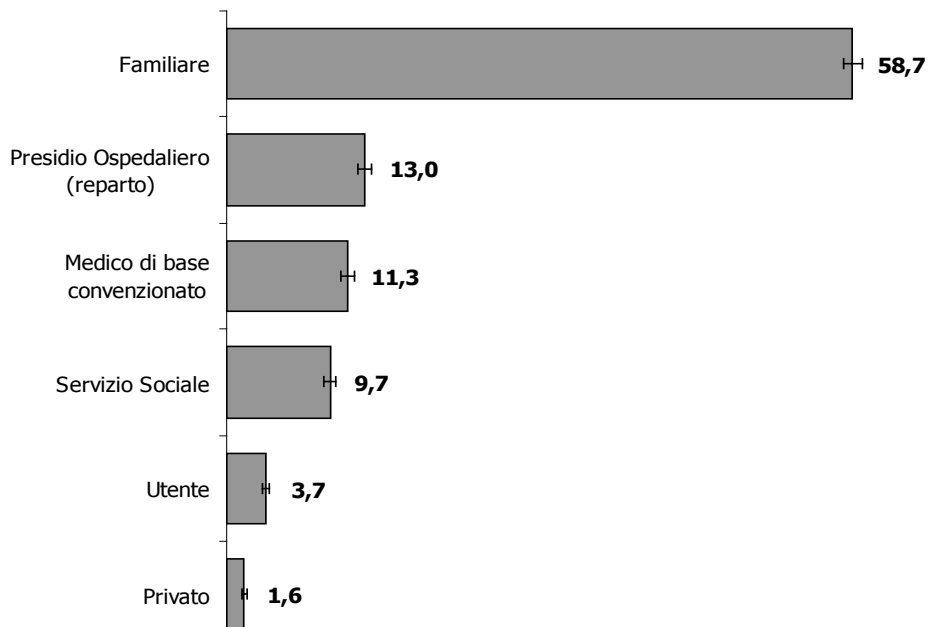
**Tabella 2.1 - Segnalati per genere e classe d'età (primi contatti)**

Classe d'età	Genere					
	Uomini		Donne		Totale	
	N	%	N	%	N	%
<b>0-64</b>	159	4,5	180	2,4	339	3,1
<b>65-69</b>	245	6,9	306	4,1	551	5,0
<b>70-74</b>	427	12,0	614	8,2	1.041	9,4
<b>75-79</b>	685	19,2	111	14,7	1.795	16,3
<b>80-84</b>	913	25,6	1.834	24,6	2.747	24,9
<b>85+</b>	1.136	31,9	3.425	45,9	4.561	41,3
<b>Totale</b>	<b>3.565</b>	<b>100,0</b>	<b>7.469</b>	<b>100,0</b>	<b>11.034</b>	<b>100,0</b>

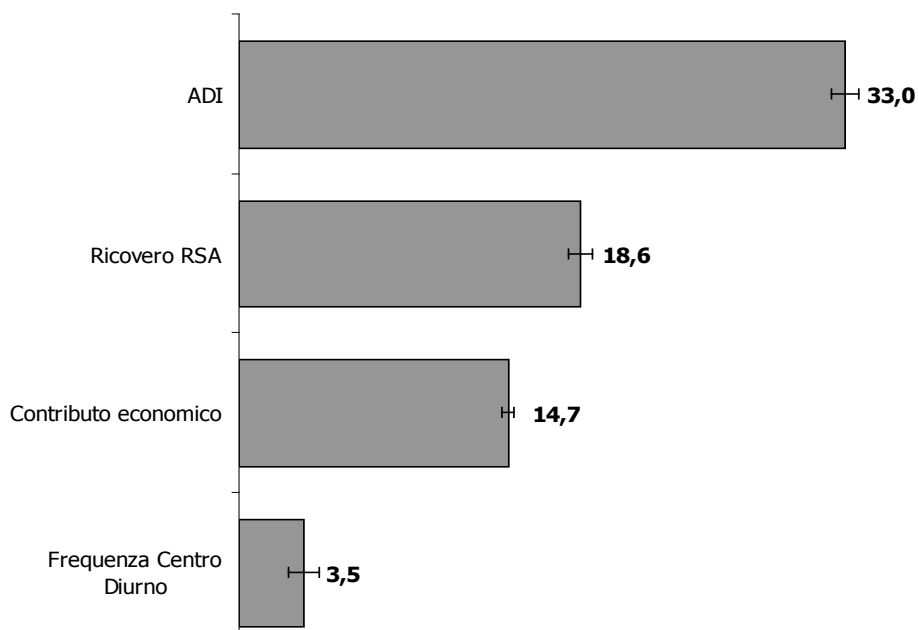
Raramente è lo stesso anziano da valutare a recarsi personalmente presso i servizi (figura 2.1). Sei volte su dieci è un familiare a occuparsi di attivare la rete, mentre, nei rimanenti casi, la richiesta giunge al Punto unico di accesso (PUA) tramite il presidio ospedaliero, il medico di base o i servizi sociali.

Nel biennio esaminato, durante il quale il nuovo sistema per la presa in carico dell'anziano non autosufficiente era ancora in fase sperimentale, sono stati raccolti (in fase di segnalazione) anche i desiderata del richiedente rispetto ai servizi/prestazioni che avrebbe voluto vedersi attivare. Questa richiesta, ovviamente, non è vincolante per la predisposizione del Progetto assistenziale personalizzato (PAP) che, invece, trova le sue ragioni nell'esito della valutazione multidimensionale. Le richieste principali riguardano l'attivazione di un'assistenza domiciliare (tre volte su dieci) e il ricovero in Residenza sanitaria assistenziale (RSA) (quasi due volte su dieci). In alternativa, presumibilmente nei casi in cui la famiglia, o la rete assistenziale in generale, può farsi interamente carico dell'assistenza alla persona, viene chiesto un contributo economico per le spese sostenute.

**Figura 2.1 - Segnalazioni per soggetto segnalante (primi contatti)**



**Figura 2.2 - Segnalazioni per servizio richiesto (primi contatti)**



Al fine di decidere se indirizzare o meno l'anziano alla valutazione multidimensionale, il PUA compie una prima lettura del bisogno dell'utente, distinguendo tra bisogni semplici e complessi. Per i primi, a carattere esclusivamente sanitario o sociale, non è necessaria la valutazione multidimensionale, né è prevista la possibilità di accesso al fondo per la non autosufficienza. Per i bisogni complessi, con problematiche di natura sociale o sanitaria, si prevede l'attivazione di un PAP, definito sulla base della valutazione multidimensionale. Gli anziani con bisogno complesso possono presentarsi ai servizi in condizioni stabili oppure di urgenza a causa di un improvviso aggravarsi delle condizioni di salute.

Alla prima lettura, circa il 77% dei soggetti presenta un bisogno complesso (tabella 2.2). Il bisogno semplice è prevalentemente a carattere sanitario.

**Tabella 2.2 - Segnalazioni per tipologia di bisogno (primi contatti)**

Bisogno semplice				Bisogno complesso				Totale	
Sanitario		Sociale		Ordinario		Urgente		N	%
N	%	N	%	N	%	N	%		
1.768	16,0	799	7,2	7.528	68,2	945	8,6	11.040	100,0

I casi di bisogno semplice, sociale o sanitario, si distribuiscono in modo piuttosto simile tra i due generi (tabella 2.3). Mentre le urgenze sono più frequenti tra gli uomini piuttosto che tra le donne.

**Tabella 2.3 - Segnalazioni per tipologia del bisogno, per genere (primi contatti)**

Genere	Bisogno semplice					
	Sanitario		Sociale		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Uomini	598	71,0	244	29,0	842	100,0
Donne	1.170	67,8	555	32,2	1.725	100,0
<b>Totale</b>	<b>1.768</b>	<b>68,9</b>	<b>799</b>	<b>31,1</b>	<b>2.567</b>	<b>100,0</b>

	Bisogno complesso					
	Ordinario		Urgente		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Uomini	2.343	86,0	383	14,0	2.726	100,0
Donne	5.185	90,2	562	9,8	5.747	100,0
<b>Totale</b>	<b>7.528</b>	<b>88,8</b>	<b>945</b>	<b>11,2</b>	<b>8.473</b>	<b>100,0</b>

Purtroppo, dei circa 8.500 casi con bisogno complesso inseriti nel database, non tutti disponevano di informazioni valutative/programmatorie complete. Pertanto, nei paragrafi che seguono presenteremo le informazioni dei circa 6.000 casi per i quali erano a disposizione i dati relativi all'intero percorso valutativo progettuale (tabella 2.4).

**Tabella 2.4 - Valutazioni per genere e classe d'età (primi contatti con dati valutativi completi)**

Classe d'età	Genere					
	Uomini		Donne		Totale	
	N	%	N	%	N	%
<b>0-64</b>	78	4,2	95	2,4	<b>173</b>	<b>3,0</b>
<b>65-69</b>	123	6,6	158	4,0	<b>281</b>	<b>4,8</b>
<b>70-74</b>	212	11,4	298	7,5	<b>510</b>	<b>8,8</b>
<b>75-79</b>	354	19,1	570	14,4	<b>924</b>	<b>15,9</b>
<b>80-84</b>	476	25,6	988	25,0	<b>1.464</b>	<b>25,2</b>
<b>85+</b>	615	33,1	1.850	46,7	<b>2.465</b>	<b>42,4</b>
<b>Totale</b>	1.858	100,0	3.959	100,0	<b>5.817</b>	<b>100,0</b>

## 2.2 I dati valutativi degli anziani con bisogno socio-sanitario complesso

### 2.2.1 Il dominio sanitario e funzionale

Nella scheda clinica sono contenuti i dati anamnestici dell'utente, relativi a una serie di patologie che possono aver concorso o meno a determinare la condizione di non autosufficienza. Tra tutte le patologie rilevate viene inoltre indicato quale può essere considerata la causa principale di non autosufficienza.

In generale è possibile individuare alcune patologie che colpiscono circa la metà delle persone: le malattie osteo-muscolari (51,5%), l'ipertensione (47,1%), la demenza (46,8%), la depressione (44,5%) e l'incontinenza urinaria (43,9%). Con lievi differenze, queste sono le malattie più frequenti in entrambi i generi.

Tra le concause di non autosufficienza, la più frequente è la demenza: il 35,2% degli anziani valutati si trova in una condizione di non autosufficienza causata da demenza (33% tra gli uomini e 36,2% tra le donne).

**Tabella 2.5 - Patologie rilevate, prevalenza per genere (primi contatti con bisogno complesso)**

Patologia	Uomini		Donne		Totale	
	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)
Malattie osteo-muscolari	38,0	(35,8-40,2)	57,8	(56,3-59,4)	51,5	(50,2-52,8)
Ipertensione	40,0	(37,8-42,2)	50,4	(48,8-52,0)	47,1	(45,8-48,4)
Demenza	44,1	(41,9-46,4)	48,0	(46,5-49,6)	46,8	(45,5-48,1)
Depressione	39,3	(37,1-41,5)	47,0	(45,4-48,6)	44,5	(43,2-45,8)
Incontinenza urinaria	41,3	(39,0-43,5)	45,1	(43,6-46,7)	43,9	(42,6-45,2)
Altre malattie cerebrovascolari	33,6	(31,4-35,7)	32,1	(30,6-33,5)	32,6	(31,3-33,8)
Malattie ischemiche cuore	25,5	(23,5-27,5)	25,7	(24,3-27,1)	25,6	(24,5-26,8)
Insufficienza renale	24,8	(22,8-26,8)	25,2	(23,8-26,5)	25,1	(23,9-26,2)
Insufficienza cardiaca	22,7	(20,8-24,7)	23,5	(22,2-24,9)	23,3	(22,2-24,4)
Perdita udito	22,0	(20,1-23,9)	23,0	(21,7-24,3)	22,7	(21,6-23,8)
Cecità	19,3	(17,5-21,1)	21,4	(20,1-22,7)	20,7	(19,7-21,7)
Malattie delle vene degli arti inferiori	12,9	(11,4-14,5)	23,9	(22,5-25,2)	20,4	(19,3-21,4)
Parkinson	23,3	(21,4-25,3)	17,7	(16,5-18,9)	19,5	(18,5-20,5)
Diabete mellito	20,1	(18,3-21,9)	18,8	(17,6-20,1)	19,2	(18,2-20,3)
Aritmie cardiache	17,8	(16,0-19,5)	19,3	(18,1-20,5)	18,8	(17,8-19,8)
Anemia	17,7	(15,9-19,4)	17,7	(16,5-18,9)	17,7	(16,7-18,6)
Malattie polmonari cronico-ostruttive	27,3	(25,3-29,4)	13,2	(12,1-14,2)	17,7	(16,7-18,7)
Frattura femore	10,6	(9,2-12,0)	17,9	(16,7-19,1)	15,6	(14,6-16,5)
Malattie gastrointestinali	13,4	(11,8-14,9)	15,0	(13,9-16,1)	14,5	(13,6-15,4)
Tumori maligni	19,4	(17,6-21,2)	11,7	(10,7-12,8)	14,2	(13,3-15,1)
Incontinenza fecale	14,7	(13,1-16,3)	13,0	(12,0-14,1)	13,6	(12,7-14,4)
Ictus	15,1	(13,4-16,7)	12,6	(11,6-13,7)	13,4	(12,5-14,3)
Malnutrizione	14,9	(13,3-16,5)	12,3	(11,2-13,3)	13,1	(12,2-14)
Malattie delle arterie periferiche	15,0	(13,4-16,6)	10,4	(9,5-11,4)	11,9	(11,1-12,7)
Ulcere da decubito	10,2	(8,8-11,6)	10,8	(9,8-11,7)	10,6	(9,8-11,4)
Malattie epato-biliari	7,1	(5,9-8,3)	7,1	(6,3-7,9)	7,1	(6,4-7,8)
Altre patologie	22,4	(20,5-24,3)	17,3	(16,1-18,4)	18,9	(17,9-19,9)

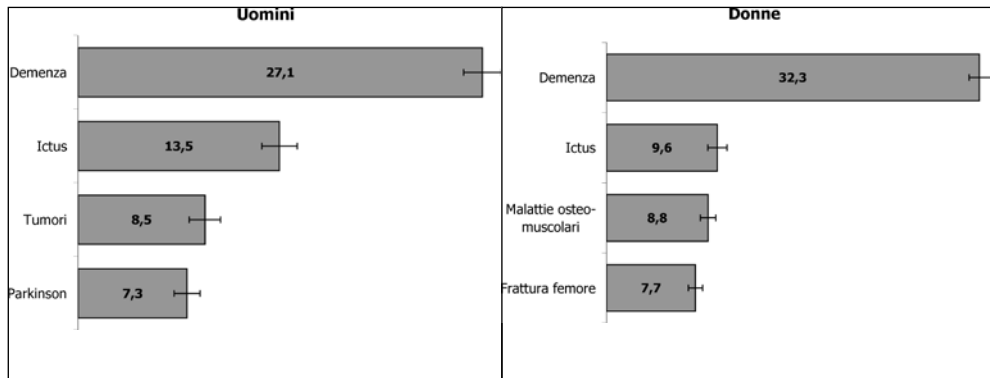
**Tabella 2.6 - Patologia causa di non autosufficienza, prevalenza per genere (primi contatti con bisogno complesso)**

Patologia	Uomini		Donne		Totale	
	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)
Demenza	33,0	(30,9-35,1)	36,2	(34,7-37,7)	35,2	(34,0-36,4)
Malattie osteo-muscolari	10,9	(9,5-12,3)	19,2	(17,9-20,4)	16,5	(15,6-17,5)
Altre malattie cerebrovascolari	12,5	(11,0-14,0)	10,6	(9,6-11,5)	11,2	(10,4-12,0)
Parkinson	13,9	(12,3-15,4)	9,7	(8,8-10,7)	11,1	(10,3-11,9)
Depressione	8,6	(7,3-9,9)	11,5	(10,5-12,5)	10,5	(9,8-11,3)
Frattura femore	6,3	(5,2-7,4)	10,3	(9,4-11,3)	9,1	(8,3-9,8)
Incontinenza urinaria	7,6	(6,4-8,8)	7,3	(6,5-8,2)	7,4	(6,8-8,1)
Tumori maligni	10,5	(9,1-11,9)	5,6	(4,8-6,3)	7,1	(6,5-7,8)
Insufficienza cardiaca	7,3	(6,1-8,5)	7,0	(6,2-7,8)	7,1	(6,4-7,7)
Incontinenza fecale	8,3	(7,0-9,5)	6,4	(5,6-7,2)	7,0	(6,3-7,6)
Insufficienza renale	5,9	(4,8-7,0)	5,7	(5,0-6,4)	5,8	(5,2-6,4)
Cecità	4,9	(4,0-5,9)	5,9	(5,2-6,7)	5,6	(5,0-6,2)
Malattie ischemiche cuore	5,3	(4,3-6,3)	4,2	(3,6-4,8)	4,5	(4,0-5,1)
Malattie polmonari cronico- ostruttive	7,1	(6,0-8,3)	3,1	(2,5-3,6)	4,4	(3,8-4,9)
Diabete mellito	4,0	(3,1-4,9)	3,3	(2,7-3,8)	3,5	(3,0-4,0)
Perdita udito	2,5	(1,8-3,2)	3,7	(3,1-4,3)	3,3	(2,9-3,8)
Malnutrizione	3,5	(2,7-4,4)	2,1	(1,7-2,6)	2,6	(2,2-3,0)
Ictus	3,0	(2,2-3,7)	2,3	(1,8-2,7)	2,5	(2,1-2,9)
Malattie delle arterie periferiche	3,3	(2,5-4,1)	1,7	(1,3-2,2)	2,2	(1,9-2,6)
Aritmie cardiache	2,0	(1,4-2,7)	1,7	(1,3-2,2)	1,8	(1,5-2,2)
Anemia	1,9	(1,3-2,5)	1,6	(1,2-2,0)	1,7	(1,4-2,0)
Malattie delle vene degli arti inferiori	1,5	(0,9-2,0)	1,8	(1,4-2,3)	1,7	(1,4-2,1)
Ipertensione	1,4	(0,9-1,9)	1,6	(1,2-2,0)	1,5	(1,2-1,9)
Ulcere da decubito	1,5	(1,0-2,1)	1,4	(1,1-1,8)	1,5	(1,2-1,8)
Malattie gastrointestinali	0,6	(0,2-0,9)	1,1	(0,7-1,4)	0,9	(0,7-1,2)
Malattie epato-biliari	0,9	(0,5-1,3)	0,5	(2,6-0,7)	0,6	(0,4-0,8)
Altre patologie	12,8	(12,8-14,3)	9,8	(8,9-10,8)	10,8	(10,0-11,6)

Tre volte su dieci la demenza è indicata come causa principale di non autosufficienza, in entrambi i generi. La seconda patologia, in ordine di frequenza, è l'ictus.

A queste si aggiungono tumori e Parkinson tra gli uomini, malattie osteo-muscolari e frattura del femore tra le donne.

**Figura 2.3 - Patologia causa principale di non autosufficienza, distribuzione per genere (primi contatti con bisogno complesso)**



Quattro volte su dieci la persona valutata è affetta da una sola patologia. Circa un caso su dieci non presenta patologie particolari in grado di causare la non autosufficienza.

**Tabella 2.7 - Numero di patologie cause di non autosufficienza concomitanti, distribuzione per genere (primi contatti con bisogno complesso)**

Cause di non autosufficienza	Uomini		Donne		Totale	
	%	Cum %	%	Cum %	%	Cum %
0	13,9	100,0	15,1	100,0	14,7	100,0
1	43,1	86,1	42,5	84,9	42,7	85,3
2	19,8	43,0	19,5	42,5	19,6	42,6
3	9,8	23,2	10,9	23,0	10,6	23,1
4	6,5	13,4	5,4	12,1	5,8	12,5
5	3,0	7,0	3,5	6,6	3,4	6,7
6	1,7	4,0	1,5	3,1	1,5	3,4
7	1,3	2,3	0,8	1,6	1,0	1,8
8+	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9

Passiamo adesso ai dati valutativi delle capacità funzionali dell'anziano. L'eventuale dipendenza nelle attività di base della vita quotidiana costituisce la discriminante principale tra autosufficienza e non autosufficienza.

Tra i soggetti valutati, uno su dieci è risultato autosufficiente nelle BADL, mentre circa la metà in condizioni di non autosufficienza grave. Tra uomini e donne non si notano particolari differenze.

**Tabella 2.8 - Dipendenza nelle BADL, distribuzione per genere (primi contatti per genere)**

Dipendenza nelle BADL	Uomini		Donne		Totale	
	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)
<b>Autosufficiente</b>	<b>10,3</b>	<b>(8,9-11,6)</b>	<b>10,1</b>	<b>(9,2-11,0)</b>	<b>10,2</b>	<b>(9,4-10,9)</b>
lieve	16,2	(14,5-17,8)	17,3	(16,2-18,5)	17,0	(16,0-17,9)
<b>Non autosufficiente</b>	<b>25,7</b>	<b>(23,8-27,7)</b>	<b>25,8</b>	<b>(24,4-27,2)</b>	<b>25,8</b>	<b>(24,7-26,9)</b>
moderato	47,8	(45,6-50,1)	46,7	(45,2-48,3)	47,1	(45,8-48,4)
grave						
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>		<b>100,0</b>		<b>100,0</b>	

Tra coloro che hanno dimostrato di avere ancora piena autosufficienza nelle BADL, circa il 97% ha però difficoltà in almeno un'attività strumentale della vita quotidiana (IADL). Tra gli uomini, l'86,9% ha perso la capacità di svolgere quattro o più attività, a fronte del 70,3% tra le donne.

Questo dimostra che, anche nei casi di autosufficienza, possono presentarsi dei campanelli di allarme in alcune attività, in grado di spingere la famiglia a richiedere comunque un aiuto alla rete dei servizi.

**Tabella 2.9 - IADL perse, distribuzione per genere (primi contatti con bisogno complesso, autosufficienti nelle BADL)**

IADL perse	Uomini		Donne		Totale	
	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)
Tutte le IADL conservate	0,0	(0,0-0,0)	4,3	(2,3-6,2)	2,9	(1,5-4,2)
1	0,0	(0,0-0,0)	4,5	(2,5-6,5)	3,0	(1,7-4,4)
IADL perse 2/3	13,1	(8,3-17,9)	21,0	(17,0-25,0)	18,4	(15,3-21,6)
4 o più	86,9	(82,1-91,7)	70,3	(65,8-74,7)	75,6	(72,2-79,1)
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>		<b>100,0</b>		<b>100,0</b>	

Le informazioni relative alla dipendenza nelle attività di base e strumentali permettono di classificare i soggetti secondo una diversa scala, integrazione delle due precedenti (tabella 2.10, figura 2.4):

- autosufficiente (autosufficiente nelle BADL e livello di dipendenza nelle IADL moderato o lieve/nulla);
- autosufficiente nelle BADL, ma gravemente dipendente nelle IADL (4 o più IADL perse);
- non autosufficiente nelle BADL
  - lieve,
  - moderato,
  - grave.

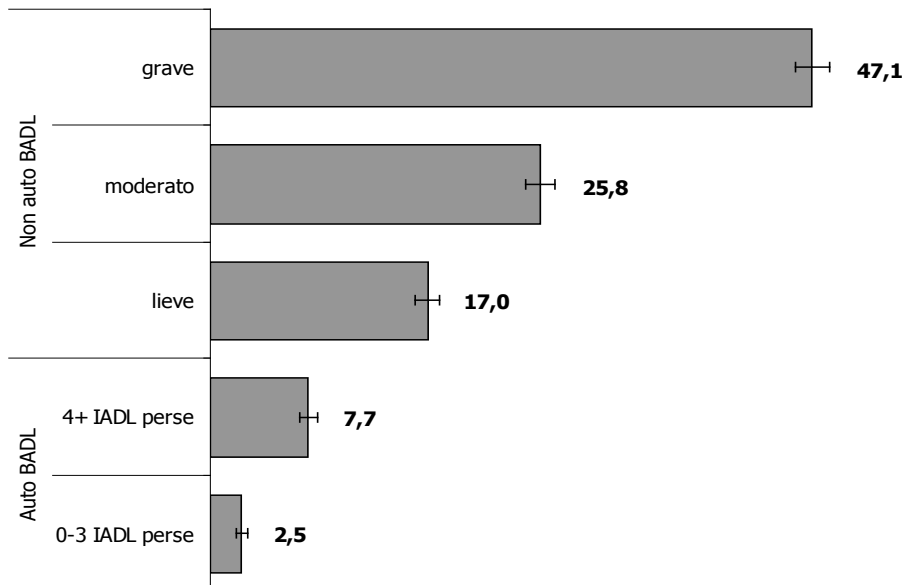


Secondo questa nuova classificazione, circa l'8% dei valutati risulta autosufficiente nelle BADL, ma con difficoltà in quattro o più IADL. Potremmo considerare questi soggetti in una situazione intermedia. L'anziano è ancora autosufficiente, ma presenta problematiche nello svolgimento di alcune attività, interpretabili come segnali di allarme di un possibile scivolamento nella non autosufficienza.

**Tabella 2.10 - Dipendenza nelle IADL e BADL, distribuzione per genere (primi contatti con bisogno complesso)**

Dipendenza		Uomini		Donne		Totale	
		%	(IC 95%)	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)
Autosuff. BADL	0-3 IADL perse	1,3	(0,8-1,9)	3,0	(2,5-3,5)	2,5	(2,1-2,9)
	4+ IADL perse	8,9	(7,6-10,2)	7,1	(6,3-7,9)	7,7	(7,0-8,4)
Non autosuff. BADL	Lieve	16,2	(14,5-17,8)	17,3	(16,2-18,5)	17,0	(16,0-17,9)
	Moderato	25,7	(23,8-27,7)	25,8	(24,4-27,2)	25,8	(24,7-26,9)
	Grave	47,8	(45,6-50,1)	46,7	(45,2-48,3)	47,1	(45,8-48,4)
<b>Totale</b>		<b>100,0</b>		<b>100,0</b>		<b>100,0</b>	

**Figura 2.4 - Valutati per dipendenza nelle IADL e BADL (primi contatti con bisogno complesso)**



### 2.2.2 Il dominio cognitivo e comportamentale

Observeremo l'incidenza delle problematiche nel dominio cognitivo e comportamentale esclusivamente nei soggetti valutati non autosufficienti.

Più del 60% dei non autosufficienti nelle attività di base della vita quotidiana presenta un deficit cognitivo almeno moderato, in entrambi i generi. Quasi quattro non autosufficienti su dieci manifestano un deficit grave.

**Tabella 2.11 - Deficit cognitivo, distribuzione per genere (primi contatti con bisogno complesso, non autosufficienti nelle BADL)**

Livello deficit cognitivo	Uomini		Donne		Totale	
	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)
Assente/Lieve	38,6	(36,3-41,0)	37,4	(35,8-38,9)	<b>37,8</b>	<b>(36,4-39,1)</b>
Moderato	25,1	(23,0-27,2)	26,4	(25,0-27,9)	<b>26,0</b>	<b>(24,8-27,2)</b>
Grave	36,3	(34,0-38,6)	36,2	(34,7-37,8)	<b>36,3</b>	<b>(34,9-37,6)</b>
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>		<b>100,0</b>		<b>100,0</b>	

Sette non autosufficienti su dieci non presentano disturbi integrati del comportamento e dell'umore o ne sono affetti in maniera lieve. Il 12,9% è invece colpito da gravi disturbi.

**Tabella 2.12 - Disturbi integrati del comportamento e dell'umore, distribuzione per genere (primi contatti con bisogno complesso, non autosufficienti nelle BADL)**

Livello dei disturbi del comportamento/umore	Uomini		Donne		Totale	
	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)
Assente/Lieve	66,5	(64,2-68,7)	71,7	(70,2-73,1)	<b>70,0</b>	<b>(68,8-71,2)</b>
Moderato	18,0	(16,1-19,8)	16,6	(15,4-17,9)	<b>17,1</b>	<b>(16,0-18,1)</b>
Grave	15,6	(13,8-17,3)	11,7	(10,7-12,8)	<b>12,9</b>	<b>(12,0-13,9)</b>
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>		<b>100,0</b>		<b>100,0</b>	

### 2.2.3 Il dominio infermieristico

La metà delle domande esaminate necessita di una pianificazione di assistenza infermieristica. Molte sono le valutazioni secondo le quali è indispensabile un'assistenza nel mantenimento di un'adeguata igiene corporea (38,7%) e nel muoversi adeguatamente (38,4%). Più rari sono i casi in cui è necessario un ausilio nella respirazione, previsto per meno del 6% dei casi.

**Tabella 2.13 - Necessità di assistenza infermieristica, prevalenza per genere (primi contatti con bisogno complesso)**

Attività	Uomini		Donne		Totale	
	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)
Pianificazione assistenziale	52,9	(50,6-55,1)	48,9	(47,3-50,4)	50,1	(48,9-51,4)
Mantenere adeguata igiene corporea	40,9	(38,7-43,1)	37,7	(36,2-39,2)	38,7	(37,5-40,0)
Sostenere un'adeguata mobilità	40,1	(37,9-42,4)	37,7	(36,1-39,2)	38,4	(37,2-39,7)
Supporto al processo diagnostico terapeutico	33,4	(31,2-35,5)	29	(27,6-30,5)	30,4	(29,2-31,6)
Educazione terapeutica finalizzata all'autogestione della malattia e del trattamento	26,2	(24,2-28,2)	22,1	(20,8-23,4)	23,4	(22,3-24,5)
Fornire cure relative ai processi eliminatori	23,9	(21,9-25,8)	22,2	(21,0-23,5)	22,8	(21,7-23,8)
Mantenere un'adeguata alimentazione/idratazione	17,7	(15,9-19,4)	13,5	(12,4-14,5)	14,8	(13,9-15,7)
Mantenere un'adeguata respirazione	7,6	(6,4-8,8)	4,6	(3,9-5,2)	5,6	(5,0-6,2)

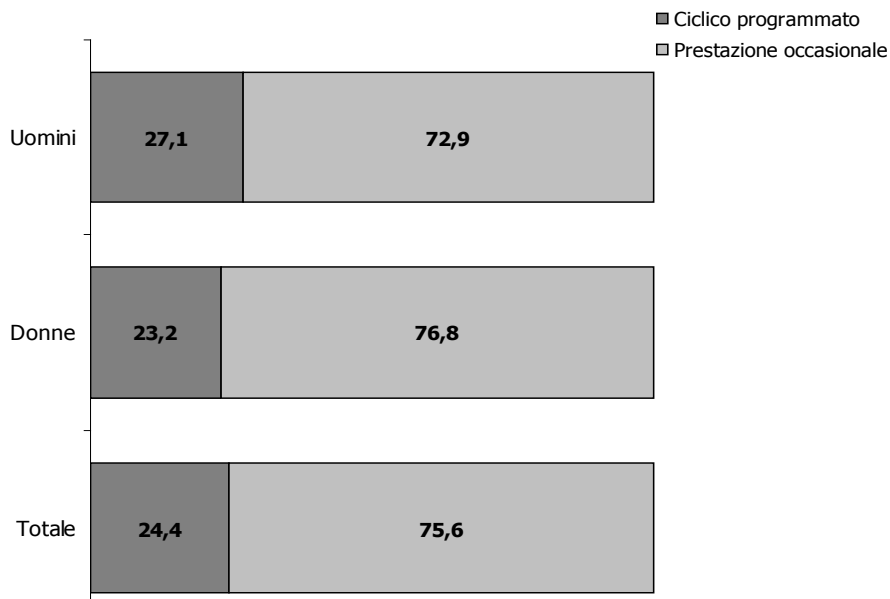
Il 68% circa delle schede valutative presenta una bassa complessità dal punto di vista dell'assistenza infermieristica. Gli uomini, mediamente, sono caratterizzati da una maggior gravità.

**Tabella 2.14 - Complessità del bisogno infermieristico, distribuzione per genere (primi contatti con bisogno complesso)**

Complessità	Uomini		Donne		Totale	
	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)
Bassa	64,5	(62,3-66,7)	70,0	(68,5-71,4)	68,2	(67,0-69,4)
Media	21,6	(19,7-23,5)	20,3	(19,0-21,6)	20,7	(19,7-21,8)
Alta	13,9	(12,3-15,5)	9,7	(8,8-10,6)	11,1	(10,3-11,9)
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>		<b>100,0</b>		<b>100,0</b>	

L'intervento necessario è principalmente di carattere occasionale (figura 2.5). Tra gli uomini la necessità di un intervento ciclico programmato è leggermente più frequente, nonostante il quadro di compromissione funzionale nei due generi sia sostanzialmente simile.

**Figura 2.5 - Tipologia del bisogno infermieristico, distribuzione per genere (primi contatti con bisogno complesso)**



Nella maggioranza dei casi (64%) che richiedono un intervento ciclico sono programmati almeno tre accessi settimanali. Il 35% dei casi necessiterebbe di un intervento sette giorni su sette.

In quasi tutti gli interventi programmati (85,2%) è richiesto l'intervento di un solo operatore.

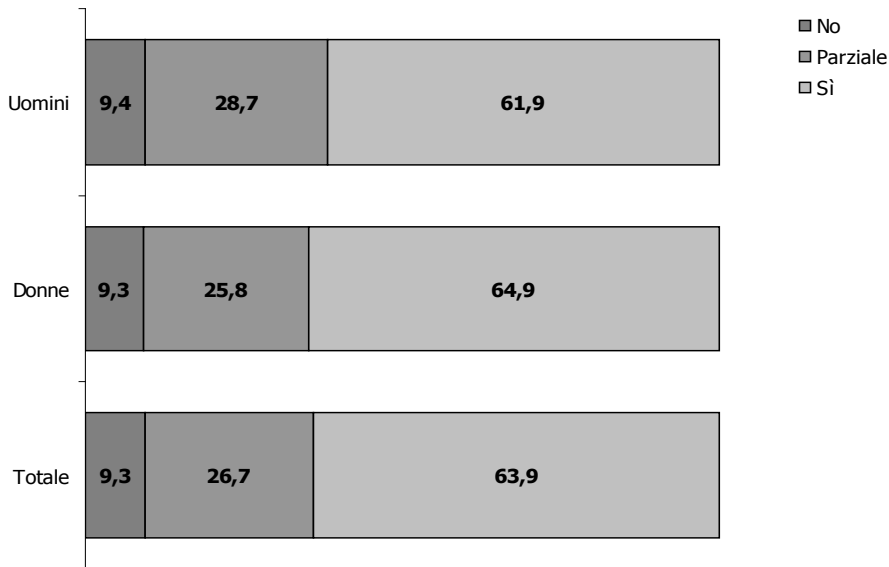
**Tabella 2.15 - Frequenza settimanale dell'intervento infermieristico ciclico-programmato (primi contatti con bisogno complesso)**

Giorni stimati	%	Cum %
1	20,22	100,0
2	16,2	79,8
3	15,0	63,6
4	2,9	48,6
5	1,5	45,7
6	8,9	44,2
7	35,3	35,3

### 2.2.4 Il dominio sociale e il *caregiver burden inventory*

Per l'assistenza alla persona non autosufficiente è importante individuare almeno un familiare, o un componente della rete assistenziale informale, responsabile del percorso assistenziale. Se nel 60% dei casi questa persona è disponibile, nel 27% dei casi è stato possibile individuare una persona in grado di assumersi questo onere solo parzialmente, mentre una volta su dieci questa figura non è affatto disponibile.

**Figura 2.6 - Presenza organizzatore responsabile assistenza, distribuzione per genere (primi contatti con bisogno complesso)**

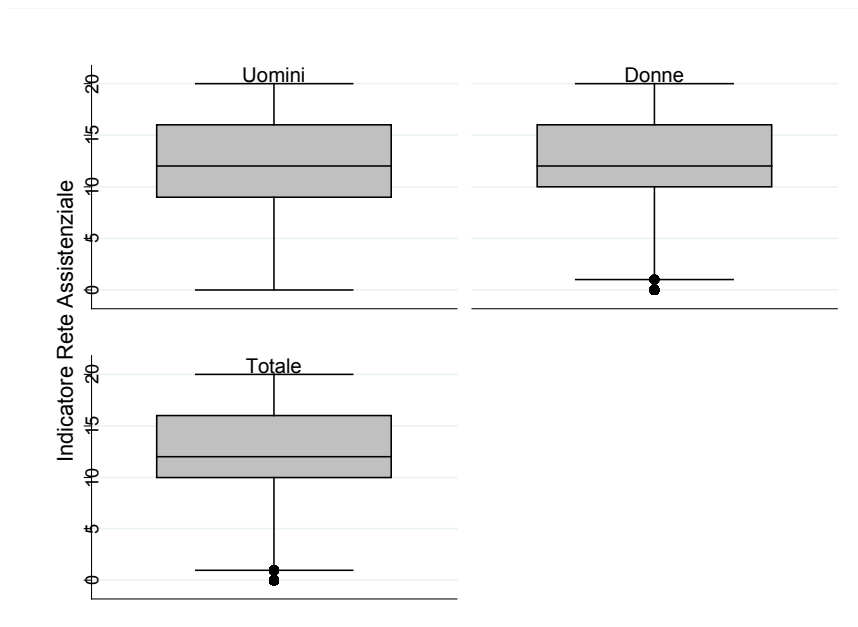


Di seguito presentiamo i risultati della valutazione di adeguatezza della condizione ambientale, composta da tre domini: la rete assistenziale, la situazione economica e la condizione abitativa.

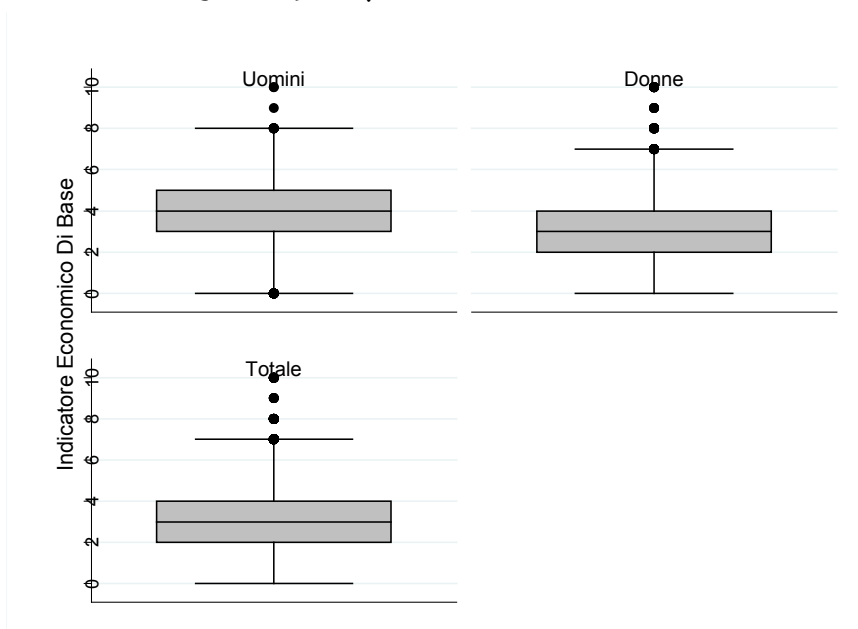
Le valutazioni della rete assistenziale si collocano su valori medi e sembrano essere rari i casi completamente sprovvisti di rete. La disponibilità assistenziale della rete sociale per le donne è leggermente migliore rispetto a quella per gli uomini nelle stesse condizioni.

La situazione economica degli uomini valutati è leggermente migliore rispetto a quella delle donne. In entrambi i generi, però, le risorse economiche a disposizione sono medio/basse. Il 50% dei casi non raggiunge valori intermedi sulla scala di riferimento per l'indicatore economico.

**Figura 2.7 - Indicatore rete assistenziale, box-plot per genere (primi contatti con bisogno complesso)**



**Figura 2.8 - Indicatore economico di base, box-plot per genere (primi contatti con bisogno complesso)**



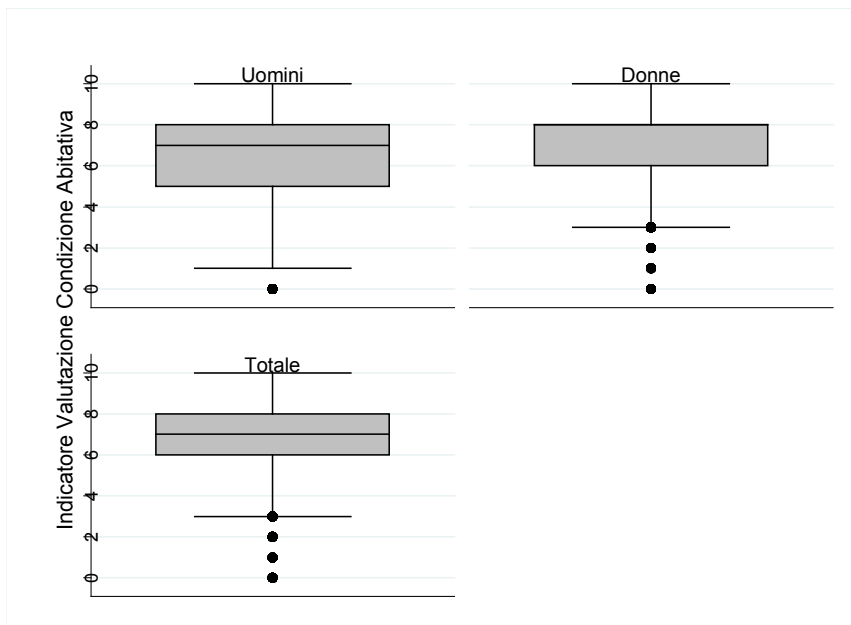
Gli anziani che già percepiscono l'indennità di accompagnamento sono il 61,7%, mentre circa il 20% ha presentato domanda per riceverla ed è in attesa di una risposta. Ovviamente, la prevalenza aumenta con l'aggravarsi del livello di dipendenza nelle IADL/BADL.

**Tabella 2.16 - Indennità di accompagnamento, distribuzione per livello di dipendenza nelle IADL/BADL (primi contatti con bisogno complesso)**

Dipendenza		Sì		No		In corso		Totale
		%	(IC 95%)	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)	
Autosuff. BADL	0-3 IADL perse	14,6	(8,8-20,4)	70,8	(63,4-78,3)	14,6	(8,8-20,4)	100,0
	4+ IADL perse	43,2	(38,6-47,8)	36,7	(32,2-41,2)	20,1	(16,4-23,9)	100,0
Non autosuff. BADL	Lieve	51,2	(48,1-54,3)	26,2	(23,5-29,0)	22,6	(20,0-25,2)	100,0
	Moderato	63,0	(60,5-65,4)	15,5	(13,7-17,4)	21,5	(19,4-23,6)	100,0
	Grave	70,4	(68,7-72,1)	10,3	(9,2-11,5)	19,3	(17,8-20,8)	100,0
<b>Totale</b>		<b>61,7</b>	<b>(60,5-63)</b>	<b>17,9</b>	<b>(16,9-18,9)</b>	<b>20,4</b>	<b>(19,3-21,4)</b>	<b>100,0</b>

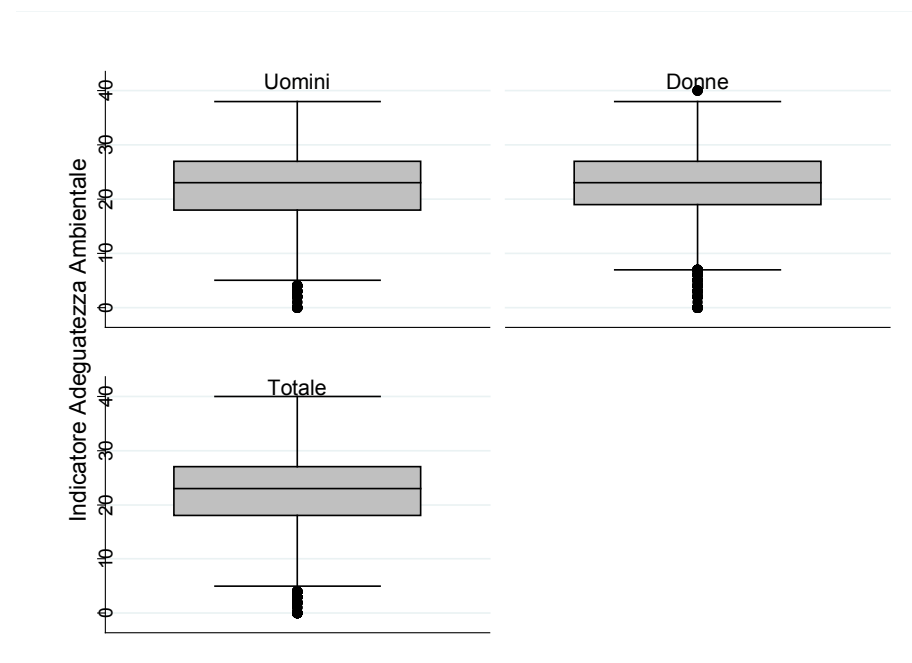
Le valutazioni della condizione abitativa mostrano una buona situazione, in entrambi i generi. Punteggi molto bassi rappresentano una rarità.

**Figura 2.9 - Indicatore valutazione condizione abitativa, box-plot per genere (primi contatti con bisogno complesso)**



L'indicatore di adeguatezza della condizione ambientale, frutto della somma delle tre valutazioni appena descritte, si colloca mediamente su valori intermedi (vicino a 20, su una scala 0-40) in entrambi i generi. La metà delle valutazioni si concentra sul punteggio tra 18 e 27, mentre punteggi molto bassi rappresentano una rarità.

**Figura 2.10 - Indicatore adeguatezza condizione ambientale, box-plot per genere (primi contatti con bisogno complesso)**



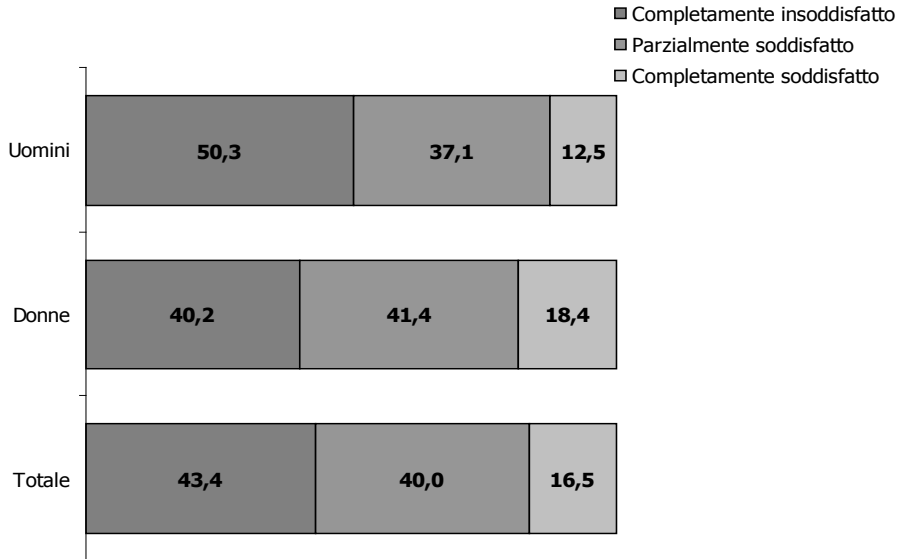
Proseguendo con la valutazione sociale si arriva all'analisi della copertura del bisogno assistenziale dell'anziano in diversi ambiti (cura della persona, dell'ambiente nel quale vive, delle relazioni sociali che sostiene). Ci concentreremo esclusivamente sulla copertura del bisogno fornita dalla rete privata.

Il 43,4% del bisogno di copertura assistenziale nella cura della persona resta quasi totalmente insoddisfatto (50,3% tra gli uomini e 40,2% tra le donne), mentre circa il 16,5% ha una copertura quasi totale.

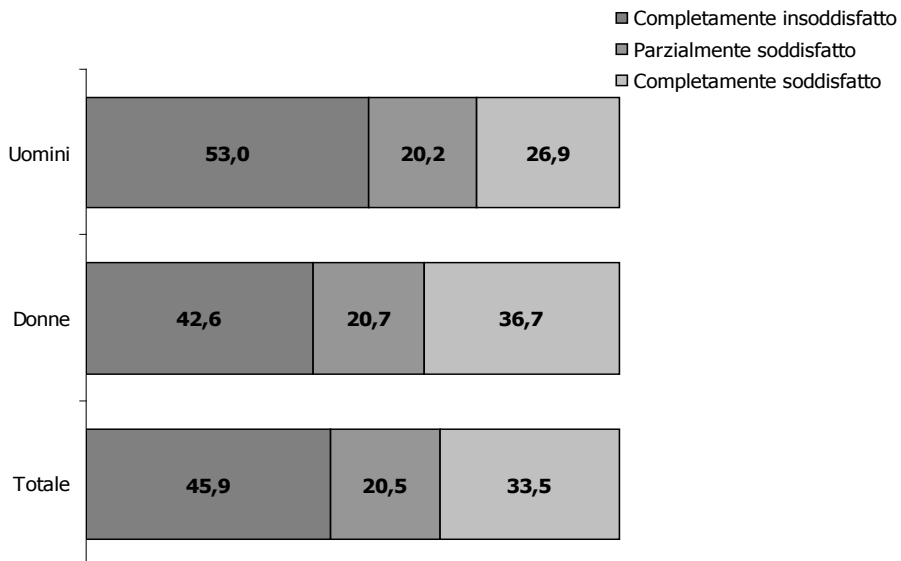
Lievemente migliore è la situazione per quanto riguarda la cura dell'ambiente nel quale la persona vive. Se il 45,9% del bisogno nella cura dell'ambiente di vita resta quasi totalmente insoddisfatto (53% tra gli uomini e 42,6% tra le donne), circa il 33,5% ha una copertura quasi totale.



**Figura 2.11 - Copertura, da parte della rete privata, del bisogno di cura della persona, distribuzione per genere (primi contatti con bisogno complesso)**

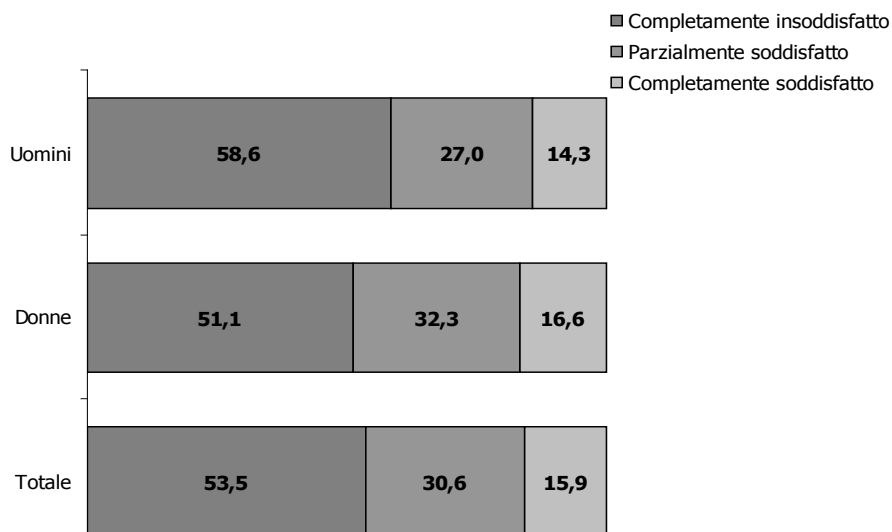


**Figura 2.12 - Copertura, da parte della rete privata, del bisogno di cura dell'ambiente di vita, distribuzione per genere (primi contatti con bisogno complesso)**



Circa il 15,9% dei casi valutati ha una copertura quasi totale del bisogno assistenziale nella cura delle relazioni e socializzazione. La percentuale di persone in cui questo bisogno è quasi completamente insoddisfatto, 53,5% (58,6% tra gli uomini e 51,1% tra le donne), è più alta rispetto alle due aree di bisogno viste in precedenza.

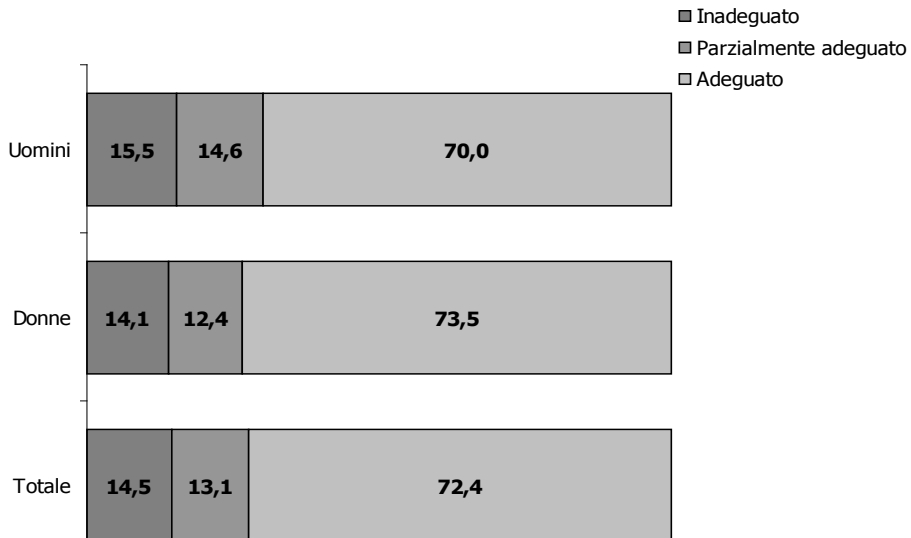
**Figura 2.13 - Copertura, da parte della rete privata, del bisogno di cura delle relazioni e socializzazione, distribuzione per genere (primi contatti con bisogno complesso)**



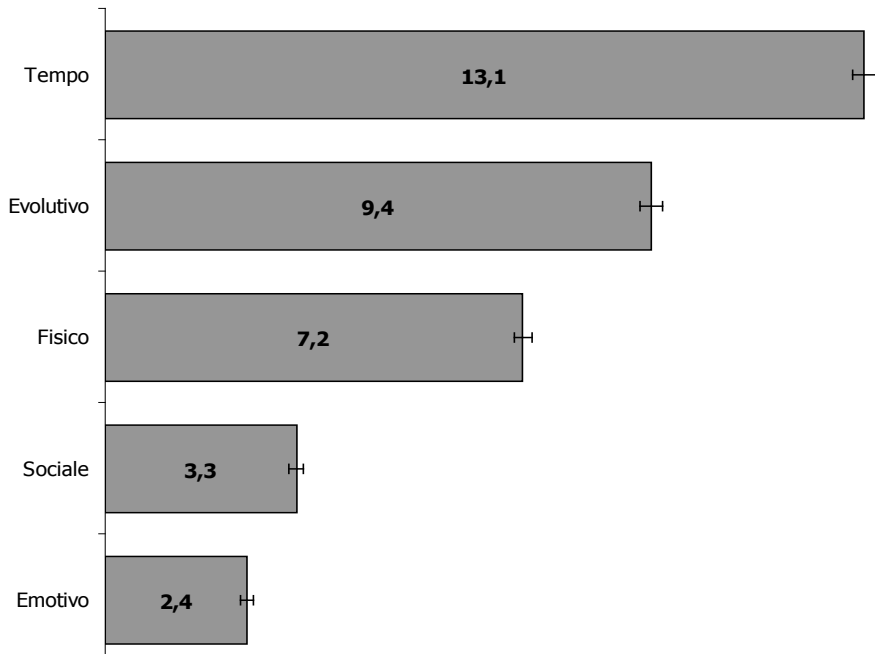
Al termine della valutazione sociale, l'UVM esprime un giudizio di adeguatezza complessiva della condizione sociale, in vista della realizzazione di un piano assistenziale domiciliare. Nel 72% dei casi, i soggetti valutati per la prima volta dall'UVM presentano una condizione sociale adeguata, mentre nel 14% dei casi è valutata come totalmente inadeguata. In sede di progettazione assistenziale, questa informazione sarà determinante al fine di indirizzare la persona verso un percorso residenziale piuttosto che domiciliare.

Data l'importanza strategica, nell'ambito dell'assistenza, del contributo fornito dalla famiglia e in particolare dalla persona che principalmente si assume la responsabilità della cura, non è di secondaria importanza la valutazione del grado di stress vissuto dal *caregiver*. Lo stress maggiore è determinato dal poco tempo libero che rimane a disposizione, seguito dalla percezione, da parte del *caregiver*, di una compromissione delle proprie aspettative e opportunità. Meno frequente è lo stress causato da fattori fisici (legati alla fatica e al peggioramento della propria salute), sociali (intesi come percezione di un conflitto di ruolo) o emotivi (indotti dal dover far fronte a comportamenti imprevedibili o bizzarri dell'assistito).

**Figura 2.14 - Valutazione di adeguatezza al progetto di assistenza domiciliare, distribuzione per genere (primi contatti con bisogno complesso)**

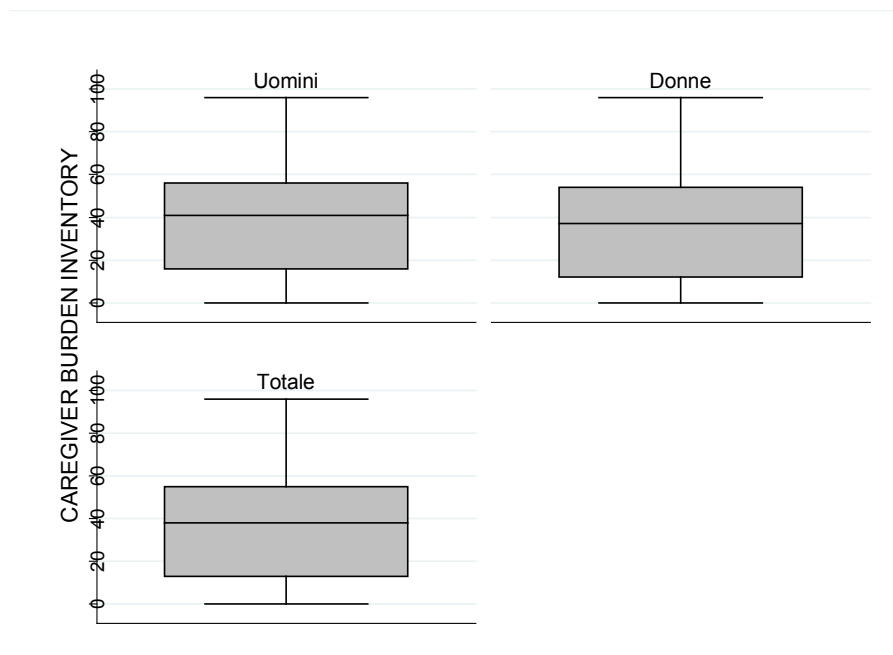


**Figura 2.15 - Componenti critiche del *caregiver burden inventory* (primi contatti con bisogno complesso)**



Il punteggio medio complessivo del *caregiver burden inventory* (CBI) è di 35 (37 per gli uomini e 35 per le donne), su una scala che va da 0 a 100. In entrambi i generi è raro avere punteggi superiori al 50. Generalmente, quindi, lo stress per il *caregiver* è di media intensità.

**Figura 2.16 - Caregiver burden inventory, box-plot per genere (primi contatti con bisogno complesso)**



## 2.3 I livelli di isogravità del bisogno

Applicando il relativo algoritmo, è possibile classificare gli anziani su 5 livelli di isogravità del bisogno assistenziale (1=gravità minima, 5=gravità massima).

Il livello più frequente è il quarto, nel quale si colloca circa il 41,7% dei valutati. Gli uomini presentano una situazione leggermente più grave, il 13% si trova nel quinto livello, a fronte del 10,1% delle donne. Le differenze per genere non risultano comunque significative.

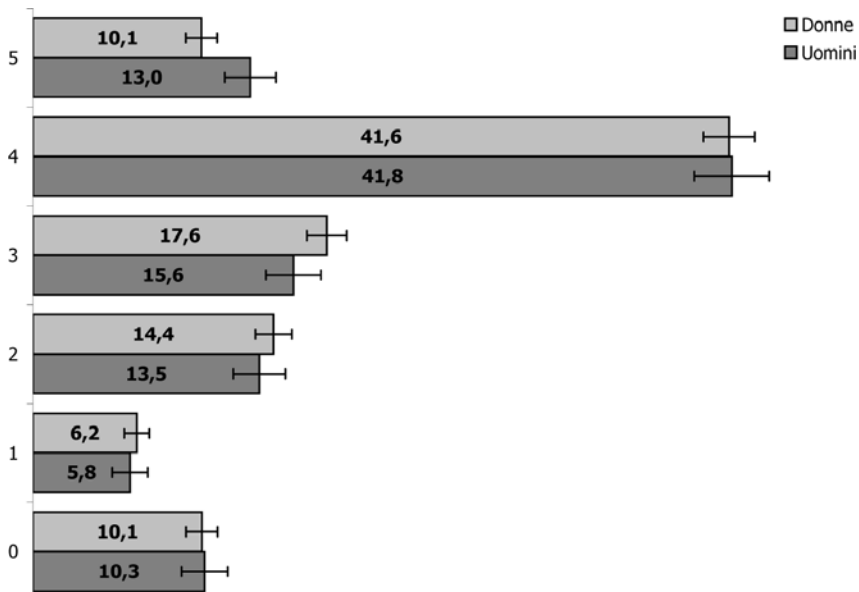
Gli anziani valutati non autosufficienti in sede UVM presentano un maggior bisogno assistenziale rispetto alla popolazione non autosufficiente residente in Toscana, stimata sulla base dello studio epidemiologico Bisogno socio-sanitario negli anziani in Toscana (BiSS) del 2009. In particolare, si registrano differenze statisticamente significative tra le distribuzioni di frequenza delle due popolazioni per quanto riguarda il primo e il

quarto livello di isogravit : osserviamo una sottosegnalazione del bisogno nel primo livello e una sovrasegnalazione nel quarto. Questa diversit  potrebbe essere dovuta al mancato ricorso ai servizi di una parte di non autosufficienti collocabili sul primo livello. In questi casi, la mancata segnalazione potrebbe essere dovuta alla disponibilit  di una rete familiare in grado di assistere ancora in maniera adeguata l'anziano, sia economicamente sia fisicamente. La causa potrebbe per  risiedere anche in una tardiva informazione dell'anziano, e/o delle famiglie, su servizi/interventi rivolti alla persona non autosufficiente.

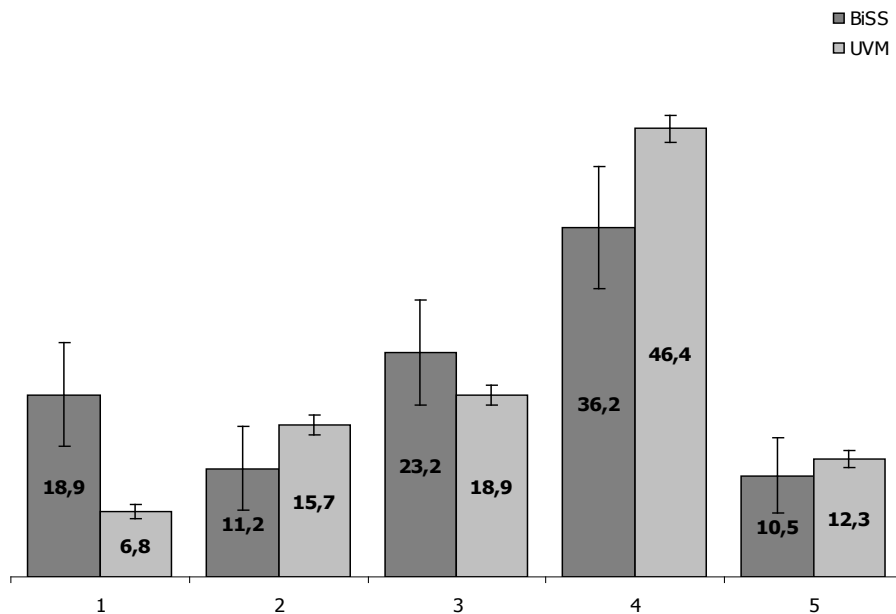
**Tabella 2.17 - Livello di isogravit  del bisogno assistenziale, distribuzione per genere (primi contatti con bisogno complesso)**

Livello di isogravit� del bisogno	Uomini		Donne		Totale	
	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)
0	10,3	(8,9-11,6)	10,1	(9,2-11,0)	10,2	(9,4-10,9)
1	5,8	(4,7-6,9)	6,2	(5,5-7,0)	6,1	(5,5-6,7)
2	13,5	(12,0-15,1)	14,4	(13,3-15,5)	14,1	(13,2-15,0)
3	15,6	(13,9-17,2)	17,6	(16,4-18,8)	16,9	(16,0-17,9)
4	41,8	(39,6-44,0)	41,6	(40,1-43,2)	41,7	(40,4-43,0)
5	13,0	(11,5-14,5)	10,1	(9,1-11,0)	11,0	(10,2-11,8)
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>		<b>100,0</b>		<b>100,0</b>	

**Figura 2.17 - Livello di isogravit  del bisogno assistenziale, distribuzione per genere (primi contatti con bisogno complesso)**



**Figura 2.18 - Livello di isogravit  del bisogno assistenziale, confronto tra la distribuzione dei dati UVM e le stime Bi.S.S.**



## Capitolo 3

### I progetti assistenziali personalizzati



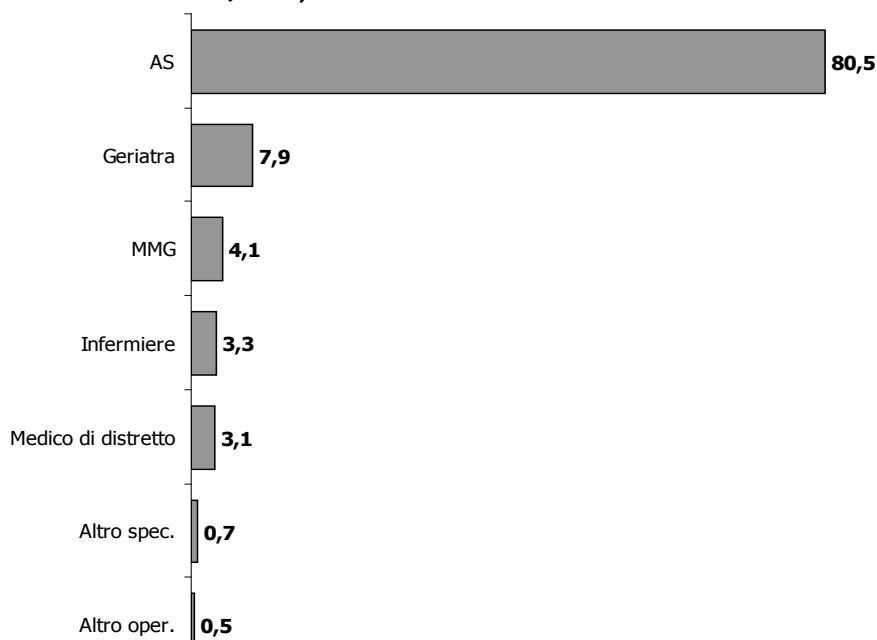


### 3.1 Le risposte

Sulla base dei dati in nostro possesso, l'Unità di valutazione multidisciplinare (UVM) conclude la predisposizione di un Progetto assistenziale personalizzato (PAP) circa 20 giorni dopo la segnalazione del bisogno da parte dell'utente.

La composizione dell'UVM è abbastanza omogenea all'interno del territorio regionale; infatti, otto volte su dieci, a presiederla si trova un assistente sociale (figura 3.1).

**Figura 3.1 - Valutazioni per responsabile UVM (primi contatti con bisogno complesso)**



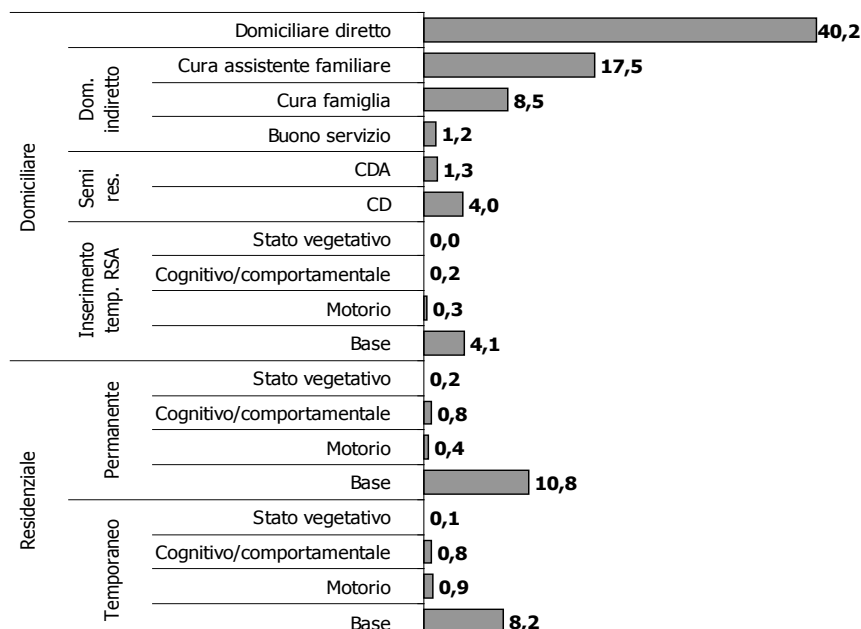
L'assistenza domiciliare è la prestazione predisposta con maggiore frequenza, in circa otto casi su dieci. Vedremo più avanti come questa scelta, oltre che dalla gravità del bisogno assistenziale dell'anziano, sia ovviamente influenzata anche dalla valutazione dell'adeguatezza al piano domiciliare.

**Tabella 3.1 - Tipo di PAP predisposto, distribuzione per genere (primi contatti con bisogno complesso)**

Percorso assistenziale	Uomini		Donne		Totale	
	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)
Residenziale	22,0	(20,1-23,9)	21,4	(20,1-22,7)	21,6	(20,6-22,7)
Domiciliare	78,0	(76,1-79,9)	78,6	(77,3-79,9)	78,4	(77,3-79,4)
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>		<b>100,0</b>		<b>100,0</b>	

Analizzando più nel dettaglio i piani di tipo residenziale o domiciliare, la prestazione prospettata con maggiore frequenza è l'assistenza domiciliare diretta (predisposta in quattro casi su dieci), seguita dalla domiciliare indiretta, che mira all'aiuto nelle spese per un assistente familiare dedicato alla cura dell'anziano, o, più raramente, a un contributo economico al lavoro di cura svolto dai familiari.

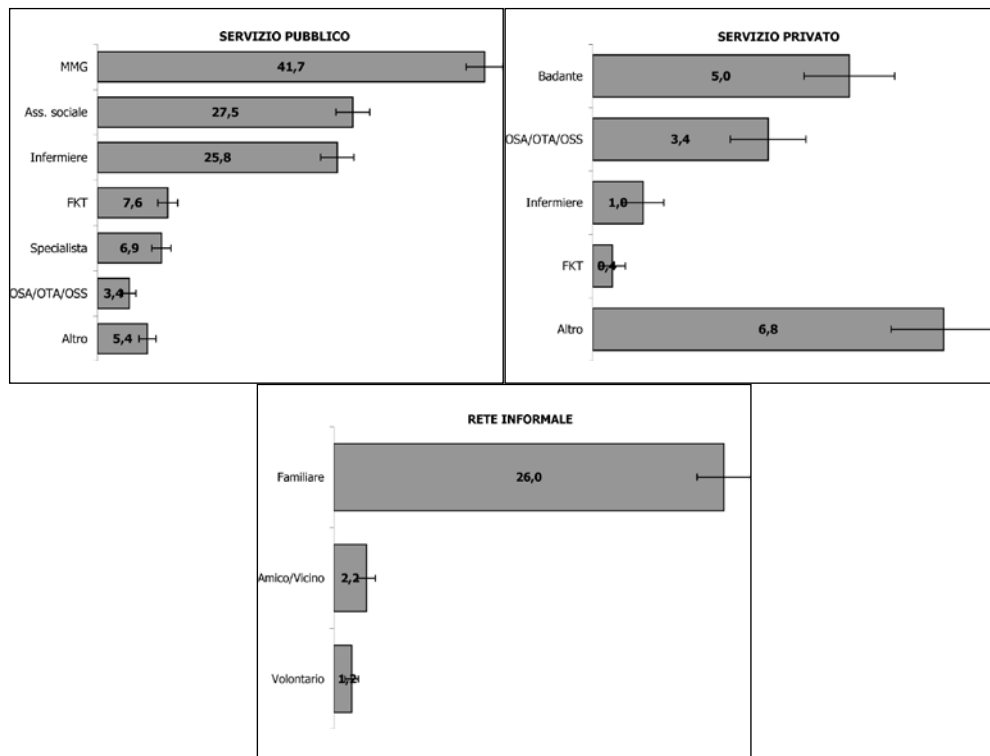
**Figura 3.2 - Tipologia di progetto e prestazioni programmate, prevalenza (primi contatti con bisogno complesso)**



Il PAP domiciliare prevede prestazioni fornite esclusivamente dal servizio pubblico o altre integrate anche da risorse private, come servizi privati a pagamento o rete informale. Limitandoci al servizio pubblico, tra coloro per i quali è stata programmata un'assistenza domiciliare diretta, il 41,7% riceve un supporto dal medico di medicina generale e oltre il 25% ha un PAP che prevede l'intervento dell'assistente sociale o dell'infermiere. Per quanto concerne il ricorso alle risorse private, il 26% dei PAP domiciliari prevede il coinvolgimento della famiglia nella cura della persona. Solo nel 5% dei casi si fa esplicito riferimento all'assistente familiare.

Complessivamente, il servizio pubblico interviene nell'85% dei casi per i quali è stato predisposto un intervento di tipo domiciliare diretto. La rete privata è chiamata in causa nel 16% dei casi, meno della rete informale (27,5%). Nel complesso riceve almeno un tipo di assistenza (pubblica, privata o informale) l'87,9% dei casi.

La durata programmata del progetto di assistenza domiciliare diretta è mediamente di circa 6 mesi.

**Figura 3.3 - Tipologia di assistenza nei PAP domiciliari, prevalenza (primi contatti con bisogno complesso)****Tabella 3.2 - Tipologia di assistenza nei servizi domiciliari, prevalenza per dipendenza nelle IADL/BADL (primi contatti con bisogno complesso)**

Dipendenza		Servizio pubblico		Servizio privato		Rete informale		Almeno un'assistenza	
		%	(IC 95%)	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)
Autosuff. BADL	0-3 IADL perse	85,5	(77,6-93,5)	6,6	(1,0-12,2)	22,4	(12,9-31,8)	89,5	(82,5-96,4)
	4+ IADL perse	82,3	(76,8-87,8)	18,8	(13,2-24,5)	33,3	(26,5-40,1)	87,6	(82,9-92,4)
	Lieve	82,1	(78,2-86,0)	16,1	(12,4-19,8)	27,6	(23,1-32,1)	85,0	(81,4-88,6)
Non auto-suff. BADL	Moderato	85,8	(82,9-88,6)	15,6	(12,7-18,6)	24,8	(21,3-28,4)	87,3	(84,6-90,0)
	Grave	86,7	(84,7-88,7)	16,2	(14,0-18,3)	28,2	(25,6-30,9)	89,1	(87,3-90,9)
<b>Totale</b>		<b>85,3</b>	<b>(83,9-86,8)</b>	<b>15,9</b>	<b>(14,4-17,4)</b>	<b>27,5</b>	<b>(25,7-29,3)</b>	<b>87,9</b>	<b>(86,6-89,2)</b>

### 3.2 La correlazione tra bisogni e risposte

La predisposizione del PAP si basa sulle valutazioni effettuate dagli operatori sociali, sanitari, infermieristici che hanno preso parte all'UVM. Questo è quanto si legge nel progetto di assistenza continuativa alla persona non autosufficiente ed è ciò che si è voluto verificare tramite alcune analisi sui dati valutativi e progettuali.

Sicuramente, il livello di gravità della dipendenza dell'anziano dall'aiuto di altri è la componente che incide maggiormente sulla tipologia di percorso assistenziale. Il ricorso al ricovero in Residenza sanitaria assistenziale (RSA), ad esempio, aumenta in funzione del livello isogravità del bisogno (tabella 3.3) e della dipendenza nelle attività, strumentali o di base, della vita quotidiana (tabella 3.4).

Evidentemente, laddove la compromissione funzionale dell'anziano è tale da richiedere un aiuto importante e continuativo nell'arco della giornata, la rete assistenziale privata e l'assistenza domiciliare molto spesso non vengono ritenute sufficienti.

**Tabella 3.3 - Tipologia di percorso assistenziale definita in UVM, distribuzione per livello isogravità del bisogno (primi contatti con bisogno complesso)**

Livello isogravità	Residenziale	Domiciliare	Totale
	%	%	%
Livello 1	18,6	81,4	100,0
Livello 2	18,2	81,8	100,0
Livello 3	20,4	79,6	100,0
Livello 4	22,9	77,1	100,0
Livello 5	23,4	76,6	100,0
<b>Totale</b>	<b>21,6</b>	<b>78,4</b>	<b>100,0</b>

p=0,000

**Tabella 3.4 - Tipologia di percorso assistenziale definita in UVM, distribuzione per dipendenza IADL/BADL (primi contatti con bisogno complesso)**

Dipendenza		Residenziale	Domiciliare	Totale
		%	%	%
Autosuff. BADL	0-3 IADL perse	14,6	85,4	100,0
	4+ IADL perse	25,7	74,3	100,0
Non autosuff. BADL	Lieve	20,1	79,9	100,0
	Moderato	20,5	79,5	100,0
	Grave	22,5	77,5	100,0
<b>Totale</b>		<b>21,6</b>	<b>78,4</b>	<b>100,0</b>

p=0,000

Oltre alla componente clinico-funzionale, la progettazione assistenziale deve ovviamente tener conto della valutazione sociale effettuata. In particolare, l'operatore sociale ha il compito di indicare il livello di adeguatezza della situazione dell'anziano a un progetto di assistenza domiciliare e il carico assistenziale che la famiglia è in grado di sostenere.

L'importanza di queste valutazioni nella predisposizione del PAP è confermata dalle analisi riportate in tabella 3.5 e 3.6. Il ricorso al ricovero in RSA è predominante laddove il parere di adeguatezza alle cure domiciliari è negativo. D'altro canto, nei casi in cui la famiglia appare in grado di far fronte al bisogno assistenziale dell'anziano, si registra un minor ricorso a cure domiciliari dirette a favore di un maggiore investimento in aiuti indiretti (contributi economici).

**Tabella 3.5 - Percorso assistenziale individuato, distribuzione per adeguatezza al progetto di assistenza domiciliare (primi contatti con bisogno complesso)**

Adeguatezza al progetto di assistenza domiciliare	Percorso individuato		
	Residenziale	Domiciliare	Totale
	%	%	%
Non adeguato	74,0	26,0	100,0
Parzialmente adeguato	32,7	67,3	100,0
Adeguato	9,1	90,9	100,0
<b>Totale</b>	<b>21,6</b>	<b>78,4</b>	<b>100,0</b>

p=0,000

**Tabella 3.6 - Assistenza domiciliare, distribuzione per capacità assistenziale della famiglia (primi contatti con bisogno complesso)**

Capacità assistenziale della famiglia	Semiresidenziali o residenze di sollievo	Assistenza domiciliare		Totale
		Diretta	Indiretta	
		%	%	
Bassa	9,4	70,7	20,0	100,0
Media	4,7	52,4	43,0	100,0
Alta	4,3	23,9	71,8	100,0
<b>Totale</b>	<b>6,6</b>	<b>55,8</b>	<b>37,6</b>	<b>100,0</b>

p=0,000

Anche possibili ricadute, in termini di stress, del carico assistenziale sul *caregiver* condizionano la scelta del percorso assistenziale: nei casi in cui il *caregiver* si trova già su livelli di stress elevati, si ricorre maggiormente a un'assistenza domiciliare diretta o a una

soluzione semiresidenziale/residenziale di sollievo. Il carico dell'assistenza sul *caregiver* viene così alleviato, contribuendo alla riduzione dello stress.

Queste considerazioni confermano l'importanza di un approccio multidimensionale e multidisciplinare alla valutazione, che tenga conto non solo della condizione clinica e funzionale dell'anziano e dei suoi bisogni di assistenza sanitaria, ma anche del contesto socio-ambientale nel quale è inserito e all'interno del quale andrà a inserirsi e integrarsi il progetto assistenziale personalizzato.

Come si legge nel progetto di assistenza continua alla persona non autosufficiente, è essenziale che il piano, prima di essere definitivo, venga concertato con le famiglie o comunque con la rete assistenziale dell'anziano. Questo, infatti, non dovrà essere vissuto come un'imposizione, ma dovrà adattarsi al contesto, fornendo aiuto indiretto a quelle situazioni volenterose e in grado di assistere l'anziano al domicilio e predisponendo aiuti diretti o ricoveri residenziali per quei casi che, invece, non hanno a disposizione una rete assistenziale affidabile.

**Tabella 3.7 - Assistenza domiciliare, distribuzione per CBI (primi contatti con bisogno complesso)**

<i>Caregiver burden inventory</i>	Semiresidenziali o residenze di sollievo	Assistenza domiciliare		Totale
		Diretta	Indiretta	
	%	%	%	%
<b>Basso</b>	5,3	50,8	43,9	<b>100,0</b>
<b>Medio</b>	7,0	59,3	33,7	<b>100,0</b>
<b>Alto</b>	9,0	57,8	33,1	<b>100,0</b>
<b>Totale</b>	<b>7,0</b>	<b>55,8</b>	<b>37,2</b>	<b>100,0</b>

p=0,000

## Appendice A

Il patrimonio informativo  
e i suoi possibili utilizzi





La Regione Toscana ha predisposto e attivato nel corso dell'anno 2010 la raccolta di dati relativi alla presa in carico, domiciliare e residenziale, dell'anziano in condizione di bisogno assistenziale.

Queste due nuove banche dati permetteranno di colmare un debito informativo verso il Ministero della salute che, su decreto<sup>11</sup> del 17 dicembre 2008 ha istituito due flussi informativi del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), il Sistema informativo per l'assistenza domiciliare (SIAD) e il Flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale (FAR).

Questa decisione giunge al termine di un percorso di studio e condivisione ai diversi livelli del sistema sanitario nazionale (SSN), a partire dal lavoro prodotto nell'ambito del "Programma Mattoni del SSN", avviato dalla Conferenza Stato-Regioni del 10 dicembre 2003, in particolare dal Mattone 13 – Assistenza primaria e prestazioni domiciliari - e dal Mattone 12 – Prestazioni residenziali e semiresidenziali.

Il flusso SIAD risultava indispensabile in un'ottica di monitoraggio, a seguito dell'inclusione dei suddetti servizi nei Livelli essenziali di assistenza (LEA)<sup>12</sup>. L'esigenza era quella di una base di dati, integrata a livello nazionale, dalla quale ricavare informazioni in merito agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

Le forme di assistenza domiciliare oggetto di rilevazione sono esclusivamente quelle caratterizzate da interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria che soddisfano i seguenti quattro criteri guida<sup>13</sup>:

- presa in carico dell'assistito;
- valutazione multidimensionale dell'assistito;
- definizione di un piano/programma/progetto di assistenza individuale;
- responsabilità clinica in capo al medico di medicina generale, Pediatra di libera scelta o al medico competente per la terapia del dolore (purché afferenti al Distretto/ASL).

Inoltre, se soddisfatti i criteri di cui sopra, devono essere inviate al Sistema anche le informazioni relative a:

- cure palliative domiciliari”;
- “dimissioni protette”, tese ad assicurare continuità assistenziale al paziente precedentemente ricoverato presso una struttura ospedaliera.

<sup>11</sup> Dm del 17/12/2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali" e "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare".

<sup>12</sup> Dpcm del 29/11/2001.

<sup>13</sup> Dalla pagina web del Ministero della salute:

<http://www.nsis.salute.gov.it/nsis/paginaInternaMenuNsis.jsp?id=82&menu=sistemi&lingua=italiano>

Le informazioni raccolte riguardano i seguenti ambiti:

- caratteristiche anagrafiche dell'assistito;
- valutazione (o rivalutazione) socio-sanitaria dell'assistito e dei relativi bisogni assistenziali;
- erogazione dell'assistenza;
- sospensione della presa in carico;
- dimissione dell'assistito.

Il flusso FAR monitora l'assistenza residenziale e semiresidenziale, definita come l'insieme di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a persone non autosufficienti e non assistibili a domicilio, all'interno di idonei "nuclei accreditati" per la specifica funzione<sup>14</sup>.

Le informazioni rilevate sono riconducibili principalmente a:

- dati anagrafici dell'assistito;
- contenuti informativi associati alle strutture erogatrici e alla tipologia di prestazioni erogate;
- dati relativi all'ammissione e alla dimissione dell'assistito dalla singola struttura;
- valutazione multidimensionale dei bisogni dell'assistito.

Ovviamente, avendo come obiettivo la risposta ai suddetti flussi ministeriali, i tracciati toscani prevedono la raccolta di informazioni molto simili a quelle appena descritte.

A breve saranno quindi disponibili in maniera sistematica dati sui quali poter compiere elaborazioni analoghe, se non migliori e di maggiore efficacia informativa, a quelle oggetto del presente documento.

In tale ambito, l'ARS ha avviato una collaborazione con l'Agenzia nazionale sanitaria (AgeNaS.), per il progetto "Valutazione dell'efficacia e dell'equità di modelli organizzativi territoriali per l'accesso e la presa in carico di persone con bisogni socio-sanitari complessi".

Il progetto prevede l'individuazione dei determinanti organizzativi del percorso di presa in carico (domiciliare, residenziale e semi-residenziale) dell'anziano non autosufficiente in tre Regioni italiane (Toscana, Lombardia e Veneto). Si procederà con la definizione di un set di indicatori, sulla base dei tracciati dei flussi SIAD e FAR, per la definizione e la validazione del percorso assistenziale sul quale predisporre in un secondo momento un piano di analisi.

L'analisi avrà come obiettivo quello di far emergere analogie e differenze (in termini di efficacia e qualità) nella risposta del sistema socio-sanitario al bisogno assistenziale della popolazione anziana non autosufficiente in tre Regioni caratterizzate da sistemi organizzativi e amministrativi diversi tra loro.

---

<sup>14</sup> Dalla pagina web del Ministero della salute:

<http://www.nsis.salute.gov.it/nsis/paginaInternaMenuNsis.jsp?id=87&menu=sistemi&lingua=italiano>

Questo, naturalmente, vuol essere solo un esempio delle opportunità che un sistema informativo come quello presentato in questo paragrafo è in grado di offrire.

È naturale che anche l'assistenza domiciliare/residenziale disponga di flussi informativi in grado di garantire un monitoraggio del servizio, così come avviene da tempo negli altri ambiti dell'offerta sanitaria. Per capirne l'importanza basti pensare al progressivo invecchiamento della popolazione (in particolare dovuto all'aumento degli over 85) e al conseguente impatto sulla domanda assistenziale rivolta al Sistema Sanitario Regionale da parte degli anziani e delle loro famiglie.

Il patrimonio informativo, se utilizzato con criterio e competenza, potrà migliorare l'efficacia e l'appropriatezza delle scelte di programmazione, oltre che, in un'ottica più epidemiologica, fornire una conoscenza più approfondita della popolazione anziana non autosufficiente che afferisce ai servizi sanitari e socio-sanitari della nostra regione.



## Appendice B

Le procedure  
valutative e progettuali  
multidimensionali



**SCHEMA DI SEGNALAZIONE-ACCESSO**

**AZIENDA USL** \_\_\_\_\_ **Zona distretto** \_\_\_\_\_

**DATI ASSISTITO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data nascita \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Codice sanitario \_\_\_\_\_

Sesso:  *maschio*  *femmina* Cittadinanza \_\_\_\_\_  
 Stato civile \_\_\_\_\_ Titolo di studio \_\_\_\_\_

*Residenza:* Regione \_\_\_\_\_ *Domicilio sanitario:* Regione \_\_\_\_\_  
 Comune \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
 Indirizzo \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_  
 Az. USL \_\_\_\_\_ Az. USL \_\_\_\_\_  
 Zona distretto \_\_\_\_\_ Zona distretto \_\_\_\_\_

*Reperibilità:* Regione \_\_\_\_\_ *Medico assistito:* MMG \_\_\_\_\_ Pediatra I.s. \_\_\_\_\_  
 Comune \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Indirizzo \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
 Az. USL \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
 Zona distretto \_\_\_\_\_

**SEGNALAZIONE**

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

Segnalatore: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 A titolo di \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ N. telefono \_\_\_\_\_ Data segnalazione \_\_\_\_\_

**PERSONA DI RIFERIMENTO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 A titolo di \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ N. telefono \_\_\_\_\_

**BISOGNO / RICHIESTA ESPRESSA:**

- Assistenza domiciliare  Ricovero in strutt. residenziale  Ricovero in strutt. Semiresidenziale  
 Contributo economico  Altro (specificare)

**PRIMA VALUTAZIONE GRUPPO DI PROGETTO**

Caso semplice: sociale  sanitario  Caso complesso  Caso urgente

DATA CHIUSURA SCHEDA

.....

RUOLO / FIRMA OPERATORE

.....

**DIPENDENZA NELLE ATTIVITÀ DI BASE DELLA VITA QUOTIDIANA (BADL)**

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

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

- Indipendente:** nessun aiuto o supervisione 1 o 2 volte durante l'ultima settimana **0**
- Supervisione:** supervisione 3 o più volte e aiuto fisico meno di 3 volte durante l'ultima settimana **1**
- Assistenza leggera:** anziano molto collaborante, aiuto fisico leggero (es. manovra guidata arti) 3 o più volte e aiuto fisico pesante (es. sollevamento di peso) meno di 3 volte durante l'ultima settimana **2**
- Assistenza pesante:** anziano collaborante, aiuto fisico pesante (es. sollevamento di peso) 3 o più volte durante l'ultima settimana **3**
- Assistenza totale:** anziano non collaborante, totalmente dipendente dall'aiuto di altri (inclusa attività non svolta durante l'ultima settimana) **4**

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



**ATTIVITÀ STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA (IADL)**

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

<b><u>Capacità di usare il telefono</u></b>		
[1]	Usa il telefono di propria iniziativa	1
[2]	Compone solo alcuni numeri ben conosciuti	1
[3]	Risponde ma non è capace di comporre il numero	1
[4]	Non risponde al telefono	0
	Non applicabile	NA
<b><u>Fare acquisti</u></b>		
[1]	Fa tutte le proprie spese senza aiuto	1
[2]	Fa piccoli acquisti senza aiuto	0
[3]	Ha bisogno di essere accompagnato	0
[4]	Completamente incapace di fare acquisti	0
	Non applicabile	NA
<b><u>Preparazione del cibo</u></b>		
[1]	Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati	1
[2]	Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti	0
[3]	Scalda o serve pasti preparati oppure prepara cibi ma non mantiene una dieta adeguata	0
[4]	Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti	0
	Non applicabile	NA
<b><u>Governo della casa</u></b>		
[1]	Mantiene la casa da solo o con occasionale assistenza (per esempio aiuto per i lavori pesanti)	1
[2]	Esegue compiti quotidiani leggeri ma non mantiene un accettabile livello di pulizia della casa	1
[3]	Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa	0
[4]	Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa	0
	Non applicabile	NA
<b><u>Biancheria</u></b>		
[1]	Fa il bucato personalmente e completamente	1
[2]	Lava le piccole cose (calze, fazzoletti)	1
[3]	Tutta la biancheria deve essere lavata da altri	0
	Non applicabile	NA
<b><u>Mezzi di trasporto</u></b>		
[1]	Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto	1
[2]	Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici	1
[3]	Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato	1
[4]	Può spostarsi solo con taxi o auto e con assistenza	0
[5]	Non si sposta per niente	0
	Non applicabile	NA
<b><u>Responsabilità nell'uso dei farmaci</u></b>		
[1]	Prende le medicine che gli sono state prescritte	1
[2]	Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate	0
[3]	Non è in grado di prendere le medicine da solo	0
	Non applicabile	NA
<b><u>Capacità di maneggiare il denaro</u></b>		
[1]	Maneggia le proprie finanze in modo indipendente	1
[2]	È in grado di fare piccoli acquisti	1
[3]	È incapace di maneggiare i soldi	0
	Non applicabile	NA
<b>Totale funzioni conservate ___/8 (se femmina)</b>		
<b>Totale funzioni conservate ___/5 (se maschio)</b>		

**SCHEMA CLINICA**

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

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

--

**SCHEDA INFERMIERISTICA**

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

<b>Pianificazione assistenziale</b>	
-------------------------------------	--

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

<b>Supporto al processo diagnostico-terapeutico</b>	
---	--

<i><b>intervento</b></i>	
esecuzioni esami	
terapia iniettiva sottocutanea	
terapia iniettiva intramuscolare	
terapia iniettiva endovenosa	
terapia iniettiva sottocutanea in infusione	
posizionamento gestione e sostituzione cateterismo venoso periferico	
gestione cateterismo venoso centrale	
gestione pompa infusionale	
gestione cateteri spinali	
gestione drenaggi	
medicazioni semplici	
medicazioni complesse	
bendaggi	
bendaggio adesivo ed elastico	
toilette lesione	

<b>Mantenere l'adeguata igiene corporea</b>	
---	--

<i><b>intervento</b></i>	
cure igieniche a persone allettate	
cure igieniche a persone con lesioni cutanee	
bagno assistito	

<b>Mantenere l'adeguata respirazione</b>	
--	--

<i><b>intervento</b></i>	
gestione tracheotomia	
broncoaspirazione	
controllo parametri respiratori	
gestione ossigeno-terapia	

**Fornire cure relative ai processi eliminatori**

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

**Mantenere l'adeguata alimentazione-idrataz.**

<i>intervento</i>	
verifica parametri nutrizionali	
valutazione disfagia	
istruzione alla preparazione di diete con consistenza modificata	
istruzione alla somministrazione di pasti con posture facilitanti	
posizionamento, sostituzione e gestione SNG	
gestione PEG	
valutazione ristagno gastrico	
posizionamento gestione e sostituzione cateterismo venoso periferico e centrale (ai fini nutrizionali o di idratazione )	

**Sostenere un'adeguata mobilità**

<i>intervento</i>	
corretta mobilizzazione e postura	
prevenzione di lesioni da decubito	
istruzione all'utilizzo ausili per la deambulazione	
valutazione dell'ambiente domestico	
interventi su soggetto a rischio di LDD (criterio : indice di Braden <16)	

**Educazione terapeutica finalizzata all'autogestione della malattia e del trattamento**

<i>intervento</i>	
educazione del soggetto e/o caregiver per la gestione delle terapie (pompe, elastomeri, altro)	
educazione del soggetto e/o caregiver alla gestione di stomie	
educazione del soggetto e/o caregiver alla gestione di una tracheotomia	

educazione alla gestione di enterostomie	
educazione del caregiver per la prevenzione di lesioni da decubito	
educazione del caregiver alla corretta mobilizzazione e postura	
educazione del caregiver al corretto utilizzo di ausili per la mobilizzazione	
educazione al caregiver alle cure igieniche	

Indicare con una X il bisogno infermieristico rilevato secondo le seguenti categorie:

	<b>inserire X</b>
<b>prestazionale occasionale</b>	
<b>ciclico programmato</b>	

In caso di assistenza di tipo **“ciclico programmato”** indicare con una X:

<b>Frequenza settimanale stimata</b>	<b>inserire X</b>					
1	2	3	4	5	6	7
<b>Presenza di operatori necessaria</b>	<b>inserire X</b>					
	singola		doppia			

Fattori che possono modificare la complessità assistenziale:

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

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

In base a:

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

<b>complessità</b>	<b>Inserire X</b>
bassa	
media	
alta	

**Il professionista deve esprimere un giudizio rispetto al tipo di complessità assistenziale**

**TEST DI PFEIFFER**

**Short portable mental status questionnaire**

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

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

**Numero totale errori** \_\_\_\_/ 10

**Punteggio corretto** \_\_\_\_/ 10

**DISTURBI DEL COMPORTAMENTO**

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

**Codificare gli indicatori osservati indipendentemente dalla causa presunta**

**0. Sintomo non presente negli ultimi 3 giorni**

**1. Presente durante gli ultimi 3 giorni, facilmente controllato**

**2. Presente durante gli ultimi 3 giorni, non facilmente controllato**

<b>SINTOMI COMPORTAMENTALI</b>	<b>PUNTEGGIO</b>
<b>a. VAGARE</b> - senza alcun motivo razionale, apparentemente senza badare ai propri bisogni ed alla sicurezza	
<b>b. USARE LINGUAGGIO OFFENSIVO</b> - ha spaventato, minacciato, gridato ad altre persone	
<b>c. ESSERE FISICAMENTE AGGRESSIVO</b> - ha colpito, ferito, graffiato, abusato di altre persone	
<b>d. COMPORTAMENTO SOCIALMENTE INADEGUATO</b> - emette suoni fastidiosi, rumori, urla, compie gesti di autolesionismo, compie atti osceni o si spoglia in pubblico, lancia cibo/feci, rovista tra le cose degli altri, ha comportamenti ripetitivi, si sveglia presto e disturba	
<b>e. RIFIUTARE L'ASSISTENZA</b> - rifiuta di prendere le medicine, fare le iniezioni, l'assistenza nelle ADL, nel mangiare o nei cambiamenti di posizione	
<b>PUNTEGGIO TOTALE (RANGE 0 - 10)</b>	

**DISTURBI DELL'UMORE**

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

**Codificare gli indicatori osservati indipendentemente dalla causa presunta**

**0. Indicatore non presente negli ultimi 3 giorni**

**1. Presente in 1-2 degli ultimi 3 giorni**

**2. Presente in ognuno degli ultimi 3 giorni**

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



VALUTAZIONE ECONOMICA DI BASE		€/mese
Reddito / pensione assistito	€ ≤ 750	2 punti
	€: 751-1.250	3 punti
	€: > 1.251	4 punti
Reddito / pensione coniuge	€ ≤ 750	1 punto
	€: 751-1.250	2 punti
	€: > 1.251	3 punti
Altri redditi familiari conviventi	NO	0 punti
	SI	1 punto
Altri redditi familiari non conviventi	NO	0 punti
	SI	1 punto
Altri benefici assistito	NO	0 punti
	SI	1 punto
Mutuo / affitto	NO	0 punti
	SI	- 1 punti
Spese assistenza documentate	NO	0 punti
	SI	- 1 punti

**Valutazione Economica di Base:** \_\_\_ / 10  
**Range:** da 0 (Inadeguata) a 10 (adeguata)

Indennità accompagnamento	SI / NO / in corso
---------------------------	--------------------

VALUTAZIONE CONDIZIONE ABITATIVA		
Barriere architettoniche	NO	2 punti
	SI	0 punti
Spazi adeguati per alloggio assistente familiare	NO	0 punti
	SI	1 punto
Camera assistito dedicata	NO	0 punti
	SI	1 punto
Climatizzazione adeguata (riscaldamento e condizionam.)	NO	0 punti
	SI	1 punto
Condizioni strutturali adeguate	NO	0 punti
	SI	2 punti
Servizi igienici adeguati	NO	0 punti
	SI	2 punti
Casa isolata	NO	1 punto
	SI	0 punti

**Valutazione Condizione Abitativa:** \_\_\_ / 10  
**Range:** da 0 (Inadeguata) a 10 (adeguata)

**TOTALE**  
**INDICATORE ADEGUATEZZA CONDIZIONE AMBIENTALE**

RETE ASSISTENZIALE	___ / 20
ECONOMICA DI BASE	___ / 10
CONDIZIONE ABITATIVA	___ / 10
<b>TOTALE</b>	___ / 40

VALUTAZIONE ECONOMICA DI BASE		€/mese
Reddito / pensione assistito	€ ≤ 750	2 punti
	€: 751-1.250	3 punti
	€: > 1.251	4 punti
Reddito / pensione coniuge	€ ≤ 750	1 punto
	€: 751-1.250	2 punti
	€: > 1.251	3 punti
Altri redditi familiari conviventi	NO	0 punti
	SI	1 punto
Altri redditi familiari non conviventi	NO	0 punti
	SI	1 punto
Altri benefici assistito	NO	0 punti
	SI	1 punto
Mutuo / affitto	NO	0 punti
	SI	- 1 punti
Spese assistenza documentate	NO	0 punti
	SI	- 1 punti

**Valutazione Economica di Base:** \_\_\_ / 10  
**Range:** da 0 (Inadeguata) a 10 (adeguata)

Indennità accompagnamento	SI / NO / in corso
---------------------------	--------------------

VALUTAZIONE CONDIZIONE ABITATIVA		NO	punti	2
Barriere architettoniche	SI	SI	punti	0
	NO	NO	punti	0
Spazi adeguati per alloggio assistente familiare	SI	SI	punti	1
	NO	NO	punti	0
Camera assistito dedicata	SI	SI	punti	1
	NO	NO	punti	0
Climatizzazione adeguata (riscaldamento e condizionam.)	SI	SI	punti	1
	NO	NO	punti	0
Condizioni strutturali adeguate	SI	SI	punti	2
	NO	NO	punti	0
Servizi igienici adeguati	SI	SI	punti	2
	NO	NO	punti	0
Casa isolata	SI	SI	punti	1
	NO	NO	punti	0

**Valutazione Condizione Abitativa:** \_\_\_ / 10  
**Range:** da 0 (Inadeguata) a 10 (adeguata)

**TOTALE**  
**INDICATORE ADEGUATEZZA CONDIZIONE AMBIENTALE**

RETE ASSISTENZIALE	___ / 20
ECONOMICA DI BASE	___ / 10
CONDIZIONE ABITATIVA	___ / 10
<b>TOTALE</b>	___ / 40

**LIVELLO DI CAPACITA' / COPERTURA ASSISTENZIALE**

BISOGNO	CURA DIRETTA DELLA PERSONA							23-6 Notte	Totale: _____ (0-10) <b>Indice capacità assistenziale familiare</b>
	7-9	10-11	12-13	14-18	19-20	21-22	23-6 Notte		
	Alzata	Mattina	Pranzo	Pomerig	Cena	Dopo cena			
<b>A</b> Assistenza fornita da familiare									
<b>B</b> Assistenza fornita da volontario									
<b>C</b> Assistenza fornita da personale a pagamento									
<b>D</b> Assistenza fornita dal servizio pubblico									
BISOGNO COMPLETAMENTE SODDISFATTO o non presente	2	1	2	1	2	1	1		
BISOGNO PARZIALMENTE SODDISFATTO	1	0,5	1	0,5	1	0,5	0,5		
BISOGNO COMPLETAMENTE INSODDISFATTO	0	0	0	0	0	0	0		
<b>VALORE</b> (considerando soltanto la rete familiare: A)								Totale: _____ (0-10) <b>Indice capacità assistenziale familiare</b>	
<b>VALORE</b> (considerando soltanto la rete privata: A+B+C)								Totale: _____ (0-10) <b>Indice capacità assistenziale privata</b>	
<b>VALORE</b> (considerando anche il serv. pubblico: A+B+C+D)								Totale: _____ (0-10) <b>Indice copertura assistenziale totale</b>	

**NOTE:**

(Indicare i principali bisogni non soddisfatti e particolari problemi in particolari giorni della settimana)

CURA DELL'AMBIENTE DI VITA		RELAZIONI E ATTIVITA' DI SOCIALIZZAZIONE	
BISOGNO		BISOGNO	
<b>A</b>	Assistenza fornita da familiare	<b>A</b>	Assistenza fornita da familiare
<b>B</b>	Assistenza fornita da volontario	<b>B</b>	Assistenza fornita da volontario
<b>C</b>	Assistenza fornita da personale a pagamento	<b>C</b>	Assistenza fornita da personale a pagamento
<b>D</b>	Assistenza fornita dal servizio pubblico	<b>D</b>	Assistenza fornita dal servizio pubblico
	BISOGNO COMPLETAMENTE SODDISFATTO o non presente		BISOGNO COMPLETAMENTE SODDISFATTO o non presente
	5		5
	BISOGNO PARZIALMENTE SODDISFATTO		BISOGNO PARZIALMENTE SODDISFATTO
	2		2
	BISOGNO COMPLETAMENTE INSODDISFATTO		BISOGNO COMPLETAMENTE INSODDISFATTO
	0		0
	<b>VALORE (considerando soltanto la rete familiare: A)</b>		<b>VALORE (considerando soltanto la rete familiare: A)</b>
	Totale (0-5) ..... 5		Totale (0-5) ..... 5
	<b>VALORE (considerando soltanto la rete privata: A+B+C)</b>		<b>VALORE (considerando soltanto la rete privata: A+B+C)</b>
	Totale (0-5) ..... 5		Totale (0-5) ..... 5
	<b>VALORE (considerando anche il serv. pubblico: A+B+C+D)</b>		<b>VALORE (considerando anche il serv. pubblico: A+B+C+D)</b>
	Totale (0-5) ..... 5		Totale (0-5) ..... 5

**NOTE:**

.....  
 (Indicare i principali bisogni non soddisfatti e particolari problemi in particolari giorni della settimana)

.....  
 Storia personale e familiare, eventi salienti per chi racconta.

Interessi passati ed attuali (es. lettura, televisione, viaggi, collezioni, sport...)

Dati di personalità e di carattere, preferenze (es. abitudini, paure, ritualità, problematiche di relazione...)

Dati sulla rete relazionale: amicale, solidale, comunitaria (es. riceve visite da amici, parenti, volontari, partecipa ad attività esterne, è inserito in progetto di sorveglianza attiva, ecc...)

**ULTERIORI OSSERVAZIONI:**

**SINTESI DELLA VALUTAZIONE SOCIALE**

- VALUTAZIONE RETE ASSISTENZIALE ...../ **20** (da 0 inadeguata a 20 adeguata)  
 VALUTAZIONE ECONOMICA DI BASE ...../ **10** (da 0 inadeguata a 10 adeguata)  
 VALUTAZIONE CONDIZIONE ABITATIVA ...../ **10** (da 0 inadeguata a 10 adeguata)  
**TOTALE INDICATORE**  
**ADEGUATEZZA CONDIZIONE AMBIENTALE** ...../ **40** (da 0 inadeguata a 40 adeguata)

LIVELLO DI CAPACITA' / COPERTURA ASSISTENZIALE: (da 0 bisogno completamente insoddisfatto a 5 o 10 bisogno completamente soddisf.)

	<i>Rete familiare</i>	<i>Rete privata</i>	<i>Rete assist. TOTALE</i>
- CURA DELLA PERSONA	..... / <b>10</b>	..... / <b>10</b>	..... / <b>10</b>
- CURA AMBIENTE DI VITA	..... / <b>5</b>	..... / <b>5</b>	..... / <b>5</b>
- CURA RELAZIONI E SOCIALIZZ.	..... / <b>5</b>	..... / <b>5</b>	..... / <b>5</b>

sulla base delle informazioni raccolte la condizione sociale della persona risulta essere potenzialmente:

- ADEGUATA.....per una eventuale assistenza al domicilio  
 PARZIALMENTE ADEGUATA.....per una eventuale assistenza al domicilio  
 NON ADEGUATA.....per una eventuale assistenza al domicilio

**CAREGIVER BURDEN INVENTORY (CBI)**

(Novak M. e Guest C., *Gerontologist*, 29, 798-803, 1989)

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

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

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

**Totale punteggio** \_\_\_\_\_

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

T<sub>0</sub> Data seduta UVM.....

T<sub>1</sub> Data seduta UVM.....

T<sub>2</sub> Data seduta UVM.....

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

RUOLO	NOMINATIVO	Coinvolto approfondimento valutativo a T <sub>0</sub>	Coinvolto approfondimento valutativo a T <sub>1</sub>	Coinvolto approfondimento valutativo a T <sub>2</sub>

DEFINIZIONE sintetica del PROBLEMA (GLOBALE – SOCIO SANITARIO) a T<sub>0</sub>

.....  
.....

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



**SINTESI Valutazione Multidimensionale**

AREA	SCALA	Valore misurato T <sub>0</sub>	Fattori osservabili	Valore misurato T <sub>1</sub>	Valore misurato T <sub>2</sub>
<b>Clinico- funzionale</b>	MDS ADL- long form				
	IADL				
	SCHEDE CLINICA				
	SCHEDE INFERMIERISTICA				
<b>Cognitivo- comportamentale</b>	PFEIFFER				
	MDS- COMPORAMENTO				
	MDS- UMORE				
<b>Socio-ambientale Relazionale</b>	SCHEDE SOCIALE - Adeguatezza ambientale				
	- Copert. Assist. persona				
	- Copert. Assist. ambiente				
	- Copert. Assist. relazioni				
	CBI				

**INDENNITA' ACCOMPAGNAMENTO**  
 SI... NO... In corso...

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

<b>Obiettivi / Risultati attesi</b>	
Miglioramento/ Rallentamento/ Mantenimento/ Tutela	
.....	
.....	
.....	
.....	
<b>Percorso assistenziale</b>	
<b>RESIDENZIALE</b>	<b>DOMICILIARE</b>  <b>Residenziale sollievo</b> Inserimento temporaneo RSA... <input type="checkbox"/>  <b>Domiciliare indiretto/ integrativo</b> Buono servizio..... <input type="checkbox"/> Contrib. lavoro cura FAMIGLIA..... <input type="checkbox"/> Contrib. lavoro cura ASSIST. FAMIL..... <input type="checkbox"/>
Inserimento permanente RSA... <input type="checkbox"/>  Inserimento temporaneo RSA..... <input type="checkbox"/>	<b>Semiresidenziale</b> Frequenza CD... <input type="checkbox"/> Frequenza CDA... <input type="checkbox"/>  <b>Domiciliare diretto</b> Servizio pubblico..... <input type="checkbox"/> Servizio privato..... <input type="checkbox"/> Rete informale..... <input type="checkbox"/>

**PIANO OPERATIVO**  
**Schede di DETTAGLIO e di VERIFICA T<sub>1</sub> e T<sub>2</sub>**

<b>RESIDENZIALE</b>	<b>MODULO</b>	<b>Periodo programmato T<sub>0</sub></b>	<b>Periodo programmato T<sub>1</sub></b>	<b>Periodo programmato T<sub>2</sub></b>
Inserimento - permanente in RSA <input type="checkbox"/> - temporaneo in RSA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Motorio <input type="checkbox"/> Cognitivo <input type="checkbox"/> Stati vegetativi	dal ...../...../..... al ...../...../.....	dal ...../...../..... al ...../...../.....	dal ...../...../..... al ...../...../.....
<b>VERIFICA T<sub>1</sub> e T<sub>2</sub></b>		Periodo effettuato	Periodo effettuato	Periodo effettuato
Inserimento - permanente in RSA <input type="checkbox"/> - temporaneo in RSA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Motorio <input type="checkbox"/> Cognitivo <input type="checkbox"/> Stati vegetativi	dal ...../...../..... al ...../...../.....	dal ...../...../..... al ...../...../.....	dal ...../...../..... al ...../...../.....
<b>DOMICILIARE</b>				
<b>RESIDENZIALE SOLLIEVO</b>	<b>MODULO</b>	<b>Periodo programmato T<sub>0</sub></b>	<b>Periodo programmato T<sub>1</sub></b>	<b>Periodo programmato T<sub>2</sub></b>
Inserimento temporaneo in RSA	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Motorio <input type="checkbox"/> Cognitivo <input type="checkbox"/> Stati vegetativi	dal ...../...../..... al ...../...../.....	dal ...../...../..... al ...../...../.....	dal ...../...../..... al ...../...../.....
<b>VERIFICA T<sub>1</sub> e T<sub>2</sub></b>		Periodo effettuato	Periodo effettuato	Periodo effettuato
Inserimento temporaneo in RSA	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Motorio <input type="checkbox"/> Cognitivo <input type="checkbox"/> Stati vegetativi	dal ...../...../..... al ...../...../.....	dal ...../...../..... al ...../...../.....	dal ...../...../..... al ...../...../.....
<b>SEMIRESDENZIALE</b>	<b>Accessi / Settimana</b>	<b>Periodo programmato T<sub>0</sub></b>	<b>Periodo programmato T<sub>1</sub></b>	<b>Periodo programmato T<sub>2</sub></b>
Frequenza CD Anziani		dal ...../...../..... al ...../...../.....	dal ...../...../..... al ...../...../.....	dal ...../...../..... al ...../...../.....
Frequenza CD Alzheimer		dal ...../...../..... al ...../...../.....	dal ...../...../..... al ...../...../.....	dal ...../...../..... al ...../...../.....
<b>VERIFICA T<sub>1</sub> e T<sub>2</sub></b>	<b>Accessi / Settimana</b>	<b>Periodo effettuato</b>	<b>Periodo effettuato</b>	<b>Periodo effettuato</b>
Frequenza CD Anziani		dal ...../...../..... al ...../...../.....	dal ...../...../..... al ...../...../.....	dal ...../...../..... al ...../...../.....
Frequenza CD Alzheimer		dal ...../...../..... al ...../...../.....	dal ...../...../..... al ...../...../.....	dal ...../...../..... al ...../...../.....

DOMICILIARE INDIRETTO / INTEGRATIVO	QUANTITA'	Periodo programmato T <sub>0</sub>	Periodo programmato T <sub>1</sub>	Periodo programmato T <sub>2</sub>
Contributo per assist. domiciliare indiretta	€ mese	dal ...../...../..... al ...../...../.....	dal ...../...../..... al ...../...../.....	dal ...../...../..... al ...../...../.....
Contributo per lavoro di cura FAMIGLIA	€ mese	dal ...../...../..... al ...../...../.....	dal ...../...../..... al ...../...../.....	dal ...../...../..... al ...../...../.....
Contributo per lavoro di cura ASSISTENTE FAMILIARE	€ mese	dal ...../...../..... al ...../...../.....	dal ...../...../..... al ...../...../.....	dal ...../...../..... al ...../...../.....
<b>VERIFICA T<sub>1</sub> e T<sub>2</sub></b>		Periodo effettuato	Periodo effettuato	Periodo effettuato
Contributo per assist. domiciliare indiretta	€ mese	dal ...../...../..... al ...../...../.....	dal ...../...../..... al ...../...../.....	dal ...../...../..... al ...../...../.....
Contributo per lavoro di cura FAMIGLIA	€ mese	dal ...../...../..... al ...../...../.....	dal ...../...../..... al ...../...../.....	dal ...../...../..... al ...../...../.....
Contributo per lavoro di cura ASSISTENTE FAMILIARE	€ mese	dal ...../...../..... al ...../...../.....	dal ...../...../..... al ...../...../.....	dal ...../...../..... al ...../...../.....

DOMICILIARE DIRETTO	ATTIVITA' programmate T <sub>0</sub>	Accessi / settimana	ATTIVITA' Programmate T <sub>1</sub>	Accessi / settimana	ATTIVITA' Programmate T <sub>2</sub>	Accessi / settimana
Assistenza Servizio pubblico						
Ruolo Operatore						

DOMICILIARE DIRETTO		ATTIVITA' programmate T <sub>0</sub>	Accessi / settimana	ATTIVITA' Programmate T <sub>1</sub>	Accessi / settimana	ATTIVITA' Programmate T <sub>2</sub>	Accessi / settimana
Assistenza	Servizio privato						
	Ruolo Operatore						

DOMICILIARE DIRETTO		ATTIVITA' programmate T <sub>0</sub>	GG / settimana	ATTIVITA' Programmate T <sub>1</sub>	GG / settimana	ATTIVITA' Programmate T <sub>2</sub>	GG / settimana
Assistenza	Rete informale						
	Ruolo						

PERIODO PROGRAMMATO T<sub>0</sub> da ...../...../..... a ...../...../..... PERIODO EFFETTUATO da ...../...../..... a ...../...../.....

PERIODO PROGRAMMATO T<sub>1</sub> da ...../...../..... a ...../...../..... PERIODO EFFETTUATO da ...../...../..... a ...../...../.....

PERIODO PROGRAMMATO T<sub>2</sub> da ...../...../..... a ...../...../..... PERIODO EFFETTUATO da ...../...../..... a ...../...../.....

<b>ALTRI INTERVENTI</b>	
TIPOLOGIA	DESCRIZIONE
<b>VERIFICA T<sub>1</sub> e T<sub>2</sub></b>	DESCRIZIONE

**DATA VERIFICA T<sub>1</sub> PROGRAMMATA.....**

**Sintesi della VERIFICA T<sub>1</sub> DEL PIANO OPERATIVO**

.....

.....

**DATA VERIFICA T<sub>2</sub> PROGRAMMATA.....**

**Sintesi della VERIFICA T<sub>2</sub> DEL PIANO OPERATIVO**

.....

.....

**DATA VERIFICA T<sub>n</sub> PROGRAMMATA.....**

**VALUTAZIONE DEI RISULTATI DEL PROGETTO ASSISTENZIALE PERSONALIZZATO (P.A.P.)**

**SINTESI DELLA VALUTAZIONE DEI RISULTATI (GLOBALI – SOCIOSANITARI) a T<sub>1</sub>**

(miglioramento).....

(rallentamento/mantenimento).....

(peggioramento).....

(tutela).....

**A SEGUITO DELLA VERIFICA DEL PROGETTO ASSISTENZIALE:**

è stato modificato il PIANO OPERATIVO

è appropriato il PIANO OPERATIVO già definito, che viene riconfermato fino al .....

il caso è stato chiuso il ....., perché .....

**SINTESI DELLA VALUTAZIONE DEI RISULTATI (GLOBALI – SOCIOSANITARI) a T<sub>2</sub>**

(miglioramento).....

(rallentamento/mantenimento).....

(peggioramento).....

(tutela).....

**A SEGUITO DELLA VERIFICA DEL PROGETTO ASSISTENZIALE:**

è stato modificato il PIANO OPERATIVO

è appropriato il PIANO OPERATIVO già definito, che viene riconfermato fino al .....

il caso è stato chiuso il ....., perché .....

