Allegato alla delibera consigliare n. xx del xx

Unione delle Terre d'Argine
SERVIZIO ASSISTENZA ANZIANI

REGOLAMENTO PER L'ACCESSO ALLA CRA (CASA RESIDENZA PER ANZIANI)

INDICE

ART. 1 - Oggetto del Regolamento 3
ART. 2 - Finalità 3
ART. 3 - I servizi residenziali per anziani presenti sul territorio dell'Unione delle Terre d'Argine (o esterni al Distretto) 3
ART. 4 - Requisiti per l'ammissione al Servizio di Casa Residenza 3
ART. 5 - La risposta residenziale a bisogni di alta intensità assistenziale 3
ART. 6 - Procedura per l'accesso nei servizi residenziali 4
ART. 7 - Requisiti per priorità di accesso in struttura residenziale - Modalità di assegnazione del punteggio per la graduatoria 4
ART. 8 – Stesura della graduatoria 8
ART. 9 - Gestione dell'inserimento in Casa Residenza 8
ART. 10 - Dimissioni e sospensioni dalla Casa Residenza 9
ART. 11 - Ricorso 9
ART. 12 - Trattamento dei dati personali 9
ART. 13 - Entrata in vigore e norme transitorie 9
ALLEGATO 1: DOMANDA DI ACCESSO 10
ALLEGATO 2: SCHEDA BARTHEL 10
ALLEGATO 3: SCHEDA MMSE SPMSQ 10
ALLEGATO 4: SCHEDA UCLA/NPI 10
ALLEGATO 5: SCHEDA NURSING SANITARIO 10
ALLEGATO 6: SCHEDA BINA 10

ART. 1 - Oggetto del Regolamento

Il presente Regolamento disciplina i criteri e le modalità di ammissione all'ingresso nei posti di Casa Residenza per Anziani (CRA) e presso le Strutture accreditate del Distretto o in posti accreditati fuori Distretto a favore di anziani, adulti non autosufficienti e disabili.

ART. 2 - Finalità

L'Unione Terre d'Argine (UTdA) ritiene prioritario definire, in accordo con l'Azienda Usl, dei criteri omogenei per la gestione della Graduatoria unica distrettuale di inserimento di anziani, adulti e disabili non autosufficienti nelle Case Residenze accreditate.
I criteri individuati hanno l'obiettivo di :

- garantire a tutti i cittadini dell'UTdA modalità di accesso omogenee
- migliorare i tempi di accesso
- permettere la tutela delle persone non autosufficienti in situazione di maggiore bisogno socio-sanitario
- offrire un inserimento in Casa Residenza che sia il più efficace ed efficiente possibile

ART. 3 - I servizi residenziali per anziani presenti sul territorio dell'Unione delle Terre d'Argine (o esterni al Distretto)

La Casa Residenza è una struttura socio-sanitaria residenziale destinata ad accogliere in modo permanente prevalentemente ospiti non autosufficienti, di grado medio ed elevato, con problematiche assistenziali e sanitarie, che necessitano di elevati livelli di aiuto, sostegno e protezione e che, per questo, non possono essere adeguatamente assistiti al domicilio.
Il Servizio di Casa Residenza garantisce:

- ospitalità ed assistenza continuativa nelle attività quotidiane
- assistenza alberghiera completa (ristorazione, pulizia degli ambienti, lavanderia e guardaroba)
- occasioni di socializzazione e di vita comunitaria attraverso attività ricreative e culturali integrandosi con la famiglia ed il territorio
- assistenza medica, infermieristica e fisioterapica
- un programma assistenziale individualizzato (PAI) destinato al mantenimento / miglioramento dello stato di salute e di benessere dell'ospite

Sul territorio dell'Unione delle Terre d'Argine sono presenti strutture accreditate secondo la programmazione del Piano di Zona e dei piani attuativi annuali.

ART. 4 - Requisiti per l'ammissione al Servizio di Casa Residenza

Nelle Case Residenze, oggetto del presente regolamento, possono essere inseriti cittadini con **residenza** nel distretto dell'UTdA:

1. anziani ultra sessantacinquenni, non autosufficienti;
2. adulti, non autosufficienti;
3. disabili non autosufficienti.

La non-autosufficienza deve essere accertata a seguito di valutazione da parte della competente Commissione Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) ai sensi della Deliberazione Regionale n.1378/99 in relazione a fattori sociali, relazionali e sanitari.

ART. 5 - La risposta residenziale a bisogni di alta intensità assistenziale

Nel nostro distretto n.1 di Carpi sono riservati posti per utenti più gravi sotto il profilo sanitario con forte valenza sanitaria (turno infermieristico H 24).
Può trattarsi di accoglienza definitiva nelle situazioni di gravi condizioni sanitarie (gravissime cerebro lesioni acquisite, mielolesioni, esiti disabilitanti di patologie neurologiche invalidanti in fase avanzata,

presenza di tracheotomia, ventilazione assistita, ecc...), o di accoglienza temporanea, di norma, a seguito di dimissione ospedaliera (es. dimissione da U.O. Ortopedia con indicazione riabilitativa).
Per l'accoglienza temporanea, si prevede il caso in cui, anche i servizi sociali e quelli sanitari possono segnalare al PUASS (Punto Unico di Accesso Socio Sanitario) alcune specifiche situazioni, purchè rispondenti ai criteri condivisi per la temporaneità.
L'accesso avviene su proposta del PUASS, previa valutazione dell'UVM (Unità di Valutazione Multiprofessionale). L'accesso a questi posti ad alta valenza sanitaria non avviene attraverso la procedura indicata dal presente regolamento.

ART. 6 - Procedura per l'accesso nei servizi residenziali

I cittadini interessati segnalano al Servizio Sociale Territoriale di competenza lo stato di bisogno dei soggetti, di cui all'art.4 del presente Regolamento, che verrà valutato dall'Assistente Sociale, responsabile del caso, al fine di definire un programma di assistenza personalizzato.

Se dalla valutazione del Responsabile del caso emerge la necessità di un inserimento in Casa Residenza del cittadino, si provvede a fare sottoscrivere allo stesso cittadino (nota 1) apposita domanda (allegato 1), ad acquisire la documentazione sanitaria e ad attivare la competente commissione Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che certifica la condizione di non autosufficienza e predispone un programma di assistenza personalizzato con il coinvolgimento dell'anziano e/o dei familiari referenti.
A seguito della valutazione effettuata dalla commissione UVM, il Responsabile del Caso provvede a compilare le griglie di accesso (allegati 2,3,4,5,6) il cui punteggio finale determina la posizione di inserimento in lista d'attesa.
L'UdTA ha affidato all'Azienda Servizi alla Persona (di seguito ASP) la valutazione dell'ISEE del richiedente, la stesura e l'aggiornamento della graduatoria di accesso alle CRA, così come previsto dall'art.5 comma 1 del "Contratto di Servizio tra l'Unione delle Terre d'Argine, i Comuni di Carpi, Campogalliano, Novi di Modena e Soliera, e l'Azienda dei servizi alla Persona Asp terre d'Argine per il conferimento all'ASP medesima della gestione dei servizi ed attività di sub committenza in materia di Servizi socio-assistenziali e socio-sanitari – approvazione schema di contratto" approvato con atto della Giunta UdTA n.81/2016.
Pertanto ASP provvede alla stesura della graduatoria e all'invio di comunicazione scritta agli utenti/familiari riportante l'accoglimento della domanda e l'inserimento in graduatoria.

(nota 1): la firma sulla domanda va posta dal cittadino o dal suo amministratore di sostegno o dal suo tutore

ART. 7 - Requisiti per priorità di accesso in struttura residenziale - Modalità di assegnazione del punteggio per la graduatoria

Il soggetto candidato all'ammissione in struttura residenziale viene inserito in una graduatoria sulla base di un punteggio ottenuto dalla valutazione di tre aree, quali:

A) <u>il GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA</u> che concorre al punteggio totale per un massimo di punti 130

Il grado di non autosufficienza è determinato dalla relazione tra lo stato di salute ed il bisogno assistenziale e viene rilevato tramite gli strumenti tecnici utilizzati dall'UVM per valutare i diversi aspetti dell'autonomia:

a) BARTHEL (autonomie motorie e funzionali)
b) MINI MENTAL STATE EXAMINATION – MMSE - Valutazione breve dello stato mentale (SPMSQ) (competenza cognitiva)
c) UCLA/NPI (indice dei disturbi del comportamento)
d) NURSING SANITARIO (fabbisogno infermieristico)
e) B.I.N.A. (indicatore sintetico della non autosufficienza)

Nella tabella che segue viene identificata la relazione tra punteggio ottenuto nelle singole schede di valutazione e il punteggio valido per l'ammissione in graduatoria:

BARTHEL **Allegato 2**	MMSE SPMSQ **Allegato 3**	UCLA/NPI **Allegato 4**	NURSING SANITARIO **Allegato 5**	BINA **Allegato 6**
100-91 0 punti	30-26 10-8 0 punti	0-6 0 punti	0-20 2 punti	230-240 1 punto
90-75 2 punti	25-18 7-6 4 punti	7-12 3 punti	21-30 4 punti	240-340 3 punti
74-50 4 punti	17-11 5-3 8 punti	13-24 6 punti	31-40 6 punti	350-450 5 punti
49-25 7 punti	10-0 2-0 10 punti	25-44 10 punti	41-45 8 punti	460-560 8 punti
<24 10 punti	10-0 2-0 10 punti	>44 50 punti	>46 50 punti	>560 10 punti

B) <u>La RETE SOCIO-FAMILIARE</u> che concorre al punteggio totale per un massimo di punti 35

Il punteggio della rete socio-familiare "misura" il livello di tenuta del contesto familiare rispetto ai bisogni assistenziali dell'anziano non autosufficiente e la possibilità/capacità del/dei caregiver/s di fornire adeguata assistenza al proprio congiunto. La rete familiare è analizzata più come **risorsa assistenziale** che come entità anagrafica. Lo scopo delle informazioni raccolte è quello di descrivere il livello di protezione che essa è in grado di assicurare al soggetto senza il ricorso al servizio residenziale. Di seguito sono descritte alcune delle più frequenti situazioni assistenziali che si possono verificare e la conseguente relazione da considerare tra livello di protezione assicurato dalla rete e punteggio di graduatoria.

Il punteggio è definito a scalare in proporzione all'aumento dell'adeguatezza della rete:

RETE SOCIO FAMILIARE - PUNTI 35	
Punti 35 **Casi riconducibili a situazioni prive di risorse assistenziali**	▪ persona sola che non ha avuto figli o con figli/coniuge deceduti e senza nipoti diretti ▪ Anziano/a solo senza figli, non sposato/a e/o vedovo/a in nucleo con parenti indiretti, diretti ma "fragili" o convivente di compagnia ▪ persona vedovo/a in nucleo con unico figlio disabile almeno al 75% con comma 1 e 3 L.104/92 o figlio in altri servizi residenziali ▪ persona senza figli con il coniuge/convivente non autosufficiente in nucleo/in altri servizi residenziali ▪ persona in nucleo multiproblematico seguito dai servizi ▪ persona senza figli che vive in comunità o appartamenti protetti o strutture residenziali ▪ persona sola o in nucleo con unico figlio/coniuge che deve provvedere ad un famigliare disabile ▪ altro da specificare

Punti 20 **Casi riconducibili a situazioni con una sola risorsa assistenziale**	▪ persona senza figli con il coniuge autosufficiente ▪ persona che vive solo con figlio/figli deceduti con solo riferimento di nipoti in linea diretta (figli di figli) ▪ persona con un solo figlio non residente nel nucleo ▪ persona con due figli di cui uno invalido almeno al 75% non residente nel nucleo ▪ altro da specificare
Punti 10 **Casi riconducibili a situazioni con due risorse assistenziali**	▪ persona sola con 2 figli non residenti nel nucleo ▪ persona con coniuge e 1 figlio non residente nel nucleo ▪ altro da specificare
Punti 5 **Casi riconducibili a situazioni con più di due risorse assistenziali**	• persona sola con tre o più figli non residenti nel nucleo • persona con coniuge e almeno due figli non residenti nel nucleo • persona con uno o più figli conviventi • altro da specificare

C) La SITUAZIONE REDDITUALE che concorre al punteggio totale per un massimo di punti 25

La componente reddituale è valutata in modo inversamente proporzionale al valore del'ISEE socio-sanitario del cittadino non autosufficiente che fa domanda di CRA.
Per l'attribuzione del punteggio relativo all'ISEE, si procede nel modo seguente:

ISEE punti 25	
Importo ISEE	Punti
Fino a € 5.000,00	25
Da € 5.001,00 a € 7.500,00	22
Da € 7.501,00 a € 10.000,00	19
Da € 10.001,00 a € 13.500,00	13
Da € 13.501,00 a € 18.000,00	8
Da € 18.001,00 a € 25.000,00	4
Oltre 25.000,00	0

Nel caso in cui non sia presentato l'ISEE, la domanda viene accolta con attribuzione di punteggio reddituale pari a 0.

La somma dei punti delle aree precedentemente descritte determina il punteggio base con il quale il richiedente supera la prima fase di valutazione per l'ammissione in struttura residenziale:
punteggio area A) + punteggio area B) + punteggio area C) = punteggio BASE

SPECIFICI CASI COMPLESSI E PROBLEMATICI = punti 10

Può succedere che l'assistente sociale e l'UVM si trovino a gestire situazioni particolarmente complesse e problematiche, non inquadrabili con i criteri precedentemente codificati. In questi casi, in via eccezionale, si consente di sommare al punteggio complessivo ricavato dalla somma A+B+C ulteriori 10 punti. Questa opzione discrezionale consentita all'UVM, previa relazione giustificativa, vuole garantire la possibilità di valutare pienamente tutte le possibili sfaccettature di situazioni complesse e problematiche e di tutelare le necessità assistenziali della persona. Questa misura deve essere utilizzata dall'UVM in via del tutto straordinaria e per essere effettiva deve essere convalidata dal responsabile dell'Area della Non Autosufficienza del Servizio Sociale dell'UdTA e dall'Area Fragili dell'ASL del Distretto di Carpi.

TABELLA RIEPILOGATIVA DEL PUNTEGGIO

Riepilogando, le graduatorie potranno comportare l'attribuzione al massimo **190 punti "base"** di cui:

- punti massimi 130 per il grado di non autosufficienza (A);
- punti massimi 35 per la rete socio-familiare (B);
- punti massimi 25 per la situazione reddituale (C).

Al punteggio "base" A+B+C potranno sommarsi gli eventuali **10 punti assegnati dall'UVM** e convalidati dal responsabile dell'Area della Non Autosufficienza del Servizio Sociale dell'UdTA e dall'Area Fragili dell'ASL del Distretto di Carpi, per i casi particolarmente problematici.

Per un totale generale massimo raggiungibile di 200 punti.

- Nel caso di richiesta di ingresso effettuata da una coppia (coniugi, genitori e figli fragili, ecc...) che esprimano il desiderio di una collocazione nella stessa struttura e che tale collocazione venga considerata opportuna dall'UVM per il benessere di entrambi i componenti, entrambi saranno collocati in graduatoria con il punteggio del più alto dei due. Si precisa che la richiesta di abitare nella stessa camera non è un'opzione esigibile da graduatoria ma da concordare con la direzione della struttura.
- A parità di punteggio avrà titolo di precedenza la persona con un grado di Non Autosufficienza maggiore. Nel caso in cui persista la parità di punteggio sarà data priorità all'anzianità anagrafica.
- La domanda di CRA presentata dal cittadino resta valida per un anno intero, dalla data di protocollo della medesima.
- Il cittadino potrà fare domanda in qualsiasi momento, ma la graduatoria sarà aggiornata tre volte all'anno, come descritto nel successivo art. 8. Le domande, corredate di tutta la documentazione necessaria, dovranno pervenire entro 30 gg dalla data fissata per l'aggiornamento della graduatoria.
- Qualora le condizioni del richiedente si modificassero, il medesimo può produrre nuova documentazione ad integrazione della domanda, così da aggiornare il punteggio attribuito nella graduatoria successiva.

ART. 8 – Stesura della graduatoria

In base al punteggio assegnato ad ogni utente, saranno redatte due graduatorie, una per genere, da approvare con specifico atto dirigenziale dell'UTdA ogni quattro mesi, nelle seguenti date:
1 marzo, 1 luglio, 1 novembre e se festivo, il termine è posticipato al 1° giorno lavorativo successivo.

Da ciascuna graduatoria, in attesa dei nuovi posti da accreditare previsti dalla programmazione approvata nel PdZ, sarà possibile procedere alla estrapolazione di quattro graduatorie, una per ciascun territorio in base alla residenza, per conseguire il soddisfacimento del fabbisogno fino ad oggi garantito.

Una volta acquisiti i nuovi posti accreditati previsti nella programmazione, questi verranno assegnati procedendo con le due graduatorie generali in ordine di priorità.

Con apposito atto di giunta si potrà estendere tale modalità anche per l'assegnazione dei posti preesistenti, previa valutazione del fabbisogno rilevato sia dei richiedenti che dei territori, dell'impatto dell'applicazione del nuovo regolamento e della sostenibilità delle risorse a disposizione.

ART. 9 - Gestione dell'inserimento in Casa Residenza

ASP Terre d'Argine gestisce l'inserimento dei cittadini non autosufficienti in Casa Residenza attraverso lo strumento della graduatoria con le seguenti modalità:

a. Modalità e tempi di inserimento

1) La Casa Residenza deve comunicare tempestivamente ad ASP Terre d'Argine la disponibilità di posti
2) ASP Terre d'Argine contatta gli utenti/familiari seguendo l'ordine della graduatoria. L'utente/familiare entro n°2 giorni deve comunicare ad ASP Terre d'Argine la propria intenzione ad accettare l'ingresso o rinunciare al posto
3) Nel caso l'utente/familiare accetti il posto, dovrà firmare l'accettazione ed il relativo contratto presso gli Uffici di ASP Terre d'Argine
4) L'ingresso in Casa Residenza da parte dell'utente deve avvenire non oltre i 3 giorni dall'accettazione del posto
5) ASP Terre d'Argine provvede ad inviare alla Casa Residenza tutta la documentazione riferita al nuovo ingresso (situazione anagrafica, familiare e reddituale, situazione sanitaria e schede di valutazione)
6) Nel caso l'utente voglia rinunciare al posto offerto, dovrà sottoscrivere rinuncia presso gli Uffici di ASP Terre d'Argine, prendendo atto che tale decisione comporta l'esclusione dalla graduatoria per n°12 mesi dalla data di rinuncia e il divieto di ripresentare domanda per 12 mesi dalla data della rinuncia
7) ASP provvederà a comunicare al cittadino la scadenza della validità della propria domanda, poiché come descritto nell'ART.7 ogni domanda di CRA ha validità di un anno.

b. Trasferimento tra Case Residenze

E' prevista inoltre una specifica lista d'attesa relativa alle richieste di trasferimento tra Strutture con l'obiettivo di favorire e valorizzare le relazioni tra l'utente ed i propri congiunti e il proprio territorio.
L'utente già ospite (o il suo amministratore di sostegno) di una Struttura che desideri essere trasferito può presentare una motivata richiesta scritta ad ASP Terre d'Argine.
Si procederà per ordine di arrivo e protocollazione della richiesta.

ART. 10 - Dimissioni e sospensioni dalla Casa Residenza

La dimissione dalla Casa Residenza può avvenire per:

- rinuncia scritta presentata dall'interessato o da chi per esso ad ASP Terre d'Argine;
- decesso dell'ospite.

La sospensione del servizio, con mantenimento del posto, avviene quando l'utente si assenta dalla Casa Residenza in seguito al ricovero ospedaliero, soggiorni climatici o terapeutici, rientro temporaneo in famiglia, o comunque di assenze programmate, così come specificato nel paragrafo 9 della delibera regionale 273/2016.
Il periodo di assenza, ad esclusione del ricovero ospedaliero, deve essere sempre concordato col Gestore della Casa Residenza.
In caso di mantenimento del posto letto è previsto il versamento di una quota della retta a carico degli ospiti fissata dal regolamento delle tariffe vigenti.

ART. 11 - Ricorso

Il ricorso va presentato in forma scritta, (mediante consegna diretta, per posta, via fax) e sottoscritto dal segnalante. Pertanto, i reclami anonimi, e non circostanziati, non saranno presi in considerazione.
Il ricorso può riguardare:

- il punteggio attribuito per l'inserimento in graduatoria;
- l'esclusione dalla graduatoria.

La procedura è quella prevista secondo le modalità descritte dalla normativa degli atti amministrativi.

ART. 12 - Trattamento dei dati personali

In base a quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati personali e le informazioni acquisiti sono oggetto di trattamento secondo le modalità e le cautele previste dal predetto decreto legislativo, rispettando i presupposti di legittimità, seguendo il principio di correttezza, di trasparenza, di tutela della dignità e della riservatezza. Agli interessati o alle persone presso le quali sono raccolti i dati, saranno date le informazioni di cui agli art. 13 e 22 del codice.
Il conferimento dei dati da parte degli interessati è da ritenersi obbligatorio per fruire del servizio. Ai sensi dell'art.73 del codice, le finalità socio-assistenziali, con particolare riferimento alle attività oggetto del presente regolamento, sono da intendersi di rilevante interesse pubblico, e pertanto si ritiene autorizzato anche il trattamento di dati sensibili e giudiziari ai sensi degli art.20 e 21 del codice medesimo. E' fatta salva la comunicazione dei dati eseguita in adempimento ad obbligo di legge o quando è necessaria per lo svolgimento del servizio oggetto del presente regolamento.

ART. 13 - Entrata in vigore e norme transitorie

Il presente regolamento entra in vigore dalla data di conseguita esecutività dell'atto che lo approva.
La prima graduatoria sarà pubblicata entro il 15 dicembre c.a., in deroga a quanto previsto nell'art.8 del presente regolamento, per consentire la rivalutazione di tutte le posizioni già in graduatoria. Fino all'approvazione di questa prima graduatoria, rimarrà in vigore l'ultima approvata con il precedente regolamento.
Dopo tale periodo, tutte le posizioni degli utenti in graduatoria, saranno definite secondo i criteri e le modalità previste nel presente regolamento.

ALLEGATO 1: DOMANDA DI ACCESSO
ALLEGATO 2: SCHEDA BARTHEL
ALLEGATO 3: SCHEDA MMSE SPMSQ
ALLEGATO 4: SCHEDA UCLA/NPI
ALLEGATO 5: SCHEDA NURSING SANITARIO
ALLEGATO 6: SCHEDA BINA

Unione delle Terre d'argine

ALL.1

Prot. Generale N. _____ del _____
Classifica: Tit. _____ Classe _____

PRATICA N. . del

DOMANDA INSERIMENTO IN CASA PROTETTA

Cognome

Nome

Sesso

Indirizzo

Comune

Telefono

All' Unione delle Terre d' Argine

Territorio del Comune di CARPI

Settore dei Servizi Socio Sanitari

OGGETTO: **DOMANDA INSERIMENTO IN CASA PROTETTA**

Il sottoscritto

nato a

il

residente in

Comune

Telefono

CHIEDE

DOMANDA INSERIMENTO (valida per un anno dalla data del protocollo)

Nell'interesse di

In qualità di
amministratore
di
sostegno/tutore

nato a

il

residente in

Comune

Telefono

A tal fine allega i seguenti certificati e documenti :

ISEE

Si impegna a presentare i certificati e i documenti se necessari, per la compilazione delle griglie di accesso (Allegati 2, 3, 4, 5, 6) al regolamento, eventuale verbale di invalidità.....

Responsabile del Procedimento :

Uffici presso cui sui può prendere visione degli atti

Per gli accessi, prendere appuntamento con l'assistente sociale di riferimento

ai numeri :

Il procedimento ha avvio dalla data del protocollo e deve concludersi entro centoottanta giorni.

Decorsi i termini per la conclusione del procedimento con un provvedimento espresso può essere proposto ricorso fintanto che perduri l'inadempimento e comunque non oltre un anno dalla scadenza dei termini di conclusione del procedimento.

Nel caso l'utente voglia rinunciare al posto offerto, dovrà sottoscrivere rinuncia presso gli uffici preposti dell'ASP, prendendo atto che tale decisione comporta l'esclusione dalla graduatoria per n.12 mesi dalla data di rinuncia e il divieto di ripresentare domanda per 12 mesi dalla data della rinuncia.

NORMATIVA SULLA PRIVACY:

Art. 13 D.Lgs 196/2003 . L'Unione delle Terre d'Argine e' in possesso dei suoi dati personali e/o sensibili e/o giudiziari per adempiere alle normali operazioni derivanti da obbligo di legge e/o istituzionali previsti per le finalità indicate in questo modulo. I dati sensibili e/o giudiziari (di cui all'art. 4 comma 1 lett. d) ed e)), saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi indicati nel presente modulo. In qualunque momento potrà esercitare i diritti degli interessati di cui all'art. 7 del D. Lgs. n.196/2003 contattando il Responsabile dei Servizi Socio Sanitari nella persona Dirigente del Settore pro-tempore, con sede in via Carducci 32-34 - Carpi (Mo), tel. 059 649611, fax 059 649645. L'informativa completa denominata "**Domande utenti area anziani",** può essere consultata su **www.terredargine.it/informative** oppure richiesta telefonando a QuiCittà allo 059/649.213 .
Il sottoscritto interessato, acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 presta il suo libero consenso al trattamento dei propri dati personali, per le finalità indicate nella suddetta informativa ed è consapevole che il trattamento potrà riguardare dati definiti sensibili e/o giudiziari di cui all'art. 4 comma 1 lett. d) ed e), nonché art.26 e 27 del D.lgs.196/2003.

DATA ***FIRMA RICHIEDENTE*** ***FIRMA UTENTE***

_____ _____

DATA RICEVUTA ***FIRMA PER RICEVUTA***

_____

ALL. 2

SCALA DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA (Barthel Index)

(Mahoney FI, Barthel DW: Mar.St.Med.J. 1965;14:61-65)

	A	B	C
Alimentazione	0	5	10
Abbigliamento	0	5	10
Toilette personale	0	0	5
Fare il bagno	0	0	5
Controllo defecazione	0	5	10
Controllo minzione	0	5	10
Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare	0	10	15
Montare e scendere dal WC	0	5	10
Camminare in piano	0	10	15
Salire o scendere le scale	0	5	10

A) dipendente B) con aiuto C) indipendente

PUNTEGGIO TOTALE _____/100

SCALA DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA INDICE DI BARTHEL

L'Indice di Barthel rappresenta uno degli strumenti di valutazione della funzione fisica più noti, soprattutto in ambito riabilitativo.
Fornisce un punteggio indicativo delle capacità del soggetto di alimentarsi, vestirsi, gestire l'igiene personale, lavarsi, usare i servizi igienici, spostarsi dalla sedia al letto e viceversa, deambulare in piano, salire e scendere le scale, controllare la defecazione e la minzione.
Il punteggio assegnato per ogni funzione può essere 15, 10, 5 o 0. Per esempio, vengono assegnati 10 punti se il soggetto si alimenta autonomamente e 5 punti se richiede aiuto (per esempio tagliare il cibo). Per il controllo della minzione e defecazione si considera indipendente il paziente che gestisce autonomamente i propri bisogni; con aiuto se richiede l'aiuto (anche parziale) di altri per utilizzare strumenti quali pappagallo o padella; dipendente se usa il catetere o presenta episodi di incontinenza, anche saltuari.

Il punteggio massimo è assegnato solo se il paziente esegue il compito in modo completamente indipendente, senza la presenza di personale d'assistenza.
Il punteggio massimo è 100 ed indica l'indipendenza in tutte le attività di base della vita quotidiana.

ALL. 3

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

(Folstein M.F., Folstein S., McHugh P.R., J.Psychiatr.Res.,12:189-198, 1975)

1. Orientamento temporo-spaziale

Il paziente sa riferire il giorno del mese, l'anno, il mese, il giorno della settimana e la stagione.

[0] [1] [2] [3] [4] [5]

Il paziente sa riferire il luogo in cui si trova, a quale piano, in quale città, regione, stato.

[0] [1] [2] [3] [4] [5]

2. Memoria

L'esaminatore pronuncia ad alta voce tre termini (casa, pane, gatto) e chiede al paziente di ripeterli immediatamente. [0] [1] [2] [3]

L'esaminatore deve ripeterli fino a quando il paziente non li abbia imparati (max 6 ripetizioni).

Tentativi n. _____

3. Attenzione e calcolo

Far contare per sette all'indietro, partendo da 100. Fermarsi dopo le prime 5 risposte.

Se il paziente avesse difficoltà di calcolo, far scandire all'indietro la parola "MONDO" una lettera alla volta.

[0] [1] [2] [3] [4] [5]

4. Richiamo delle tre parole

Richiamare i tre termini precedentemente imparati. [0] [1] [2] [3]

5. Linguaggio

Il paziente deve riconoscere due oggetti.

Come si chiama questo? (indicando una matita). Come si chiama questo? (indicando un orologio).

[0] [1] [2]

Invitare il paziente a ripetere la frase "TIGRE CONTRO TIGRE". [0] [1]

Esecuzione di un compito su comando.

Invitare il paziente ad eseguire correttamente i seguenti ordini: a) prenda un foglio con la mano destra, b) lo pieghi a metà, c) e lo butti dal tavolo. [0] [1] [2] [3]

Presentare al paziente un foglio con la seguente scritta: "Chiuda gli occhi".

Invitare il paziente ad eseguire il comando indicato [0] [1]

Far scrivere al paziente una frase formata almeno da soggetto e verbo. [0] [1]

Far copiare al paziente il disegno indicato. [0] [1]

(Il materiale delle ultime due prove va conservato)

PUNTEGGIO COMPLESSIVO:

	Intervallo di età	*65-69*	*70-74*	*75-79*	*80-84*	*85-89*
Livello di educazione						
0-4 anni		+0.4	+0.7	+1.0	+1.5	+2.2
5-7 anni		-1.1	-0.7	-0.3	+0.4	+1.4
8-12 anni		-2.0	-1.6	-1.0	-0.3	+0.8
13-17 anni		-2.8	-2.3	-1.7	-0.9	+0.3

Esaminatore:.....

S.T.C. - S.Sofia di R. - 2.000x2 - 07/07

Valutazione del __/__/____

SPMSQ

Cognome _____ Nome _____ data di nascita __/__/____

1.	Qual è la data di oggi (giorno, mese, anno)?	Sì	No
2.	Che giorno della settimana è?	Sì	No
3.	Qual è il nome di questo posto?	Sì	No
4.	Qual è il suo numero di telefono?	Sì	No
4.a	Qual è il suo indirizzo?	Sì	NO
5.	Quanti anni ha?	Sì	No
6.	Quando è nato?	Sì	No
7.	Chi è il Presidente della Repubblica?	Sì	No
8.	Chi era il Presidente precedentemente?	Sì	No
9.	Quale era il cognome di sua madre da ragazza?	Sì	No
10.	Sottragga 3 da 20 e da ogni numero fino in fondo	Sì	No
	Numero totale errori		

- Sottoporre i quesiti da 1 a 10, registrando le risposte
- Il quesito 4.a solo se il paziente non ha il telefono
- Registrare il numero totale di errori sulle 10 domande: sottrarre 1 errore se il soggetto ha frequentato la scuola elementare, aggiungere 1 errore se il soggetto ha frequentato le scuole oltre le medie superiori

Osservazioni _____

_____

Esaminatore _____

ALL. 4

UCLA Neuropsychiatric Inventory

Ingresso

	NA	Mai	Freq.	Grav.	G x F	Distress
Deliri	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Allucinazioni	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Agitazione	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Depr/Disf	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Ansia	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Euforia/esaltaz.	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Apatia/Indoff.	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Disinibizione	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Irrit./Labilità	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Att.mot,an.	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Sonno	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Appetito	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
TOTALE			_____	_____	_____	_____

Dimissione

	NA	Mai	Freq.	Grav.	G x F	Distress
Deliri	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Allucinazioni	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Agitazione	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Depr/Disf	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Ansia	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Euforia/esaltaz.	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Apatia/Indoff.	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Disinibizione	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Irrit./Labilità	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Att.mot,an.	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Sonno	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Appetito	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
TOTALE			_____	_____	_____	_____

Follow up

	NA	Mai	Freq.	Grav.	G x F	Distress
Deliri	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Allucinazioni	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Agitazione	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Depr/Disf	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Ansia	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Euforia/esaltaz.	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Apatia/Indoff.	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Disinibizione	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Irrit./Labilità	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Att.mot,an.	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Sonno	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
Appetito	x	o	1 2 3 4	1 2 3	_____	0 1 2 3 4 5
TOTALE			_____	_____	_____	_____

Nome e Cognome :.....

Nato il.....

Eseguito da ..... data.....

(Firma e Timbro)

Dati raccolti insieme al care giver.....

S.T.C. - S.Sofia di R. - 2.000x2 - 07/07

ALL. 5

SCHEDA DI NURSING

Ospite _____ Data nascita ____/____/____

Data compilazione ____/____/____ Firma del compilatore _____

Diagnosi / Disagio prevalente _____

PROBLEMA	N.R.	A NURSING TUTELARE		PESO	N.R.	B NURSING SANITARIO		PESO
1. Respirazione					1.1B	Normale	☐	0
					1.2B	Presenza di secrezioni/posture part	☐	2
					1.3B	Aerosol/terapia	☐	3
					1.4B	Ossigeno terapia	☐	3
					1.5B	Aspirazione	☐	4
					1.6B	Tracheostomia/ventilatore/ gestione	☐	11
2. Circolazione					2.1B	Normale	☐	0
					2.2B	Controllo quotidiano parametri vitali	☐	1
					2.3B	Controllo parametri più volte al giorno	☐	3
					2.4B	Ulcera venosa/medicazione	☐	5
					2.5B	Gangrena/medicazione	☐	8
3.Eliminazione Urinaria	3.1A	Autonomo	☐	0				
	3.2A	Continenza assistita (necessita di essere accompagnato in bagno,di pappagallo o padella, ecc.)	☐	3				
	3.3A	Urocontrol/gestione	☐	3				
	3.4A	Uso di pannoloni/gestione	☐	4				
					3.1B	Riabilitazione vescicale	☐	2
					3.2B	Catetere vescicale/gestione	☐	3
					3.3B	Urostomia/gestione	☐	5
4.Eliminazione Fecale	4.1A	Autonomo	☐	0				
	4.2A	Continenza assistita (necessita di essere accompagnato in bagno,di pappagallo o padella, ecc.)	☐	4				
	4.3A	Uso di pannoloni/gestione	☐	5				
					4.1B	Piano per controllo stipsi (alimentaz./idrataz./dieta.ecc.)	☐	5
					4.2B	Clisteri evacuativi	☐	6
					4.3B	Clisteri evacuativi con svuotamento manuale	☐	8
					4.4B	Colonstomia/gestione	☐	8
5. Igiene Personale/ Abbigliamento	5.1A	Autonomo	☐	0				
	5.2A	Autonomo assistita- Igiene/Abbigliamento quotidiano (riesce a lavarsi con l'aiuto di una persona e/o se viene accompagnato in bagno. Ecc.)	☐	5				
	5.3A	Dipendenza completa- Igiene/Abbigliamento quotidiani	☐	7				
	5.4A	Bagno settimanale	☐	8				
					5.1B	Pulizia del cavo orale	☐	3

PROBLEMA	N.R.	A NURSING TUTELARE		PESO	N.R.	B NURSING SANITARIO		PESO
6-Integrità cutanea	6.1A	Prevenzione decubito / uso ausili	☐	5	6.1B	Cute integra	☐	0
					6.2B	Medicazione semplice	☐	5
					6.3B	Prevenzione decubiti / uso di ausili	☐	5
					6.4B	Medicazione / gestione ulcera decubito 1° e 2° stadio	☐	5
					6.5B	Medicazione / gestione ulcera decubito 3° e 4° stadio	☐	10
7-Alimentazione Idratazione	7.1A	Autonomo	☐	0				
	7.2A	Autonomia assistita (mangia con l'aiuto di una persona per tagliare gli alimenti o per la preparazione del pasto, ecc.	☐	3				
	7.3A	Dipendenza completa (imboccato)	☐	6				
					7.1B	Controllo alimentazione/idratazione piano assistenziale (disfagia,bilancio idrico,diete particolari, ecc.)	☐	6
					7.2B	Gestione N.E. c / Nutripompa c / SNG	☐	10
					7.3B	Gestione N.E. c / Nutripompa c / PEG	☐	10
					7.4B	Gestione NPT	☐	12
8- Mobilizzazione	8.1A	Autonomo	☐	0				
	8.2A	Necessita di aiuto di una persona e/o ausili	☐	2				
	8.3A	Necessita di due persone per spostarsi	☐	4				
	8.4A	Mobilizzazione programmata nel letto	☐	2				
	8.5A	Mobilizzazione programmata quotidiana letto / poltrona / carrozzina	☐	5				
					8.1B	Posture particolari (esiti di Ictus. Fratture ecc)	☐	3
9- Sonno e Riposo	9.1A	Normale	☐	0				
	9.2A	Rilevazione sonno – veglia diurna e notturna	☐	2				
	9.3A	Stato confusionale notturno /gestione	☐	9				
					9.1B	Insonnia / gestione (farmaci e/o supporto psicologico)	☐	3
10.- Uso di farmaci					10.1B	Autonomo	☐	0
					10.2B	Terapia i.m. – s.c.- e.v.	☐	2
					10.3B	Ipodermoclisi	☐	3
					10.4B	Uso assistito – terapia orale (necessita della collaborazione di una persona per assumere i farmaci)	☐	3
					10.5B	Terapia infusionale	☐	3
11- Trattamenti speciali					11.1B	Prelievi o Stick	☐	2
					11.2B	Visite specialistiche (gestione organizzativa)	☐	6
					11.3B	Gestione catetere succlavia	☐	3
					11.4B	Gestione pompe infusione / terapia in vena 24 ore	☐	8
					11.5B	Dialisi (gestione dell'accesso vascolare,ecc.)	☐	14
12- Attività occupazionali	12.1A	Autonomo	☐	3				
	12.2A	Con aiuto parziale	☐	4				
	12.3A	Necessita di aiuto totale	☐	6				
		TOTALE PUNTEGGIO_____				TOTALE PUNTEGGIO_____		

PROBLEMA	C VARIABILI PSICO – FISICHE -RELAZIONALI			PESO
13. Organi di senso Linguaggio	13.1C	Normale	☐	0
	13.2C	Deficit uditivi rilevanti	☐	3
	13.3C	Deficit visivi rilevanti	☐	5
	13.4C	Deficit linguaggio rilevanti	☐	5
14.Stato di coscienza	14.1C	Normale	☐	0
	14.2C	Assopito – disorientato - stupor	☐	5
	14.3C	Gravi turbe men. (demenza senile ecc)	☐	10
	14.4C	Incoscienza / Coma	☐	7
15. Relazione sociale	15.1C	Normale	☐	0
	15.2C	Aggressivo – Rifiuto – Diffidenza - Opposizione	☐	8
	15.3C	Depressione / Apatia	☐	6
	15.4C	Malattia psichiatrica	☐	10
16. Collaborazione e supporto della famiglia	16.1C	Famiglia collaborante	☐	2
	16.2C	Famiglia incapace o non collaborante	☐	6
	16.3C	Senza famiglia od amici	☐	8
17. Educazione all'ospite ed alla famiglia	17.1C	Ospite non in grado di rendersi autonomo per gravi patologie	☐	2
	17.2C	Ospite con neces. di supporto / inseg.	☐	6

TOTALE PUNTEGGIO_____

Nursing Tutelare

A_____ +

C_____ =

TOTALE_____

Nursing Sanitario

B_____ +

C_____ =

TOTALE_____

Nursing Tutelare

Da 0 a 29 - Assistenza Minima
Da 30 a 45 - Assistenza Media
Da 46 a 59 - Assistenza Alta
60 e oltre - Assistenza Intensiva

Nursing Sanitario

Da 0 a 30 - Assistenza Minima
Da 31 a 48 - Assistenza Media
Da 49 a 70 - Assistenza Alta
71 e oltre - Assistenza Intensiva

ALL. 6

B.I.N.A.H

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA PER ANZIANI NON ISTITUZIONALIZZATI

SCHEDA SOCIO-ANAGRAFICA

Cognome :_____ Nome :_____.

Sesso : [1] Maschio [2] Femmina

Comune di nascita :_____ Provincia :_____

Data di nascita :_____/___/_____ Tessera sanitaria n.:_____

Comune di residenza :_____ Codice comune : _____

DOMICILIO ABITUALE :
[1] Pianura
[2] Zona collinare
[3] Zona montana
[4] Zona sub-urbana
[5] Zona rurale

STATO CIVILE :
[1] Celibe / nubile
[2] Coniugato / a
[3] Vedovo / a
[4] Separato / a
[5] Divorziato / a

N. TOTALE DEI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMIGLIARE E / O DI CONVIVENZA :
Anni 0-19 n.: _____ Anni 20-64 n.: _____ Anni 65 e oltre n.: _____

SCOLARITA' : anni di studio n. : _____

TITOLO DI STUDIO:
[1] senza titolo di studio
[2] licenza elementare
[3] licenza scuola media inferiore
[4] licenza scuola media superiore
[5] diploma universitario
[6] laurea
[9] sconosciuto

PROFESSIONE ESERCITATA IN ETA' LAVORATIVA :
Ramo di attivita':
[1] agricoltura
[2] industria
[3] commercio, alberghi, pubblici esercizi
[4] pubblica amministrazione, servizi(pubblici e privati)

POSIZIONE NELLA PROFESSIONE:
[1] imprenditore o libero professionista
[2] lavoratore in proprio
[3] dirigente o impiegato
[4] lavoratore dipendente

- Condizione non professionale : [1] casalinga [2] invalido [3] altro.....

PERCEPISCE PENSIONE :
[1] Sociale
[2] Vecchiaia
[3] Invalidità
[4] Reversibilità
[6] Assicurazione
[7] Vitalizio
[8] Assegno accompagnamento
[9] Altro
[10] Nessuna

CONDIZIONE di DISAGIO SOCIALE:
(da compilarsi a cura dell'Assistente Sociale)
[1] Solitudine
[2] Rapporti familiari difficili
[3] Carichi familiari onerosi
[4] Alloggio non idoneo
[5] Difficoltà economiche
[6] Assenza Risorse Sociali e/o Famigliari
[7] Incontinenza sfinteriale
[8] Altro

B.I.N.A.H.
Patologia Sanitaria Prevalente : (indicarne solo una; da compilarsi a cura del medico di base)
[1] Neoplasie
[2] Ictus
[3] Demenza
[4] Traumi e Fratture
[5] Malattie cardiovascolari
[6] Incontinenza Sfinterica
[7] Condizioni Invalidanti Apparato Respiratorio
[8] Cecita'
[9] Condizioni Invalidanti Apparato Genito-urinario
[10] Sordita'
[11] Altre Condizioni Invalidanti Apparato Neurologico
[12] Cecita' e Sordita'
[13] Altre Condizioni Invalidanti Apparato locomotore
[14] Sindromi Psichiatriche
[15] Grande Senilita'
[16] Altro

SCALA DI VALUTAZIONE
(da compilarsi a cura della Commissione U.S.L.)

1) MEDICAZIONI

1.1 non necessarie	10
1.2 per ulcerazioni e distrofie cutanee	30
1.3 per catetere a permanenza o stomia	60
1.4 per ulcere da decubito	100

2) NECESSITA' DI PRESTAZIONI SANITARIE

2.1 buona salute	10
2.2 necessita' di prestazioni sanitarie (non continuative)	30
2.3 necessita' di prestazioni sanitarie (terapia radiante ,consulenza specialistica)	70
2.4 necessita' di prestazioni sanitarie continuative integrate: **2.4.1 [ ] A)** anziani con patologie croniche in labile compenso con elevata necessità di tutela sanitaria (come ad esempio : cure mediche e/o infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione terapie e.v. etc.) **2.4.2 [ ] B)** trattamenti specialistici : [1] SNG/PEG ; [2] tracheotomia ; [3] respiratore /ventilazione assistita; [4] ossigenoterapia ad intervalli definiti o continuativi,non in acuzie; [5] dialisi; [6] trasfusioni eseguite in struttura ; [7] controllo dolore per via parenterale o sottocutanea tramite infusori elastomerici o pompe; [8] alimentazione parenterale o idratazione mediante catetere venoso centrale (CVC); [9] alimentaz ione parenterale o idratazione per periodi superiori a 15 giorni mediante catetere venoso periferico (CVP) [10] altri trattamenti specialistici	100

3) CONTROLLO SFINTERICO

3.1 presente	10
3.2 incontinenza urinaria o fecale episodica	30
3.3 incontinenza urinaria o fecale permanente	70
3.4 incontinenza totale (urinaria e fecale)	100

4) DISTURBI COGNITIVI E/O COMPORTAMENTALI

4.1 assenti	10
4.2 disturbi dell'umore; disturbi cognitivi lievi (o comportamenti lievi) (aspetto triste, melanconico, ansioso chiede sempre nuovi farmaci)	50
4.3 disturbi della cognitivita' (non riesce a gestire i propri compiti e le proprie necessità ma non presenta gravi e costanti BPSD disturbi comportamentali)	80
4.4 frequente/costante comportamento disturbante e/o atteggiamento aggressivo e/o violento (agitato, irrequieto, pericoloso per se e per gli altri)	100

5) FUNZIONI DEL LINGUAGGIO

5.1 comprende e si esprime normalmente (è in grado di usare il telefono)	10
5.2 linguaggio menomato, ma esprime comunque il suo pensiero (non è in grado di usare il telefono)	40
5.3 comprende solo ordini semplici, non riesce ad esprimere con coerenza il proprio pensiero	70
5.4 non comprende, non si esprime	100

6) DEFICIT SENSORIALI (udito e vista)

6.1 normale	10
6.2 deficit correggibile con l'aiuto di protesi e/o occhiali	20
6.3 grave deficit non correggibile	80
6.4 cecita' e/o sordita' completa	100

7) MOBILITA' (libertà di movimento)

7.1 cammina autonomamente senza aiuto	10
7.2 cammina con ausili e con aiuto programmato (o saltuario)	30
7.3 si sposta solo con l'aiuto di altre persone o con sedia a ruote	80
7.4 totalmente dipendente per le alzate e la mobilizzazione	100

8) ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA
(igiene personale, abbigliamento, alimentazione)

8.1 totalmente indipendente	10
8.2 aiuto programmato (o saltuario)	20
8.3 aiuto necessario ma parziale	70
8.4 totalmente dipendente	100

9) FATTORI ABITATIVI E AMBIENTALI

9.1 l'abitazione è idonea ed i servizi esterni sono fruibili (negozi, uffici)	10
9.2 l'abitazione è idonea ma presenta barriere architettoniche e ambientali limitanti la fruibilità dei servizi esterni	20
9.3 è impedita la fruibilità completa dei servizi indispensabili (cucina e bagno)	70
9.4 totale inadeguatezza dell'abitazione: assenza dei servizi fondamentali	100

10) STATO DELLA RETE FAMILIARE E SOCIALE
(valutazione della disponibilità relazionale, affettiva ed assistenziale della rete familiare e sociale)

10.1 può contare sulla famiglia	10
10.2 può contare parzialmente sulla disponibilità della famiglia ovvero dispone della rete informale	30
10.3 famiglia e rete informale sono disponibili se interpellati dai servizi	60
10.4 l'anziano non può contare sun nessuno.	100

PUNTEGGIO TOTALE RIPORTATO NELLA VALUTAZIONE : _____

Nota Bene : B.I.N.A.H. e' stata tarata per un cut-off corrispondente a 230; pertanto propone come autosufficiente i soggetti con punteggio inferiore o uguale a 230 e come non autosufficienti i soggetti con punteggio **superiore a 230.**

Eventuali osservazioni integrative:_____

CERTIFICAZIONE

In data ____/____/_____ la Commissione certifica che

il Sig.: _____ _____

e' : [1] autosufficiente [2] non autosufficiente

Specificare se trattasi di : 1) Prima certificazione 2) Ulteriore certificazione II), III), IV), V), VI), etc.

I Componenti della Commissione :

_____

(Medico) (Infermiere) (Ass.Sociale)