

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Regolamento per la valutazione e l'accesso ai servizi di minori ed adulti con gravissima disabilità

(ai sensi delle D.G.R. 2068/2004 e D.G.R. 840/2008)

*Elaborato dalla Commissione aziendale Gra.D.A. costituita con delibera dell'Azienda U.S.L. n. 840 del 11/12/2015
Approvato con delibera aziendale n. 899 del 19/12/2018*

Sommario

Titolo 1 – Norme generali

Articolo 1.	Oggetto	3
Articolo 2.	Destinatari degli interventi	3
Articolo 3.	Valutazione	3
Articolo 4.	Accesso alla rete dei servizi	3

Titolo 2 - Area adulti

Articolo 5.	Target di riferimento.....	4
Articolo 6.	Criteri di entrata nella rete Gra.D.A.	4
Articolo 7.	Scale di valutazione.....	4
Articolo 8.	Punteggio di accesso alla rete Gra.D.A.....	4
Articolo 9.	Criteri di uscita dalla rete Gra.D.A.	4

Titolo 3 - Area minori

Articolo 10.	Target di riferimento e criteri di entrata nella rete Gra.D.A.....	5
Articolo 11.	Valutazione gravissima disabilità.....	5
Articolo 12.	Criteri di uscita dalla rete Gra.D.A.	6

Titolo 4 - Rete servizi territoriale

Articolo 13.	Finalità	6
Articolo 14.	Rete dei servizi territoriali	6

Titolo 5 – Percorso residenziale

Articolo 15.	Inserimento in strutture residenziali.....	6
Articolo 16.	Determinazione dello stato di gravità della persona.....	7
Articolo 17.	Formulazione graduatoria aziendale	7
Articolo 18.	Inserimento in struttura	7
Articolo 19.	Richiesta cambio struttura	8
Articolo 20.	Ricoveri di “sollevio temporaneo”	8
Articolo 21.	Criteri di esclusione	8

Allegati

Allegato 1.	Certificazione clinica
Allegato 2.	Area Adulti. Scheda per la Valutazione Multifunzionale di persona con grave disabilità acquisita (Gra.D.A.)
Allegato 3.	Area Minori. Scheda di Valutazione Multidimensionale di minore con gravissime disabilità (ex DGR 840/2008)
Allegato 4.	Scheda riepilogativa di attribuzione del punteggio per la formulazione della graduatoria aziendale per l'accesso in strutture di alta valenza socio-sanitaria
Allegato 5.	Modulo: Richiesta inserimento nominativo nella graduatoria aziendale per l'accesso alle strutture di alta valenza socio-sanitaria
Allegato 6.	Modulo: Accettazione inserimento in struttura residenziale di alta valenza socio-sanitaria
Allegato 7.	Modulo: Non accettazione inserimento in struttura residenziale di alta valenza socio-sanitaria
Allegato 8.	Modulo: Richiesta cambio struttura

Titolo 1 – Norme generali

Articolo 1 – Oggetto

1. Il presente regolamento definisce il percorso aziendale per:
 - a. la presa in carico territoriale e la successiva elaborazione dei progetti di vita e di cure delle persone valutate con gravissima disabilità acquisita in età adulta (d'ora in poi "Gra.D.A.")¹ e gravi disabilità minori² dalle competenti Commissioni di Valutazione Gra.D.A. distrettuali (d'ora in poi "Commissioni");
 - b. l'elaborazione e la successiva gestione della graduatoria provinciale, limitatamente all'accesso nelle strutture residenziali della rete provinciale delle gravi disabilità acquisite approvata dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (d'ora in poi "C.T.S.S.").

Articolo 2 - Destinatari degli interventi

1. I destinatari degli interventi sono gli adulti con grave disabilità acquisita correlata alla diagnosi ed i minori gravi disabili con elevato bisogno assistenziale, a prescindere dalla diagnosi, residenti nel territorio della provincia di Parma.

Articolo 3 - Valutazione

1. La valutazione viene effettuata dalle competenti Commissioni in seguito a richiesta espressa proveniente dalle strutture ospedaliere tramite le figure professionali dell'assistente sociale e/o del medico che ha in cura la persona attraverso il percorso delle dimissioni difficili/protette, oppure dal territorio tramite segnalazione da parte dei servizi sociali, servizi riabilitativi distrettuali, o servizi socio-assistenziali residenziali.
2. Le Commissioni, composte da professionisti del settore sanitario (medico fisiatra, infermiere, fisioterapista, ecc.) e sociale (assistente sociale e altre figure con formazione specifica nel settore della grave disabilità), hanno il compito di valutare le condizioni delle persone dal punto di vista clinico, riabilitativo, assistenziale e sociale utilizzando una scheda comune con strumenti di valutazione multidimensionali omogenei che comprendono aspetti di natura sanitaria e sociale.
3. Per la presa in carico dei minori è necessaria l'integrazione con il Neuropsichiatria Infantile di riferimento.

Articolo 4 - Accesso alla rete dei servizi

1. Per accedere alla rete dei servizi è necessario che:
 - a. le competenti Commissioni effettuino la valutazione della persona residente nel Distretto di riferimento come descritto nei successivi articoli;
 - b. il responsabile del caso, individuato sulla prevalenza dei bisogni, elabori il progetto di vita e di cure che deve presupporre una presa in carico complessiva della persona e dei suoi bisogni e lo presenti all'Unità di Valutazione Multidimensionale (d'ora in poi "U.V.M.") per la valutazione e la successiva validazione;
 - c. il responsabile del caso "accompagni" la persona alla rete dei servizi indicati nel progetto di vita e di cure, compatibilmente con le risorse di bilancio precedentemente verificate dagli organismi competenti.

¹ Delibera di Giunta Regionale 18 ottobre 2004 n. 2068 "Il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta. Prime indicazioni".

² Delibera di Giunta Regionale 11 giugno 2008 n. 840 "Prime linee di indirizzo per le soluzioni residenziali e l'assistenza al domicilio per le persone con gravissima disabilità nell'ambito del F.R.N.A. e della D.G.R. 2068/04".

Titolo 2 – Area adulti

Articolo 5 – Target di riferimento

1. Per la fascia adulti il *target* di riferimento individuato dalla Regione Emilia Romagna è costituito da persone con gravissime cerebrolesioni o patologie affini, gravissime mielolesioni, gravissimi esiti disabilitanti di patologie neurologiche involutive in fase avanzata, quali ad esempio Sclerosi Laterale Amiotrofica, Coree, ecc.
2. Non rientrano nelle definizioni di cui al comma precedente le persone affette da lesioni cerebrali degenerative (ad esempio Morbo di Alzheimer) così come disposto dalla normativa regionale di riferimento.
3. Accedono alla rete Gra.D.A. con oneri a carico del F.R.N.A. Gra.D.A. le persone in cui l'insorgenza della malattia è stata certificata prima dei 65 anni.
4. Nei casi in cui l'insorgenza della malattia sia successiva al compimento dei 65 anni, la persona viene considerata anziana a tutti gli effetti e "rientra" nella rete dei servizi per anziani.
5. Le persone valutate con grave disabilità acquisita in età adulta, permangono nel flusso anche dopo il compimento dei 65 anni, previo follow up annuale da parte della commissione distrettuale Gra.D.A. che conferma o annulla la condizione Gra.D.A.

Articolo 6- Criteri di entrata nella rete Gra.D.A.

1. Criteri principali di entrata o di inclusione nella rete Gra.D.A. sono la diagnosi ed il punteggio dell'Indice di Barthel.
2. Ferma restando la necessità di rispettare le finalità ed i criteri di accesso della DGR 2068/2004, potrebbero essere incluse altre condizioni patologiche che comportano una gravissima disabilità. A tal fine deve essere redatta una certificazione clinica da parte del medico della Commissione che attesti i bisogni per i quali è richiesto un elevato impegno assistenziale. *[Allegato 1]*

Articolo 7 – Scale di valutazione

1. Le Commissioni, per la valutazione della grave disabilità acquisita, per l'elaborazione del progetto di vita e di cure per l'accesso alla rete dei servizi e per le rivalutazioni successive, utilizzano la "Scheda per la Valutazione Multifunzionale dei pazienti con grave disabilità acquisita" *[Allegato 2]* unitamente alle seguenti scale:
 - a. Indice di Barthel modificato per la valutazione della disabilità;
 - b. Levels of Cognitive Functioning (LCF) per la valutazione della coscienza e della comunicazione dopo il coma;
 - c. Indice di Braden per la valutazione del rischio di compromissione dell'integrità cutanea;
 - d. Supervision Rating Scale (SRS) per la valutazione del grado di supervisione che la persona richiede;
 - e. Numerical Rating Scale (NRS) e Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) per la valutazione del dolore;
 - f. una o più scale approvate con il DM 26/09/2016 articolo 3, in base alla patologia della persona.
2. La valutazione del soggetto Gra.D.A. può essere altresì integrata con l'utilizzo di ulteriori scale di valutazione (es. Scala ICF) e/o relazione sociale e/o con la valutazione di eventuale altro personale sanitario in base alla patologia, che evidenzia in modo approfondito problematiche individuali, familiari e di contesto.

Articolo 8 – Punteggio di accesso alla rete Gra.D.A.

1. Il range per l'accesso alla rete Gra.D.A. è il punteggio dell'Indice di Barthel che può oscillare tra 86/90.
2. In tutti i casi in cui si verifichi la necessità di inserimento in struttura residenziale il punteggio dell'Indice di Barthel deve essere 90. Situazioni particolari ed eccezionali saranno oggetto di specifica valutazione certificata da parte delle Commissioni.

Articolo 9 - Criteri di uscita dalla rete Gra.D.A.

1. Ai fini di una eventuale uscita dalla rete Gra.D.A. si assume come limite il valore dell'Indice di Barthel inferiore a 86, in seguito a follow up almeno annuale da parte delle Commissioni.

2. Situazioni particolari ed eccezionali saranno oggetto di specifica valutazione certificata da parte delle Commissioni.

Titolo 3 – Area minori

Articolo 10 – Target di riferimento e criteri di entrata nella rete Gra.D.A.

1. Gli interventi previsti dalla DGR 2068/2004 devono essere assicurati anche in:
 - a. presenza di deficit e situazioni funzionali completamente assimilabili a quelli già individuati con la DGR 2068/2004 insorti anche prima del diciottesimo anno di età, quali ad esempio mielolesioni, gravi cerebrolesioni e patologie neurologiche degenerative;
 - b. limitate ed eccezionali situazioni di minori di età che in conseguenza di gravi deficit presentano condizioni di totale dipendenza, necessitano assistenza continua nell'arco delle 24 ore e sono in condizione di non poter seguire i normali percorsi di integrazione scolastica e nei servizi.
2. Ai fini della valutazione della condizione Gra.D.A. deve esserci compresenza delle tre condizioni indicate alla lettera b. del precedente comma.
3. Limitatamente al riconoscimento dell'assegno di cura:
 - a. le condizioni indicate nella determina regionale 15894/2012 devono essere prese a riferimento solo per l'erogazione dell'assegno di cura di importo più elevato;
 - b. la frequenza saltuaria a scuola (ad esempio di 1-2 giorni ed assenze prolungate anche mensili) può rientrare nella dicitura "non poter seguire i normali percorsi di integrazione scolastica e nei servizi": a tal fine è necessario acquisire dall'Istituto scolastico una dichiarazione in cui venga attestato il periodo di assenza del minore.
4. Ai minori valutati con gravissima disabilità, in presenza dei criteri di accesso previsti dalle DGR 2068/2004 e 840/2008, deve essere garantita continuità anche in età adulta nell'ambito della DGR 2068/2004.

Articolo 11–Valutazione gravissima disabilità

1. Ai fini della valutazione di gravissima disabilità, è necessario che i genitori del minore producano aggiornata documentazione sanitaria redatta da professionisti di una struttura pubblica o convenzionata ubicata nella Regione Emilia Romagna.
2. Qualora i genitori non intendano avvalersi delle prestazioni di professionisti di strutture di cui al precedente comma 1., la documentazione sanitaria rilasciata da professionisti privati o da strutture pubbliche ubicate in altre Regioni, dovrà essere "validata" da uno specialista dell'Azienda USL di Parma.
3. Le Commissioni, per la valutazione di grave disabilità, per l'elaborazione del progetto di vita e di cure per l'accesso alla rete dei servizi e per le rivalutazioni successive, oltre alla documentazione sanitaria indicata ai precedenti commi 1. e 2., utilizzano la "Scheda di valutazione multidimensionale di minori con gravissime disabilità (ex DGR 840/2008)" [Allegato 3] unitamente alle seguenti scale:
 - a. Indice di Barthel modificato per la valutazione della disabilità (a partire dai 10 anni);
 - b. Glasgow Coma Scale – Pediatric Glasgow Coma Scale;
 - c. PAINAD, Wong-Backer, Scala Numerica VAS per la valutazione del dolore (in base all'età del minore);
 - d. una o più scale approvate con il DM 26/01/2016 articolo 3, in base alla patologia del minore.
4. La valutazione può essere altresì integrata con l'utilizzo di ulteriori scale di valutazione e/o con relazione sociale e/o con la valutazione di eventuale altro personale sanitario in base alla patologia del minore, che evidenzia in modo approfondito problematiche individuali, familiari e di contesto.

Articolo 12 - Criteri di uscita dalla rete Gra.D.A.

1. In seguito a follow up da parte delle Commissioni, il venir meno di una delle condizioni indicate ai precedenti articoli 10 e 11, determina l'uscita dalla rete Gra.D.A.

Titolo 4 – Rete servizi territoriale

Articolo 13 – Finalità

1. La finalità della rete dei servizi territoriali è potenziare le opportunità di permanenza della persona nel proprio contesto di vita.
2. I servizi territoriali garantiscono assistenza diretta alla persona e sono erogati con modalità e caratteristiche diverse a seconda dei bisogni valutati e dei contesti locali.

Articolo 14 – Rete dei servizi territoriali

1. Rientrano nella rete dei servizi territoriali:
 - a. l'assistenza domiciliare sociale ed educativa erogata dai Comuni di residenza e/o Enti da essi delegati secondo i criteri stabiliti nei singoli regolamenti;
 - b. l'assistenza domiciliare integrata (A.D.I.);
 - c. l'assegno di cura secondo le indicazioni approvate in ambito regionale;
 - d. il centro diurno con progetti individualizzati;
 - e. i ricoveri di sollievo presso strutture residenziali ubicate in ambito provinciale.
2. L'accesso alla rete dei servizi è subordinato all'elaborazione del progetto di vita e di cure da parte del responsabile del caso, all'accettazione del progetto stesso da parte della persona o del suo legale rappresentante, o di altra persona ai sensi dell'art. 24, lett. e) D. Lgs. 196/20013, nonché alla successiva approvazione in capo alle U.V.M. distrettuali.

Titolo 5 – Percorso residenziale

Articolo 15 - Inserimento in strutture residenziali

1. Le soluzioni residenziali per gli adulti possono essere attivate per motivazioni di ordine sanitario e sociale nei seguenti casi:
 - a. conferma diagnostica dei requisiti clinici che definiscono la condizione di gravissima disabilità acquisita;
 - b. al termine del percorso riabilitativo intensivo, alla stabilizzazione del quadro clinico-funzionale e qualora non sussistano condizioni cliniche suscettibili di miglioramento (per le cerebrolesioni acquisite dopo almeno 6-12 mesi dall'evento acuto);
 - c. impossibilità del rientro a domicilio a causa di condizioni assistenziali non gestibili in ambito domiciliare; inadeguatezza della situazione ambientale/abitativa ed economica della famiglia della persona e/o carenza di rete familiare;
 - d. accoglienza in modalità transitoria in relazione a due obiettivi principali:
 - i. monitoraggio del quadro neurologico in soggetti accolti al proprio domicilio che necessitano di definizione del progetto clinico/assistenziale;
 - ii. come "sollievo" transitorio per la famiglia.
2. Le strutture residenziali non rappresentano una alternativa al corretto percorso riabilitativo e pertanto l'inserimento nelle stesse non può sostituire interventi di riabilitazione intensiva e/o estensiva.
3. L'accesso alle strutture residenziali non prevede l'inserimento di minori, salvo situazioni eccezionali per le quali è necessaria l'elaborazione di specifico progetto individualizzato.

Articolo 16 – Determinazione dello stato di gravità della persona

1. Le Commissioni determinano, in base alle singole situazioni da esaminare, lo stato specifico di bisogno della persona in esame.
2. Le voci ed i punteggi sono desumibili dalla scheda [*Allegato 2*] che le Commissioni utilizzano nella fase di valutazione della persona.
3. Le Commissioni garantiscono un monitoraggio delle persone tramite follow-up programmati e qualora sussistano le seguenti condizioni:
 - a. modifiche del quadro clinico-funzionale segnalate dal Medico responsabile che rendano necessaria una ricollocazione del soggetto in altra struttura e/o reparto ospedaliero idonei a rispondere ai nuovi sopraggiunti bisogni;
 - b. mutamenti sostanziali di tipo sociale verificati dal Responsabile del caso anche in seguito a segnalazione dei familiari dei pazienti;
 - c. episodi di riacutizzazione clinica che necessitino di ricoveri ospedalieri prolungati e/o frequenti per labile compenso.

Articolo 17 - Formulazione graduatoria aziendale

1. L'obiettivo principale è rispondere ai bisogni di tutti i soggetti che entrano nella rete Gra.D.A.: tuttavia, considerato che non è sempre possibile riuscire a reperire in tempi brevi un posto residenziale in strutture ad alta valenza assistenziale, si rende necessario formulare una graduatoria.
2. I tempi di accesso sono influenzati dal numero di persone in graduatoria e dal turn over.
3. Le Commissioni, mediante la compilazione della "Scheda di attribuzione del punteggio" [*Allegato 4*], assegnano un valore complessivo ad ogni singola persona.
4. Una volta effettuata la valutazione, le Commissioni inviano alla Direzione Attività Socio Sanitarie (d'ora in poi "D.A.S.S."), tramite posta elettronica, la "Scheda di valutazione multifunzionale di persona con grave disabilità acquisita – Area Adulti", la scheda di attribuzione del punteggio e l'acquisizione della richiesta della persona, o del legale rappresentante, o altra persona ai sensi dell'art. 24, lett. e), D. Lgs. 196/2003, all'inserimento nella graduatoria aziendale [*Allegato 5*].
5. In caso di parità di punteggio farà fede l'ordine cronologico della segnalazione da parte delle Commissioni.
6. È compito della D.A.S.S. inoltrare la graduatoria aggiornata ai referenti delle Commissioni ed ai Direttori di Distretto tramite posta elettronica, in cui sono riportati esclusivamente i nominativi di coloro che hanno richiesto l'inserimento nella graduatoria aziendale.
7. La D.A.S.S. provvede ad aggiornare la graduatoria aziendale ogniqualvolta le Commissioni inviano la documentazione di cui al precedente punto 4.

Articolo 18 - Inserimento in struttura

1. Gli inserimenti nelle strutture i cui posti sono stati approvati in fase di programmazione dalla C.T.S.S., vengono gestiti dalla D.A.S.S.
2. Ogniqualvolta si libera un posto per gravi disabilità acquisite in una struttura della rete, il coordinatore della struttura residenziale deve comunicare tempestivamente l'evento alla D.A.S.S., che provvede così ad inviare la scheda aggiornata della persona al primo posto nella graduatoria aziendale al coordinatore della struttura ed alla Direzione della stessa. [*Allegato 2*]. Tutte le comunicazioni avvengono tramite l'utilizzo della posta elettronica.
3. Il coordinatore della struttura, in accordo con il referente della Commissione così come indicato nell'allegato 2, contatta la persona prima in graduatoria o il legale rappresentante, o altra persona ai sensi dell'art. 24, lett. e), D. Lgs. 196/2003, al fine di verificare la disponibilità ad accettare la soluzione residenziale proposta, tramite compilazione di modulo di accettazione predisposto dalla D.A.S.S., sottoscritto dall'interessato, o dal legale rappresentante o altra persona ai sensi dell'art. 24, lett. e), D. Lgs. 196/2003 [*Allegato 6*].
4. Nel caso in cui la proposta di inserimento in struttura venga accolta, il coordinatore della struttura ne dà comunicazione alla D.A.S.S., tramite posta elettronica, che procede ad informare i Responsabili del Distretto di residenza della persona per i necessari adempimenti amministrativi, tra i quali l'assunzione dell'impegno economico.
5. La persona, o il legale rappresentante, o altra persona ai sensi dell'art. 24, lett. e), D. Lgs. 196/2003, che non accetta l'inserimento nella struttura proposta, dovrà compilare un modulo predisposto dalla D.A.S.S. in cui saranno esplicitate le motivazioni che hanno indotto a rifiutare il posto [*Allegato 7*]. Il

modulo compilato e sottoscritto dovrà essere trasmesso dalla struttura residenziale alla D.A.S.S. che provvederà a farlo protocollare e successivamente ad inviarlo al Direttore di Distretto, al referente della Commissione distrettuale ed al coordinatore della struttura. Il nominativo del soggetto non sarà escluso dalla graduatoria ma passerà all'ultimo posto. Tutte le comunicazioni avvengono tramite l'utilizzo della posta elettronica.

5. Qualora si verificano le condizioni di cui al precedente comma 5, la D.A.S.S., tramite posta elettronica, provvede ad inoltrare al coordinatore della struttura la scheda della persona che segue in graduatoria.
6. I posti residenziali che non rientrano nella programmazione provinciale approvata dalla C.T.S.S. sono gestiti direttamente dai singoli Distretti, in sinergia con le Commissioni, che provvedono all'espletamento delle procedure operative e degli atti amministrativi necessari a garantire l'ingresso degli ospiti.

Articolo 19 – Richiesta cambio struttura

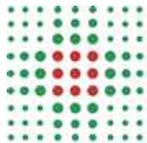
1. In caso di necessità/bisogno è possibile presentare alla Commissione richiesta di cambio struttura per avvicinamento alla residenza del caregiver.
2. La richiesta viene formalizzata attraverso la compilazione di apposito modulo [*Allegato 8*] e documentata con relazione del responsabile del caso: tutta la documentazione deve essere inoltrata alla D.A.S.S.
3. Nella graduatoria provinciale, in apposita sezione, sarà inserito il nominativo del soggetto per il quale è stato richiesto il cambio struttura.
4. Il trasferimento da una struttura ad un'altra sarà valutato in base alla disponibilità dei posti e all'intensità dei bisogni assistenziali.
5. La procedura di trasferimento avviene secondo la modalità descritta al precedente articolo 18.

Articolo 20 – Ricoveri di “sollevio temporaneo”

1. Il ricovero di sollevio è un ricovero temporaneo tendenzialmente programmato dopo passaggio in U.V.M., è gestito direttamente dai Distretti di residenza ed è rivolto a coloro che vengono assistiti al proprio domicilio.
2. Scopi del ricovero di sollevio sono:
 - a. garantire un periodo di riposo alle famiglie che scelgono di assistere il proprio congiunto a casa e di non ricorrere al ricovero definitivo;
 - b. impossibilità per un periodo di tempo limitato di provvedere all'assistenza del proprio congiunto per motivi di salute del caregiver o per altri motivi contingenti;
3. Il ricovero di sollevio temporaneo può durare da un minimo di 30 giorni ad un massimo di 60 giorni sulla base di progetti assistenziali individualizzati.
4. Al fine di facilitare l'ingresso temporaneo in struttura della persona con grave disabilità acquisita, le Commissioni compilano l'Allegato 2 che dovrà essere trasmesso per posta elettronica al coordinatore della struttura in cui verrà effettuato il ricovero di sollevio.

Articolo 21 – Criteri di esclusione

1. Le Commissioni, nel valutare l'appropriatezza di ricovero nelle soluzioni residenziali per gravi disabilità acquisite, devono escludere l'esistenza di condizioni cliniche non stabilizzate, pertanto non gestibili in ambiente extraospedaliero quali:
 - a. necessità di monitoraggio continuo cardio-respiratorio;
 - b. episodi subentranti di crisi epilettiche;
 - c. segni clinici e di neuroimaging che facciano sospettare ipertensione endocranica;
 - d. insufficienza acuta d'organo o multiorgano;
 - e. stato settico accertato sia clinicamente che con dati di laboratorio e strumentali.
2. Sono inoltre oggetto di esclusione i pazienti che non rientrano nei criteri indicati al precedente articolo 5, ad esempio le lesioni cerebrali degenerative quali demenza, morbo di Alzheimer, così come disposto dalla normativa regionale.



Certificazione clinica

Signor/Signora

Nato/nata a Il

Residente a

Via

Quadro Clinico

Valutazione funzionale

Conclusioni diagnostiche

Obiettivi riabilitativi

Data

Firma del medico

Distretto

Area Adulti

Scheda per la Valutazione Multifunzionale
di persona con grave disabilità acquisita

(Gra.D.A.)

(delibere di Giunta Regionale 2068/2004, 840/2008)

Signora/Signor

Data valutazione da parte della Commissione distrettuale_____

(Allegato alla delibera aziendale n. .. del ...)

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

per finalità di diagnosi, assistenza e terapia sanitaria o sociale (ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679)

Gentile utente/assistito,

L'Azienda USL di Parma tratta i Suoi dati personali attraverso personale autorizzato tenuto al segreto professionale e d'ufficio, nel pieno rispetto dei principi di liceità, sicurezza, correttezza, riservatezza, trasparenza, necessità, pertinenza, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati.

Le presenti informazioni Le verranno ulteriormente date, per una volta soltanto, in occasione del primo accesso alle strutture aziendali e saranno valide in riferimento a tutte le prestazioni erogate dalle strutture ospedaliere e territoriali dell'Azienda USL (Ospedale di Fidenza, Ospedale di Borgo Val di Taro, ambulatori specialistici, Case della Salute insistenti nei Distretti di Parma, Fidenza, Sud-Est, Valli Taro e Ceno, Consultori, Spazi e Centri aziendali quali Consultori familiari, Spazio giovani, Spazio salute immigrati, Centri Disturbi Cognitivi, ecc.); l'operatore registrerà l'avvenuta informazione con annotazione informatica tale da permettere una verifica, al riguardo, da parte di altri reparti ed unità che, anche in tempi diversi, tratteranno i Suoi dati.

Il conferimento dei dati personali è facoltativo.

In caso di mancato conferimento, l'Azienda non potrà svolgere o erogare le prestazioni sanitarie da Lei richieste, fatta eccezione per le prestazioni in emergenza-urgenza.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda USL di Parma, con sede in Strada del Quartiere, 2/a – 43125 Parma, di seguito Azienda.

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato all'indirizzo e-mail: dpo@ausl.pr.it

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

La finalità perseguita è quella di diagnosi, assistenza e terapia sanitaria o sociale volta a tutelare la Sua salute.

Ciò comporta lo svolgimento di determinate attività di trattamento, quali: attività di ricovero, attività di specialistica ambulatoriale, soccorso sanitario di emergenza-urgenza e assistenza sanitaria di emergenza, screening, assistenza sanitaria di base, assistenza protesica, assistenza integrativa, assistenza domiciliare programmata e integrata, fisica medica, attività immuno-trasfusionale, attività territoriali relative alla salute mentale e dipendenze patologiche, attività socio-sanitaria a favore di fasce deboli, compresi i soggetti in regime di detenzione, farmaceutica ospedaliera e territoriale convenzionata, medicina legale, sanità pubblica.

Il perseguimento di queste finalità comportare lo svolgimento anche di attività amministrative e gestionali correlate e di certificazione.

BASE GIURIDICA

La base giuridica che conferisce liceità alle operazioni di trattamento è il perseguimento della finalità di diagnosi, assistenza e terapia sanitaria o sociale affidate all'Azienda sanitaria dalle disposizioni di legge.

DESTINATARI O CATEGORIE DI DESTINATARI AI QUALI I DATI PERSONALI POSSONO ESSERE COMUNICATI

I Suoi dati personali possono essere comunicati a determinati soggetti pubblici o privati coinvolti nei percorsi diagnostici, assistenziali e terapeutici (esempio: Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, organismi sanitari pubblici e privati accreditati) o nei percorsi amministrativi correlati, contabili, di rendicontazione, pianificazione e controllo delle prestazioni erogate, valutazione dell'assistenza sanitaria, di previdenza e assistenza o per finalità di giustizia (esempio: Regioni, Comuni, Ministeri, istituti e agenzie di diritto pubblico, organismi sanitari pubblici e privati accreditati, enti previdenziali e assistenziali, autorità giudiziaria) che agiscono in qualità di Titolari autonomi o Responsabili del trattamento, nei soli casi previsti dalla legge o regolamento o da contratto.

PERIODO DI CONSERVAZIONE

Per garantire cure ed assistenza appropriate, i Suoi dati sono conservati in modo sicuro per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono trattati, fatto salvo il maggior tempo necessario per adempiere ad obblighi di legge o di regolamento in ragione della natura del dato o del documento o per motivi di interesse pubblico o per l'esercizio di pubblici poteri, tenuto conto anche di quanto previsto dal Piano di conservazione della documentazione aziendale (cd. massimario di scarto) a tutela del patrimonio documentale.

ESERCIZIO DEI DIRITTI

Lei può in ogni momento esercitare il diritto di ottenere: la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che la riguardano e, nel caso, ottenere l'accesso ai dati personali; la rettifica di dati inesatti e l'integrazione di dati incompleti. Nei soli casi previsti dalla legge, ha altresì il diritto di ottenere: la cancellazione

dei dati (ad esclusione del caso, in particolare, in cui il trattamento sia necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica); la limitazione del trattamento; l'opposizione al trattamento.

L'istanza per l'esercizio dei diritti può essere presentata direttamente al Titolare.

I diritti non possono essere esercitati qualora dall'esercizio degli stessi possa derivare un pregiudizio effettivo e concreto, tra gli altri: allo svolgimento delle investigazioni difensive o all'esercizio di un diritto in sede giudiziaria.

DIRITTO DI RECLAMO

Se ritiene che il trattamento dei Suoi dati personali sia effettuato in violazione di legge, ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Ulteriori informazioni sono reperibili sul sito istituzionale dell'Azienda USL di Parma:
www.ausl.pr.it - sezione Privacy.

Data ___/___/_____

1° visita Follow up

Informazioni socio-anagrafiche

Cognome e Nome

Sesso M F

Data e luogo di nascita

Indirizzo

Telefono Cellulare @

Codice fiscale Tessera sanitaria

Medico di Medicina Generale

Dr./Dr.ssa

Indirizzo

Telefono Cellulare @

Comune

Legale rappresentante (se presente specificare tipologia)

Cognome e Nome

Indirizzo

Telefono Cellulare @

Responsabile del caso

Cognome e Nome

Professione

Telefono Cellulare @

Referente della Commissione distrettuale Gra.D.A.

Cognome e Nome

Professione

Telefono Cellulare @

Nazionalità

Italiana UE Extra UE Non nota

Stato civile

Celibe/Nubile Coniugato/a Separato/a Divorziato/a Convivente Vedovo/a

Situazione lavorativa attuale

Lavoro dipendente Lavoro autonomo Lavoro non retribuito
 Studente Casalinga-Domestico/a Pensionato/a
 Disoccupato/a (per motivi di salute) Disoccupato/a (altri motivi) Altro (specificare)

La persona attualmente si trova

A domicilio In ospedale Altro (specificare).....

Richiesta di attivazione

Dimissione difficile Medicina riabilitativa territoriale
 Servizio infermieristico territoriale Servizio medicina generale
 Servizi sociali Familiari
 Intestatario della scheda Altro (specificare)

Area medica

Data 1° diagnosi _____

Diagnosi fisiatrica

Tipo deficit	<input type="checkbox"/> Cerebrolesione	<input type="checkbox"/> Mielolesione	<input type="checkbox"/> Patologia neurologica	<input type="checkbox"/> Patologia età evolutiva
Causa deficit	<input type="checkbox"/> Incidente stradale	<input type="checkbox"/> Incidente sul lavoro	<input type="checkbox"/> Esito patologico	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)
Stato coscienza	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Minimamente responsivo	<input type="checkbox"/> Stato vegetativo	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)
Respiro	<input type="checkbox"/> Spontaneo	<input type="checkbox"/> Cannula	<input type="checkbox"/> Ventilazione meccanica	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)
Quadro motorio	<input type="checkbox"/> Monoparesi	<input type="checkbox"/> Emiplegia/Emiparesi	<input type="checkbox"/> Paraplegia/Paraparesi	<input type="checkbox"/> Tetraplegia/Tetraparesi
Disfagia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Per liquidi	<input type="checkbox"/> Per solidi
Tono muscolare	<input type="checkbox"/> Normotono	<input type="checkbox"/> Paratono	<input type="checkbox"/> Ipertono	<input type="checkbox"/> Ipotono
Diagnosi comunicata	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Solo ai familiari	<input type="checkbox"/> Parzialmente	<input type="checkbox"/> Si

Note

(campo vuoto per inserimento note)

TERAPIA FARMACOLOGICA

(campo vuoto per inserimento terapia)

ALLERGIE A FARMACI

(campo vuoto per inserimento eventuali allergie)

INFEZIONI IN ATTO FARMACORESISTENTI

Note

(campo vuoto per inserimento note)

PROGETTO RIABILITATIVO

Ricerca della responsività

Ricerca di canali di comunicazione

Recupero del respiro autonomo

Recupero alimentazione per bocca

Svezzamento dal catetere vescicale

Sorveglianza del tono muscolare

Prescrizione ausili

Igiene articolare e posturale

Modifiche ambientali

Monitoraggio del dolore

Presenza in carico psicologica

Presenza in carico logopedia

Valutazione comunicatori

Altro (*specificare*)

Note

(campo vuoto per inserimento note)

Cognome e Nome del compilatore

Firma

Data

Area infermieristica

Altezza cm. _____

Peso Kg. _____

Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> l/min <input type="checkbox"/> ore	<input type="checkbox"/> Ventilazione meccanica
Broncoaspirazione	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Numero	<input type="checkbox"/> Altro (<i>specificare</i>)
Alimentazione	<input type="checkbox"/> OS	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> CVC / PIC
Incontinenza sfinterica	<input type="checkbox"/> Completa	<input type="checkbox"/> Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> Urocontrol	<input type="checkbox"/> Raccoglitori esterni
Decubiti	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Sede	<input type="checkbox"/> Stadio
Medicazioni	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Normali	<input type="checkbox"/> Avanzate	<input type="checkbox"/> Altro (<i>specificare</i>)
Presenza dispositivi	<input type="checkbox"/> Pompa infusiva	<input type="checkbox"/> Derivazione liquorale	<input type="checkbox"/> Altro (<i>specificare</i>)	
Dolore	<input type="checkbox"/> Assente	<input type="checkbox"/> Controllato	<input type="checkbox"/> Fuori controllo	<input type="checkbox"/> Altro (<i>specificare</i>)

Note

(campo vuoto per inserimento note)

Cognome e Nome del compilatore _____

Firma _____

Data _____

Area riabilitativa

Posture	<input type="checkbox"/> Allettato	<input type="checkbox"/> Seduto	<input type="checkbox"/> Stazione eretta
Deambulazione	<input type="checkbox"/> Autonoma	<input type="checkbox"/> Con aiuto fisico	<input type="checkbox"/> Con ausili
Ausili	<input type="checkbox"/> Letto	<input type="checkbox"/> Materasso	<input type="checkbox"/> Carrozzina
	<input type="checkbox"/> Deambulatore	<input type="checkbox"/> Protesi / ortesi	<input type="checkbox"/> Comunicatore

Note

(campo vuoto per inserimento note)

Cognome e Nome del compilatore

Firma

Data

Area sociale

Assistente sociale Dott./Dott.ssa

Telefono Cellulare @

Rete parentale e sociale

Composizione nucleo familiare

	Cognome e Nome	Rapporto di parentela	Anno di nascita	Professione	Telefono
1					
2					
3					
4					

La persona

1. Vive sola e ha nella sua rete parentale

1.1 nessuno

1.2 solo parenti indiretti

1.3. solo fratello/sorella

- a. non autosufficiente/inabile
- b. con persone a carico, minori e/o non autosufficienti/inabili
- c. in rapporto conflittuale
- d. collaborante

1.4 genitore figlio/i e/o nipote

- a. non autosufficiente/inabile
- b. con persone non autosufficienti/inabili
- c. con impegno lavorativo gravoso
- d. in rapporto conflittuale
- e. con presenza di minorenni
- f. collaborante

2. Vive in coppia e ha nella sua rete parentale

2.1 nessuno/coniuge invalido

2.2 solo parenti indiretti

2.3 solo fratello/sorella

- a. non autosufficiente/inabile
- b. con persone a carico, minori e/o non autosufficienti/inabili
- c. in rapporto conflittuale
- d. collaborante

2.4 genitore figlio/i e/o nipote

- a. non autosufficiente/inabile
- b. con persone a carico, minori e/o non autosufficienti/inabili
- c. con impegno lavorativo gravoso
- d. in rapporto conflittuale
- e. con presenza di minorenni
- f. collaborante

3. Vive con figlio/i – parenti diretti

- a. non autosufficiente/inabile
- b. con altre persone a carico non autosufficienti/inabili
- c. con impegno lavorativo gravoso
- d. n rapporto conflittuale
- e. con presenza di minorenni
- f. collaborante

4. Vive con i genitori/il genitore

- a. non autosufficiente/inabile
- b. con altre persone a carico non autosufficienti/inabili
- c. oltre i 65 anni
- d. con impegno lavorativo gravoso
- e. in rapporto conflittuale
- f. con presenza di minorenni
- g. collaborante

Persona principale di riferimento (caregiver)

	Cognome e Nome	Rapporto di parentela	Anno di nascita	Professione	Telefono
1					

Altre persone attive (compreso eventuale personale privato)

	Cognome e Nome	Rapporto	Anno di nascita	Professione	Telefono
1					

Si sono verificati nell'ultimo periodo eventi imprevisi quali, ad esempio, ospedalizzazione (anche del caregiver) decesso di congiunti, ecc.?
 No Sì

Servizi socio-sanitari

Usa servizi socio-sanitari? No Sì

Se Sì quali? (specificare)

Presenza di assistenti familiari

No

Sì Da quanto tempo _____

Per quante ore nell'arco della giornata _____

Per quante giornate nell'arco della settimana _____

Note

(campo vuoto per inserimento note)

Istituti giuridici

Amministrazione di sostegno	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Presentata domanda il _____
Curatela	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Presentata domanda il _____
Tutela/interdizione	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Presentata domanda il _____
Procura	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Presentata domanda il _____

Certificazioni

Tipo certificazione	Si	No	Presentata domanda
Invalidità civile	<input type="checkbox"/> _____ %	<input type="checkbox"/>	
Indennità di accompagnamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Legge 104/1992 art. 3 comma 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Legge 104/1992 art. 3 comma 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Invalidità I.N.A.I.L.	<input type="checkbox"/> _____ %	<input type="checkbox"/>	
Indennità di frequenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altro (<i>specificare</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Disposizioni anticipate di trattamento

Disposizioni anticipate di trattamento	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Pianificazione condivisa delle cure	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

ISEE (discrezionale)

Valore I.S.E.E. Euro _____

Tipologia I.S.E.E. _____ Scadenza _____

Da acquisire

Note

(campo vuoto per inserimento note)

Situazione abitativa

Tipologia abitazione

- Condominio
- Casa a schiera
- Casa indipendente
- Comunità
- Struttura assistenziale
- Altro (*specificare*)

Titolo di godimento

- Proprietà dell'immobile
- Proprietà dell'immobile del familiare
- Usufrutto
- Titolo gratuito
- Non di proprietà, non in affitto
- Affitto da privato
- Affitto da pubblico
- Sfratto esecutivo
 - Per cessata locazione
 - Per morosità
 - Per inabitabilità dei locali
- Altro (*specificare*)

Dislocazione nel territorio*

- Servita
- Poco servita
- Isolata

Barriere architettoniche (*una sola risposta*)

- Assenti
- Esterne Specificare
- Interne Specificare
- Interne ed esterne Specificare

Piano

- Terra
- Rialzato
- Primo
- Secondo
- Terzo
- Oltre il terzo

Ascensore

- Sì
- No

*Dislocazione nel territorio rispetto ai servizi pubblici: ad esempio negozi di alimentari, medico medicina generale, farmacia, mezzi pubblici di trasporto, ecc.

Bagno (possibili più risposte)

- Interno
- Esterno
- Con vasca
- Con doccia
- Ha barriere architettoniche
- Adeguato per la carrozzina
- Altro (specificare)

Disponibilità di:

- Acqua Si No
- Energia elettrica Si No
- Riscaldamento Si No

Tipo di riscaldamento

- Gas metano
- Gas liquido
- Gasolio
- Legna
- Altro (specificare)

Attivazione C.A.A.D. per eventuali adattamenti degli ambienti

- Sì
- No
- Presentata domanda Data

Giudizio sintetico sull'abitazione

1.	Abitazione idonea Priva di barriere architettoniche interne/esterne, adeguata al numero di occupanti, ben servita dai servizi pubblici e privati.	<input type="checkbox"/>
2.	Abitazione parzialmente idonea Presenza di barriere architettoniche limitate ad alcuni locali e/o difetti strutturali e/o carenza di arredo in relazione ai bisogni specifici della persona; spazi parzialmente insufficienti; lontananza parziale dai servizi.	<input type="checkbox"/>
3.	Abitazione non idonea Presenza di barriere architettoniche insuperabili; sovraffollata o in ogni caso assolutamente inadeguata: alloggio pericoloso, fatiscente ed antigienico e/o abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiano e/o isolato, privo di riscaldamento e/o di servizi igienici interni.	<input type="checkbox"/>
4.	Abitazione inesistente Riguarda la persona senza alloggio e si considera tale anche chi ha ricevuto un'ingiunzione di sfratto per cessata locazione o per morosità o a seguito di notifica di ordinanza contingibile ed urgente di inabitabilità dell'immobile.	<input type="checkbox"/>

Note (campo vuoto per inserimento note)

Cognome e Nome del compilatore

Firma

Data

Scale di valutazione

1. Indice di Barthel
2. Indice di Braden
3. Supervision Rating Scale (SRS)
4. Levels of Cognitive Functioning (LCF)
5. Scale di rilevazione del dolore (NRS e PAINAD)
6. Glasgow Come Scale
7. ASIA
8. Forza muscolare (Scala MRC)
9. Expanded Disability Status Scale (Scala EDSS)
10. Scala di Hoehn e Yahr
11. Valutazione persona in condizione di dipendenza vitale

Indice di Barthel

Istruzioni per l'utilizzo della scala di valutazione relativa alle principali attività di vita quotidiana

La valutazione funzionale realizzata con la scala di valutazione si attua barrando, per ogni tipo di attività (alimentazione, bagno ecc.), la casella corrispondente al livello funzionale più rappresentativo dell'utente.

In generale per una "raccolta dati" di buona qualità sono parimenti importanti sia l'osservazione diretta con *test* funzionali, che le informazioni anamnestiche raccolte dai familiari o altro personale di assistenza.

È fondamentale che nella raccolta di notizie anamnestiche gli intervistati, in particolare i familiari, recepiscano l'importanza di fornire un'informazione corretta e non vengano indotti a sovra-sottovalutare i *deficit* funzionali nella speranza-paura di guadagnare-perdere vantaggi potenziali connessi con l'inserimento in Istituto o altro.

Per tutti i singoli ITEMS il livello con punteggio pari a "0" definisce uno stato funzionale ritenuto di completa autonomia. Come metodo consigliabile nella valutazione dell'utente è opportuno leggere attentamente, ogni volta, la descrizione relativa al livello "0" e attribuire tale punteggio se la descrizione è corrispondente o lo stato funzionale è addirittura migliore; in caso contrario si scorrono le definizioni successive e si identifica quella più rappresentativa. Alimentazione: la valutazione è funzionale diretta e anamnestica.

È molto importante l'osservazione diretta. Porre attenzione alla presenza, talora eccessivamente vicariante, di personale o familiari.

Trasferimento letto-sedia o carrozzina: se il paziente è totalmente allettato dare il punteggio massimo (15).

Deambulazione: trattandosi di pazienti non deambulanti deve essere utilizzato, in modo sostitutivo, il quadro Uso della carrozzina, se il paziente è totalmente allettato dare il punteggio massimo (15). (Il punteggio relativo a Deambulazione non è considerato utile per la somma totale).

Continenza sfinterica e uso del gabinetto: in riferimento ai pazienti con diagnosi di SLA, attribuire il valore 10 (delibera Azienda U.S.L. di Parma n. 840 del 11/12/2015).

Alimentazione	
Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare i cibi e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.	<input type="checkbox"/> 0
Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc. Non è necessaria la presenza di un'altra persona.	<input type="checkbox"/> 2
Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare il latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro.	<input type="checkbox"/> 5
Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.	<input type="checkbox"/> 8
<i>Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc.).</i>	<input type="checkbox"/> 10
Bagno / doccia (lavarsi)	
Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.	<input type="checkbox"/> 0
Necessità di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.).	<input type="checkbox"/> 1
Necessità di aiuto per il trasferimento nella doccia / bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.	<input type="checkbox"/> 2
Necessità di aiuto per tutte le operazioni.	<input type="checkbox"/> 4
<i>Totale dipendenza nel lavarsi.</i>	<input type="checkbox"/> 5
Igiene personale	
Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata a farlo, ma non è necessario che sia in grado di acconciarsi i capelli.	<input type="checkbox"/> 0
In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.	<input type="checkbox"/> 1
Necessità di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.	<input type="checkbox"/> 2
Necessità di aiuto per tutte le operazioni.	<input type="checkbox"/> 4
<i>Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.</i>	<input type="checkbox"/> 5
Abbigliamento	
Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto o una protesi.	<input type="checkbox"/> 0

Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.	<input type="checkbox"/> 2
Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.	<input type="checkbox"/> 5
Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.	<input type="checkbox"/> 8
<i>Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.</i>	<input type="checkbox"/> 10
Continenza intestinale	
Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario.	<input type="checkbox"/> 0
Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma, occasionali perdite.	<input type="checkbox"/> 2
Capace di assumere una posizione appropriata, ma non di eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc.	<input type="checkbox"/> 5
Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.	<input type="checkbox"/> 8
<i>Incontinente.</i>	<input type="checkbox"/> 10
Continenza urinaria	
Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con dispositivi esterni o interni.	<input type="checkbox"/> 0
Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita e necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni.	<input type="checkbox"/> 2
In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario l'aiuto parziale nell'uso dei dispositivi.	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ma in grado di cooperare nell'applicazione di un dispositivo esterno o interno.	<input type="checkbox"/> 8
<i>Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa).</i>	<input type="checkbox"/> 10
<i>Dipendente per l'applicazione di dispositivi esterni o interni.</i>	
Uso del gabinetto	
Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.	<input type="checkbox"/> 0
Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.	<input type="checkbox"/> 2
Necessita di aiuto per svestirsi / vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani.	<input type="checkbox"/> 5
Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.	<input type="checkbox"/> 8
<i>Completamente dipendente.</i>	<input type="checkbox"/> 10
Totale valutazione funzionale (attività di base)	VADL ___/60
Mobilità	
Trasferimento letto - sedia o carrozzina (compilare anche in caso di paziente totalmente allettato)	
E' indipendente durante tutte le fasi. Capace di avvicinarsi al letto in carrozzina con sicurezza, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina e ritrasferirsi con sicurezza.	<input type="checkbox"/> 0
Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza.	<input type="checkbox"/> 3
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	<input type="checkbox"/> 7
Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.	<input type="checkbox"/> 12
<i>Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire la persona con o senza un sollevatore meccanico.</i>	<input type="checkbox"/> 15
Deambulazione (funzionalmente valida)	Uso della carrozzina (utilizzare questa scala solo se il paziente ha punteggio di 15 nella scala "deambulazione" ed è stato addestrato all'uso della carrozzina).
In grado di usare stampelle, bastoni, <i>walker</i> e deambulatore per 50 m. senza l'aiuto o supervisione. Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli	<input type="checkbox"/> 0

ausili a portata di mano.		
Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia <50 m. necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.		<input type="checkbox"/> 3
Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili/o per la loro manipolazione.		<input type="checkbox"/> 7
	Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.); l'autonomia deve essere > 50 m.	<input type="checkbox"/> 10
	Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.	<input type="checkbox"/> 11
Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.	Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.	<input type="checkbox"/> 12
	Capace di spostarsi solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre.	<input type="checkbox"/> 14
Non in grado di deambulare autonomamente.	<i>Dipendente negli spostamenti con la carrozzina.</i>	<input type="checkbox"/> 15
Totale valutazione mobilità	VMOB	___/30
		PUNTEGGIO TOTALE ___/90

Data

L'Esaminatore

Indice di Braden

Per la valutazione del rischio di compromissione dell'integrità cutanea

Valore < 16
 Valore = 16
 Valore da 16 a 18
 Valore > 18

grave rischio di compromissione dell'integrità cutanea
 rischio di compromissione dell'integrità cutanea
 lieve rischio di compromissione dell'integrità cutanea
 non presente rischio di compromissione dell'integrità cutanea

	4	3	2	1
PERCEZIONE SENSORIALE Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione	<input type="checkbox"/> Non limitata Risponde agli ordini verbali. Non ha <i>deficit</i> sensoriale che limiti la capacità di sentire ed esprimere il dolore o il disagio.	<input type="checkbox"/> Leggermente limitata Risponde agli ordini verbali ma non può comunicare sempre il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione. Ha impedimento al sensorio che limita la capacità di avvertire il dolore o il disagio in 1 o 2 estremità.	<input type="checkbox"/> Molto limitata Risponde solo agli stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi. Ha impedimento al sensorio che limita la percezione del dolore o del disagio almeno per la metà del corpo.	<input type="checkbox"/> Completamente limitata Non vi è risposta (non geme, non si contrae o afferra) allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello di coscienza od alla sedazione. Limitata capacità di percepire dolore in molte zone del corpo.
UMIDITA' Grado di esposizione della pelle all'umidità	<input type="checkbox"/> Raramente bagnato La pelle è abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate ad intervalli di <i>routine</i> .	<input type="checkbox"/> Occasionalmente bagnato La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola <i>extra</i> una volta al giorno.	<input type="checkbox"/> Spesso bagnato Pelle sovente ma non sempre umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno una volta per turno.	<input type="checkbox"/> Costantemente bagnato La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione, dall'urina, ecc.
ATTIVITA' Grado di attività fisica	<input type="checkbox"/> Cammina frequentemente Cammina al di fuori della camera almeno due volte al giorno e dentro la camera una volta ogni due ore.	<input type="checkbox"/> Cammina occasionalmente Cammina occasionalmente durante il giorno ma per brevi distanze con o senza aiuto. Trascorre la maggior parte di ogni turno a letto o sulla sedia.	<input type="checkbox"/> In poltrona Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia o sulla sedia a rotelle.	<input type="checkbox"/> Completamente allettato Costretto a letto.
MOBILITA' Capacità di cambiare e di controllare le posizioni del corpo	<input type="checkbox"/> Limitazioni assenti Si sposta frequentemente e senza assistenza.	<input type="checkbox"/> Parzialmente limitata Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo.	<input type="checkbox"/> Molto limitata Cambia occasionalmente posizione del corpo o delle estremità, ma è incapace di fare frequenti o significativi cambiamenti di posizione senza aiuto.	<input type="checkbox"/> Completamente immobile Non può fare alcun cambiamento di posizione senza assistenza.
NUTRIZIONE Assunzione usuale di cibo	<input type="checkbox"/> Eccellente Mangia la maggior parte del cibo. Non rifiuta mai un pasto. Talvolta mangia fra i pasti. Non necessita di integratori.	<input type="checkbox"/> Adeguate Mangia più della metà dei pasti, quattro porzioni o più di proteine al giorno. Usualmente assume integratori. Si alimenta artificialmente con TNP, assumendo il quantitativo nutrizionale necessario.	<input type="checkbox"/> Probabilmente inadeguata Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti. Le proteine assunte includono tre porzioni di carne o latticini al giorno, occasionalmente integratori alimentari. Riceve meno quantità ottimale di dieta liquida e/o enterale (con sondino).	<input type="checkbox"/> Molto povera Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. Due o meno porzioni di proteine al giorno. Assume pochi liquidi e nessun integratore. È a digiuno o mantenuto con fleboclisi o beve bevande per più di cinque giorni.

	4	3	2	1
FRIZIONI E SCIVOLAMENTO		<input type="checkbox"/> Senza problemi apparenti Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti.	<input type="checkbox"/> Problema potenziale Si muove poco e necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento la cute fa attrito con la lenzuola o con il piano della poltrona, occasionalmente può slittare.	<input type="checkbox"/> Problema Richiede da una moderata ad una massima assistenza nei movimenti. Frequentemente scivola nel letto o nella poltrona. Frequentemente richiede posizionamenti. Sono presenti spasticità, contratture, agitazione, che causano costante attrito contro il piano del letto o della poltrona.

Punteggio _____

Data _____

L'Esaminatore _____

Supervision Rating Scale (S.R.S.)

(Boake, 1996)

La scala di valutazione misura il livello di supervisione che un paziente riceve dal proprio caregiver. "Supervisione" significa la necessità della presenza di qualcuno con il paziente.

Istruzioni: Fate un cerchio sul punteggio che meglio corrisponde al grado di supervisione che il paziente richiede.

Punteggio	Descrizione
1 livello: indipendenza. Punti 0 <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1	Il paziente vive da solo o comunque in modo indipendente. Altre persone possono vivere con il paziente, ma nessuno è in grado di essere responsabile della supervisione (per esempio bambini o persone anziane).
<input type="checkbox"/> 2	Il paziente non è supervisionato durante la notte. Vive con una o più persone che potrebbero essere responsabili della sua supervisione (per esempio la moglie o un convivente) ma che a volte possono essere assenti durante la notte.
2 livello: supervisione notturna. Punti 1 <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 3	Il paziente è supervisionato solo durante la notte. Sono sempre presenti durante la notte una o più persone, che tuttavia possono essere assenti per il resto della giornata.
3 livello: supervisione indiretta tempo parziale. Punti 2 <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 4	Il paziente è supervisionato durante la notte e parzialmente durante il giorno, ma può recarsi fuori casa autonomamente. Una o più persone responsabili della sua supervisione sono sempre presenti durante la notte e per parte delle ore diurne tutti i giorni. Tuttavia il paziente può a volte lasciare la sua residenza senza essere accompagnato da persone responsabili della sua supervisione.
<input type="checkbox"/> 5	Il paziente è supervisionato durante la notte e parzialmente durante il giorno, ma non durante le ore di lavoro. Le persone responsabili della sua supervisione possono essere tutte assenti per il tempo sufficiente per svolgere un lavoro a tempo pieno fuori casa.
<input type="checkbox"/> 6	Il paziente è supervisionato durante la notte e per la maggior parte del giorno. Le persone responsabili della sua supervisione possono essere tutte assenti per periodi maggiori di un'ora, ma meno del tempo necessario per svolgere un lavoro a tempo pieno fuori casa.
<input type="checkbox"/> 7	Il paziente è supervisionato durante la notte e per quasi tutto il resto della giornata. I responsabili della sua supervisione possono essere tutti assenti per periodi inferiori a un'ora.
4 livello: supervisione indiretta a tempo pieno. Punti 3 <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 8	Il paziente riceve una supervisione indiretta a tempo pieno. È sempre presente almeno una persona responsabile della sua supervisione, ma non controlla il paziente più di una volta ogni 30 minuti.
<input type="checkbox"/> 9	Come il numero 8, ma in più richiede precauzioni di sicurezza durante la notte (per esempio chiusura della porta di ingresso).
5 livello: supervisione diretta a tempo pieno. Punti 4 <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 10	Il paziente riceve una supervisione diretta a tempo pieno. È sempre presente almeno una persona responsabile della sua supervisione, ma non controlla il paziente più di una volta ogni 30 minuti.
<input type="checkbox"/> 11	Il paziente vive in un ambiente ove le uscite siano fisicamente controllate da altre persone (per esempio una sala chiusa).
<input type="checkbox"/> 12	Come il numero 11 ma in più è richiesta a tempo pieno una persona che sorvegli a vista il paziente (per esempio che controlli che non scappi o che non si faccia del male).
<input type="checkbox"/> 13	È necessario il contenimento fisico del paziente.

Punteggio _____/4

Data _____

L'Esaminatore _____

Levels of Cognitive Functioning (L.C.F.)

Uno strumento per seguire il recupero della coscienza e della comunicazione dopo il coma

Istruzioni per l'utilizzo

□ Livello 1) NESSUNA RISPOSTA

La persona è completamente non-reativa a qualsiasi stimolo.

□ Livello 2) RISPOSTA GENERALIZZATA

La persona reagisce, in modo **incostante e non finalizzato**, agli stimoli, in modo non specifico.

Le risposte sono di entità limitata e spesso sono **uguali**, indipendentemente dallo stimolo presentato.

Le risposte possono essere modificazioni di parametri fisiologici (ad esempio frequenza del respiro), movimenti grossolani o vocalizzazioni.

Spesso la risposta è **ritardata** rispetto allo stimolo

La risposta più precoce a comparire è quella al **dolore**.

□ Livello 3) RISPOSTA LOCALIZZATA

La persona reagisce agli stimoli in modo **specifico ma non costante**. Le risposte sono direttamente correlate al tipo di stimolo presentato, come il girare il capo verso un suono o fissare un oggetto presentato nel campo visivo.

La persona può ritirare una estremità e vocalizzare quando gli viene somministrato uno stimolo doloroso.

Può **eseguire ordini semplici** in modo non costante e ritardato, come chiudere gli occhi, stringere la mano, o stendere un arto. Quando non gli vengono portati stimoli, può restare fermo e tranquillo.

Può mostrare una vaga consapevolezza di sé e del proprio corpo, manifestando risposte a situazioni di disagio (come il tirare il sondino naso-gastrico o il catetere vescicale).

Può mostrare **differenza nelle risposte**, rispondendo ad alcune persone ma non ad altre.

□ Livello 4) CONFUSO-AGITATO

La persona è in stato di **iperattività**, con grave difficoltà ad analizzare le informazioni provenienti dall'ambiente.

È distaccato da quanto gli accade intorno e reagisce principalmente al suo stato di **confusione interiore**.

Il comportamento in rapporto all'ambiente è spesso bizzarro e non finalizzato.

Può piangere, o gridare in modo sproporzionato agli stimoli, anche quando questi vengono rimossi, può mostrarsi **aggressivo**, può cercare di togliersi le sonde ed i cateteri, o può cercare di scendere dal letto; a volte è necessario contenerlo per evitare che si faccia male.

Non riesce a distinguere le persone e le cose e non è in grado di cooperare nel trattamento.

La verbalizzazione è spesso incoerente e inappropriata alla situazione ambientale.

Ci può essere **confabulazione**; essa può avere carattere di aggressività verbale o ostilità.

La capacità di prestare attenzione all'ambiente è molto limitata e l'attenzione selettiva è spesso inesistente.

Non essendo consapevole di quanto gli accade, il paziente non ha capacità di memoria a breve termine.

Non è in grado di effettuare attività di cura della persona, se non con molto aiuto.

Se non ha menomazioni fisiche importanti, può effettuare attività motorie automatiche anche complesse, come sedersi e camminare, ma non necessariamente in modo intenzionale o su richiesta.

□ Livello 5) CONFUSO-INAPPROPRIATO

La persona è vigile, attenta e **in grado di rispondere a comandi semplici in modo abbastanza costante**.

Tuttavia, se i comandi sono complessi, o non ci sono situazioni esterne facilitanti, le risposte sono non intenzionali, casuali, o al più, frammentarie rispetto allo scopo.

Può presentare comportamento di agitazione, ma non dovuto a fattori interni come nel livello 4, ma piuttosto per effetto di stimoli esterni e usualmente in modo sproporzionato allo stimolo.

Ha una **certa capacità di attenzione** verso l'ambiente, è altamente distraibile ed è incapace di focalizzare l'attenzione verso uno specifico compito, se non è continuamente facilitato.

In una situazione facilitante e strutturata, può essere in grado di conversare in modo "automatico" (frasi di convenienza) per brevi periodi.

La verbalizzazione è spesso inappropriata, può confabulare in risposta a quanto gli accade.

La memoria è gravemente compromessa e fa confusione fra passato e presente.

Manca l'iniziativa per effettuare attività finalizzate (ad esempio cura di sé) e spesso è incapace di usare correttamente gli oggetti se non è aiutato da qualcuno.

Può essere in grado di effettuare compiti appresi in precedenza se posto in situazione adeguata, ma **non è in grado di apprendere nuove informazioni**.

Risponde meglio a stimoli che riguardano il proprio corpo, il proprio benessere e *comfort* fisico e, spesso, risponde meglio con i familiari.

Può effettuare **attività di cura di sé con assistenza** e può alimentarsi con supervisione.

La gestione può essere difficoltosa, se il paziente è in grado di spostarsi, perché può vagare per il reparto, oppure mostrare l'intenzione di "andare a casa", senza comprenderne i rischi o le difficoltà.

□ Livello 6) CONFUSO-APPROPRIATO

La persona mostra un **comportamento finalizzato**, ma necessita ancora di stimoli e indicazioni esterne per indirizzarlo correttamente.

La risposta al disagio è appropriata e può essere in grado di sopportare stimoli anche fastidiosi (ad esempio un sondino naso-gastrico, se gli si spiega il perché).

Esegue ordini semplici, **segue le indicazioni** e mostra di poter effettuare certi compiti da solo, una volta che si è esercitato (ad esempio attività di cura di sé).

Necessita comunque di supervisione nelle attività che gli erano abituali; necessita di molto aiuto nelle attività nuove (che non aveva mai svolto prima) e non è poi capace di svolgerle da solo.

Le risposte possono essere scorrette a causa di problemi di memoria, ma sono adeguate alla situazione.

Possono essere ritardate o immediate e mostra una diminuita capacità di analizzare l'informazione, con incapacità di anticipare o prevedere gli eventi.

La memoria per gli avvenimenti del passato è migliore rispetto a quella per gli eventi recenti (accaduti dopo il trauma).

Il paziente può **mostrare una iniziale consapevolezza di situazione** e si può rendere conto che ha difficoltà a rispondere.

Non tende più a vagare senza meta ed ha un parziale orientamento nello spazio e nel tempo.

L'attenzione selettiva al compito può essere compromessa, specie in compiti difficili o in situazioni non "facilitanti", ma riesce a effettuare correttamente normali attività di cura di sé.

Può mostrare di riconoscere i componenti del *team* ed ha una migliore consapevolezza di sé, dei suoi bisogni elementari ed è più adeguato nei rapporti con i familiari.

□ **Livello 7) AUTOMATICO-APPROPRIATO**

La persona è **adeguata e orientata nell'ambiente del reparto e a casa**, svolge le sue attività di vita quotidiana automaticamente, ma in modo simile a quello di un *robot*.

Non presenta confusione e **ha una certa capacità di ricordare che cosa gli è successo**.

Si mostra via via più **consapevole della sua situazione**, dei suoi problemi e necessità fisiche, dei suoi bisogni, della presenza dei familiari e delle altre persone presenti intorno a lui, così come dell'ambiente in generale.

Ha una consapevolezza superficiale della sua situazione generale, ma gli manca ancora la capacità di analizzarla nella sue conseguenze, ha scarsa capacità critica e di giudizio e non è in grado di fare programmi realistici per il futuro.

Mostra di poter **applicare nuove abilità**, ma ancora con difficoltà ed in modo parziale.

Necessita almeno di una supervisione minima per difficoltà di apprendimento e per motivi di sicurezza.

È autonomo nelle attività di cura di sé e può necessitare di supervisione a casa o fuori, per ragioni di sicurezza.

In un ambiente strutturato facilitante, può essere in grado di iniziare da solo certe attività pratiche, o attività ricreative, o sociali per cui ora può mostrare interesse.

□ **Livello 8) FINALIZZATO-APPROPRIATO**

La persona è **vigile e orientata**; è in grado di **ricordare ed integrare eventi passati e recenti** ed è **consapevole** della sua situazione.

Si mostra in grado di applicare nuove conoscenze e abilità apprese, purché siano accettabili per lui e per il suo stile di vita e non necessita di supervisione.

Nei limiti delle sue eventuali difficoltà fisiche, si mostra **indipendente** nelle attività domestiche e sociali.

Può continuare a mostrare una **certa diminuzione di capacità**, rispetto a prima del trauma, specie riguardo alla velocità e adeguatezza nell'analizzare le informazioni, nel ragionamento astratto, nella tolleranza allo *stress* ed alla capacità di critica e giudizio in situazione di emergenza o in circostanze non abituali.

Le sue capacità intellettive, la sua capacità di adattamento emozionale e le abilità sociali possono essere ancora ad un livello inferiore rispetto a prima, ma consentono comunque il reinserimento sociale.

L.C.F. = _____

Data _____

L'Esaminatore _____

Scale di rilevazione del dolore

NRS (Numerical Rating Scale)

(Downie, 1978; Grossi, 1983)

Acronimo di lingua inglese di valutazione numerica.

Consiste in una quantificazione verbale e numerica del dolore, dove 0 è uguale a nessun dolore e 10 il peggior dolore immaginabile.

Si tratta di una scala numerica unidimensionale quantitativa del dolore a 11 punti; la scala prevede che l'operatore (familiare, *caregiver* se opportunamente formati) chiedano alla persona di selezionare il numero che meglio descrive l'intensità del suo dolore, da 0 a 10, in quel momento.

Nel caso di *self-report* la persona stessa seleziona il numero corrispondente all'intensità del dolore percepito e comunica (o consegna) all'operatore di riferimento il risultato della rilevazione.

Nessun dolore	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Il peggior dolore
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia)

(Warden, 2003)

Acronimo in lingua inglese di rilevazione del dolore nella demenza avanzata.

La scala è utilizzata nelle persone con deterioramento cognitivo severo, nelle quali non è utilizzabile la scala numerica.

Si basa sull'osservazione di 5 indicatori (respirazione, vocalizzazione, espressione del volto, linguaggio del corpo, consolazione) ai quali viene assegnato un punteggio che consente poi una sovrapposibilità con le scale numeriche in uso.

La riproducibilità e l'affidabilità della scala PAINAD, validata in lingua italiana (Costardi et al., 2007), è stata documentata nella pratica clinica per i pazienti con difficoltà di espressione verbale del dolore e/o non collaboranti.

	0	1	2
Respiro (<i>indipendente dalla vocalizzazione</i>)	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Respiro a tratti alterato. Brevi periodi di iperventilazione	<input type="checkbox"/> Respiro alterato. Iperventilazione. Cheyne-Stokes
Vocalizzazione	<input type="checkbox"/> Nessuna	<input type="checkbox"/> Occasionali lamenti. Saltuarie espressioni negative	<input type="checkbox"/> Ripetuti richiami. Lamenti. Piano
Espressione facciale	<input type="checkbox"/> Sorridente o inespressiva	<input type="checkbox"/> Triste, ansiosa, contratta	<input type="checkbox"/> Smorfie
Linguaggio del corpo	<input type="checkbox"/> Rilassato	<input type="checkbox"/> Teso. Movimenti nervosi. Irrequietezza	<input type="checkbox"/> Rigidità. Agitazione. Ginocchia piegate. Movimento afinalistico, a scatti
Consolabilità	<input type="checkbox"/> Non necessita di consolazione	<input type="checkbox"/> Distratto o rassicurato da voce o tocco	<input type="checkbox"/> Inconsolabile; non si distrae né si rassicura

Punteggio: 0 = nessun dolore

10 = massimo dolore

Glasgow Coma Scale

(DM 26/09/2016, art. 3, c. 2, lett. a) ³

Apertura occhi	Spontanea	<input type="checkbox"/> 4
	Agli stimoli verbali	<input type="checkbox"/> 3
	Solo al dolore	<input type="checkbox"/> 2
	Nessuna risposta	<input type="checkbox"/> 1
Risposta verbale	Orientata appropriata	<input type="checkbox"/> 5
	Confusa	<input type="checkbox"/> 4
	Con parole inappropriate	<input type="checkbox"/> 3
	Con parole incomprensibili	<input type="checkbox"/> 2
	Nessuna risposta	<input type="checkbox"/> 1
Risposta motoria	Obbedisce al comando	<input type="checkbox"/> 6
	Localizza gli stimoli dolorosi	<input type="checkbox"/> 5
	Si ritrae in risposta al dolore	<input type="checkbox"/> 4
	Flette gli arti superiori in risposta al dolore	<input type="checkbox"/> 3
	Estende gli arti superiori in risposta al dolore	<input type="checkbox"/> 2
	Nessuna risposta	<input type="checkbox"/> 1

³ DM 26/09/2016, art. 3, c. 2, lett. a: persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10.

ASIA IMPAIRMENT SCALE (AIS)

(DM 26/09/2016, art. 3, c. 2, lett. d)⁴

SCALA
ASIA-QST

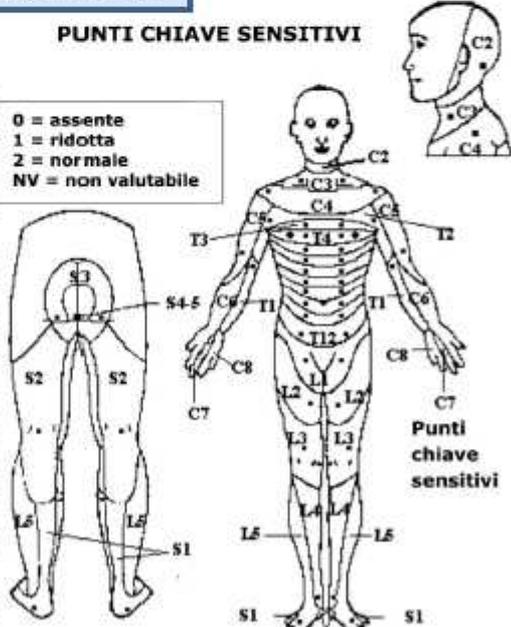
 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Logo Azienda	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

SCALA ASIA-QST

(Valutazione del livello di lesione midollare, del danno e della menomazione motoria e sensitiva)

ASIA IMPAIRMENT SCALE:	
<input type="checkbox"/>	A = Completa (nessuna funzione motoria o sensitiva è conservata nei segmenti sacrali S4-S5)
<input type="checkbox"/>	B = Incompleta (è conservata la funzione sensitiva ma non quella motoria al di sotto del livello neurologico e si estende ai segmenti sacrali S4-S5)
<input type="checkbox"/>	C = Incompleta (la funzione motoria è conservata al di sotto del livello neurologico e la maggior parte dei muscoli chiave al di sotto della lesione hanno un grado di forza inferiore a 3)
<input type="checkbox"/>	D = Incompleta (la funzione motoria è conservata al di sotto del livello neurologico e la maggior parte dei muscoli chiave al di sotto della lesione hanno un grado di forza superiore od uguale a 3)
<input type="checkbox"/>	E = Normale (le funzioni motorie e sensitive sono normali)

SENSIBILITA'

	Tocco leggero		Puntura di spillo		PUNTI CHIAVE SENSITIVI
	dx	sx	dx	sx	
C2					 <p>0 = assente 1 = ridotta 2 = normale NV = non valutabile</p>
C3					
C4					
C5					
C6					
C7					
C8					
T1					
T2					
T3					
T4					
T5					
T6					
T7					
T8					
T9					
T10					
T11					
T12					
L1					
L2					
L3					
L4					
L5					
S1					
S2					
S3					
S4-S5					
TOTALE					<input type="checkbox"/> Qualche sensazione anale (si/no) <input type="checkbox"/> Punteggio puntura di spillo (max 112) <input type="checkbox"/> Punteggio tocco leggero (max 112)
MASSIMO	56	56	56	56	

⁴ DM 26/09/2016, art. 3, c. 2, lett. d: persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B.

MOTRICITA'

	dx	sn
C2		
C3		
C4		
C5		
C6		
C7		
C8		
T1		
T2		
T3		
T4		
T5		
T6		
T7		
T8		
T9		
T10		
T11		
T12		
L1		
L2		
L3		
L4		
L5		
S1		
S2		
S3		
S4-5		
TOTALE		

Flessori del gomito
 Estensori del polso
 Estensori del gomito
 Flessori delle dita (falange distale del dito medio)
 Abduktore del mignolo

PUNTEGGIO

0 = paralisi totale
 1 = contrazione palpabile e visibile
 2 = movimenti attivi, eliminate le forze di gravità
 3 = movimenti attivi contro gravità
 4 = movimenti attivi contro modesta resistenza
 5 = movimenti attivi contro resistenza massima
 N.V. = non valutabile

Flessori delle anche
 Estensori delle ginocchia
 Dorsiflessori della caviglia
 Estensori lunghi delle dita
 Flessori plantari della caviglia

Contrazione anale volontaria si no

Punteggio motorio
 100

SINDROMI CLINICHE

- Centromidollare
- Brown-Sequard
- Midollare anteriore
- Cono midollare
- Cauda equina

STABILIZZAZIONE CHIRURGICA

- si data _____
- no

OSSERVAZIONI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DATA..... FIRMA.....

**Bilancio muscolare complessivo alla scala
 Medical Research Council (MRC)**

La forza muscolare nei vari distretti muscolari viene valutata con la **scala MRC** (valori da 5 a 0).

- 5/5 alla scala MRC: movimento possibile contro resistenza massima
- 4/5 alla scala MRC: movimento possibile solo contro resistenza minima
- 3/5 alla scala MRC: movimento possibile solo contro gravità
- 2/5 alla scala MRC: movimento possibile solo in assenza di gravità
- 1/5 alla scala MRC: accenno al movimento
- 0/5 alla scala MRC: assenza di movimento
-

Muscolo tricipite brachiale	Il paziente è in posizione seduta; si invita ad abduire il braccio fino all'altezza della spalla e ad estendere l'avambraccio sul braccio In alternativa, in posizione prona, si invita ad abduire il braccio e ad estendere l'avambraccio sul braccio	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
Muscolo bicipite brachiale	Il paziente è in posizione seduta; si invita a flettere l'avambraccio sul braccio	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
Muscoli extrarotatori delle spalle	Il paziente è in posizione seduta; si invita a flettere l'avambraccio sul braccio ad angolo retto con il gomito a contatto con il fianco e ad allargare l'avambraccio verso l'esterno	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
Muscolo flessore delle dita	Il paziente è in posizione seduta; si invita a flettere l'avambraccio sul braccio ad angolo retto con il palmo della mano rivolto verso l'alto e a flettere le dita della mano verso l'avambraccio	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
Muscolo estensore delle dita	Il paziente è in posizione seduta; si invita a flettere l'avambraccio sul braccio ad angolo retto con il dorso della mano rivolto verso l'alto e ad estendere le dita della mano verso l'avambraccio	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
Muscolo flessore del polso	Il paziente è in posizione seduta; si invita a flettere l'avambraccio sul braccio ad angolo retto con il palmo della mano rivolto verso l'alto e la mano chiusa a pugno e a flettere il polso verso l'avambraccio	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
Muscolo estensore del polso	Il paziente è in posizione seduta; si invita a flettere l'avambraccio sul braccio ad angolo retto con il dorso della mano rivolto verso l'alto e la mano chiusa a pugno e ad estendere il polso verso l'avambraccio	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
Muscolo quadricipite femorale	Il paziente è in posizione seduta; si invita ad estendere la gamba sulla coscia	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0

⁵ DM 26/09/2016, art. 3, c. 2, lett. e: gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoen e Yahr mod.

Muscolo tibiale anteriore	Il paziente è in posizione supina; si invita ad estendere dorsalmente entrambi i piedi	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
----------------------------------	--	--

Expanded Disability Status Scale (Scala EDSS)

(DM 26/09/2016, art. 3, c. 2, lett. e)⁶

La scala EDSS (*Expanded Disability Status Scale*) trova ampio uso come strumento per misurare e valutare le caratteristiche cliniche dei pazienti affetti da **sclerosi multipla**. È inoltre uno strumento ampiamente accettato negli studi clinici, ad esempio per valutare l'effetto di trattamenti sulla progressione della malattia.

La scala EDSS è stata sviluppata negli anni Cinquanta dal dottor John Kurtzke per misurare lo stato di invalidità delle persone affette da sclerosi multipla. L'intento è stato quello di creare un approccio obiettivo per quantificare il livello di disabilità. La scala è stata poi modificata più volte per renderla più efficace nel descrivere le caratteristiche cliniche dei pazienti. La scala ha preso quindi il suo nome definito di *Expanded Disability Status Scale* (EDSS).

Il punteggio EDSS totale (vedi la Tabella) viene determinato da due fattori: la capacità di deambulazione e i punteggi relativi ad otto **sistemi funzionali**. Infatti, viene utilizzata una sotto-scala che valuta lo stato funzionale di alcuni sistemi funzionali che sono variabilmente colpiti dalla malattia.

Gli otto sistemi funzionali

1. Piramidale (funzionale motorio)
2. Cerebellare
3. Tronco encefalico
4. Sensitivo
5. Sfinterico
6. Visivo
7. Cerebrale
8. Altri

A ciascun sistema funzionale viene dato un punteggio di crescente gravità (da 1 a 5). La categoria "Altri" non riceve un punteggio numerico, ma dà indicazioni su un problema particolare, ad esempio la perdita di capacità deambulatoria.

Punteggio EDSS	Caratteristiche cliniche
<input type="checkbox"/> 1-3,5	Paziente deambulante, ma sono presenti deficit neurologici evidenti in diversi sistemi funzionali (motorio, sensitivo, cerebellare, visivo, sfinterico) di grado lieve-moderato, con un impatto parziale sull'autonomia.
<input type="checkbox"/> 4	Paziente autonomo, deambulante senza aiuto e senza riposo, per circa 500 metri.
<input type="checkbox"/> 4,5	Paziente autonomo, con minime limitazioni dell'attività quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 300 metri.
<input type="checkbox"/> 5	Paziente non del tutto autonomo, con modeste limitazioni dell'attività completa quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 200 metri.
<input type="checkbox"/> 5,5	Paziente non del tutto autonomo, con evidenti limitazioni dell'attività quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 100 metri.
<input type="checkbox"/> 6	Paziente che necessita di assistenza saltuaria o costante da un lato per percorrere 100 metri senza fermarsi.
<input type="checkbox"/> 6,5	Paziente che necessita di assistenza bilaterale costante, per camminare 20 metri senza fermarsi.
<input type="checkbox"/> 7	Paziente non in grado di camminare per più di 5 metri, anche con aiuto, e necessita di sedia a rotelle, riuscendo però a spostarsi dalla sedia da solo.
<input type="checkbox"/> 7,5	Paziente che può muovere solo qualche passo. È obbligato all'uso della carrozzella, e può aver bisogno di aiuto per trasferirsi dalla sedia.
<input type="checkbox"/> 8	Paziente che è obbligato a letto non per tutta la giornata o sulla carrozzella. In genere, usa bene una o entrambe le braccia.
<input type="checkbox"/> 8,5	Paziente essenzialmente obbligato a letto. Mantiene alcune funzioni di autoassistenza, con l'uso abbastanza buono di una o entrambe le braccia.
<input type="checkbox"/> 9	Paziente obbligato a letto e dipendente. Può solo comunicare e viene alimentato.
<input type="checkbox"/> 9,5	Paziente obbligato a letto, totalmente dipendente
<input type="checkbox"/> 10	Morte dovuta alla malattia.

La scala EDSS è utile e largamente utilizzata nella pratica clinica per monitorare la progressione della malattia, tuttavia ha lo svantaggio di sottostimare alcuni disturbi, talvolta molto invalidanti, come la fatica primaria, sia mentale che fisica, ma anche

⁶DM 26/09/2016, art. 3, c. 2, lett. e: gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoen e Yahr mod.

la dipopia. Tali disturbi, al contrario, sono molto frequenti nelle persone con sclerosi multipla, sin dall'esordio della malattia, e hanno un impatto molto negativo sia sulle attività quotidiane, sia sull'attività lavorativa.

Scala di Hoehn e Yahr
(DM 26/09/2016, art. 3, c. 2, lett. e)⁷

Stadio	Scala di Hoehn e Yahr	Scala di Hoehn e Yahr modificata
□ 1	Coinvolgimento unilaterale, solitamente con solo una minima o nessuna disabilità funzionale	Solo coinvolgimento unilaterale
□ 1.5	/	Coinvolgimento unilaterale e assiale
□ 2	Coinvolgimento bilaterale o mediano senza compromissione dell'equilibrio	Coinvolgimento bilaterale senza compromissione dell'equilibrio
□ 2.5	/	Lieve coinvolgimento bilaterale senza recupero sul test a trazione
□ 3	Coinvolgimento bilaterale da medio a moderato; alcune difficoltà posturali; fisicamente indipendenti	Da lieve a moderato coinvolgimento bilaterale instabilità posturale; fisicamente autosufficiente
□ 4	Malattia gravemente debilitante, ancora in grado di camminare o stare in piedi senza assistenza	Grave disabilità; ancora in grado di camminare o stare in piedi senza assistenza
□ 5	Costretto a letto o sulla sedia a rotelle	Costretto a letto o sulla sedia a rotelle

⁷ DM 26/09/2016, art. 3, c. 2, lett. e: gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod.

Valutazione persona in condizione di dipendenza vitale

(DM 26/09/2016, art. 3, c. 2, lett. i)⁸

1. Le persone con disabilità gravissima, in condizione di dipendenza vitale, sono individuate mediante la valutazione del livello di compromissione della funzionalità, indipendentemente dal tipo di patologia e/o menomazione, attraverso la rilevazione dei seguenti domini:
 - a) motricità;
 - b) stato di coscienza;
 - c) respirazione,
 - d) nutrizione.

2. Le compromissioni rilevate ai fini della identificazione delle persone in condizione di dipendenza vitale sono le seguenti:
 - a) **motricità**
 - dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana (ADL): l'attività è svolta completamente da un'altra persona;
 - b) **stato di coscienza**
 - compromissione severa: raramente/mai prende decisioni
 - persona non cosciente
 - c) **respirazione**
 - necessità di aspirazione quotidiana
 - presenza di tracheostomia
 - d) **nutrizione**
 - necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia i solidi che liquidi
 - combinata orale e enterale / parenterale
 - solo tramite sondino naso-gastrico (SNG)
 - solo tramite gastrostomia (es. PEG)
 - solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC).

3. Si intendono in condizioni di dipendenza vitale le persone che hanno compromissioni di cui al comma 3 in almeno uno dei domini di cui alle lettere a) e b) del comma 1 ed in almeno uno dei domini di cui alle lettere c) e d) del medesimo comma 1.

⁸DM 26/09/2016, art. 3, c. 2, lett. i: ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

Scale di Valutazione

Scale utilizzate	Competenza	Punteggio
Indice di Barthel	Fisioterapista – infermiere	
Indice di Braden	Infermiere	
Supervision Rating Scale (S.R.S.)	Commissione Gra.D.A. distrettuale	
Levels of Cognitive Functioning (L.C.F.)	Medico fisiatra	
Scala di rilevazione del dolore	Infermiere	
Glasgow Coma Scale	Medico fisiatra	
ASIA	Medico fisiatra	
Forza muscolare (scala MRC)	Medico fisiatra	
Scala EDSS (<i>Expanded Disability Status Scale</i>)	Medico fisiatra	
Scala di Hoehn e Yahr	Medico fisiatra	
Valutazione persona in condizione di dipendenza vitale	Medico fisiatra	
Altro (<i>specificare</i>)		

Sintesi delle valutazioni

Verbale Unità di Valutazione Gra.D.A.

Sulla base della documentazione agli atti e di quanto emerso dalla valutazione multidimensionale, l'Unità di Valutazione Gra.D.A. del Distretto di valuta il/la Signor/a

.....
Luogo e data di nascita

paziente Gra.D.A. ai sensi della D.G.R. 2068/2004.

Referente della Commissione distrettuale Gra.D.A.:			
Responsabile del caso:			
Presenti	Figura professionale	Cognome e Nome	Firma
1 <input type="checkbox"/>			
2 <input type="checkbox"/>			
3 <input type="checkbox"/>			
4 <input type="checkbox"/>			
5 <input type="checkbox"/>			
6 <input type="checkbox"/>			
7 <input type="checkbox"/>			
8 <input type="checkbox"/>			
Data			

PROGETTO

Componenti della Commissione Gra.D.A. distrettuale

Ruolo	Cognome e Nome	Referente della Commissione
Medico fisiatra		
Infermiere		
Fisioterapista		
Assistente sociale		
Altre figure professionali		

Obiettivi socio-assistenziali

- Assistenza domiciliare sociale
- Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.)
- Assegno di cura
- Inserimento in centro socio riabilitativo diurno
- Inserimento in centro socio riabilitativo residenziale
- Inserimento in C.R.A.
- Inserimento in Hospice
- Inserimento in strutture ad alta valenza assistenziale
- Non dimissibilità del paziente dal reparto ospedaliero
- Adattamento domiciliare – Attivazione CAAD
- Altro (*specificare*).....

Obiettivi riabilitativi

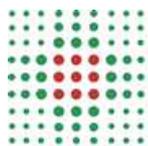
- Valutazione ambientale
- Individuazione/Prescrizione ausili
- Addestramento paziente / *caregiver* / operatori socio-assistenziali
- Interventi riabilitativi
- Altro (*specificare*).....

Il progetto è condiviso con l'assistente sociale responsabile del caso, il paziente ed i familiari.

Firma dei componenti della Commissione

Firma del paziente e/o dei familiari

Data



Allegato 3

Distretto

Area Minori

Scheda di valutazione multidimensionale
di minore con gravissime disabilità (ex DGR 840/2008)

Cognome e Nome

Data valutazione da parte della Commissione distrettuale

(Allegato alla delibera aziendale n. ... del ...)

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

per finalità di diagnosi, assistenza e terapia sanitaria o sociale (ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679)

Gentile utente/assistito,

L'Azienda USL di Parma tratta i Suoi dati personali attraverso personale autorizzato tenuto al segreto professionale e d'ufficio, nel pieno rispetto dei principi di liceità, sicurezza, correttezza, riservatezza, trasparenza, necessità, pertinenza, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati.

Le presenti informazioni Le verranno ulteriormente date, per una volta soltanto, in occasione del primo accesso alle strutture aziendali e saranno valide in riferimento a tutte le prestazioni erogate dalle strutture ospedaliere e territoriali dell'Azienda USL (Ospedale di Fidenza, Ospedale di Borgo Val di Taro, ambulatori specialistici, Case della Salute insistenti nei Distretti di Parma, Fidenza, Sud-Est, Valli Taro e Ceno, Consultori, Spazi e Centri aziendali quali Consultori familiari, Spazio giovani, Spazio salute immigrati, Centri Disturbi Cognitivi, ecc.); l'operatore registrerà l'avvenuta informazione con annotazione informatica tale da permettere una verifica, al riguardo, da parte di altri reparti ed unità che, anche in tempi diversi, tratteranno i Suoi dati.

Il conferimento dei dati personali è facoltativo.

In caso di mancato conferimento, l'Azienda non potrà svolgere o erogare le prestazioni sanitarie da Lei richieste, fatta eccezione per le prestazioni in emergenza-urgenza.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda USL di Parma, con sede in Strada del Quartiere, 2/a – 43125 Parma, di seguito Azienda.

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato all'indirizzo e-mail: dpo@ausl.pr.it

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

La finalità perseguita è quella di diagnosi, assistenza e terapia sanitaria o sociale volta a tutelare la Sua salute.

Ciò comporta lo svolgimento di determinate attività di trattamento, quali: attività di ricovero, attività di specialistica ambulatoriale, soccorso sanitario di emergenza-urgenza e assistenza sanitaria di emergenza, screening, assistenza sanitaria di base, assistenza protesica, assistenza integrativa, assistenza domiciliare programmata e integrata, fisica medica, attività immuno-trasfusionale, attività territoriali relative alla salute mentale e dipendenze patologiche, attività socio-sanitaria a favore di fasce deboli, compresi i soggetti in regime di detenzione, farmaceutica ospedaliera e territoriale convenzionata, medicina legale, sanità pubblica.

Il perseguimento di queste finalità comporta lo svolgimento anche di attività amministrative e gestionali correlate e di certificazione.

BASE GIURIDICA

La base giuridica che conferisce liceità alle operazioni di trattamento è il perseguimento della finalità di diagnosi, assistenza e terapia sanitaria o sociale affidate all'Azienda sanitaria dalle disposizioni di legge.

DESTINATARI O CATEGORIE DI DESTINATARI AI QUALI I DATI PERSONALI POSSONO ESSERE COMUNICATI

I Suoi dati personali possono essere comunicati a determinati soggetti pubblici o privati coinvolti nei percorsi diagnostici, assistenziali e terapeutici (esempio: Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, organismi sanitari pubblici e privati accreditati) o nei percorsi amministrativi correlati, contabili, di rendicontazione, pianificazione e controllo delle prestazioni erogate, valutazione dell'assistenza sanitaria, di previdenza e assistenza o per finalità di giustizia (esempio: Regioni, Comuni, Ministeri, istituti e agenzie di diritto pubblico, organismi sanitari pubblici e privati accreditati, enti previdenziali e assistenziali, autorità giudiziaria) che agiscono in qualità di Titolari autonomi o Responsabili del trattamento, nei soli casi previsti dalla legge o regolamento o da contratto.

PERIODO DI CONSERVAZIONE

Per garantire cure ed assistenza appropriate, i Suoi dati sono conservati in modo sicuro per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono trattati, fatto salvo il maggior tempo necessario per adempiere ad obblighi di legge o di regolamento in ragione della natura del dato o del documento o per motivi di interesse pubblico o per l'esercizio di pubblici poteri, tenuto conto anche di quanto previsto dal Piano di conservazione della documentazione aziendale (cd. massimario di scarto) a tutela del patrimonio documentale.

ESERCIZIO DEI DIRITTI

Lei può in ogni momento esercitare il diritto di ottenere: la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che la riguardano e, nel caso, ottenere l'accesso ai dati personali; la rettifica di dati inesatti e l'integrazione di dati incompleti. Nei soli casi previsti dalla legge, ha altresì il diritto di ottenere: la cancellazione

dei dati (ad esclusione del caso, in particolare, in cui il trattamento sia necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica); la limitazione del trattamento; l'opposizione al trattamento.

L'istanza per l'esercizio dei diritti può essere presentata direttamente al Titolare.

I diritti non possono essere esercitati qualora dall'esercizio degli stessi possa derivare un pregiudizio effettivo e concreto, tra gli altri: allo svolgimento delle investigazioni difensive o all'esercizio di un diritto in sede giudiziaria.

DIRITTO DI RECLAMO

Se ritiene che il trattamento dei Suoi dati personali sia effettuato in violazione di legge, ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Ulteriori informazioni sono reperibili sul sito istituzionale dell'Azienda USL di Parma:
www.ausl.pr.it - sezione Privacy.

SCHEDA ANAGRAFICA INFORMATIVA DEL MINORE

Cognome	Nome
Nato/a a	Il
Residente a	Via
Recapito telefonico	
Codice fiscale	
Titolo di studio	
Medico di Medicina Generale	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Pediatra di Libera Scelta	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nominativo del MMG o PLS	
Indirizzo e recapito telefonico del MMG o PLS	
Persona con <i>handicap</i> grave (art. 3 c. 3 L. 104/92)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Domanda in corso dal
Invalità civile	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Domanda in corso dal
Indennità di frequenza	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Domanda in corso dal
Indennità di accompagnamento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Domanda in corso dal
Richiesta attivazione	Famiglia <input type="checkbox"/> Servizi Sociali <input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> Servizi sanitari territoriali <input type="checkbox"/> Assistente sociale <input type="checkbox"/> Altro (<i>specificare</i>)

La domanda è stata presentata in data

I dati e le informazioni sono stati forniti da:

Cognome	Nome
Residente a	Via
Recapito telefonico	@
In qualità di	

Caregiver di riferimento *(se diversa da chi ha fornito le informazioni)*

Cognome	Nome
Residente a	Via
Recapito telefonico	@
In qualità di	

Luogo di valutazione

<input type="checkbox"/> Domicilio	<input type="checkbox"/> Ambulatorio
<input type="checkbox"/> Reparto ospedaliero	<input type="checkbox"/> Altro <i>(specificare)</i>

1. Scheda di valutazione sanitaria

Diagnosi clinica

Applicare codice ICD9 - ICD10 (OMS) o DSM 5 o s.m.i.

Diagnosi codificata * _____

Diagnosi codificata * _____

Diagnosi codificata * _____

- Limitate ed eccezionali situazioni di minori di età che in conseguenza di gravi deficit presentano condizioni di totale dipendenza, necessitano assistenza continua nell'arco delle 24 ore e sono in condizione di non potere seguire i normali percorsi di integrazione scolastica e nei servizi

Tipo di deficit	Cerebrolesione	<input type="checkbox"/>
	Mielolesione	<input type="checkbox"/>
	Patologia neurologica	<input type="checkbox"/>
	Patologia età evolutiva	<input type="checkbox"/>
Causa deficit	Incidente stradale	<input type="checkbox"/>
	Incidente sul lavoro	<input type="checkbox"/>
	Esito patologico	<input type="checkbox"/>
	Altro (<i>specificare</i>)	<input type="checkbox"/>
Stato di coscienza	Vigile	<input type="checkbox"/>
	Minimamente responsivo	<input type="checkbox"/>
	Stato vegetativo	<input type="checkbox"/>
Quadro motorio	Emiplegia	<input type="checkbox"/>
	Paraplegia	<input type="checkbox"/>
	Tetraparesi	<input type="checkbox"/>
Respirazione	Spontanea	<input type="checkbox"/>
	Necessita di aspirazione quotidiana	<input type="checkbox"/>
	Presenza di tracheotomia	<input type="checkbox"/>
	Presenza ventilazione assistita ≥ 16 ore al di	<input type="checkbox"/>
Nutrizione	Necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia liquidi che solidi	<input type="checkbox"/>
	Combinata orale ed enterale/parenterale	<input type="checkbox"/>
	Solo tramite sondino naso-gastrico (SNG)	<input type="checkbox"/>
	Solo tramite gastrostomia (es. PEG)	<input type="checkbox"/>
	Solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC)	<input type="checkbox"/>
Sfinteri	Continente	<input type="checkbox"/>
	Incontinente urinario	<input type="checkbox"/>
	Incontinente fecale	<input type="checkbox"/>
	Altro (<i>specificare</i>)	<input type="checkbox"/>
Tono muscolare	Normotono	<input type="checkbox"/>
	Iper tono	<input type="checkbox"/>
	Ipotono	<input type="checkbox"/>
Dolore	Assente	<input type="checkbox"/>
	Controllato	<input type="checkbox"/>
	Fuori controllo	<input type="checkbox"/>
Comorbilità	Sì	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
	Se sì, quali:	

Assistenza continuativa	Necessaria per non esporre la persona a pericolo sostanziale di vita se sola	<input type="checkbox"/>
	Dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana: l'attività è svolta completamente da un'altra persone (ADL 6/6)	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio nelle 24 ore	Necessario monitoraggio delle condizioni di salute (parametri vitali) e/o delle apparecchiature nelle 24 ore	<input type="checkbox"/>
Addestramento al caregiver	DGR 858/2017 "Adozione delle linee attuative della legge regionale n. 2 del 28 marzo 2014 <Norme per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura ed assistenza)>"	<input type="checkbox"/>

Terapia farmacologica

(campo vuoto per inserimento terapia)

Allergie a farmaci

(campo vuoto per inserimento eventuali allergie)

Note

(campo vuoto per inserimento note)

Cognome e Nome del compilatore

Firma

Data

2. Scheda di valutazione sociale

A. Situazione abitativa

Tipologia abitazione

- Condominio
- Casa a schiera
- Casa indipendente
- Comunità
- Struttura assistenziale
- Altro (*specificare*)

Titolo di godimento

- Proprietà dell'immobile
- Proprietà dell'immobile del familiare
- Usufrutto
- Titolo gratuito
- Non di proprietà, non in affitto
- Affitto da privato
- Affitto da pubblico
- Sfratto esecutivo
 - Per cessata locazione
 - Per morosità
 - Per inabitabilità dei locali
- Altro (*specificare*)

Dislocazione nel territorio*

- Servita
- Poco servita
- Isolata

Barriere architettoniche (*una sola risposta*)

- Assenti
- Esterne Specificare
- Interne Specificare
- Interne ed esterne Specificare

Piano

- Terra
- Rialzato
- Primo
- Secondo
- Terzo
- Oltre il terzo

Ascensore

- Sì
- No

Bagno (*possibili più risposte*)

- Interno
- Esterno

*Dislocazione nel territorio rispetto ai servizi pubblici: ad esempio negozi di alimentari, medico medicina generale, farmacia, mezzi pubblici di trasporto, ecc.

- Con vasca
- Con doccia
- Ha barriere architettoniche
- Adeguato per la carrozzina
- Altro (*specificare*)

Disponibilità di:

- Acqua Si No
- Energia elettrica Si No
- Riscaldamento Si No

Tipo di riscaldamento

- Gas metano
- Gas liquido
- Gasolio
- Legna
- Altro (*specificare*)

Attivazione C.A.A.D. per eventuali adattamenti degli ambienti

- Sì
- No
- Presentata domanda Data

Giudizio sintetico sull'abitazione

1.	Abitazione idonea Priva di barriere architettoniche interne/esterne, adeguata al numero di occupanti, ben servita dai servizi pubblici e privati.	<input type="checkbox"/>
2.	Abitazione parzialmente idonea Presenza di barriere architettoniche limitate ad alcuni locali e/o difetti strutturali e/o carenza di arredo in relazione ai bisogni specifici della persona; spazi parzialmente insufficienti; lontananza parziale dai servizi.	<input type="checkbox"/>
3.	Abitazione non idonea Presenza di barriere architettoniche insuperabili; sovraffollata o in ogni caso assolutamente inadeguata: alloggio pericoloso, fatiscente ed antigienico e/o abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiano e/o isolato, privo di riscaldamento e/o di servizi igienici interni.	<input type="checkbox"/>
4.	Abitazione inesistente Riguarda la persona senza alloggio e si considera tale anche chi ha ricevuto un'ingiunzione di sfratto per cessata locazione o per morosità o a seguito di notifica di ordinanza contingibile ed urgente di inabitabilità dell'immobile.	<input type="checkbox"/>

Note (*campo vuoto per inserimento note*)

Cognome e Nome del compilatore

Firma

Data

B. Condizioni familiari

Tipologia	Si	No

1.	Segnalazione o provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Particolarità della condizione di salute del minore disabile che non consente di attivare altri supporti socio-educativi, frequenza scolastica o centri aggregativi e di tempo libero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Coesistenza nel nucleo di altre persone con problematiche sociali e/o sanitarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Condizione di isolamento e solitudine del nucleo senza altri familiari presenti attivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Condizione di familiare solo che si occupa del minore disabile da assistere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Coesistenza nel nucleo di altri minori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Età avanzata e/o precarie condizioni di salute della/e persona/e che prestano cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Avvenimenti particolari e gravi che modificano radicalmente la situazione familiare (lutto, malattia, separazioni, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Nessuna presenza di altre persone che affiancano la famiglia (volontari, natural/helper, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Totale		

C. Condizione assistenziale

Indicatori area individuale

A) Età del minore:

- 0 – 5 anni
- 6 – 11 anni
- 12 – 15 anni
- 16 – 17 anni

B) Area autonomia del quotidiano:

- | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alimentazione | <input type="checkbox"/> Motricità | <input type="checkbox"/> Respiro |
| <input type="checkbox"/> Vestizione | <input type="checkbox"/> Movimento | <input type="checkbox"/> Continenza |
| <input type="checkbox"/> Comunicazione | | |

C) Area dei comportamenti problema/disturbo della condotta

- Aggressività auto ed etero diretta, grave agitazione psicomotoria

D) Area della socializzazione

- Frequenta saltuariamente gruppi di pari o attività territoriali
- Non in condizione di frequentare gruppi di pari o attività territoriali

E) Area scolastica

Frequenza scolastica:

- Frequenta saltuariamente i percorsi di integrazione scolastica
- Non in condizione di seguire i normali percorsi di integrazione scolastica

Note (*campo vuoto per inserimento note*)

Cognome e Nome del compilatore

Firma

Data

Riepilogo valutazione sociale e sanitaria

Valutazione sociale	Art. 3 c. 3 L. 104/92	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Invalidità	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Indennità frequenza	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Indennità di accompagnamento	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Abitazione idonea	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Famiglia presente e collaborativa	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Valutazione sanitaria	Stato di coscienza presente	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Respiro autonomo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Alimentazione per OS	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Dipendenza da tecnologie e/o tecniche complesse (presidi medici invasivi)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Dolore	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Ausili	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

.....
Cognome e Nome del compilatore

.....
Firma

.....
Data

Verbale Unità di Valutazione Gra.D.A.

Sulla base della documentazione agli atti e di quanto emerso dalla valutazione multidimensionale, l'Unità di Valutazione Gra.D.A. del Distretto di

valuta il minore

Luogo e data di nascita

paziente Gra.D.A. ai sensi delle D.G.R. 2068/2004 e 840/2008.

Referente della Commissione distrettuale Gra.D.A.:

Responsabile del caso:

Presenti	Figura professionale	Cognome e Nome	Firma
1 <input type="checkbox"/>			
2 <input type="checkbox"/>			
3 <input type="checkbox"/>			
4 <input type="checkbox"/>			
5 <input type="checkbox"/>			
6 <input type="checkbox"/>			
7 <input type="checkbox"/>			
8 <input type="checkbox"/>			
Data			

Piano assistenziale integrato

Dati anagrafici del minore

Cognome e Nome	Data e luogo di nascita	Indirizzo	Recapito telefonico

Redazione a cura di

in data

1) Inquadramento generale

- a) Diagnosi
- b) Quadro clinico attuale
- c) Eventuale terapia in atto

2) Definizione delle necessità assistenziali del minore in termini operativi

- a) Interventi sanitari
- b) Bisogni assistenziali
- c) Interventi affidati al caregiver primario e secondario
- d) Interventi socio-assistenziali
- e) Supporto economico

3) Prospetto fornitori

Servizio/Ditta	Tipologia di materiale o presidio fornito	Frequenza consegne

4) Profili di assistenza delle cure domiciliari sanitarie

- Intensità di cure ALTA MEDIA BASSA
- Prestazioni infermieristiche SI NO
- Assistenza domiciliare integrata ADI 1 ADI 2 ADI 3
- Cure intensive e/o palliative SI NO

Servizio/operatori coinvolti

Ente	Servizio	Professionista	Qualifica	Telefono	Email
------	----------	----------------	-----------	----------	-------

--	--	--	--	--	--

Prospetto operativo

Servizio/Operatori coinvolti	Tipologia di interventi	Frequenza accessi

- Il piano assistenziale integrato, è condiviso con l'assistente sociale responsabile del caso ed i genitori o chi ne esercita la responsabilità familiare
- Il piano assistenziale integrato non è al momento definibile a causa dell'impossibilità di dimettere il minore

Firma dei professionisti

Firma dei genitori
o chi ne esercita la responsabilità familiare

Luogo e data

Revisione del Piano assistenziale integrato

Data prevista _____

Firma dei professionisti

Firma dei genitori
o chi ne esercita la responsabilità familiare

Scale di valutazione e Modulistica

1. Indice di Barthel
2. Scale di rilevazione del dolore (PAINAD, Wong-Baker, Scala analogico visiva – VAS)
3. Glasgow Coma Scale e Pediatric Glasgow Coma Scale
4. ASIA Impairment Scale (AIS)
5. Valutazione persona in condizione di dipendenza vitale

Indice di Barthel

Istruzioni per l'utilizzo della scala di valutazione relativa alle principali attività di vita quotidiana

La valutazione funzionale realizzata con la scala di valutazione si attua barrando, per ogni tipo di attività (alimentazione, bagno ecc.), la casella corrispondente al livello funzionale più rappresentativo dell'utente.

In generale per una "raccolta dati" di buona qualità sono parimenti importanti sia l'osservazione diretta con *test* funzionali, che le informazioni anamnestiche raccolte dai familiari o altro personale di assistenza.

È fondamentale che nella raccolta di notizie anamnestiche gli intervistati, in particolare i familiari, recepiscano l'importanza di fornire un'informazione corretta e non vengano indotti a sovra-sottovalutare i *deficit* funzionali nella speranza-paura di guadagnare-perdere vantaggi potenziali connessi con l'inserimento in Istituto o altro.

Per tutti i singoli ITEMS il livello con punteggio pari a "0" definisce uno stato funzionale ritenuto di completa autonomia. Come metodo consigliabile nella valutazione dell'utente è opportuno leggere attentamente, ogni volta, la descrizione relativa al livello "0" e attribuire tale punteggio se la descrizione è corrispondente o lo stato funzionale è addirittura migliore; in caso contrario si scorrono le definizioni successive e si identifica quella più rappresentativa. Alimentazione: la valutazione è funzionale diretta e anamnestica.

È molto importante l'osservazione diretta. Porre attenzione alla presenza, talora eccessivamente vicariante, di personale o familiari.

Trasferimento letto-sedia o carrozzina: se il paziente è totalmente allettato dare il punteggio massimo (15).

Deambulazione: trattandosi di pazienti non deambulanti deve essere utilizzato, in modo sostitutivo, il quadro Uso della carrozzina, se il paziente è totalmente allettato dare il punteggio massimo (15). (Il punteggio relativo a Deambulazione non è considerato utile per la somma totale).

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

Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.	<input type="checkbox"/> 8
Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.	<input type="checkbox"/> 10
Continenza intestinale	
Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario.	<input type="checkbox"/> 0
Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma, occasionali perdite.	<input type="checkbox"/> 2
Capace di assumere una posizione appropriata, ma non di eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc.	<input type="checkbox"/> 5
Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.	<input type="checkbox"/> 8
Incontinente.	<input type="checkbox"/> 10
Continenza urinaria	
Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con dispositivi esterni o interni.	<input type="checkbox"/> 0
Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita e necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni.	<input type="checkbox"/> 2
In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario l'aiuto parziale nell'uso dei dispositivi.	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ma in grado di cooperare nell'applicazione di un dispositivo esterno o interno.	<input type="checkbox"/> 8
Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa).	<input type="checkbox"/> 10
Dipendente per l'applicazione di dispositivi esterni o interni.	<input type="checkbox"/> 10
Uso del gabinetto	
Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.	<input type="checkbox"/> 0
Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.	<input type="checkbox"/> 2
Necessita di aiuto per svestirsi / vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani.	<input type="checkbox"/> 5
Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.	<input type="checkbox"/> 8
Completamente dipendente.	<input type="checkbox"/> 10
Totale valutazione funzionale (attività di base)	VADL ____/60
Mobilità	
Trasferimento letto - sedia o carrozzina (compilare anche in caso di paziente totalmente allettato)	
E' indipendente durante tutte le fasi. Capace di avvicinarsi al letto in carrozzina con sicurezza, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina e ritrasferirsi con sicurezza.	<input type="checkbox"/> 0
Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza.	<input type="checkbox"/> 3
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	<input type="checkbox"/> 7
Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.	<input type="checkbox"/> 12
Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire la persona con o senza un sollevatore meccanico.	<input type="checkbox"/> 15

Deambulazione (funzionalmente valida)	Uso della carrozzina (utilizzare questa scala solo se il paziente ha punteggio di 15 nella scala "deambulazione" ed è stato addestrato all'uso della carrozzina).	
In grado di usare stampelle, bastoni, walker e deambulare per 50 m. senza l'aiuto o supervisione. Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano.		<input type="checkbox"/> 0
Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia <50 m. necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.		<input type="checkbox"/> 3
Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili/o per la loro manipolazione.		<input type="checkbox"/> 7
	Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.); l'autonomia deve essere > 50 m.	<input type="checkbox"/> 10
	Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.	<input type="checkbox"/> 11
Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.	Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.	<input type="checkbox"/> 12
	Capace di spostarsi solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre.	<input type="checkbox"/> 14
Non in grado di deambulare autonomamente.	<i>Dipendente negli spostamenti con la carrozzina.</i>	<input type="checkbox"/> 15
Totale valutazione mobilità	VMOB	____/30
Punteggio totale ____/90		

Data

L'Esaminatore

Scale di rilevazione del dolore

Scala di Wong-Baker

Wong-Baker FACE ® Pain Rating Scale

Per bambini di età superiore ai 3 anni



Utilizzata per i bambini a partire dall'età di 4 anni, è costituita da sei facce, da quella sorridente corrispondente a "nessun male" a quella che piange, corrispondente a "il peggior male possibile".

Va somministrata al bambino chiedendogli di indicare la "faccia che corrisponde al male o al dolore che provi in questo momento".

Ad ogni scelta corrisponde un numero che va da 0 a 10.

Si usa generalmente il termine "male" per età dai 3 ai 5 anni, il termine "dolore" per età dai 6 ai 7 anni.

Consigli per la somministrazione

Per aiutare il bambino nella scelta, si può suggerire che la faccia corrispondente a nessun male (0) corrisponda alla "faccia molto felice perché non ha nessun male" e che quella estrema corrispondente al peggior male possibile rappresenti la "faccia che ha il peggior male che si possa immaginare, anche se non è necessario che tu pianga quando hai tutto quel male".

Errori da evitare

Attenzione al rischio che il bambino interpreti in modo inadeguato la richiesta, indicando la faccia che più gli piace: il bambino deve scegliere la faccia che meglio descrive come lui attualmente si sente.

Attenzione a non suggerire al bambino la risposta, o ad anticiparla.

Attenzione a non modificare la terminologia usata nella scala, ricorrendo a parole diverse da quelle indicate.

Attenzione a non chiedere l'intensità del dolore facendo riferimento ad un periodo di tempo già trascorso (per esempio, se è pomeriggio non chiedere informazioni sull'intensità del dolore che il bambino aveva nel corso della mattina o il giorno prima). Bias mnestici sono frequenti nei bambini e l'intensità del dolore percepito nel momento attuale potrebbe creare distorsioni rispetto a quanto effettivamente provato prima che l'attuale condizione si instaurasse.

Se il bambino chiede che vuol dire "il peggior dolore possibile", non fare esempi che abbiano a che fare con esperienze o supposizioni personali dell'operatore, ma dire semplicemente "il peggior dolore che tu possa immaginare anche se non è necessario che tu pianga quando hai tutto quel male".

Data

L'Esaminatore

Scala analogico visiva VAS (numerica)

Per bambini di età pari o superiore a 8 anni



Consigli per la somministrazione

Per i bambini di età pari o superiore a 8 anni (se il bambino ha acquisito le nozioni di proporzione), può essere utilizzata la scala numerica.

Si tratta di una linea orientata orizzontalmente (lunghezza pari a 10 cm), ancorata a specifiche ancore verbali intermedie (per facilitare la valutazione del livello di dolore) e i cui estremi sono caratterizzati da “nessun dolore” e il “peggior dolore possibile”.

Si chiede al bambino di indicare l'intensità di dolore che prova scegliendo o indicando il numero corrispondente.

Data

L'Esaminatore

NRS (Numerical Rating Scale)

(Downie, 1978; Grossi, 1983)

Acronimo di lingua inglese di valutazione numerica.

Consiste in una quantificazione verbale e numerica del dolore, dove 0 è uguale a nessun dolore e 10 il peggior dolore immaginabile.

Si tratta di una scala numerica unidimensionale quantitativa del dolore a 11 punti; la scala prevede che l'operatore (familiare, caregiver se opportunamente formati) chiedano alla persona di selezionare il numero che meglio descrive l'intensità del suo dolore, da 0 a 10, in quel momento.

Nel caso di self-report la persona stessa seleziona il numero corrispondente all'intensità del dolore percepito e comunica (o consegna) all'operatore di riferimento il risultato della rilevazione.

Nessun dolore	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Il peggior dolore
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Glasgow Coma Scale e Pediatric Glasgow Coma Scale

Per la valutazione dello stato di coscienza da 0 a 5 anni sarebbe consigliabile utilizzare la PCS e nelle età successive la GCS che può comunque essere adattata alle età inferiori (PGCS).

	GCS 4-15 anni	PGCS < 4 anni	score
Apertura degli occhi	spontanea	spontanea	<input type="checkbox"/> 4
	al comando verbale	al comando verbale	<input type="checkbox"/> 3
	ad uno stimolo dolorifico	ad uno stimolo dolorifico	<input type="checkbox"/> 2
	nessuna risposta	nessuna risposta	<input type="checkbox"/> 1
Migliore risposta verbale	conversa, risposte appropriate	parole appropriate o sorriso socievole, fissa e segue con lo sguardo	<input type="checkbox"/> 5
	confusa	piange ma è consolabile	<input type="checkbox"/> 4
	parole inappropriate	persistentemente irritabile	<input type="checkbox"/> 3
	suoni incomprensibili	irrequieto, agitato	<input type="checkbox"/> 2
	nessuna risposta	nessuna risposta	<input type="checkbox"/> 1
Migliore risposta motoria	obbedisce al comando	esegue comandi, movimento spontaneo	<input type="checkbox"/> 6
	localizza uno stimolo doloroso	localizza uno stimolo doloroso	<input type="checkbox"/> 5
	retrae al dolore	retrae al dolore	<input type="checkbox"/> 4
	postura in flessione al dolore (decorticazione)	postura in flessione al dolore (decorticazione)	<input type="checkbox"/> 3
	postura in estensione al dolore (decerebrazione)	postura in estensione al dolore (decerebrazione)	<input type="checkbox"/> 2
	postura in estensione al dolore (decerebrazione)	nessuna risposta motoria	<input type="checkbox"/> 1
	Totale massimo		15

Se il paziente è incosciente, intubato, non parla, la parte più importante di questa scala è la risposta motoria.

ASIA IMPAIRMENT SCALE (AIS)

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Logo Azienda	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

SCALA ASIA-QST

(Valutazione del livello di lesione midollare, del danno e della menomazione motoria e sensitiva)

ASIA IMPAIRMENT SCALE:	
<input type="checkbox"/> A = Completa (nessuna funzione motoria o sensitiva è conservata nei segmenti sacrali S4-S5)	
<input type="checkbox"/> B = Incompleta (è conservata la funzione sensitiva ma non quella motoria al di sotto del livello neurologico e si estende ai segmenti sacrali S4-S5)	
<input type="checkbox"/> C = Incompleta (la funzione motoria è conservata al di sotto del livello neurologico e la maggior parte dei muscoli chiave al di sotto della lesione hanno un grado di forza inferiore a 3)	
<input type="checkbox"/> D = Incompleta (la funzione motoria è conservata al di sotto del livello neurologico e la maggior parte dei muscoli chiave al di sotto della lesione hanno un grado di forza superiore od uguale a 3)	
<input type="checkbox"/> E = Normale (le funzioni motorie e sensitive sono normali)	

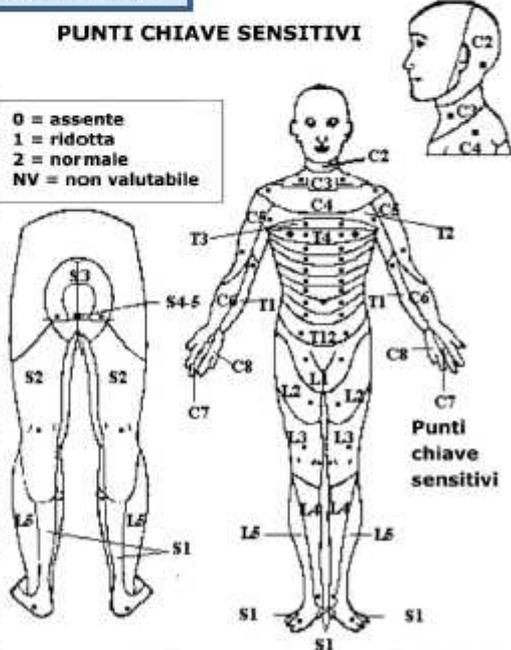
SENSIBILITA'

Tocco leggero dx sx **Puntura di spillo dx sx** **PUNTI CHIAVE SENSITIVI**

C2				
C3				
C4				
C5				
C6				
C7				
C8				
T1				
T2				
T3				
T4				
T5				
T6				
T7				
T8				
T9				
T10				
T11				
T12				
L1				
L2				
L3				
L4				
L5				
S1				
S2				
S3				
S4-S5				
TOTALE				
MASSIMO	56	56	56	56

0 = assente
1 = ridotta
2 = normale
NV = non valutabile

Qualche sensazione anale (si/no)
Punteggio puntura di spillo (max 112)
Punteggio tocco leggero (max 112)



⁹ DM 26/09/2016, art. 3, c. 2, lett. d: persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B.

MOTRICITA'

	dx	sn	
C2			
C3			
C4			
C5			Flessori del gomito
C6			Estensori del polso
C7			Estensori del gomito
C8			Flessori delle dita (falange distale del dito medio)
T1			Abduttore del mignolo
T2			
T3			
T4			
T5			
T6			
T7			
T8			
T9			
T10			
T11			
T12			
L1			
L2			Flessori delle anche
L3			Estensori delle ginocchia
L4			Dorsiflessori della caviglia
L5			Estensori lunghi delle dita
S1			Flessori plantari della caviglia
S2			
S3			Contrazione anale volontaria si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
S4-5			
TOTALE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Punteggio motorio
Massimo	50	50	100

PUNTEGGIO

0 = paralisi totale
 1 = contrazione palpabile e visibile
 2 = movimenti attivi, eliminate le forze di gravità
 3 = movimenti attivi contro gravità
 4 = movimenti attivi contro modesta resistenza
 5 = movimenti attivi contro resistenza massimale
 N.V. = non valutabile

SINDROMI CLINICHE

- Centromidollare
- Brown-Sequard
- Midollare anteriore
- Cono midollare
- Cauda equina

STABILIZZAZIONE CHIRURGICA

- si data _____
- no

OSSERVAZIONI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DATA..... FIRMA.....

Valutazione persona in condizione di dipendenza vitale

(DM 26/09/2016, articolo 3, comma 2, lettera i) ¹⁰

1. Le persone con disabilità gravissima, in condizione di dipendenza vitale, sono individuate mediante la valutazione del livello di compromissione della funzionalità, indipendentemente dal tipo di patologia e/o menomazione, attraverso la rilevazione dei seguenti domini:
 - a. motricità;
 - b. stato di coscienza;
 - c. respirazione,
 - d. nutrizione.

3. Le compromissioni rilevate ai fini della identificazione delle persone in condizione di dipendenza vitale sono le seguenti:
 - a. **motricità**
 - dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana (ADL): l'attività è svolta completamente da un'altra persona;
 - b. **stato di coscienza**
 - compromissione severa: raramente/mai prende decisioni
 - persona non cosciente
 - c) **respirazione**
 - necessità di aspirazione quotidiana
 - presenza di tracheostomia
 - d) **nutrizione**
 - necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia i solidi che liquidi
 - combinata orale e entrale / parenterale
 - solo tramite sondino naso-gastrico (SNG)
 - solo tramite gastrostomia (es. PEG)
 - solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC)

3. Si intendono in condizioni di dipendenza vitale le persone che hanno compromissioni di cui al comma 3 in almeno uno dei domini di cui alle lettere **a)** e **b)** del comma 1 ed in almeno uno dei domini di cui alle lettere **c)** e **d)** del medesimo comma 1.

¹⁰ DM 26/09/2016, articolo 3, comma 2, lettera i: ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

Allegato 4

Scheda riepilogativa di attribuzione del punteggio per la formulazione della graduatoria aziendale per l'accesso in strutture di alta valenza socio-sanitaria

Cannula tracheostomica	
SI	<input type="checkbox"/> Punti 50
No	<input type="checkbox"/> Punti 0
Situazione familiare e rete parentale (solo 1 condizione)	
1. La persona vive sola e ha nella sua rete parentale:	
1.1. nessuno	<input type="checkbox"/> Punti 250
1.2 solo parenti indiretti	<input type="checkbox"/> Punti 225
1.3 solo fratello/sorella	
a. non autosufficiente/inabile	<input type="checkbox"/> Punti 225
b. con persone a carico, minori e/o non autosufficienti/inabili	<input type="checkbox"/> Punti 220
c. in rapporto conflittuale	<input type="checkbox"/> Punti 215
d. collaborante	<input type="checkbox"/> Punti 205
1.4 genitore – figlio/i e/o nipote	
a. non autosufficiente/inabile	<input type="checkbox"/> Punti 210
b. con persone a carico non autosufficienti/inabili	<input type="checkbox"/> Punti 195
c. con impegno lavorativo	<input type="checkbox"/> Punti 190
d. in rapporto conflittuale	<input type="checkbox"/> Punti 185
e. con presenza di minorenni	<input type="checkbox"/> Punti 180
f. collaborante	<input type="checkbox"/> Punti 170
2. La persona vive in coppia e ha nella sua rete parentale	
2.1 nessuno / coniuge invalido	<input type="checkbox"/> Punti 185
2.2 solo parenti indiretti	<input type="checkbox"/> Punti 175
2.3 solo fratello/sorella	
a. non autosufficiente/inabile	<input type="checkbox"/> Punti 175
b. con persone a carico, minori e/o non autosufficienti/inabili	<input type="checkbox"/> Punti 165
c. in rapporto conflittuale	<input type="checkbox"/> Punti 160
d. collaborante	<input type="checkbox"/> Punti 150
2.4 genitore – figlio/i e/o nipote	
a. non autosufficiente/inabile	<input type="checkbox"/> Punti 160
b. con persone a carico minori e/o non autosufficienti/inabili	<input type="checkbox"/> Punti 145
c. con impegno lavorativo	<input type="checkbox"/> Punti 140
d. in rapporto conflittuale	<input type="checkbox"/> Punti 135
e. con presenza di minorenni	<input type="checkbox"/> Punti 130
f. collaborante	<input type="checkbox"/> Punti 120
3. La persona che vive con figlio/i – parenti diretti	
a. non autosufficiente/inabile	<input type="checkbox"/> Punti 200
b. con persone a carico non autosufficienti/inabili	<input type="checkbox"/> Punti 150
c. con impegno lavorativo	<input type="checkbox"/> Punti 145
d. in rapporto conflittuale	<input type="checkbox"/> Punti 140
e. con presenza di minorenni	<input type="checkbox"/> Punti 135
f. collaborante	<input type="checkbox"/> Punti 125
4. La persona che vive con i genitori/il genitore	
a. non autosufficiente/inabile	<input type="checkbox"/> Punti 200
b. con altre persone a carico e/o non autosufficienti/inabili	<input type="checkbox"/> Punti 150
c. con impegno lavorativo	<input type="checkbox"/> Punti 145
d. in rapporto conflittuale	<input type="checkbox"/> Punti 140
e. con presenza di minorenni	<input type="checkbox"/> Punti 135
f. collaborante	<input type="checkbox"/> Punti 125
Situazione abitativa	

Inesistente	<input type="checkbox"/> Punti 50
Non idonea	<input type="checkbox"/> Punti 30
Parzialmente idonea	<input type="checkbox"/> Punti 20
Idonea	<input type="checkbox"/> Punti 0
PUNTEGGIO TOTALE	

Azienda U.S.L. di Parma
 Direzione Attività Socio Sanitarie
 Strada del Quartiere, 2/a
 Parma

OGGETTO: Richiesta inserimento nominativo nella graduatoria aziendale per l'accesso alle strutture di alta valenza socio-sanitaria

Il/la sottoscritto/a	
Nato/a a	il
residente in	
via	

Oppure

Il/la sottoscritto/a	
Nato/a a	il
residente in	
via	
in qualità di ***	
Del/la Signor/a	

CHIEDE che

Il proprio nominativo

Oppure

Il nominativo del/la Signor/ra	
Nato/a a	il

sia inserito nella "Graduatoria aziendale per l'accesso presso strutture per gravi disabilità acquisite elaborata secondo i criteri approvati con" che fa riferimento a qualunque struttura di ambito provinciale.

Copia del presente atto viene trasmesso per conoscenza al Distretto di residenza ed alla Commissione distrettuale Gra.D.A.

Luogo e data

Firma

*** Legale rappresentante o altra persona ex art. 24, lett. e), D.Lgs 196/2003.

Azienda U.S.L. di Parma
 Direzione Attività Socio Sanitarie
 Strada del Quartiere, 2/a
 Parma

OGGETTO: Accettazione inserimento in struttura residenziale di alta valenza socio-sanitaria

Il/la sottoscritto/a
Nato/a a
Residente in
Via
Oppure
Il/la sottoscritto/a
Nato/a a
Residente in
Via
In qualità di ***
Del/la Signor/a
Nato/a a
il

Attualmente ricoverato/a presso la struttura

ACCETTA

Il proprio ricovero presso la struttura
Sita in

Oppure

Che il Signor/a
Nato/a a il
Sia ricoverato presso la struttura
Sita in

Copia del presente atto è trasmesso per conoscenza al Distretto di residenza ed alla Commissione distrettuale Gra.D.A.

Luogo e data

Firma

*** Legale rappresentante o altra persona ex art. 24, lett. e), D.Lgs 196/2003.

OGGETTO: NON accettazione inserimento in struttura residenziale di alta valenza socio-sanitaria

Il/la sottoscritto/a	
Nato/a a	
Residente in	
Via	
Oppure	
Il/la sottoscritto/a	
Nato/a a	
Residente in	
Via	
In qualità di ***	
Del/la Signor/a	
Nato/a a	il

Attualmente ricoverato/a presso la struttura

NON ACCETTA

Il proprio ricovero presso la struttura
Sita in

Oppure

Che il Signor/a
Nato/a a il
Sia ricoverato presso la struttura
Sita in

Per le seguenti motivazioni:

Il sottoscritto è consapevole che il proprio nominativo / il nominativo del Signor/Signora slitterà all'ultimo posto della graduatoria provinciale, così come indicato all'articolo 18 "Inserimento in struttura", comma 5 del "Regolamento per la valutazione e l'accesso ai servizi di minori ed adulti con gravissima disabilità".

Copia del presente atto viene trasmesso per conoscenza al Distretto di residenza ed alla Commissione distrettuale Gra.D.A.

Luogo e data

Firma

*** Legale rappresentante o altra persona ex art. 24, lett. e), D.Lgs 196/2003.

Azienda U.S.L.
 Direzione Attività Socio Sanitarie
 Strada del Quartiere, 2/a
 Parma

OGGETTO: Richiesta cambio struttura

Il/la sottoscritto/a
Nato/a a
Il/la sottoscritto/a
Oppure
In qualità di ***
Del/la Signor/a
Nato/a a il
Residente in
Via

Attualmente ricoverato/a presso la struttura

Chiede

Che il/la sottoscritto/a

Oppure

Che il proprio congiunto Signor/a
Possa essere trasferito/a presso la struttura
Per le seguenti motivazioni:

Copia del presente atto viene trasmesso per conoscenza al Distretto di residenza ed alla Commissione distrettuale Gra.D.A.

Data,

Firma

.....

*** Legale rappresentante o altra persona ex art. 24, lett. e), D.Lgs 196/2003