

INFERMIERISTICA DI COMUNITÀ

Dott.ssa Laura De Biasio

a.a. 2025-2026

I BISOGNI POSSONO ESSERE

ESPRESSI

INESPRESSI

LATENTI

REPRESSI

POTENZIALI

STRUMENTI DI VALUTAZIONE

Scheda VAL.GRAF -

*Strumento di valutazione multidimensionale strutturato e standardizzato
Consente l'identificazione quali-quantitativa dei problemi/bisogni attuali
Consente l'identificazione delle capacità funzionali residue*

Lo strumento è stato sottoposto ad un processo di revisione, di verifica di sperimentazione e di validazione di alcuni indicatori di sintesi:

- *ADL*
- *CPS*
- *DRS*

Questo ha portato alla versione denominata «Val.graf FVG 2019»

Multidimensionale → National Institute of Health (USA)

... una valutazione nella quale i numerosi problemi della persona anziana vengono riconosciuti, descritti e spiegati e nella quale vengono inquadrati le risorse assistenziali e le potenzialità residue, definito il bisogno di servizi e messo a punto un piano coordinato di cura specifico ed orientato per problemi....

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE VAL.GRAF. – FVG

D.G.R. FVG 1389/2003

Per adozione del metodo di valutazione su tutto il territorio regionale

La VAL.GRAF. è strumento strutturato e standardizzato per identificare qualitativamente i problemi/bisogni del soggetto esaminato – le sue capacità funzionali residue così da permettere la pianificazione personalizzata

Dal 2003 ci sono stati diversi processi di revisione

Ultima versione è denominata Val.Graf FVG 2019

La giunta regionale n.92 del 25 gennaio 2019

«Aggiornamento del sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf FVG:edizione 2019»

Scheda SLIM EDITION (SE): viene utilizzata per l'inserimento in struttura residenziale e semires.

Scheda RESIDENZIALE (RES): viene utilizzata nelle strutture residenziali

Scheda DOMICILIARE (DOM): viene utilizzata per la presa in carico territoriale

L'algoritmo che determina i profili di bisogno si basa su tre aree principali:

- Capacità funzionali
- Problemi sanitari
- Aspetti cognitivo-comportamentali

Si generano i livelli di intensità di assistenza:

- Nullo
- Lieve
- Moderato
- Grave

Profilo A star

Comprende persone che presentano bisogni complessi a elevatissima rilevanza sanitaria e sociosanitaria, richiedenti trattamenti intensivi – essenziali per il supporto alle funzioni vitali

Aiuto totale per le A.D.L e che necessitano monitoraggi clinici pluriquotidiani di tipo specialistico e di trattamenti terapeutici intensivi a supporto delle funzioni vitali

Es. ventilatori invasivi e non, aspiratori delle secrezioni bronchiali, miscele per la nutrizione e l'idratazione artificiali, comunicatori semplici o ad alta tecnologia

Es. gravissime cerebrolesioni secondarie a danno cerebrale – patologie neurologiche e muscolari ad andamento cronico-degenerativo in fase avanzata – miolesioni secondarie a danno del midollo spinale cervicale – malattie cardio-respiratorie in fase avanzata

Profilo A Comprende persone che presentano per lo più bisogni sanitari a elevata rilevanza associati a bisogni sociosanitari complessi. Persone che necessitano di monitoraggi clinici quotidiani e trattamenti continui, qualificati, specialistici e presentano spesso una severa limitazione della capacità di svolgere le attività di base della vita quotidiana (A.D.L.)

Es. ossigenoterapia a lungo termine, nutrizione enterale, dialisi (emodialisi e dialisi peritoneale), radioterapia e chemioterapia a scopo palliativo, emotrasfusioni periodiche, medicazioni complesse, gestione di stomie, terapie antalgiche complesse con oppioidi maggiori per via parenterale, infusione per via endovenosa di liquidi e/o farmaci

Profilo B Comprende persone che presentano per lo più bisogni sanitari di complessità medio-bassa associati a bisogni sociosanitari di media o alta complessità

Es. somministrazione di farmaci per os, per via intramuscolare e/o sottocutanea, ossigeno terapia intermittente, medicazioni semplici, assistenza riabilitativa non specialistica

Profilo C Comprende persone che presentano per lo più bisogni sanitari di complessità lieve associati a moderati bisogni sociosanitari che possono andare incontro a potenziali precipitazioni funzionali, richiedenti una presa in carico tempestiva

Profilo E Comprende persone che presentano bisogni sociosanitari di grado lieve, nonché bisogni sanitari per lo più lievi od occasionali

PROFILO COMPORTAMENTALE - B: Comprende persone che presentano rilevanti disturbi del comportamento che complicano malattie mentali o quadri dementigeni (indipendentemente dal grado di deterioramento cognitivo) Per questa tipologia di persone sono auspicabili e raccomandati trattamenti di tipo estensivo finalizzati a controllare i disturbi del comportamento.

2.1 RESIDENZE PER ANZIANI DI LIVELLO BASE

2.1.1 UTENZA E CARATTERISTICHE

a) Destinatari

Sono destinate ad accogliere esclusivamente persone con profili di bisogno C e E.

2.2 RESIDENZE PER ANZIANI DI PRIMO LIVELLO

2.2.1 UTENZA E CARATTERISTICHE

a) Destinatari

Sono destinate ad accogliere esclusivamente persone con profili di bisogno B, comportamentale, C ed E.

2.3 RESIDENZE PER ANZIANI DI SECONDO LIVELLO

2.3.1 UTENZA E CARATTERISTICHE

a) Destinatari

Sono destinate ad accogliere prevalentemente persone con profili di bisogno A, B e comportamentale, ma possono anche accogliere persone con profili C ed E.

2.4 RESIDENZE PER ANZIANI DI TERZO LIVELLO

2.4.1 UTENZA E CARATTERISTICHE

a) Destinatari

Sono destinate ad accogliere prevalentemente persone con profili di bisogno A complesso, A, B e comportamentale, ma possono anche accogliere persone con profili C ed E.

RUOLO DEI DISTRETTI

LINEE DI GESTIONE 2019

3.3.2.1.2 Sistema di VMD Val.Graf.-FVG e procedure di accesso nelle residenze per anziani convenzionate

- In continuità l'anno 2018, tutte le Aziende provvedono a **valutare**, mediante l'utilizzo del sistema di **VMD Val.Graf-FVG**, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale secondo le disposizioni normative vigenti.

La scheda di Valutazione Multidimensionale Val.Graf. FVG SEZIONI

- 1. ATTIVITA' QUOTIDIANE**
- 2. COMUNICAZIONE**
- 3. MOBILITÀ**
- 4. ATTIVITÀ STRUMENTALI**
- 5. ASPETTI COGNITIVI**
- 6. ASPETTI PSICOLOGICI e COMPORTAMENTALI**
- 7. SOCIEVOLEZZA, RAPPORTI CON I FAMILIARI, IL PERSONALE, ATTIVITA' RICREATIVE**
- 8. PROBLEMI ASSISTENZIALI**
- 9. CONDIZIONI PATOLOGICHE ED INTERVENTI**
- 10. PRESENZA E STRESS DEL CAREGIVER (solo per la versione Domiciliare)**

INDICATORI SINTETICI FINALI

DRS

**Depression Rating
Scale**

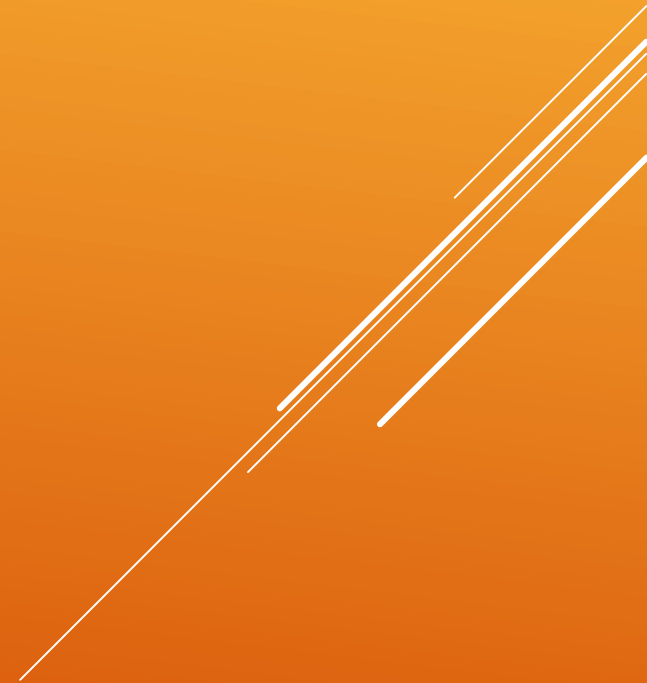
Indice di Katz

PAIN Scale

NORTON

Indice di Barthel

Scheda Valutazione Multidimensionale Cartella Utente - Distretto



Cartella Utente 4.0

cartelladistretto.sanita.fvg.it/shell/utenti/cartelle-cliniche/questionari

Cerca...

Distretto 2 Trieste città sud > SID - Servizio Infermieristico Domiciliare > Capecchi Claudio 01/08/2025 > Cartella clinica > Scale

PG GIULIA Operatore

Nome utente
SID - Servizio Infermieristico Domiciliare
08/03/1939

CC

Utente

Cartella Clinica

Cruscotto utente

Parametri fisiologici

Diari

Scale

Schede attività

Diagnosi

Sedute

Problemi

Progetti

Scale

FILTRA PER 1 Filtro applicato

Abbey Pain Scale

Accertamento multidimensionale

Clinical Dementia Rating Scale (CDR) Estesa

Cognitive Performance Scale

Conley

Doloplus-2

Indice di Barthel Modificato

Indice di Karnofsky

Accertamento multidimensionale

Attivo

Versione 1.0.2

FILTRA PER 2 Filtri applicati

AGGIUNGI

Data	Operatore	Stato	Punteggio	Archiviato	Presa in carico
14/10/2025 alle 14:24	FRANCESCA	Completo	Profilo: completato	SI	SRD - Servizio Riabilitativo Domiciliare, 13/10/2025 - 14/10/2025
12/08/2025 alle 12:13	LORENA	Completo	Profilo: completato	SI	SID - Servizio Infermieristico Domiciliare, 01/08/2025 - in corso
28/06/2025 alle 15:08	ANDREA	Completo	Profilo: completato	SI	SID - Servizio Infermieristico Domiciliare, 27/11/2024 - 28/07/2025

Somministrazione *

Punteggio

20/11/2025



19:02



-



CALCOLA

Circostanze Valutative

1.1 Motivo *

- ☐ Presa in carico / prima valutazione
- ☐ Rivalutazione per cambio condizioni
- ☐ Rivalutazione a 90 giorni (periodica)
- ☐ Valutazione alla chiusura caso

1.2 Domicilio. Se non corrispondente alla residenza indicare l'indirizzo della dimora alla dimissione

- ☐ Corrispondente alla residenza
- ☐ Altro: specificare

1.3 Lingua parlata

- ☐ Italiano
- ☐ Non rilevata
- ☐ Altro: specificare

1.4 Eventuale necessità di mediatore culturale

1.4.1 Nazionalità/cultura

1.5 Stato civile *

- ☐ Celibe/Nubile
- ☐ Coniugato
- ☐ Separato
- ☐ Divorziato
- ☐ Vedovo
- ☐ Dato NON dichiarato / NON disponibile

1.6 Attività professionale

1.6.1 Attività professionale svolta

- ☐ Studente
- ☐ Disoccupato/inattivo
- ☐ Attività lavorativa precaria o discontinua
- ☐ Casalinga/o
- ☐ Lavoratore

1.6.5 Eventuali esposizione a rischio (es. sostanze chimiche, fattori fisici)

1.6.6 Altri aspetti in merito alla attività professionale

1.7 Livello di istruzione

- ☐ Elementare
- ☐ Dell'obbligo
- ☐ Professionale
- ☐ Superiore
- ☐ Universitaria

1.8 Responsabilità genitoriale (se <18 aa)

- ☐ Materna
- ☐ Paterna
- ☐ Condivisa
- ☐ Tutore
- ☐ Struttura pubblica o convenzionata
- ☐ Dato non disponibile

1.10 Eventuale presenza di responsabile legale e nomina fiduciario

- ☐ Tutore
- ☐ Curatore
- ☐ Amministratore di sostegno
- ☐ Nominato anche il fiduciario (da normativa sulle DAT)

Aspetti abitativi, familiari e sociali

2.1 Descrizione del nucleo familiare e conviventi *

- ☐ Vive con coniuge/convivente
- ☐ Vive in famiglia
- ☐ Vive da solo senza sostegno
- ☐ Vive da solo con sostegno famiglia
- ☐ Vive da solo con sostegno di amici/conoscenti
- ☐ Vive a domicilio con servizi domiciliare/residenziale
- ☐ Abita con persona non appartenente al nucleo familiare (es. badante)
- ☐ Altra forma di convivenza (es. comunità/istituto)
- ☐ Senza dimora fissa

2.2 Persone di riferimento

- ☐ Assenti
- ☐ Presenti

2.4 Barriere architettoniche e/o rischi/pericoli ambientali

- ☐ Assenti
- ☐ Presenti

2.6 Invalidità civile e benefici

- ☐ Assente
- ☐ Istanza in attesa di riconoscimento/certificazione
- ☐ Presente
- ☐ Dato non disponibile

2.9 Presenza di rete informale o primaria (familiari, amici, colleghi, vicini di casa) o rete secondaria formale (istituzioni ed enti pubblici) o rete secondaria informale (es. volontari, gruppo di autoaiuto) *

☐ Adeguata: le reti presenti rispondono ai bisogni (specificare)

☐ Parziale e/o temporaneo: le reti presenti rispondono solo parzialmente ai bisogni (specificare)

☐ Inadeguata: le reti presenti non rispondono ai bisogni (specificare)

2.10 Specificare

2.11 Servizi attivi

2.11.1 Servizio

☐ Assenti

☐ SID

☐ SRD

☐ SAD

☐ Servizi sociali comunali

☐ Presidi a domicilio

☐ Telesoccorso

☐ Dip. salute mentale

☐ Dip. dipendenze

☐ Altro

2.12 Fragilità familiare *

☐ **ASSENZA** di fattori di fragilità o vulnerabilità o disagio familiare

☐ **PRESENZA** di fattori di crisi familiare legate a importanti disaccordi, difficili conciliazioni o separazioni, violenze domestiche, ecc;

☐ **PRESENZA** di fattori di vulnerabilità sociale (es. povertà, diseguaglianze legate all'etnia, allo stato di immigrato/straniero, emarginazione/isolamento, o a fenomeni di importante trascuratezza e negligenza)

☐ **PRESENZA** di fattori legati alle condizioni economiche, abitative o lavorative (incluso rischi per la sicurezza, assenza di acqua, luce, riscaldamento, servizi igienici, ecc) della famiglia

☐ **PRESENZA** di situazioni di disabilità/patologie all'interno della famiglia (incluso dipendenze, abuso di sostanze/farmaci, importanti malattie mentali ecc)

2.14 Stress del caregiver: bisogno di supporto per famiglia/caregiver *

☐ **ASSENTE**

☐ **PRESENTE PER CARICO OGGETTIVO:** si riferisce al carico associato e alla restrizione di tempo per il caregiver

☐ **PRESENTE PER CARICO PSICOLOGICO:** percezione del caregiver di sentirsi tagliato fuori, rispetto alle aspettative e alle opportunità personali o dei propri coetanei

☐ **PRESENTE PER CARICO FISICO:** sensazioni di fatica cronica e problemi di salute somatica

☐ **PRESENTE PER CARICO SOCIALE:** percezione di un conflitto di ruolo

☐ **PRESENTE PER CARICO EMOTIVO:** descrive i sentimenti verso la persona assistita/supportate, che possono anche essere indotti da comportamenti imprevedibili e bizzarri

Patologia (COD.ICD9)

3.1 Patologia prevalente (COD.ICD9) *

Inizia a scrivere...

3.2 Patologia concomitante *

- ☐ Assente
- ☐ Presente

3.4 Allergie

- ☐ Assenti
- ☐ Presenti

Presa in carico

4.1 Sintesi storia, percorso e informazioni di tipo clinico - assistenziale e/o motivo della presa in carico (diagnosi riferita/rilevata, sintomi in peggioramento o il cui controllo risulta non stabile, ecc), eventuali trattamenti in corso/attivi

4.2 Condizioni e autonomia pregresse (es. prima del ricovero o negli ultimi 30 gg): fisica, psichica e sociale

- ☐ Autonomo
- ☐ Parzialmente autosufficiente
- ☐ Rapido deterioramento
- ☐ Totalmente dipendente

Funzioni cognitive, comportamentali, somatosensoriale e capacità di giudizio

5.1 Coscienza e cognitivo *

- ☐ NESSUN problema di stato di coscienza, orientamento temporo-spaziale, memoria, comprensione, capacità decisorie o riconoscimento delle persone
- ☐ Necessaria VERIFICA ITEM sullo STATO DI COSCIENZA e COGNITIVO

5.3 Comportamento e capacità di gestione dei rischi/pericoli *

- ☐ NESSUN PROBLEMA di comportamento, di capacità di gestione dei rischi e pericoli, comunicazione, vista e udito (o altri deficit somatosensoriali): tutti i comportamenti appaiono appropriati e funzionali alla gestione di sé e della propria sicurezza
- ☐ LIEVI DISTURBI comportamentali (es. confusione mentale, agitazione, ansia, deficit adattamento alle situazioni nuove, irritabilità, disturbi del sonno ecc.): disturbi che se presenti non producono importanti condizionamenti dell'assistito/famiglia/assistenza
- ☐ MODERATI DISTURBI comportamentali (es. aggressività, agitazione, confusione mentale, ansia, deficit adattamento alle situazioni nuove, irritabilità, disturbi del sonno ecc.): disturbi che producono condizionamenti dell'assistito/famiglia/assistenza
- ☐ GRAVI DISTURBI comportamentali (es. deliri, allucinazioni, wandering, pericolo di fuga, aggressività, agitazione, confusione mentale, ansia, deficit adattamento alle situazioni nuove, irritabilità, importanti disturbi del sonno ecc.): disturbi che producono condizionamenti dell'assistito/famiglia/assistenza
- ☐ ALTRI RILEVANTI DISTURBI del comportamento (es. atteggiamenti inadeguati o non accettati socialmente)

5.5 Comunicazione

- ☐ Riesce ad esprimere le sue richieste, il suo pensiero, ed espone concetti anche profondi in modo completo e articolato
- ☐ Riesce ad esprimere concetti/desideri anche complessi, ma ha difficoltà a completarli
- ☐ Spesso non riesce ad esprimere concetti/desideri complessi
- ☐ Comunica solo bisogni elementari (domande semplici sì/no)
- ☐ Incapace di comunicare, non riesce mai a farsi capire dagli altri

5.7 Vista

- ☐ **NON DEFICIT** della vista
- ☐ DEFICIT della vista presenti, ma **COMPENSATI** con protesi
- ☐ DEFICIT della vista **NON** compensati

5.9 Udito

- ☐ **NON DEFICIT** dell'udito
- ☐ DEFICIT dell'udito presenti, ma **COMPENSATI** con protesi
- ☐ DEFICIT dell'udito **NON** compensati

5.11 Altri deficit delle funzioni somatosensoriali (es. sensibilità, equilibrio, gusto)

- ☐ **NON ALTRI DEFICIT** delle funzioni somatosensoriali
- ☐ DEFICIT presenti, ma compensati con ausili/protesi/dispositivi
- ☐ DEFICIT presenti, ma **NON** compensati (es. equilibrio instabile, sensibilità ridotta o sintomi quali capogiri, vertigini, tremori, ecc.)

5.13 Ritmo sonno-veglia e assistenza notturna *

- ☐ **NON** problemi
- ☐ Presenza di problemi

Gestione del dolore

6.1 Controllo del dolore *

- ☐ **DOLORE ASSENTE**, nessuna terapia in atto, nessuna necessità di controllo del dolore
- ☐ **DOLORE ASSENTE**, con terapia in atto, necessità di monitoraggio e/o controllo
- ☐ **DOLORE PRESENTE**, controllato con terapie in atto, necessità di monitoraggio e/o controllo
- ☐ **DOLORE PRESENTE** e **NON** controllato in modo adeguato

Attività di vita quotidiana (ADL)

7.1 Presenza di problemi di ADL

- ☐ **NESSUN** problema di ADL né stomie, supporti, devices o rischi (alimentazione, igiene personale, farsi la doccia, vestirsi, continenza urinaria e intestinale, uso del WC, trasferimenti e mobilità)
- ☒ **VERIFICA ITEM ADL/CONDIZIONI GENERALI**

7.2 ADL/Condizioni generali

7.2.1 Alimentazione *

- ☐ A - Capace di alimentarsi da solo se i cibi sono preparati sul vassoio e raggiungibili. Autonomo nell'uso di eventuali ausili (tutte le attività: tagliare, spalmare, ecc.).
- ☐ B - Capace di alimentarsi da solo ma non di tagliare, aprire il latte, svitare un barattolo ecc. Non è necessaria la presenza di una persona.
- ☐ C - Capace di alimentarsi da solo ma con supervisione. Richiede assistenza nelle attività come versare il latte, mettere il sale, girare un piatto, spalmare il burro, ecc.
- ☐ D - Necessita di aiuto per tutto il pasto. Capace di usare una posata (es. cucchiaio).
- ☐ E - Totalmente dipendente, deve essere imboccato. Include alimentazione artificiale.

7.2.2 Igiene personale *

- ☐ A - Capace di lavarsi mani, faccia e denti, pettinarsi; un uomo deve sapersi radere (tutte le operazioni, e con tutti i tipi di rasoio), una donna deve sapersi truccare (esclusa l'acconciatura dei capelli) se abituati a farlo.
- ☐ B - In grado di eseguire tutte le operazioni di igiene ma necessita di minimo aiuto prima e/o dopo le operazioni.
- ☐ C - Necessita di aiuto per una o più operazioni.
- ☐ D - Necessità di aiuto per tutte le operazioni.
- ☐ E - Incapace di provvedere all'igiene personale. Totalmente dipendente.

7.2.3 Farsi il bagno o la doccia *

- ☐ A - Capace di farsi il bagno in vasca o la doccia o una spugnatura completa, completamente autonomo.
- ☐ B - Necessita di supervisione per la sicurezza (es. trasferimenti, controllo temperatura dell'acqua, ecc..).
- ☐ C - Necessita di aiuto per il trasferimento o per lavarsi/asciugarsi.
- ☐ D - Necessità di aiuto per tutte le operazioni.
- ☐ E - Totalmente dipendente nel lavarsi.

7.2.4 Abbigliamento *

- ☐ A - Capace di indossare, togliere e allacciare correttamente tutti gli indumenti comprese le scarpe, indossare un corsetto o una protesi.
- ☐ B - Necessita di minimo aiuto per compiti di manualità fine (bottoni, cerniere, ganci, lacci delle scarpe ecc.)
- ☐ C - Necessita di aiuto per mettere/togliere qualche indumento.
- ☐ D - Capace di collaborare in minima parte ma dipendente per tutte le attività.
- ☐ E - Totalmente dipendente, non collabora alle attività.

7.2.5 Autosufficienza nei trasferimenti (dal/al letto carrozzina, letto poltrona/sedia, in piedi) *

- ☐ A - Capace, in sicurezza, di avvicinarsi al letto, bloccare i freni, alzare le pedane, trasferirsi, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo del letto, girare la carrozzina, tornare in carrozzina. Indipendente in tutte le fasi.
- ☐ B - Necessaria la supervisione di una persona per maggior sicurezza
- ☐ C - Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.
- ☐ D - Collabora ma richiede massimo aiuto, da parte di una persona, in tutti gli aspetti del trasferimento.
- ☐ E - Totalmente dipendente, sono necessarie due persone con/senza un sollevamalai

7.2.6 Uso del W.C. *

- ☐ A - Capace di trasferirsi da/sul W.C., sfilarsi/infilarsi i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica. Può usare comoda, padella o pappagalio in modo autonomo (inclusi svuotamento e pulizia).
- ☐ B - Necessita di una supervisione per maggior sicurezza, o per la pulizia/svuotamento della comoda, pappagalio, ecc.
- ☐ C - Necessita di aiuto per vestirsi/svestirsi, per i trasferimenti e per lavarsi le mani.
- ☐ D - Necessita di aiuto per tutte le operazioni.
- ☐ E - Totalmente dipendente.

7.2.7 Continenza urinaria *

- ☐ A - Controllo completo sia di giorno che di notte. Uso autonomo dei presidi urinari interni/esterni (condom, ecc.).
- ☐ B - Generalmente asciutto giorno e notte. Qualche episodio di incontinenza o necessita di minimo aiuto per la gestione dei presidi urinari.
- ☐ C - Generalmente asciutto di giorno ma non di notte. Necessita di aiuto per la gestione dei presidi urinari.
- ☐ D - Incontinente ma collabora nell'applicazione di presidi urinari.
- ☐ E - Totalmente incontinente o portatore di catetere a dimora.

7.2.8 Continenza intestinale *

- ☐ A - Controllo completo sia di giorno che di notte. Capace di mettersi le supposte o fare i clisteri.
- ☐ B - Occasionali episodi di incontinenza, necessita di supervisione per uso di supposte o clisteri.
- ☐ C - Frequenti episodi di incontinenza. Non è in grado di eseguire manovre specifiche e di pulirsi. Necessita di aiuto nell'uso dei dispositivi come il pannolone.
- ☐ D - Necessita di aiuto in tutte le fasi.
- ☐ E - Totalmente incontinente

7.2.9 Deambulazione su superfici piane *

- ☐ A - Capace di gestire protesi e ortesi se necessarie, di alzarsi in piedi e di sedersi, di sistemare gli ausili. Capace di usare gli ausili (bastone, ecc.) e di camminare 50 metri senza aiuto o supervisione.
- ☐ B - Indipendente nella deambulazione ma con autonomia inferiore a 50 metri o necessita di supervisione per maggior sicurezza nelle situazioni a rischio.
- ☐ C - Necessita di una persona per raggiungere o usare correttamente gli ausili.
- ☐ D - Necessita della presenza costante di una o più persone durante la deambulazione.
- ☐ E - Totalmente dipendente, non è in grado di deambulare.

7.2.11 Scale *

- ☐ A - È in grado di salire e scendere una rampa di scale in sicurezza senza aiuto né supervisione. Se necessario usa il corrimano o gli ausili (bastone ecc.) e li trasporta in modo autonomo.
- ☐ B - Generalmente è autonomo. Occasionalmente necessita di supervisione per sicurezza o a causa di rigidità mattutina (spasticità), dispnea, ecc.
- ☐ C - Capace di fare le scale ma non di gestire gli ausili, necessita di supervisione e di assistenza.
- ☐ D - Necessita di aiuto costante in tutte le fasi compresa la gestione degli ausili.
- ☐ E - Incapace di salire e scendere le scale.

7.3 Altre specifiche sui bisogni legati alle ADL

Attività di vita strumentali alla vita in comunità (IADL)

8.1 Presenza di problemi di IADL

- ☐ NESSUN problema di IADL (uso telefono, spesa, preparazione cibo, governo della casa, fare il bucato, utilizzo mezzi di trasporto, assunzione farmaci)
- ☒ **VERIFICA ITEM IADL**

8.2 IADL/Condizioni generali

8.2.1 Uso del TELEFONO *

- ☐ A - Usa il telefono in autonomia, lo usa solo per solo alcuni numeri ben conosciuti
- ☐ B - Compone solo alcuni numeri ben conosciuti
- ☐ C - E' in grado di rispondere al telefono, ma non compone i numeri
- ☐ D - Non è capace di usare il telefono

8.2.2 Fare compere *

- ☐ A - Si prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi
- ☐ B - E' in grado di effettuare piccoli acquisti nei negozi
- ☐ C - Necessita di essere accompagnato per qualsiasi acquisto nei negozi
- ☐ D - E' del tutto incapace di fare acquisti nei negozi

8.2.3 Cucinare pasti completi *

- ☐ A - Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati
- ☐ B - Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti
- ☐ C - Scalda pasti preparati o prepara cibi ma non mantiene dieta adeguata
- ☐ D - Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti

8.2.4 Governo della casa *

- ☐ A - Mantiene la casa da solo o con occasionale aiuto (ad es. lavori pesanti)
- ☐ B - Esegue solo compiti quotidiani leggeri ma livello di pulizia non sufficiente
- ☐ C - Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa
- ☐ D - Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa

8.2.5 Fare il bucato *

- ☐ A - Fa il bucato personalmente e completamente
- ☐ B - Lava le piccole cose (calze, fazzoletti)
- ☐ C - Tutta la biancheria deve essere lavata da altri

8.2.6 Mezzi di trasporto *

- ☐ A - Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto
- ☐ B - Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici
- ☐ C - Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato
- ☐ D - Può spostarsi solo con taxi o auto e solo con assistenza
- ☐ E - Non si sposta per niente

8.2.7 Assunzione farmaci *

- ☐ A - Prende le medicine che gli sono state prescritte
- ☐ B - Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate
- ☐ C - Non è in grado di prendere le medicine da solo

8.2.8 Uso del denaro *

- ☐ A - Maneggia le proprie finanze in modo indipendente
- ☐ B - E' in grado di fare piccoli acquisti
- ☐ C - E' incapace di maneggiare i soldi

8.3 IDONEITA' all'utilizzo di strumenti di telemedicina (include valutazione di UTILITA' per le cure domiciliari, ADESIONE e COMPETENZA della persona/caregiver, ADEGUATEZZA ambientale/strutturale)

- ☐ IDONEITA' PRESENTE (include informativa e consenso)
- ☐ IDONEITA' PRESENTE con il supporto FAMILIARE / CAREGIVER o altro sistema/rete di compensazione (include informativa e consenso)
- ☐ Valutazione DA COMPLETARE o PROGRAMMARE
- ☐ IDONEITA' NON PRESENTE (non utile, non competenze/capacità/consenso, non adeguatezza della struttura/risorse)
- ☐ Valutazione NON EFFETTUABILE / NON EFFETTUATA

8.7 Altre specifiche sui bisogni legati alle IADL

Attività fisica e mobilità

9.1 Livello di autonomia nella mobilità ⓘ

9.2 Livello di autonomia negli spostamenti / trasferimenti ⓘ

9.3 Altri aspetti o specifiche rispetto alla mobilità e agli spostamenti (es. vincoli o limitazioni)

Cardiovascolare

10.1 Necessità di supporto o monitoraggio cardio-circolatorio *

- ☐ NESSUNA NECESSITA' e/o SUPPORTO cardio-circolatorio
- ☐ Monitoraggio ECG
- ☐ Telemetria
- ☐ Gestione CVC, PICC, Midline, Port-a-cath, altro catetere venoso
- ☐ Gestione procedure terapeutiche
- ☐ Trasfusioni di sangue e componenti ematici
- ☐ Prelievi venosi OCCASIONALI
- ☐ Prelievi venosi PERIODICI

10.8 Altre necessità o specifiche relative al supporto e/o monitoraggio cardiocircolatorio

Respiratorio

11.1 Necessità di supporto o monitoraggio respiratorio *

- ☐ Nessuna necessità o supporto respiratoria (include assenza di tracheostomia)
- ☐ Broncoaspirazione
- ☐ Drenaggio autogeno o posturale bronchiale
- ☐ Altra manovra/tecnica di assistenza alla tosse, alla clearance delle secrezioni o procedura di riabilitazione respiratoria
- ☐ Ossigenoterapia continua
- ☐ Ossigenoterapia condizionata
- ☐ Terapia ventilatoria
- ☐ Tracheostomia

11.9 Altre necessità relative al supporto e/o monitoraggio respiratorio

Alimentazione e idratazione

12.1 Livello di autonomia nell'alimentazione ●

12.2 Necessità di supporto o monitoraggio dell'alimentazione o dell'idratazione *

- ☐ Nessuna necessità riguardante l'alimentazione/idratazione, assenza di nutrizioni parenterali e/o enterali
- ☐ Presenza di necessità riguardante l'alimentazione/idratazione

12.9 Supporto all'alimentazione enterale o parenterale *

- ☐ ASSENZA di supporto
- ☐ Nutrizione enterale (NE)
- ☐ Nutrizione parenterale totale (NPT)
- ☐ Nutrizione parenterale parziale (NPP)
- ☐ Altra nutrizione parenterale

12.11 Altre necessità o specifiche relative al supporto e/o monitoraggio di alimentazione e idratazione (es. integrazione/dieta, problemi di protesi dentali)

Eliminazione

13.1 Continenza URINARIA ●

13.2 Continenza FECALE ●

13.3 Dispositivi, presidi a supporto della continenza e manovre per favorire la funzione intestinale e/o urinaria

- ☒ **NESSUNA necessità di supporto all'eliminazione urinaria e/o intestinale**
- ☐ Necessità di supporto all'eliminazione urinaria o intestinale.

13.8 Altre necessità o specifiche relative al supporto e/o monitoraggio dell'eliminazione

13.3 Dispositivi, presidi a supporto della continenza e manovre per favorire la funzione intestinale e/o urinaria

☐ NESSUNA necessità di supporto all'eliminazione urinaria e/o intestinale

☒ **Necessità di supporto all'eliminazione urinaria o intestinale.**

13.4 Necessità di supporto all'ELIMINAZIONE URINARIA O INTESTINALE *

☐ NESSUNA necessità

☐ Presidi di assorbenza/continenza

☐ Catetere vescicale a intermittenza

☐ Catetere vescicale a permanenza

☐ Interventi per gestione di stipsi/deficit della peristalsi: clisteri, stimolazione topica (es. supposte glicerina, microclismi), interventi manuali, lavaggi intestinali, ecc.

13.6 Stomie intestinali e urinarie *

☐ NESSUNA stomia

☐ Ileostomia

☐ Colostomia

☐ Pielostomia

☐ Urostomia

☐ Cistostomia

13.8 Altre necessità o specifiche relative al supporto e/o monitoraggio dell'eliminazione

Gestione della salute, della sicurezza e efficacia del coping

14.1 Livello di consapevolezza dell'assistito e della famiglia rispetto alla situazione (incluso tono dell'umore e meccanismi di difesa), percezione di sé e del proprio ruolo sociale

14.2 Valori, convinzione, credenze e/o eventuale riferimento spirituale da considerare

14.3 Hobbies, attività di interesse, animali da affezione o altre necessità significative

14.4 Bisogni di educazione dell'assistito, dei familiari e dei caregiver

☒ **Assenti**

☐ **Presenti**

14.6 Necessità di supporto al lutto, alla fragilità e/o cambiamento delle condizioni (assistito e famiglia)

14.7 Altri bisogni relativi alla gestione della salute, della sicurezza o del coping (specificare)

Area riabilitativa, del recupero funzionale, ausili, valutazione ambiente di vita e barriere architettoniche

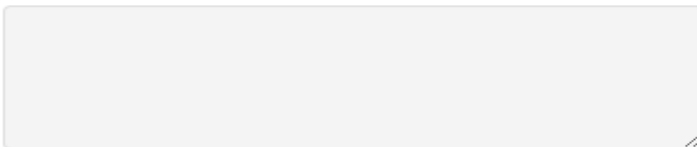
15.1 Bisogni riabilitativi, del recupero funzionale, ausili, valutazione ambiente di vita e barriere architettoniche

- ☐ Assenti
- ☐ Presenti

Gestione dei RISCHI, COMPLICANZE, INTEGRITA' CUTANEA e DEVICE

16.1 Rischio di cadute

16.1.1 Fattori di rischio



16.1.2 Ulteriori fattori di rischio

- ☐ Nessuno
- ☐ Cadute nell'ultimo anno
- ☐ Paura di cadere
- ☐ Marcia instabile
- ☐ Altro: specificare

16.2 Necessità di supervisione e controllo per gestione dei rischi correlati al deterioramento cognitivo/disabilità *

- ☐ Assente
- ☐ Necessita di supervisione continua e/o necessità di utilizzo di dispositivi di controllo
- ☐ Rischio di isolamento scolastico/lavorativo/sociale
- ☐ Altro: specificare

16.5 Rischio di sanguinamento acuto *

- ☐ Assente
- ☐ Presente

16.7 Rischio infettivo *

- ☐ Assente
- ☐ Presente

16.9 Rischio di LdP

16.9.1 Condizioni generali ●

- ☐ 4 - Buone: abile ad eseguire le proprie ADL
- ☐ 3 - Discrete: necessita di assistenza per alcune ADL
- ☐ 2 - Scadenti: richiede assistenza per più ADL
- ☐ 1 - Pessime: totalmente dipendente su tutto

16.9.2 Stato mentale ●

- ☐ 4 - Lucido: orientato nel tempo, spazio e persone. Risposta rapida
- ☐ 3 - Apatico: orientato nel tempo, nello spazio e persone, con una ripetizione della domanda
- ☐ 2 - Confuso: parzialmente orientato nel tempo, spazio e persone. La risposta può essere rapida
- ☐ 1 - Stuporoso o comatoso: stato di coscienza pochissimo vigile fino al coma, perdita della memoria

16.9.3 Deambulazione

- ☐ 4 - Normale: deambula fino a quando è affaticato. Cammina da solo o con l'ausilio di presidi (es. bastone)
- ☐ 3 - Cammina con aiuto: deambula fino a quando è affaticato. Richiede l'assistenza di una persona per la deambulazione. Può usare anche un presidio
- ☐ 2 - Costretto su sedia: Cammina o si muove soltanto su sedia.
- ☐ 1 - Costretto a letto: Confinato a letto per tutte le 24 ore.

16.9.4 Mobilità

- ☐ 4 - Piena: può muovere e controllare le estremità come vuole. Può o non può usare un presidio
- ☐ 3 - Moderatamente limitata: può muovere e controllare le estremità con la minima assistenza di un'altra persona. Può o non può usare un presidio
- ☐ 2 - Molto limitata: limitata indipendenza ai movimenti e al controllo delle estremità. Richiede una maggiore assistenza di un'altra persona. Può o non può usare un presidio
- ☐ 1 - Immobile: non ha indipendenza nel movimento o controllo delle estremità. Richiede assistenza per il movimento di ogni estremità.

16.9.5 Incontinenza

- ☐ 4 - Assente: non incontinente di urine e/o feci. Può avere un catetere.
- ☐ 3 - Occasionale: incontinenza di urine 1-2 volte/die e/o feci 1 volta/die.
- ☐ 2 - Abituale urine: incontinenza di urine più di 2 volte/die ma non sempre, e/o feci 2-3 volte/die ma non sempre.
- ☐ 1 - Doppia: totale incontinenza di urine e feci.

16.10 Altri elementi legati all'integrità cutanea

16.11 Lesioni della cute di qualsiasi causa/origine (che richiede medicazione/trattamenti anche preventivi) *

- ☐ Assente
- ☐ Presente

16.14 Altri rischi, complicanze e/o necessità correlate alla sicurezza clinica

- ☐ Presente rischio ab-ingestis
- ☐ Presente rischio di immobilizzazione
- ☐ Presente rischio di residuo vescicale
- ☐ Presente rischio di occlusione intestinale
- ☐ Presente rischio di occlusione devices
- ☐ Trombosi venosa profonda
- ☐ Altro: specificare

Pianificazione condivisa delle cure, palliazione e fine vita

17.1 Presa in carico da Unità di Cure Palliative domiciliare *

- ☐ Assente
- ☐ Necessità presenti

DAT

17.2 Pianificazione condivisa dell'assistenza con assistito / caregiver in cartella / fascicolo, in patologia cronica, invalidante, evolutiva, a prognosi infausta (art. 5 L. 22/12/17 n. 219) Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di tr:

- ☐ Assente
- ☐ Presente
- ☐ Dato non disponibile

17.5 Specificare eventuali vincoli, motivi/cause

Cartella Utente 4.0

cartelladistretto.sanita.fvg.it/shell/utenti/cartelle-cliniche/diari

Apri nell'app

Cerca...

Distretto 2 Trieste città sud > SID - Servizio Infermieristico Domiciliare > Capecchi Claudio 01/08/2025 > Cartella clinica > Diari

PG [redacted] IULIA Operatore

SID - Servizio Infermieristico Domiciliare 08/03/1939

CC

Utente

Cartella Clinica

Cruscotto utente

Parametri fisiologici

Diari

Scale

Schede attività

Diagnosi

Sedute

Problemi

Progetti

Diari

Cerca...

FILTRA PER 1 Filtro applicato

AGGIUNGI

29 Ottobre	Sid (Modificato)	Valutazione Periodica	Diario infermieristico	⋮
24 Ottobre	Sid (Finale)	Valutazione Periodica	Diario infermieristico	⋮
22 Ottobre	Sid- Rinnovo Fap (Finale)	Valutazione Periodica	Diario infermieristico	⋮
14 Ottobre	SRD (Finale)	Ausili Dolore Movimento	Diario medico	⋮
07 Ottobre	sid (Finale)		Diario infermieristico	⋮
03 Ottobre	SID (Modificato)	Gestione Device Lesioni	Diario infermieristico	⋮
29 Settembre	SID (Modificato)	Lesioni Gestione Device	Diario infermieristico	⋮
26 Settembre	SID (Finale)	Lesioni	Diario infermieristico	⋮
	SID (Finale)	Gestione Device Minzione	Diario infermieristico	⋮

Integrazione socio-sanitaria

Nome utente
ID - Servizio Infermieristico
Domiciliare
8/03/1999

CC

Utente

Cartella Clinica

Cruscotto utente

Parametri fisiologici

Diari

Scale

Schede attività

FILTRA PER 1 Filtro applicato

Abbey Pain Scale

Accertamento multidimensionale

Clinical Dementia Rating Scale (CDR) Estesa

Accertamento multidimensionale

Attivo

Versione 1.0.2

FILTRA PER 2 Filtri applicati

Data	Operatore	Stato	Punteggio	Archiviato	Presa in carico
14/10/2025 alle 14:24	FRANCESCA	Completo	Profilo: completato	SI	SRD - Servizio Riabilitativo Domiciliare, 13/10/2025 - 14/10/2025
12/08/2025 alle 12:13	LORENA	Completo	Profilo: completato	SI	SID - Servizio Infermieristico Domiciliare, 01/08/2025 - In corso
28/06/2025 alle 15:08	ANDREA	Completo	Profilo: completato	SI	SID - Servizio Infermieristico Domiciliare, 27/11/2024 - 28/07/2025

SID (Finale)	Gestione Device Lesioni	Diario infermieristico
sid (Finale)	Lesioni Minzione	Diario infermieristico
sid (Finale)	Lesioni Minzione	Diario infermieristico
sid (Finale)	Minzione	Diario infermieristico
SID (Finale)	Lesioni Minzione	Diario infermieristico
COT D AMEDICINA INTERNA 10/BIS/CHIUSURA (Finale)	Valutazione Periodica	Diario infermieristico
COT DA MEDICINA INTERNA 10/BIS (Finale)	Valutazione Periodica	Diario infermieristico

PIANO REGIONALE DI SUPPORTO ALLA POPOLAZIONE ANZIANA FRAGILE 2021- 2023

Fragilità è una sindrome biologica e clinica caratterizzata da riduzione delle riserve e della resistenza allo stress, provocata dal declino cumulativo di più sistemi fisiologici, in conseguenza di fattori biologici, psicologici, sociali



PIANO REGIONALE DI SUPPORTO ALLA POPOLAZIONE ANZIANA FRAGILE 2021- 2023

Sistema articolato su tre livelli di intervento: domiciliare, semiresidenziale e residenziale



Portierati Sociali ATER

Punti di contatto di Ater attivati nei complessi edilizi a più alta densità abitativa gestiti da Ater.

Il servizio nasce dai Protocolli d'Intesa tra Ater, Asugi e i Comuni di Trieste e Muggia nell'ambito del progetto "Habitat Microaree"

I portierati forniscono supporto ad Ater nella raccolta di segnalazioni e nella risoluzione di diverse problematiche. ad esempio:

- ✓ forniscono informazioni sui servizi e sulle prestazioni dell'Ater e degli enti che aderiscono al protocollo d'intesa "Habitat Microaree"
- ✓ puoi segnalare problemi di natura manutentiva
- ✓ puoi segnalare eventuali criticità abitative
- ✓ prestano un servizio di accompagnamento in particolari situazioni di disagio socio - sanitario - assistenziale
- ✓ forniscono opera di mediazione per la risoluzione di problemi di vicinato

Il progetto delle Microaree di Trieste nasce nel 1998 per sviluppare un approccio proattivo ai problemi della comunità e coinvolge piccole aree del territorio dove ASUITs, Comune e ATER collaborano allo sviluppo di comunità che generano Salute. Nate dalla volontà di Franco Rotelli, ex Direttore Generale dell'Azienda per i Servizi Sanitari di Trieste, le Microaree hanno come obiettivo quello di sviluppare una **“*medicina radicata nei luoghi, nelle case, negli habitat sociali della città*”**, con particolare attenzione alle zone con un'alta prevalenza di edilizia pubblica e famiglie a basso reddito. Ogni Microarea ha un'estensione geografica propria, che varia a seconda del contesto socio-territoriale, e presenta una sede centrale, punto di riferimento del quartiere, a cui fa capo un referente (non necessariamente sanitario).

L'esperienza delle Microaree di Trieste, che interessa ad oggi 16 piccole frazioni di dimensione compresa tra i 500 e i 2500 abitanti, si basa sulla creazione di una rete di operatori sanitari presenti in modo continuo nei caseggiati popolari con maggiori problemi di reddito e integrazione sociale.

Gretta – Villa Carsia – Vaticano – Ponziana – Campi Elisi – Cittavecchia – Valmaura – Grego – Giarizzole – Altura – Melara – San Giovanni – Negri – Cumano – Zindis – Soncini Caccia Burlo

<https://www.youtube.com/watch?v=2FUplIK4d6A>

PIANO REGIONALE DI SUPPORTO ALLA POPOLAZIONE ANZIANA FRAGILE 2021- 2023

Nell'ambito dei servizi e degli interventi domiciliari si individuano anche le sperimentazioni di “Abitare inclusivo” (Abitare possibile e Domiciliarità innovativa) finalizzate a introdurre forme abitative innovative per anziani in condizione di fragilità. Tali sperimentazioni perseguono la finalità di contribuire a ridurre e prevenire l'istituzionalizzazione delle persone anziane

CHI SIAMO ▾AREE D'INTERVENTO ▾ENTI E ASSOCIAZIONIVITA ATTIVA ▾DALL'EUROPA ▾EVENTI E NEWS

ADEGUAMENTO EDIFICI PER FAVORIRE LA MOBILITÀ ▾

La Regione sostiene **l'installazione di ascensori in condomini** privati o gestiti dalle ATER ove siano presenti persone anziane o con disabilità.

Per maggiori informazioni:

- **installazione in condomini privati**

FORME INNOVATIVE DI CONDIVISIONE DELL'ABITARE >

ABBATTIMENTO CANONI DI LOCAZIONE >

INTERVENTI PER L'ACQUISTO E L'ADEGUAMENTO DI ALLOGGI >

CONTRIBUTI ELIMINAZIONE BARRIERE ARCHITETTONICHE >

PIANI ELIMINAZIONE BARRIERE ARCHITETTONICHE (PEBA) >

"La Regione sostiene la sperimentazione in materia di "Abitare Possibile" e di "Domiciliarità Innovativa". Gli interventi riguardano forme abitative innovative per anziani in condizione di fragilità".

In particolare, la sperimentazione, sia sul piano strutturale che sul piano gestionale e organizzativo, persegue la finalità di contribuire a ridurre e prevenire l'istituzionalizzazione delle persone anziane, attraverso la realizzazione di soluzioni abitative innovative in grado di offrire una reale alternativa alle forme di residenzialità per anziani.

Per tali motivi, gli immobili destinati a tali progetti sperimentali devono avere le caratteristiche di contesti domiciliari e possedere i requisiti minimi definiti dalle linee guida allegate alla DGR 1625 del 27 settembre 2019.

La richiesta di adesione alla sperimentazione può essere presentata - secondo quanto definito dalle medesime linee guida - da soggetti pubblici e privati senza scopo di lucro che siano disposti a sottoscrivere accordi di partenariato con l'Azienda Sanitaria territorialmente competente, l'UTI di riferimento ed eventuali altri soggetti pubblici/privati territorialmente rilevanti.

Il raccordo con la famiglia, il territorio ed i servizi sono il fondamento e la garanzia che i bisogni di benessere, sia quelli collegati al contesto abitativo in cui le persone risiedono sia quelli socio-assistenziali e sanitari trovino opportuna definizione in progetti personalizzati.

Le sperimentazioni sono soggette a monitoraggio delle attività in corso di realizzazione da parte della Regione.

Fonte:

[DGR 1625/2019 Linee guida](#)

Strutture residenziali per Cure Palliative – Hospice

- fanno parte della rete di assistenza ai pazienti terminali, per l'assistenza in ricovero temporaneo di pazienti affetti da malattie progressive ed in fase avanzata a rapida evoluzione e a prognosi infausta e per pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di assistenza palliativa e di supporto

RSA

- per pazienti non autosufficienti, a seguito della perdita temporanea dell'autonomia dopo interventi chirurgici e/o traumi che richiedono trattamenti intensivi essenziali per il supporto alle funzioni vitali. Si tratta di interventi di cura complessi ma concentrati nel tempo i cui obiettivi assistenziali sono rivolti alla riacquisizione dell'autonomia perduta o alla acquisizione del maggiore livello di autonomia possibile

NUCLEO PER DEMENZE (tipo Alzheimer)

- sono nuclei specializzati per pazienti con demenza, nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività. Per i familiari dei pazienti dovranno essere previste attività di sostegno : colloqui individuali – gruppi di auto aiuto e sostegno

DOMICILIARITÀ: FONDO AUTONOMIA POSSIBILE

Il FAP è un intervento economico rivolto a persone che, per la loro condizione di non autosufficienza, non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri. Il nuovo regolamento attuativo n. 214/2023 ha unificato i fondi dedicati al sostegno della domiciliarità, per cui afferiscono al FAP anche le persone con gravissime disabilità, compresi i malati di SLA e le persone con grave demenza.

Il FAP viene utilizzato a sostegno delle situazioni di non autosufficienza trattate a domicilio che comprendono:

- Persone non autosufficienti anziane o con disabilità, adulte o minori;
- Persone che usufruiscono di progetti realizzati nel settore della salute mentale o delle dipendenze;
- Minori con patologie oncologiche certificate.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
dati di flusso	7274	7405	8212	8677	9337	9542

DOMICILIARITÀ: SPERIMENTAZIONE DOMICILIARITÀ COMUNITARIA

STRUMENTI DI INNOVAZIONE

LA CURA NEL CONTESTO DI VITA E NELLA COMUNITA' DI APPARTENENZA (COPRODUZIONE DI SALUTE)

L' AMMINISTRAZIONE CONDIVISA : COPROGRAMMAZIONE E COPROGETTAZIONE

LA COPERTURA DELL'ASSISTENZA SOCIOSANITARIA DEFINITA NEI LEA A LIVELLO DOMICILIARE L'INTEGRAZIONE
PROFESSIONALE

UNA MAGGIORE AGGREGAZIONE DI RISORSE – BUDGET DI PROGETTO E BUDGET DI SALUTE

LA REALIZZAZIONE DELLA PIANIFICAZIONE MISSIONE 5 E 6 DEL PNRR

La realizzazione del progetto personalizzato della persona con bisogno complesso è sostenuta da apposito budget integrato, denominato budget personale di progetto, che è costituito dal concorso di risorse economiche e di risorse prestazionali rese da tutte le componenti coinvolte, ivi compresa la persona assistita e la sua famiglia.

Al fine di riorientare i servizi sulla base della centralità della persona e dei suoi bisogni e per sostenere gli oneri di gestione del progetto personalizzato da parte dell'ente del Terzo settore entro il rapporto di partenariato previsto all'articolo 10, nell'ambito del budget personale di progetto **può essere enucleata una quota, denominata budget di salute**, costituita da risorse finanziarie a carico del Servizio sanitario regionale e del Servizio sociale dei Comuni, per finalizzarla a soddisfare il profilo di bisogno della persona, con riconversione delle risorse destinate a servizi istituzionalizzanti o comunque convenzionali a sostegno di percorsi d'inclusione.

[Legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 - art. 9](#)



Amministratore di sostegno L. 6/2004

Cos'è?

La Legge 6/2004 istituisce l'Amministrazione di sostegno: un **istituto a salvaguardia dei "soggetti deboli"**, ovvero di coloro i quali, in conseguenza di disabilità fisiche, psichiche o semplicemente per uno stato di emarginazione sociale presentano **aspetti di fragilità e vulnerabilità nel contesto sociale**.

Con la minore limitazione possibile della capacità di agire del soggetto, l'amministratore di sostegno **si prende cura delle persone prive in tutto o in parte di autonomia**, nel compimento delle **mansioni della vita quotidiana**, mediante interventi sostitutivi o di sostegno temporanei o permanenti.





interventi sociali e sociosanitari

home / aree tematiche / interventi sociali e sociosanitari / amministratore di sostegno

INTERVENTI SOCIALI E SOCIO SANITARI

SOSTEGNI ECONOMICI ALLA FAMIGLIA ▾

AUTONOMIA E DOMICILIARITÀ ▾

DISABILITÀ ▾

SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER DISABILI ▾

SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER ANZIANI ▾

SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER MINORI ▾

PROBLEMATICHE DI RILEVANZA SOCIALE ▾

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

► Interventi regionali per la promozione e la diffusione dell'amministrazione di sostegno

CENTRI DI VACANZA PER MINORI ▾

amministratore di sostegno

INTERVENTI REGIONALI PER LA PROMOZIONE E LA DIFFUSIONE DELL'AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO



Contributi agli amministratori di sostegno (rimborso polizze assicurative, intervento economico su equa indennità) e ai Servizi sociali dei Comuni (per attività formative e di promozione e per istituzione e gestione di sportelli promozione e supporto all'istituto dell'amministratore di sostegno), elenco soggetti disponibili a svolgere l'incarico, registro dei soggetti del privato sociale.

Cos'è

L'amministratore di sostegno è una figura prevista dalla legge 9 gennaio 2004, n.6 per tutelare le persone che, per problemi fisici o psichici, si trovano nell'impossibilità (anche parziale o temporanea), di provvedere ai propri interessi.

L'Amministratore di sostegno viene nominato dal Giudice Tutelare che nel provvedimento di nomina stabilisce anche le attività che lo stesso può svolgere in nome e per conto del beneficiario dell'amministrazione di sostegno, che riguardano non solo l'aspetto patrimoniale ma anche quello di cura della persona, gli atti che il beneficiario può compiere solo con l'assistenza dell'amministratore di sostegno e la durata dell'amministrazione.

CONTATTI

Servizio sviluppo sistema sociale integrato

Antonella Padovan

indirizzo

TRIESTE - Via Cassa Di Risparmio, 10

telefono

0403775588

e-mail

antonella.padovan@regione.fvg.it

MANSIONI

L'Amministratore di Sostegno

Amministratore di Sostegno agisce tenendo conto dei bisogni e delle aspirazioni della persona che affianca o sostituisce.

Le sue mansioni, stabilite nel decreto di nomina, riguardano:

- la cura personale e la salute del beneficiario
- la gestione ordinaria dell'economia domestica, dei risparmi e dei collaboratori personali
- le incombenze fiscali e la richiesta di prestazioni sociali

Durante il suo incarico deve:

- chiedere l'autorizzazione al Giudice Tutelare per atti di amministrazione straordinaria
- presentare una relazione periodica sulle attività svolte e sulle condizioni di vita del beneficiario
- elaborare un rendiconto annuale di spesa, documentando entrate e uscite
- operare a titolo gratuito (salvo eventuale rimborso spese stabilito dal Giudice Tutelare)



Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

<https://www.regione.fvg.it> > FOGLIA16 > allegati PDF



elenco amministratori sostegno 2024



12 pagine



SostituzioniLegali

<https://sostituzionilegali.it> > Avvocati > Trieste



Elenco Avvocati amministratori di sostegno Trieste



Il giudice tutelare, cui compete la nomina dell'Amministratore di sostegno, preferisce, ove possibile, nominare il coniuge
la persona stabilmente convivente, il padre, la madre, il figlio o il fratello o la sorella, o comunque un parente entro il quarto grado.

