

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**  
**REGIONE BASILICATA**  
**AZIENDA SANITARIA MATERA**

PROCEDURA OPERATIVA SANITARIA

Cod. PO-UVI-05-32

**GESTIONE DELLA UNITÀ VALUTAZIONE INTEGRATA (U.V.I.)**  
**MODALITÀ OPERATIVE**

**Elenco emissioni/approvazioni/revisioni**

Rev.	Autorizzazioni		
	Redazione	Verifica	Approvazione
0.0	<p>Responsabile U.V.I. Dr G. DENTAMARO</p> <p>Componenti U.V.I.: Dr.ssa O. TOSCANO</p> <p>Data 13/12/2024</p> <p>Dott.ssa A. LUPO</p> <p>Dott.ssa M. CHIETERA</p> <p>Dott.ssa R. MARCANGELO</p> <p>Con la consulenza della Dott.ssa C. GENTILE</p>	<p>Data 16/12/2024</p> <p>Dir. U.O.S.D. SGO Dott.ssa A. BRAIA</p> <p>Resp. I.D.F. Gestione Sistema Documentale della Qualità Dott.ssa C. GENTILE</p>	<p>Data 18/12/2024</p> <p>Direttore Sanitario Aziendale ff Dr.ssa L. D'AMBROSIO</p>

Ratifica	DATA 13/12/2024	Direttore Generale: Avv. M. N. C. FRIOLO
----------	-----------------	--

**Distribuzione:**

\_\_\_\_\_ copia originale

☒ X \_\_\_\_\_ copia in distribuzione controllata \_\_\_\_\_ copia in distribuzione non controllata

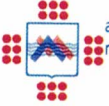
**Note:**

La responsabilità dell'eliminazione delle copie obsolete della Procedura è dei destinatari di questa documentazione. Le copie aggiornate sono presenti nella rete intranet aziendale

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA OPERATIVA SANITARIA		COD: PO-UVI-05-32	
	GESTIONE DELLA UNITÀ DI VALUTAZIONE INTEGRATA (U.V.I.) MODALITÀ OPERATIVE		REV. 0.0	Pagina 2/11

## INDICE

1. PREMESSA.....	3
2. SCOPO/OBIETTIVO.....	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
4. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI.....	3
5. ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA .....	4
6. PROCESSO/MODALITÀ OPERATIVE .....	4
7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ .....	8
7.1 Modalità di Accesso e Presa in Carico Utenti Esterni. ....	8
7.1 Modalità di Accesso e Presa in Carico Pazienti Ricoverati. ....	8
8. DIAGRAMMA DI FLUSSO.....	9
8.1 Diagramma Modalità di Accesso e Presa in Carico Utenti Esterni .....	9
8.2 Diagramma Modalità di Accesso e Presa in Carico Pazienti Ricoverati.....	10
9. ALLEGATI.....	11
9.1 Richiesta Attivazione Valutazione (U.V.I.) .....	11
9.2 Scheda SVaMDi (Scheda A - Scheda B – Scheda C).....	11
9.3 Consenso Informato sul Rischio Contagio da Covid-19 .....	11
9.4 Scheda Proposta Ricovero Regime Residenziale R2 .....	11

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA OPERATIVA SANITARIA		COD: PO-UVI-05-32	
	GESTIONE DELLA UNITÀ DI VALUTAZIONE INTEGRATA (U.V.I.) MODALITÀ OPERATIVE		REV. 0.0	Pagina 3/11

## 1. PREMESSA

La L.R. n. 12/2008 e s.m.i. ha avviato un processo di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, rafforzando la logica di rete nella strutturazione dei servizi e privilegiando i principi di tempestività, organicità, appropriatezza, efficienza, efficacia ed economicità.

Il DPCM del 12 gennaio 2017 ha definito i nuovi LEA e disciplinato i criteri di appropriatezza per i ricoveri in regime residenziale e semiresidenziale nelle diverse articolazioni.

La D.G.R. Basilicata n. 1218 del 14 novembre 2017 ha approvato i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali ed ha definito un sistema di classificazione omogeneo a livello Regionale per la rilevazione delle prestazioni erogate in favore di utenti non autosufficienti, di utenti con disabilità e di utenti affetti da disturbi mentali.

La D.G.R. Basilicata n. 194 del 9 marzo 2017 ha approvato il manuale per l'autorizzazione dei servizi e delle strutture pubbliche e private che svolgono attività socio-assistenziale e socio-educativa definendo un sistema di classificazione. L'Azienda Sanitaria Locale di Matera pertanto, in ottemperanza alla suddetta normativa, si impegna a garantire la migliore assistenza socio-sanitaria, per alcuni profili di patologie a gestione integrata multidisciplinare, attraverso l'individuazione di modalità operative condivise e descritte nel presente documento.

In particolare, le richieste di ricovero in regime residenziale/semiresidenziale dovranno essere regolamentate attraverso percorsi di presa in carico che coinvolgano le diverse competenze e discipline delle UU.OO. e dei Servizi dell'Azienda Sanitaria.

## 2. SCOPO/OBIETTIVO

L'obiettivo generale del presente documento è definire criteri oggettivi omogenei.

Obiettivi specifici:

- codificare un percorso appropriato ai bisogni complessi espressi dal paziente e, nel contempo, un corretto utilizzo delle risorse disponibili;
- garantire l'efficacia e l'appropriatezza della presa in carico in regime di ricovero residenziale e semiresidenziale di utenti adulti non autosufficienti e di utenti adulti con disabilità;
- garantire modalità di accesso omogenee a livello di tutta l'ASM
- migliorare le modalità e i tempi di accesso;
- garantire equità e appropriatezza nella presa in carico degli anziani in condizione di non autosufficienza residenti nel territorio dell'Azienda Sanitaria di Matera (ASM);
- migliorare il rapporto tra domanda e offerta rendendo più efficace ed efficiente l'inserimento in RSA.

## 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

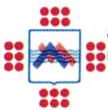
La presente procedura si applica nella Unità Valutazione Integrata (U.V.I.) dell'ASM di Matera e disciplina:

- L'accoglienza delle domande d'inserimento;
- La fase di valutazione di idoneità

## 4. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

- Legge regionale 01 luglio 2008, n. 12 RIASSETTO ORGANIZZATIVO E TERRITORIALE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE (B. U. Regione Basilicata N. 28 del 2 luglio 2008)
- D.P.C.M. 12 gennaio 2017, occorrenti per le Aziende sanitarie della regione Basilicata definizione dei nuovi LEA
- D.G.R. Basilicata n. 1218 del 14 novembre 2017 requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali
- D.G.R. Basilicata n. 194 del 9 marzo 2017
- manuale per l'autorizzazione dei servizi e delle strutture pubbliche e private che svolgono attività socio-assistenziale e socio-educativa definizione un sistema di classificazione



 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA OPERATIVA SANITARIA		COD: PO-UVI-05-32	
	GESTIONE DELLA UNITÀ DI VALUTAZIONE INTEGRATA (U.V.I.) MODALITÀ OPERATIVE		REV. 0.0	Pagina 4/11

## 5. ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA

L.G.	Legge Regionale
D.P.C.M.	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
D.G.R.	Delibera Giunta Regionale
ASM	Azienda Sanitaria Matera
U.O.	Unità Operativa
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
U.V.I.	Unità Valutazione Integrata
S.Va.M.Di.	Scheda per la Valutazione Integrata delle persone con Disabilità

## 6. PROCESSO/MODALITÀ OPERATIVE

Nel rispetto di quanto previsto dalla D.G.R. Basilicata n. 1218/2017, l'accesso alla struttura avviene previa valutazione Integrata da parte dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI) che definisce e verifica periodicamente il programma.

L'unità di Valutazione Integrata (UVI) è un'*equipe* socio-sanitaria multidisciplinare integrata che assolve ai compiti di:

- effettuare la valutazione Integrata del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente non autosufficiente/disabile e del suo nucleo familiare;
- valutare il progetto personalizzato;
- autorizzare il ricovero a carattere residenziale o semiresidenziale;
- autorizzare l'accoglienza o il ricovero a carattere socio-assistenziale;
- verificare ed aggiornare l'andamento del progetto personalizzato;
- gestire le Liste di Attesa.

### Tipologie di Strutture e Requisiti

- Le strutture socio-sanitarie, residenziali o semiresidenziali, devono disporre di autorizzazione, accreditamento e contratto con il SSN;
- Le strutture socio-assistenziali devono possedere i requisiti di autorizzazione nel rispetto della normativa vigente.

Il DPCM del 12 gennaio 2017 definisce i nuovi LEA ed individua, tra l'altro, le diverse articolazioni dell'assistenza residenziale e semiresidenziale per l'età adulta secondo requisiti inerenti le condizioni cliniche e funzionali dei pazienti e secondo requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici della struttura accogliente.

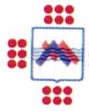
Le diverse tipologie di strutture vengono disciplinate nei seguenti articoli LEA:

- Art. 29 "Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario";
- Art. 30 "Assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti";
- Art. 34 "Assistenza socio-sanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità".

La D.G.R. Basilicata n. 1218 del 14 novembre 2017, in considerazione dei livelli di complessità ed assistenza, distingue le seguenti tipologie di RSA:

- RSA Intensiva cod. R1;
- RSA Estensiva per non autosufficienti cod. R2:
  - RSA non autosufficienti Demenza cod. R2D;
  - RSA non autosufficienti Nucleo Alzheimer cod. R2D;
- RSA per non autosufficienti Lungo-assistenza cod. R3;
- RSA per non autosufficienti Semiresidenziali cod. SR;
  - Demenza cod. SR2D;



 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA OPERATIVA SANITARIA		COD: PO-UVI-05-32	
	GESTIONE DELLA UNITÀ DI VALUTAZIONE INTEGRATA (U.V.I.) MODALITÀ OPERATIVE		REV. 0.0	Pagina 5/11

→ Nucleo Alzheimer cod. SR2D;

- RSA Residenziale Disabili Intensiva cod. RD1;
- RSA Residenziale Estensiva Disabili cod. RD2;
  - RSA Socio-Riabilitativa cod. RD3;
  - Disabili gravi non autosufficienti RD3.1;
  - Disabili privi di sostegno familiare RD3.2;
  - RSA Disabili Adulti gravissimi privi di sostegno familiare cod. RD3.1S (speciale);
- RSA Estensiva Semiresidenziale Disabili cod. SRD2;
- RSA Estensiva Semiresidenziale Disabilità Stabilizzata cod. SRD.

La D.G.R. Basilicata n. 194 del 9 marzo 2017 individua anche la Residenza Socio-Assistenziale per anziani non autosufficienti (cod. RASS1).

### 6.1 Requisiti di accesso

Sono ammessi a ricovero nelle strutture socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali e nelle strutture socio-assistenziali i pazienti residenti nel territorio dell'Azienda Sanitaria di Matera (ASM).

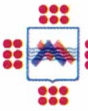
#### Modalità di accesso e presa in carico utenti esterni.

Per l'attivazione della valutazione del bisogno assistenziale da parte dell'UVI, il paziente/tutore/amministratore di sostegno o un suo delegato dovrà presentare la seguente documentazione:

- domanda di attivazione dell'UVI su apposito modello (*allegato n.1*) a cura del Medico Medicina Generale e della persona interessata o del suo tutore/amministratore di sostegno;
- proposta di ricovero in regime residenziale o semiresidenziale formulata da uno specialista ospedaliero/territoriale competente per patologia, corredata di relazione sullo stato clinico del paziente che definisca diagnosi clinico-funzionale, obiettivi da perseguire e motivazioni socio-sanitarie al ricovero; la proposta di ricovero dovrà essere formulata da Specialista Ospedaliero/Territoriale competente per patologia (Neurologo, Fisiatra, Geriatra, Medico Internista), che provvederà alla compilazione della S.Va.M.Di. (Scheda B) per la parte di sua competenza, mentre le rimanenti parti della scheda dovranno essere compilate dal MMG S.Va.M.Di. (Scheda A) e dai Servizi Sociali S.Va.M.Di. (Scheda C) (*allegato n.2*);
- consenso informato sul Rischio Contagio da Covid-19, per Ricovero in Regime Residenziale/Semiresidenziale e accettazione dell'applicazione di compartecipazione alla retta se prevista per normativa nazionale o regionale (*allegato n.3*);
- certificato di invalidità (se in possesso);
- certificato specialistico provante la condizione di Demenza o Malattia di Alzheimer per l'accesso in RSA dedicate a tali patologie;
- progetto personalizzato a cura della Struttura che accoglierà il paziente. È consentita una dilazione per i pazienti provenienti dalle UU.OO. per acuti, di sette giorni dalla data di effettivo ricovero;
- certificato di residenza o autocertificazione e copia del documento di identità dell'assistito e/o tutore (facente funzione).
- copia del certificato di autorizzazione, accreditamento e contratto ai sensi del DLGS n. 229/99 art. 8-quater per le strutture Socio-Sanitarie extraregionali;

La suddetta documentazione dovrà essere trasmessa esclusivamente al seguente indirizzo pec: [asmbasilicata@cert.ruparbasilicata.it](mailto:asmbasilicata@cert.ruparbasilicata.it)

Le domande pervenute ad altri indirizzi o con altre modalità, non saranno prese in considerazione.

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA OPERATIVA SANITARIA	COD: PO-UVI-05-32	
	GESTIONE DELLA UNITÀ DI VALUTAZIONE INTEGRATA (U.V.I.) MODALITÀ OPERATIVE	REV. 0.0	Pagina 6/11

La Presa in Carico del Paziente è subordinata a:

- Criterio temporale della presentazione della domanda;
- Valutazione da parte della Commissione U.V.I. della gravità della situazione socio – sanitaria.

In caso di diniego del ricovero, il Centro Accreditato dovrà trasmettere all'UVI una relazione clinico funzionale che argomenta le motivazioni della mancata accettazione del ricovero.

#### **Modalità di accesso e presa in carico per paziente degente presso le UU.OO. Ospedaliere.**

Esclusivamente, per pazienti degenti presso le UU.OO. Ospedaliere, l'attivazione della valutazione del bisogno assistenziale e la procedura di ricovero in regime residenziale R2-RSA non autosufficienti estensiva, potrà essere avviata tempestivamente.

L'U.O. per acuti provvederà con lo specialista competente per patologia (Neurologo, Fisiatra, Geriatra, Medico Internista) a:

- valutare le condizioni clinico funzionali del paziente e l'appropriatezza rispetto ai requisiti indicati dalla DGR n. 1218 *“nella RSA non autosufficienti estensiva indicata con codice R2, si erogano trattamenti estensivi residenziali di cura e recupero funzionale ad utenti non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, necessitano di elevata tutela sanitaria (quali cure mediche ed infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapia e.v., nutrizione artificiale, trattamenti per lesioni da decubito, ecc.) con continuità assistenziale e presenza infermieristica H24. La durata del trattamento, di norma non supera i 60 giorni”*;
- compilare la Scheda Ricovero in Regime Residenziale R2-RSA non autosufficienti estensiva (allegato 4);
- acquisire l'allegato 3 della presente procedura;
- individuare la Struttura Accogliente;

inviare la scheda di ricovero alla Segreteria UVI per l'autorizzazione al seguente indirizzo pec: [asmbasilicata@cert.ruparbasilicata.it](mailto:asmbasilicata@cert.ruparbasilicata.it)

- trasmettere tale autorizzazione alla Struttura Accogliente quindi ai Servizi Amministrativi ASM competenti.

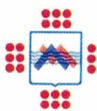
La struttura deputata ad autorizzare i ricoveri a carattere residenziale, semiresidenziale e socio-assistenziale di pazienti non autosufficienti e disabili è l'UVI. Di conseguenza ricoveri non autorizzati dall'UVI non avranno diritto alla remunerazione.

In caso di diniego del ricovero, il Centro Accreditato dovrà trasmettere all'UVI una relazione clinico funzionale che argomenta le motivazioni della mancata accettazione del ricovero

#### **Certificazioni della struttura ospite e del tutore dell'assistito.**

Alla documentazione sanitaria e sociale dovrà essere allegata la seguente documentazione a cura della struttura che dovrà avviare la presa in cura del paziente:

- **per le strutture socio-sanitarie regionali:**
  - progetto personalizzato del paziente;
  - dichiarazione da parte della struttura sul rispetto di quanto previsto nei LEA nazionali e regionali per
  - prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e dichiarazione attestante l'accettazione dell'onere sociale dove previsto dalla normativa nazionale e regionale;
- **per le strutture socio-sanitarie extraregionali:**
  - copia del certificato di autorizzazione sanitaria, accreditamento e contratto ai sensi dell'art. 8-quater del D.Lgs. 229/99;
  - progetto personalizzato del paziente;
  - retta che si intende applicare per le prestazioni assistenziali;
  - dichiarazione da parte della struttura sul rispetto di quanto previsto nei LEA nazionali e regionali per prestazioni sanitarie e socio – sanitarie e dichiarazione attestante l'accettazione dell'onere sociale dove

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA OPERATIVA SANITARIA		COD: PO-UVI-05-32	
	GESTIONE DELLA UNITÀ DI VALUTAZIONE INTEGRATA (U.V.I.) MODALITÀ OPERATIVE		REV. 0.0	Pagina 7/11

previsto dalla normativa nazionale e regionale attestante l'accettazione dell'onere sociale, ove previsto dalla normativa nazionale e regionale.

Per le strutture Regionali verranno adottati i criteri di valutazione indicati nella D.G.R. Basilicata n. 1218 del 14 novembre 2017.

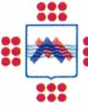
#### **Valutazione del progetto personalizzato e invio della documentazione.**

La UVI, valutato il progetto personalizzato, i requisiti e i criteri di appropriatezza, potrà richiedere ulteriore valutazione specialistica o provvedere tempestivamente ad inviare l'atto di autorizzazione al ricovero al paziente o al suo tutore/amministratore di sostegno, alla struttura a carattere residenziale/semiresidenziale che accoglierà il paziente e alla U.O.C. Strutture Private Accreditate Convenzionate con sede c/o l'ASM di Via Montescaglioso.

In caso di documentazione incompleta, l'UVI chiederà eventuali integrazioni.

L'UVI valuta le proposte di ricovero in Strutture Extraregionali secondo i criteri definiti negli articoli dei LEA 2017 richiamati all'art.2 di questo Regolamento ASM.



 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA OPERATIVA SANITARIA		COD: PO-UVI-05-32	
	GESTIONE DELLA UNITÀ DI VALUTAZIONE INTEGRATA (U.V.I.) MODALITÀ OPERATIVE		REV. 0.0	Pagina 8/11

## 7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

### 7.1 Modalità di Accesso e Presa in Carico Utenti Esterni.

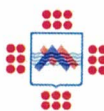
FUNZIONE ATTIVITA'	PAZIENTE/TUTORE/ AMMINISTRATORE SOSTEGNO	MEDICO CURANTE	MEDICO SPECIALISTA	STRUTTURA ACCOGLIENTE	U.V.I.
Individuazione persone da ammettere a ricovero nelle strutture socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali e nelle strutture socio-assistenziali	C	R			
Presentazione documentazione	R	C			
Attivazione U.V.I.	R	R			
Proposta di ricovero in regime residenziale o semiresidenziale	C	C	R		
Progetto Personalizzato	C			R	
Valutazione Documentazione					R
Valutazione del progetto personalizzato, dei requisiti e dei criteri di appropriatezza					R
Invio atto di autorizzazione al ricovero	I			I	R

Legenda: **R** responsabile **C**: Coinvolto **I**: Informato

### 7.1 Modalità di Accesso e Presa in Carico Pazienti Ricoverati.

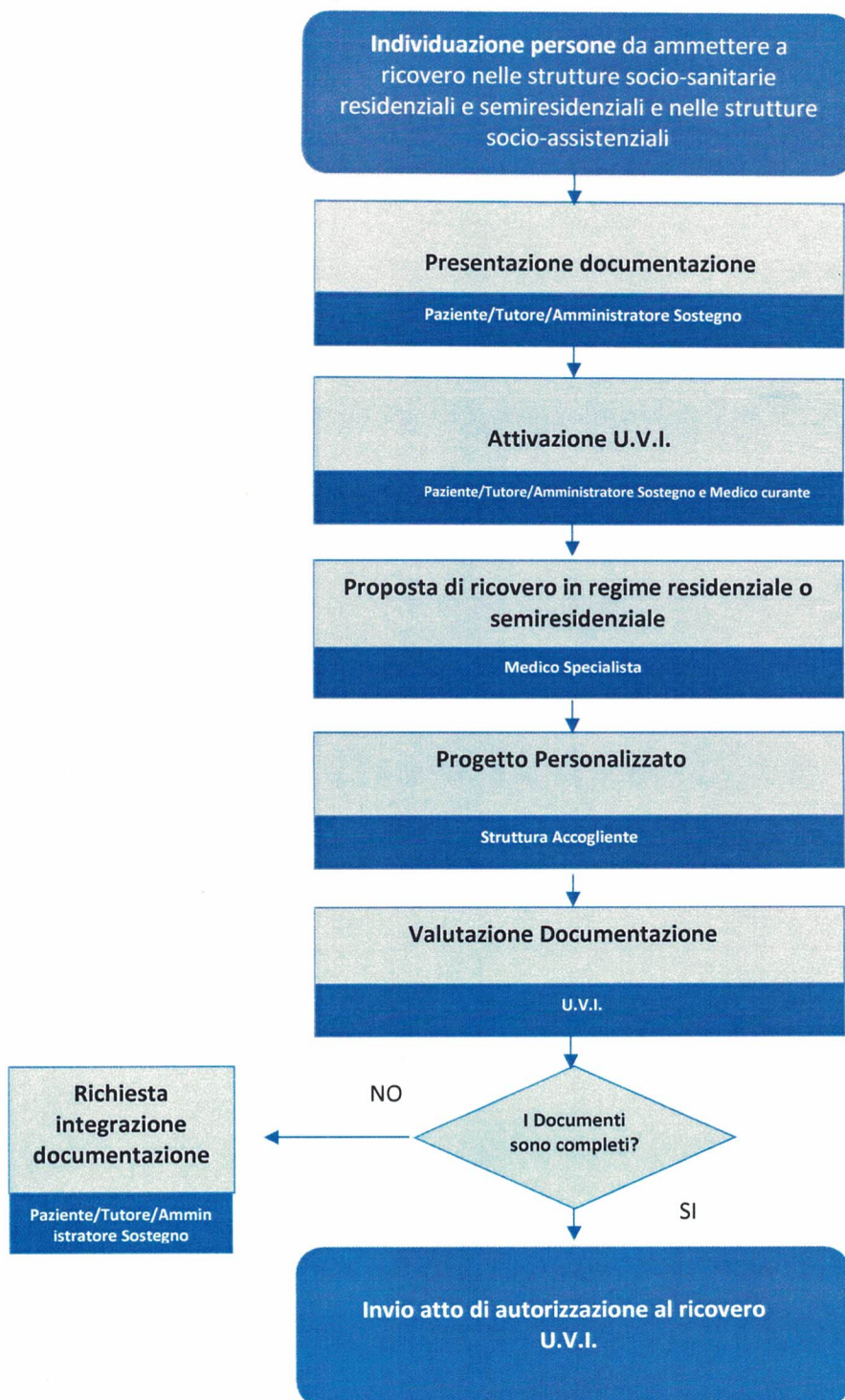
FUNZIONE ATTIVITA'	PAZIENTE/TUTORE/ AMMINISTRATORE SOSTEGNO	MEDICO DI U.O.	MEDICO SPECIALISTA	STRUTTURA ACCOGLIENTE	U.V.I.
Individuazione persone da ammettere a ricovero nelle strutture socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali e nelle strutture socio-assistenziali	R	R	R		
Valutazione delle condizioni cliniche e appropriatezza dei requisiti		R	R		
Redazione della specifica documentazione ed invio presso la struttura accogliente e alla U.V.I.		R			
Autorizzazione U.V.I.	I	I		I	R
Invio atto di autorizzazione al ricovero	I	I			R

Legenda: **R** responsabile **C**: Coinvolto **I**: Informato

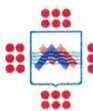
 azienda sanitaria locale materà	PROCEDURA OPERATIVA SANITARIA		COD: PO-UVI-05-32	
	GESTIONE DELLA UNITÀ DI VALUTAZIONE INTEGRATA (U.V.I.) MODALITÀ OPERATIVE		REV. 0.0	Pagina 9/11

## 8. DIAGRAMMA DI FLUSSO

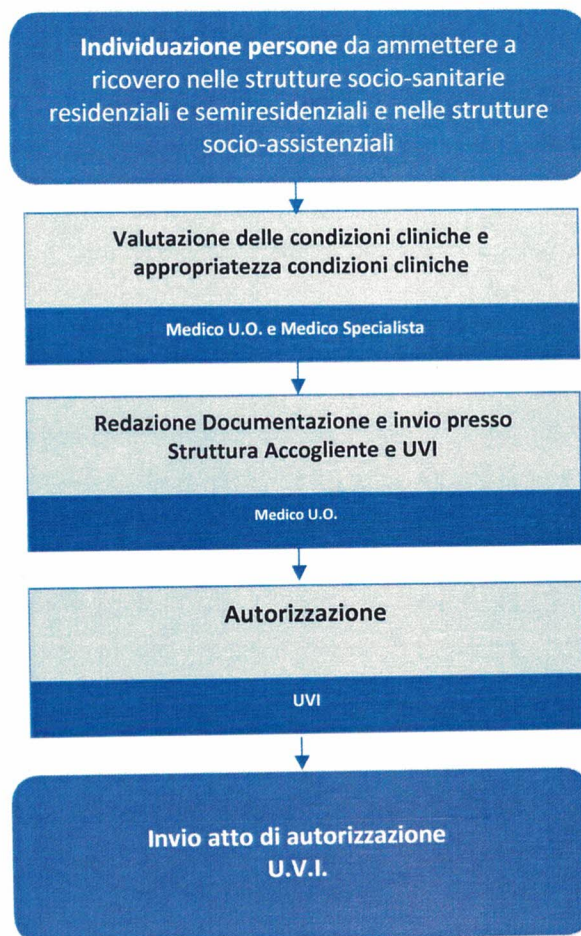
### 8.1 Diagramma Modalità di Accesso e Presa in Carico Utenti Esterni






 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA OPERATIVA SANITARIA		COD: PO-UVI-05-32	
	GESTIONE DELLA UNITÀ DI VALUTAZIONE INTEGRATA (U.V.I.) MODALITÀ OPERATIVE		REV. 0.0	Pagina 10/11

## 8.2 Diagramma Modalità di Accesso e Presa in Carico Pazienti Ricoverati





 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA OPERATIVA SANITARIA		COD: PO-UVI-05-32	
	GESTIONE DELLA UNITÀ DI VALUTAZIONE INTEGRATA (U.V.I.) MODALITÀ OPERATIVE		REV. 0.0	Pagina 11/11

## 9. ALLEGATI

### 9.1 Richiesta Attivazione Valutazione (U.V.I.)

### 9.2 Scheda SVaMDi (Scheda A - Scheda B – Scheda C)

### 9.3 Consenso Informato sul Rischio Contagio da Covid-19

### 9.4 Scheda Proposta Ricovero Regime Residenziale R2



azienda sanitaria locale  
materà

DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

**RICHIESTA ATTIVAZIONE VALUTAZIONE  
UNITÀ DI VALUTAZIONE INTEGRATA (UVI)**

Il sottoscritto, Dott. \_\_\_\_\_,

Vista la richiesta di Ricovero in Regime:

- ☐ Residenziale  
☐ Semiresidenziale

Chiede l'attivazione della Valutazione dell'UVI per il proprio assistito:

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

Il Medico Curante

Il Paziente/Il Tutore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**S.V.A.M.DI.**  
**SCHEDA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE - DISABILI**  
**SCHEDA A**  
**VALUTAZIONE SANITARIA**  
**PER L'ACCESSO AI SERVIZI TERRITORIALI**

Se in qualsiasi FUNZIONE dovesse rilevarsi un qualificatore  $\geq 3$  compilare la Tab. 4 - Scheda ISM



## ALLEGATO A

TAB 3 - FATTORI AMBIENTALI

UTILIZZA AUSILI TECNICI PER LA FUNZIONE:		È IN TERAPIA FARMACOLOGICA CON:	
Cardiaca	Respiratoria	Antiepilettici	Antidolorifici
Digerente	Renale	Antipsicotici	Antineoplastici
Motoria	Comunicativa	Antidiabetici	Altro
È ASSISTITO CON CONTINUITÀ DA:		HA UNA DIPENDENZA DA:	
Familiare/i	Caregiver	Alcool	Altre sostanze

Se risulta l'utilizzo di ausili, compilare la Tab. 4-ISM.

TAB. 4 - SCHEDA INDICE DI SEVERITÀ DELLA MALATTIA- ISM da compilare se l'assistito presenta un livello di gravità  $\geq 3$  nella tabella 2

	PATOLOGIA	Classe ISM
a	<b>Cardiopatía organica:</b> valvulopatie, endo-mio-pericardite, aritmie secondarie a tali patologie	
b	<b>Cardiopatía ischemica:</b> IMA, angina pectoris e aritmie causate da ischemia	
c	<b>Disturbi primitivi del ritmo e della conduzione:</b> aritmie in assenza di cardiopatía organica ed ischemica	
d	<b>Insufficienza cardiaca congestizia da cause extracardiache:</b> es. cuore polmonare cronico, insufficienza renale	
e	<b>Ipertensione arteriosa</b>	
f	<b>Accidenti vascolari cerebrali</b>	
g	<b>Vasculopatie periferiche</b>	
h	<b>Diabete Mellito</b>	
h1	<b>Malattie endocrine</b>	
i	<b>Malattie respiratorie</b>	
l	<b>Neoplasie maligne</b>	
m	<b>Malattie epato-biliari</b>	
n	<b>Malattie renali</b>	
o	<b>Malattie osteo-articolari</b>	
p	<b>Malattie gastrointestinali</b>	
q	<b>Malnutrizione</b>	
r	<b>Parkinsonismi</b>	
s	<b>Depressione</b>	
s1	<b>Malattie mentali:</b> tutte le malattie mentali ad eccezione della depressione	
t	<b>Deterioramento mentale</b>	
u	<b>Anemia</b>	
v	<b>Deficit sensoriali</b>	
x	<b>Piaghe da decubito</b>	
z	<b>Altro</b>	

INDICE DI SEVERITÀ DELLE MALATTIE (ISM) - CLASSE DI COMORBILITÀ (QUADRO CONCLUSIVO)

0	Nessuna patologia con ISM $> 2$	2	1 patologia con ISM = 3 e le altre con ISM $\leq 2$
1	1 patologia con ISM = 3 e le altre con ISM $\leq 1$	3	2 o più patologie con ISM = 3 o 1 pat. con ISM = 4

ANNOTAZIONI:

TAB. 5 PROPOSTA INVIO REGIME ASSISTENZIALE			
	AMBULATORIALE		DOMICILIARE
	SEMIRESIDENZIALE		RESIDENZIALE

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

MMG. Timbro e Firma

-----

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

## SCHEDA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE - DISABILI

## SCHEDA B

**VALUTAZIONE SPECIALISTICA PER L'AMMISSIONE AI SERVIZI TERRITORIALI**

**Nome e Cognome** \_\_\_\_\_ **Data di Nascita** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CODICE FISCALE**[illegible]

**N. Tessera Sanitaria**

[illegible]

HANDICAP (L 104/92)					INVALIDITÀ CIVILE (L 118/71)				ACCOMPAGNA- MENTO (L 18/80)		
NO	IN CORSO	SI	Situazione di gravità	NO	NO	SI	$\geq$ 33%	$\geq$ 46%		NO	SI
				SI			$\geq$ 66%	100			

Residenza:.....

**Domicilio:** .....

**Comune:** ..... **Prov.:** .....

**Recapiti telefonici:** .....

## CENNI ANAMNESTICI

[illegible]

DIAGNOSI DELLE PRINCIPALI CONDIZIONI DI SALUTE	Codice ICD-9CM
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

## TRATTAMENTI IN ATTO




**PARTE 1 – DESCRIZIONE CONDIZIONE DI SALUTE**

<b>TAB. 1 – ICF</b>				
Menomazioni Funzioni corporee		b _ _ _ . _	b _ _ _ . _	b _ _ _ . _
		b _ _ _ . _	b _ _ _ . _	b _ _ _ . _
Menomazioni Strutture corporee		s _ _ _ . _ _ _	s _ _ _ . _ _ _	s _ _ _ . _ _ _
Limitazioni delle Attività		d _ _ _ . _ _	d _ _ _ . _ _	d _ _ _ . _ _
		d _ _ _ . _ _	d _ _ _ . _ _	d _ _ _ . _ _
Restrizioni alla Partecipazione		d _ _ _ . _ _	d _ _ _ . _ _	d _ _ _ . _ _
Fattori Ambientali	Facilitatori	e _ _ _ + _	e _ _ _ + _	e _ _ _ + _
	Barriere	e _ _ _ . _	e _ _ _ . _	e _ _ _ . _

**PARTE 2– VALUTAZIONE ASSISTENZA SANITARIA (VSAN)**

Riportare nella Tab. 1 il dato fornito dal medico di medicina generale (vedi Tab. 4 della Scheda A attivazione del percorso di accesso ai servizi territoriali).

<b>TAB. 1 - CLASSE DI COMORBILITÀ</b>	<b>VCOM</b>
Nessuna patologia con ISM > 2	0
Classe 1: 1 patologia con ISM = 3 e le altre con ISM non >1	5
Classe 2: 1 patologia con ISM = 3 e le altre con ISM non >2	15
Classe 3: 2 o più patologie con ISM = 3 o 1 patologia con ISM = 4	25

La Tab. 2 va compilata dalla UVBR o dal medico prescrittore

<b>TAB. 2- ASSISTENZA INFERMIERISTICA</b>	<b>VIP</b>
Diabete insulinodipendente	5
Scompenso cardiaco in classe 3-4 NYHA con necessità di monitoraggio frequente del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali (polso, pressione, frequenza cardiaca)	10
Cirrosi scompensata (ascite) con necessità come sopra elencate	10
Tracheostomia	5
Ossigenoterapia continuativa a lungo termine (>3 h al dì)	5
Sondino naso-gastrico, gastrostomia, PEG	10
Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale o terapia infusionale quotidiana	10
Catetere vescicale	5
Ano artificiale e/o ureterostomia	5
Nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine o terapia antalgica che richiede adeguamento della posologia	10
Ulcere distrofiche agli arti e/o altre lesioni della cute chirurgiche, traumatiche, oncologiche	5
<b>Totale VIP</b>	

<b>PUNTEGGIO ASSISTENZA SANITARIA (VSAN=VCOM+VIP)</b>
---

<b>NECESSITA' di ASSISTENZA SANITARIA</b>		
<b>PROFILO SANITARIO-PSAN</b>		<b>VSAN</b>
<b>1</b>	Bassa	Punteggio = 0 - 5
<b>2</b>	Intermedia	Punteggio = 10 - 20
<b>3</b>	Elevata	Punteggio ≥ 50 - 60



**PARTE 3- VALUTAZIONE COGNITIVA-COMPORTAMENTALE (VCOG)**

<b>TAB. 1 - SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE - SPMSQ</b> <i>modificato - Da compilare solo se l'assistito non ha un Ritardo Mentale</i>	<b>VCOG1</b>
Che giorno è oggi? (mese, giorno, anno)	1
Che giorno è della settimana?	1
Come si chiama questo posto?	1
Qual è il suo indirizzo?	1
Quanti anni ha?	1
Quando è nato?	1
Chi è il Presidente della Repubblica ? (o il Papa?)	1
Chi era il Presidente precedente? (o il Papa?)	1
Qual è il cognome da ragazza di sua madre?	1
Sottragga da 20 tre e poi ancora fino in fondo	1
<b>Totale VCOG1</b>	

<b>TAB. 2 - RITARDO MENTALE</b> <i>va compilata solo se l'assistito ha un ritardo mentale</i>				
Condizione	ICD 9CM-cod.	Grado di Severità	Valori di Q. I.	<b>VCOG2</b>
Ritardo Mentale	317	lieve	da 75-70 a 55-50	2
Ritardo Mentale	318.00	medio	da 55-50 a 40-35	3
Ritardo Mentale	318.01	grave	da 40-35 a 25-20	4
Ritardo Mentale	318.02	profondo	inferiore a 25-20	4
<b>Totale VCOG2</b>				

*La tabella 3 che segue va compilata solo se l'assistito ha manifestato comportamenti aggressivi e comunque in base all'osservazione degli ultimi 30 giorni*

<b>TAB. 3 - PROBLEMI COMPORTAMENTALI</b>				
SI	NO	Vagare - senza alcun motivo razionale, apparentemente senza badare ai propri bisogni ed alla sicurezza		
SI	NO	Usare linguaggio offensivo - ha spaventato, minacciato, gridato ad altre persone		
SI	NO	Essere fisicamente aggressivo - ha colpito, ferito, graffiato, abusato di altre persone		
SI	NO	Comportamento socialmente inadeguato - emette suoni fastidiosi, rumori, urla, compie gesti di autolesionismo, compie atti osceni o si spoglia in pubblico, lancia cibo/feci, rovista tra le cose degli altri, ha comportamenti ripetitivi, si sveglia presto e disturba		
SI	NO	Rifiutare l'assistenza - rifiuta di prendere le medicine, fare le iniezioni, l'assistenza nelle ADL, nel mangiare o nei cambiamenti di posizione		
<b>ATTRIBUIRE IL PUNTEGGIO SOLO SE I PROBLEMI PREVALENTI SONO QUELLI COMPORTAMENTALI</b>			<b>VCOG3</b>	<b>4</b>

<b>PUNTEGGIO VALUTAZIONE COGNITIVA E COMPORTAMENTALE</b> <b>(VCOG= VCOG1 o VCOG2 o VCOG3)</b>	
--	--

<b>SITUAZIONE COGNITIVA</b>			
<b>Profilo Cognitivo - PCOG</b>		<b>VCOG</b>	
<b>01</b>	Capace di autodeterminarsi	Indicativamente: punteggio	VCOG1= 0-3 VCOG2 = 2
<b>02</b>	Parzialmente Capace di autodeterminarsi	Indicativamente: punteggio	VCOG1 = 4-8 VCOG2 = 3
<b>03</b>	Incapace di autodeterminarsi	Indicativamente: punteggio	VCOG1 = 9-10 VCOG2 = 4
<b>04</b>	Problemi comportamentali prevalenti punteggio VCOG3 = 4		



## PARTE 4 – VALUTAZIONE FUNZIONALE (VADL)

<b>INDICE di BARTHEL - Attività di Base</b>	
<b>ALIMENTAZIONE</b>	
Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare i cibi e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.	0
Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc.. Non è necessaria la presenza di un'altra persona.	2
Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro.	5
Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.	8
Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc).	10
<b>BAGNO/DOCCIA (lavarsi)</b>	
Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.	0
Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.).	1
Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia/bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.	2
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	4
Totale dipendenza nel lavarsi.	5
<b>IGIENE PERSONALE</b>	
Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata a farlo, ma non è necessario che sia in grado di acconciarsi i capelli.	0
In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.	1
Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.	2
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	4
Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.	5
<b>ABBIGLIAMENTO</b>	
Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto od una protesi.	0
Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.	2
Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.	5
Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.	8
Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.	10
<b>CONTINENZA INTESTINALE</b>	
Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario.	0
Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma; occasionali perdite.	2
Capace di assumere una posizione appropriata, ma non di eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc.	5
Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.	8
Incontinente.	10
<b>CONTINENZA URINARIA</b>	
Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni.	0
Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita o necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni.	2
In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario aiuto parziale nell'uso dei dispositivi.	5
Incontinente ma in grado di cooperare all'applicazione di un dispositivo esterno o interno.	8
Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni.	10
<b>USO DEL GABINETTO</b>	
Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o la padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarla e pulirla.	0
Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.	2
Necessita di aiuto per svestirsi/vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani.	5
Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.	8
Completamente dipendente.	10
<b>Totale VADL</b>	



SITUAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)		
Profilo Funzionale-PADL		VADL
1	Autonomo o quasi	Punteggio Barthel ADL = 0 - 14
2	Dipendente	Punteggio Barthel ADL = 15 - 49
3	Totalmente dipendente	Punteggio Barthel ADL = 50 - 60

## PARTE 5 – VALUTAZIONE MOBILITÀ-VMOB

## TAB.1 MOBILITÀ - INDICE DI BARTHEL

(N.B.: Compilare solo se la persona è prevalentemente/completamente allettata o utilizza la carrozzina)

TRASFERIMENTO LETTO – SEDIA o CARROZZINA		
E' indipendente durante tutte le fasi. Capace di avvicinarsi al letto in carrozzina con sicurezza, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina e ritrasferirsi con sicurezza.		0
Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza.		3
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.		7
Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.		12
Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'anziano con o senza un sollevatore meccanico.		15
<b>DEAMBULAZIONE</b> (funzionalmente valida)	<b>USO DELLA CARROZZINA</b> (utilizzare questa scala solo se il paziente ha punteggio di 15 nella scala "deambulazione" ed è stato addestrato all'uso della carrozzina)	
In grado di usare stampelle, bastoni, walker e deambulare per 50 m. senza aiuto o supervisione. Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano.		0
Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia < 50 m. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.		3
Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la loro manipolazione.		7
	Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.) L'autonomia deve essere > 50 m.	10
	Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.	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.	12
	Capace di spostarsi per brevi tratti su superfici piane, ma è necessaria assistenza per tutte le altre manovre.	14
Non in grado di deambulare autonomamente.	Dipendente negli spostamenti con la carrozzina	15
<b>SCALE</b>		
In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza aiuto o supervisione. In grado di usare corrimano, bastone o stampelle se necessario, ed è in grado di portarli con sé durante la salita o discesa.		0
In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es. a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.)		2
Capace di salire/scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione ed assistenza.		5
Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili).		8
Incapace di salire e scendere le scale.		10
<b>(Barthel) Totale VMOB1</b>		



**Tab.2 .MOBILITÀ - SCALA DI TINETTI**

*(N.B.: Compilare se la persona può assumere e mantenere la stazione eretta con o senza ausili)*

Equilibrio			Andatura		
1	<b>Equilibrio da seduto</b>		10	<b>Inizio della deambulazione</b>	
	Si inclina, scivola dalla sedia	0		Una certa esitazione, o più tentativi	0
	E' stabile, sicuro	1		Nessuna esitazione	1
2	<b>Alzarsi dalla sedia</b>		11	<b>Lunghezza ed altezza del passo</b>	
	E' incapace senza aiuto	0		<b>Piede dx</b>	
	Deve aiutarsi con le braccia	1		Il piede dx non supera il sx	0
	Si alza senza aiutarsi con le braccia	2		Il piede dx supera il sx	1
3	<b>Tentativo di alzarsi</b>			Il piede dx non si alza completamente dal pavimento	0
	E' incapace senza aiuto	0		Il piede dx si alza completamente dal pavimento	1
	Capace, ma richiede più di un tentativo	1		<b>Piede sx</b>	
	Capace al primo tentativo	2		Il piede sx non supera il dx	0
4	<b>Equilibrio nella stazione eretta (primi 5 sec.)</b>			Il piede sx supera il dx	1
	Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco)	0		Il piede sx non si alza completamente dal pavimento	0
	Stabile grazie all'uso di bastone o altri ausili	1		Il piede sx si alza completamente dal pavimento	1
	Stabile senza ausili	2	12	<b>Simmetria del passo</b>	
5	<b>Equilibrio nella stazione eretta prolungata</b>			Il passo dx e il sx non sembrano uguali	0
	Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco)	0		Il passo dx e il sx sembrano uguali	1
	Stabile, ma a base larga (i malleoli mediali distano >10 cm)	1	13	<b>Continuità del passo</b>	
	Stabile, a base stretta, senza supporti	2		Interrotto o discontinuo	0
6	<b>Romberg</b>			Continuo	1
	Instabile	0	14	<b>Traiettoria</b>	
	Stabile	1		Deviazione marcata	0
7	<b>Romberg sensibilizzato</b>			Deviazione lieve o moderata, o uso di ausili	1
	Comincia a cadere	0		Assenza di deviazione e di uso di ausili	2
	Oscilla, ma si riprende da solo	1	15	<b>Tronco</b>	
	Stabile	2		Marcata oscillazione o uso di ausili	0
8	<b>Girarsi di 360 gradi</b>			Flessione ginocchia o schiena, o allargamento delle braccia	1
	A passi discontinui	0		Nessuna oscillazione, flessione, uso delle braccia o ausili	2
	A passi continui	1	16	<b>Cammino</b>	
	Instabile	0		I talloni sono separati	0
	Stabile	1		I talloni quasi si toccano durante il cammino	1
9	<b>Sedersi</b>				
	Insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia)	0			
	Usa le braccia, o ha un movimento discontinuo	1			
	Sicuro, movimento continuo	2			

<b>TOTALE EQUILIBRIO</b>	____/16
--------------------------	---------

<b>TOTALE ANDATURA</b>	____/12
<b>(Tinetti) Totale VMOB2</b>	____/28

<b>PUNTEGGIO VALUTAZIONE MOBILITA'</b> <b>(VMOB= VMOB1 o VMOB2)</b>
--

<b>MOBILITA'</b>			
<b>Profilo Mobilità-PMOB</b>		<b>VMOB</b>	
<b>1</b>	Si sposta da solo	Punteggio Barthel MOB = 0 - 14	Punteggio Tinetti = 20 - 28
<b>2</b>	Si sposta assistito	Punteggio Barthel MOB = 15 - 29	Punteggio Tinetti = 7 - 19
<b>3</b>	Non si sposta	Punteggio Barthel MOB = 30 - 40	Punteggio Tinetti = 0 - 6

<b>Codice Profilo</b>	<b>PSAN</b>				<b>PCOG</b>					<b>PADL</b>				<b>PMOB</b>			
	1	2	3		1	2	3	4		1	2	3		1	2	3	

ANNOTAZIONI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>PRESCRIZIONE EX ART.26 L.833/78</b>	<b>PROPOSTA INVIO REGIME ASSISTENZIALE</b>			
	<input type="checkbox"/>	AMBULATORIALE	<input type="checkbox"/>	DOMICILIARE
	<input type="checkbox"/>	SEMIRESIDENZIALE	<input type="checkbox"/>	RESIDENZIALE
	<input type="checkbox"/>	ATTIVAZIONE UVI		

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e Firma Responsabile

-----



## ALLEGATO C

**S.V.A.M.Di.**  
**SCHEDA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE - DISABILI**  
**SCHEDA C**  
**VALUTAZIONE SOCIALE**

**DATI ANAGRAFICI**

**Codice univoco della persona** \_\_\_\_\_  
**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_  
**LUOGO DI NASCITA** \_\_\_\_\_ **DATA** \_\_\_\_\_  
**CITTADINANZA** \_\_\_\_\_  
**RESIDENZA** \_\_\_\_\_  
**DOMICILIO** \_\_\_\_\_  
**COMUNE DI RESIDENZA STORICA** \_\_\_\_\_

**ACCESSO AL SISTEMA INTEGRATO**

**SEDE DI ACCESSO** \_\_\_\_\_ **DATA** \_\_\_\_\_  
**CODICE FISCALE** \_\_\_\_\_  
**TESSERA SANITARIA** \_\_\_\_\_ **ASL** \_\_\_\_\_ **DS** \_\_\_\_\_  
**MMG/PLS** \_\_\_\_\_ **RECAPITO** \_\_\_\_\_  
**SEDE DI VALUTAZIONE** \_\_\_\_\_ **DATA** \_\_\_\_\_

**1. Iniziativa della Domanda**

- ☐ propria
- ☐ familiare o affine
- ☐ soggetto civilmente obbligato
- ☐ assistente sociale pertinente
- ☐ medico
- ☐ tutore
- ☐ altro soggetto

**2. Tipologia della Domanda**

- ☐ assistenza domiciliare
- ☐ assistenza semiresidenziale continuativa
- ☐ assistenza semiresidenziale temporanea
- ☐ assistenza residenziale continuativa
- ☐ assistenza residenziale temporanea
- ☐ altro (spec.) \_\_\_\_\_

**PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE**

**COGNOME e NOME** \_\_\_\_\_  
**VIA** \_\_\_\_\_ **COMUNE** \_\_\_\_\_  
**TELEFONO** \_\_\_\_\_ **GRADO DI PARENTELA** \_\_\_\_\_

**EVENTUALE PERSONA INCARICATA DI TUTELA GIURIDICA**

**COGNOME e NOME** \_\_\_\_\_  
**VIA** \_\_\_\_\_ **COMUNE** \_\_\_\_\_  
**TELEFONO** \_\_\_\_\_ **RUOLO** \_\_\_\_\_



## ALLEGATO C

## 1. PROFILO PERSONALE

MASCHIO ☐FEMMINA ☐

## 1.1 Stato civile

☐ celibe/nubile   ☐ coniugato/a   ☐ separato/a   ☐ divorziato/a   ☐ vedovo/a   ☐ convivente   ☐ non dichiarato

## 1.2 Titolo di studio

☐ nessuno   ☐ licenza elementare   ☐ licenza media inferiore   ☐ qualifica professionale  
☐ diploma media superiore   ☐ diploma di laurea / laurea I livello   ☐ laurea magistrale / laurea specialistica  
☐ non dichiarato

Specifica.....

## 1.3 Condizione lavorativa

☐ Occupato/a   ☐ occupazione stabile   ☐ occupazione temporanea   ☐ occupazione precaria  
☐ in forma dipendente   ☐ in forma autonoma

☐ disoccupato/a   ☐ pensionato/a   ☐ cassintegrato/a

Specifica.....

## 2. CONDIZIONE ECONOMICA

2.1 ISEE del singolo utente	€ .....
2.2 Origine del reddito	<input type="checkbox"/> da lavoro <input type="checkbox"/> da pensione <input type="checkbox"/> da indennità ..... <input type="checkbox"/> da rendite .....
2.3 Ulteriore disponibilità mensile dei familiari per l'assistenza	<input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> fino a € 500 <input type="checkbox"/> fino a € 1.000 <input type="checkbox"/> fino a € 2.500 <input type="checkbox"/> fino a € 3.000 <input type="checkbox"/> oltre
2.4 ISEE del nucleo familiare <sup>1</sup>	€ .....
2.5 Integrazione economica del Comune per l'assistenza	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Possibile Contributo                      retta                      voucher
2.6 Valutazione della copertura economica di prestazioni assistenziali	1 <input type="checkbox"/> <b>Autonomo e in equilibrio finanziario:</b> persona che non ha bisogno di essere supportata da altri nelle spese della vita quotidiana e per aiuto assistenziale; 2 <input type="checkbox"/> <b>Riceve aiuto da parenti e/o da altre persone</b> (anche non conviventi) per le spese della vita quotidiana e per aiuto assistenziale; 3 <input type="checkbox"/> <b>In condizione di bisogno economico e senza aiuti da parenti o altre persone</b> , che necessita di assistenza sociale pubblica per le spese della vita quotidiana e per aiuto assistenziale.

<sup>1</sup> Tale voce non è rilevante ai fini della determinazione della compartecipazione economica se trattasi di non autosufficienti o disabili gravi

**ALLEGATO C****3. CONDIZIONE ABITATIVA****3.1 Tipologia abitativa**

- |  |   |                    |
|--|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Senza fissa dimora    | <input type="checkbox"/> alloggio improprio (baracca, container, basso, etc.) |                    |
| <input type="checkbox"/> con proprio domicilio |   |                    |
| <input type="checkbox"/> ospite c/o Struttura  | <input type="checkbox"/> breve periodo  | data termine _____ |
| <input type="checkbox"/> ospite presso terzi   | <input type="checkbox"/> breve periodo  | data termine _____ |

**3.2 Titolo di godimento dell'abitazione**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> proprietà            | <input type="checkbox"/> fitto                        |
| <input type="checkbox"/> comodato gratuito    | <input type="checkbox"/> sfratto esecutivo data _____ |
| <input type="checkbox"/> usufrutto            | <input type="checkbox"/> occupata abusivamente        |
| <input type="checkbox"/> all. pubb. assegnato |   |

**3.3 Dislocazione sul territorio**

- ☐
- servita
- 
- ☐
- poco servita
- 
- ☐
- isolata

**3.4 Spazio fruibile<sup>2</sup>**

- ☐
- non sufficiente
- 
- ☐
- parz. suff.
- 
- ☐
- sufficiente

**3.5 Barr. architettoniche<sup>3</sup>**

- Piano .....Ascensore
- ☐
- 
- ☐
- assenti
- 
- ☐
- solo interne
- 
- ☐
- solo esterne
- 
- ☐
- sia interne che esterne

**3.6 Riscaldamenti**

- ☐
- assenti
- 
- ☐
- presenti non funz.
- 
- ☐
- presenti mal funz.
- 
- ☐
- presenti funz.

**3.7 Servizi igienici**

- ☐
- assenti
- 
- ☐
- presenti
- 
- ☐
- non adeguati

**3.8 Ulteriori elementi rilevati sulla condizione abitativa ( umidità, fatiscenza, ecc.)****3.9 Valutazione condizione abitativa**1 ☐ inadeguata2 ☐ parzialmente adeguata3 ☐ adeguata**4. CONDIZIONE FAMILIARE****4.1 N. componenti del nucleo familiare .....****4.2 Presenza carichi assistenziali nel nucleo familiare**

- |                                |                          |                                       |                          |
|--------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| un figlio minore               | <input type="checkbox"/> | due o più anziani non autosufficienti | <input type="checkbox"/> |
| due o più figli minori         | <input type="checkbox"/> | un disabile                           | <input type="checkbox"/> |
| un anziano non autosufficiente | <input type="checkbox"/> | due o più disabili                    | <input type="checkbox"/> |

**4.3 Problematicità del nucleo familiare**

- |   |                                       |   |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> devianza sociale           | <input type="checkbox"/> 1 componente | <input type="checkbox"/> più componenti n. .... |
| <input type="checkbox"/> problemi di salute         | <input type="checkbox"/> 1 componente | <input type="checkbox"/> più componenti n. .... |
| <input type="checkbox"/> problemi di disoccupazione | <input type="checkbox"/> 1 componente | <input type="checkbox"/> più componenti n. .... |
| <input type="checkbox"/> problemi di lavoro         | <input type="checkbox"/> 1 componente | <input type="checkbox"/> più componenti n. .... |
| <input type="checkbox"/> problemi giudiziari        | <input type="checkbox"/> 1 componente | <input type="checkbox"/> più componenti n. .... |
| <input type="checkbox"/> dispersione scolastica     | <input type="checkbox"/> 1 componente | <input type="checkbox"/> più componenti n. .... |
| <input type="checkbox"/> basso livello d'istruzione | <input type="checkbox"/> 1 componente | <input type="checkbox"/> più componenti n. .... |

**4.4 Valutazione della condizione del nucleo familiare**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> bassi carichi assist. e bassa problem. | <input type="checkbox"/> bassi carichi assist. e alta problem. | <input type="checkbox"/> alti carichi assist. e bassa problem. | <input type="checkbox"/> alti carichi assist. e alta problem. |
|---|--|--|---|

<sup>2</sup> La sufficienza si valuta rispetto al numero vani disponibili per il nucleo familiare<sup>3</sup> Se rilevante ai fini della valutazione del caso



## ALLEGATO C

<b>4.5 Livello di stress del caregiver (Caregiver burden inventory -Cbi)</b> (affermazioni che il caregiver ritiene più consone alla sua condizione)							
Tipo di Carico	Items a cui al caregiver principale si chiede di rispondere	per nulla	poco	moderatamente	parecchio	molto	Totale tipo
Temporale	T-D1. Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane	0	1	2	3	4	
	T-D2. Il mio familiare è dipendente da me	0	1	2	3	4	
	T-D3. Devo vigilarlo costantemente	0	1	2	3	4	
	T-D4. Devo assisterlo anche per molte delle più semplici attività quotidiane (vestirlo, lavarlo, uso dei servizi igienici)	0	1	2	3	4	
	T-D5. Non riesco ad avere un minuto di libertà dai compiti di assistenza	0	1	2	3	4	
Evolutivo	S6. Sento che mi sto perdendo vita	0	1	2	3	4	
	S7. Desidererei poter fuggire da questa situazione	0	1	2	3	4	
	S8. La mia vita sociale ne ha risentito	0	1	2	3	4	
	S9. Mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo di assistente	0	1	2	3	4	
	S10. Mi sarei aspettato qualcosa di diverso a questo punto della mia vita	0	1	2	3	4	
Fisico	F11. Non riesco a dormire a sufficienza	0	1	2	3	4	
	F12. La mia salute ne ha risentito	0	1	2	3	4	
	F13. Il compito di assisterlo mi ha resa più fragile di salute	0	1	2	3	4	
	F14. Sono fisicamente stanca	0	1	2	3	4	
Sociale	D15. Non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di consueto	0	1	2	3	4	
	D16. I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari	0	1	2	3	4	
	D17. Ho avuto problemi con il coniuge	0	1	2	3	4	
	D18. Sul lavoro non rendo come di consueto	0	1	2	3	4	
	D19. Provo risentimento verso dei miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno	0	1	2	3	4	
Emotivo	E20. Mi sento in imbarazzo a causa del comportamento del mio familiare	0	1	2	3	4	
	E21. Mi vergogno di lui/lei	0	1	2	3	4	
	E22. Provo del risentimento nei suoi confronti	0	1	2	3	4	
	E23. Non mi sento a mio agio quando ho amici a casa	0	1	2	3	4	
	E24. Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi	0	1	2	3	4	
<b>Intensità di Carico (somma "Totale tipo"/24)</b>							

**5. CERTIFICAZIONE E ASSEGNI DI INVALIDITA' O PENSIONI**

5.1 Certificazione invalidità civile parziale inferiore al 75%	1 <input type="checkbox"/> Sì % _____ 2 <input type="checkbox"/> No
5.2 Certificazione invalidità civile parziale tra 75% e 90%	1 <input type="checkbox"/> Sì % _____ 2 <input type="checkbox"/> No
5.2 Certificazione invalidità civile totale (100%)	1 <input type="checkbox"/> Sì Ind. Accomp. 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No
5.3 Assegno/pensione invalidità civile o pensione sociale >65enni invalidi civili	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No



## ALLEGATO C

## 6. SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE

6.1 Rete Parentale															
	Tipo di supporto <sup>4</sup>	Cognome Nome	Ruolo nella rete <sup>5</sup>	Età	Professione	Lontananza <sup>6</sup>	Indirizzo e telefono	Intensità attivazione attuale <sup>7</sup>	Si occupa di <sup>8</sup>			Intensità attivazione futura <sup>9</sup>	Si occuperà di <sup>10</sup>		
									ADL	iADL	supervisione		ADL	iADL	supervisione
1															
2															
3															
4															
5															
6															

6.2 Altra Rete (Colf – Badante – Amici – Volontari – etc.)															
1															
2															
3															
4															
5															

<sup>4</sup> S= Soggetto, assume responsabilità dell'intero processo di supporto (progettazione, esecuzione e valutazione); R= Risorsa, assume responsabilità operative eseguendo gli interventi programmati

<sup>5</sup> C= coniuge; CV= partner convivente; FI= figlio/a; FR= fratello/sorella; G= genitore; NO= nonno/a; N= nipote; GN= genero/nuora; AL= altro familiare; AV= amici vicini

<sup>6</sup> C= convivente; VI= immediate vicinanze; 15= entro 15 minuti; 30= entro 30 minuti; 60= entro 1 ora; 0= oltre 1 ora

<sup>7</sup> Indicare il numero di giorni a settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'assistenza (o lo è stata finora)

<sup>8</sup> Crocettare se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti); iADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia); Supervisione (diurna e/o notturna)

<sup>9</sup> Indicare il numero di giorni a settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'assistenza (o lo è stata finora)

<sup>10</sup> Crocettare se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti); iADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia); Supervisione (diurna e/o notturna)

**ALLEGATO C**

6.3 Scala di Responsabilizzazione - SR <sup>II</sup>					
(presenza di attori della rete parentale ed altra con tipo di supporto S)					
		Punteggio (a)	Presenza (b)	punteggio max	punteggio attribuito (a x b)
Sanitaria	Specialista	0,5		2	
	Infermiere	0,5			
	MMG	0,5			
	Altro	0,5			
	Altro	0,5			
Sociale	Assistente Sociale	0,5		2	
	OSS	0,5			
	Educatore	0,5			
	Altro	0,5			
	Altro	0,5			
Familiare	Familiare 1	2		4	
	Familiare 2	2			
	Parente 1	1			
	Parente 2	1			
	Altro fam/par	1			
Solidale	Volontario 1	1		2	
	Volontario 2	1			
	Volontario 3	0,5			
	Volontario 4	0,5			
	Volontario 5	0,5			
TOTALE					

<b>6.4 Livello Di Protezione Nello Spazio Di Vita - Lpsv<sup>12</sup></b>				
Tipo di attore	Punteggio (a)	n. presenti (b)	punteggio max	punteggio attribuito (a x b)
Soggetto (attuale e futuro)	6		12	
Risorsa (attuale e futura)	3		9	
Risorsa (futura)	1		3	
<b>TOTALE</b>				

<sup>11</sup> La Scala di responsabilizzazione (Sr) si desume dal prospetto di descrizione della rete e misura la capacità della famiglia e della comunità di condividere la responsabilità rispetto al problema della persona.

<sup>12</sup> Il Livello di protezione nello spazio di vita (Lpsv) si desume dal prospetto di descrizione della rete e misura la capacità della famiglia e della comunità di farsi carico dei bisogni della persona e della sua famiglia.



## ALLEGATO C

**6.5 Copertura Assistenziale Settimanale**

(segnare con una X le ore in cui è assicurata assistenza da Familiare, Servizio pubblico, Volontario, personale a Pagamento – nella riga Totale segnare la presenza di almeno uno degli attori, senza tener conto di eventuale compresenza – nella casella TOT. contare il numero di presenze segnalate nella riga Totale)

		ore																												TOT.
		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6					
Lunedì	F																													
	S																													
	V																													
	P																													
	<b>Totale</b>																													
Martedì	F																													
	S																													
	V																													
	P																													
	<b>Totale</b>																													
Mercoledì	F																													
	S																													
	V																													
	P																													
	<b>Totale</b>																													
Giovedì	F																													
	S																													
	V																													
	P																													
	<b>Totale</b>																													
Venerdì	F																													
	S																													
	V																													
	P																													
	<b>Totale</b>																													
Sabato	F																													
	S																													
	V																													
	P																													
	<b>Totale</b>																													
Domenica	F																													
	S																													
	V																													
	P																													
	<b>Totale</b>																													
		a) Totale ore settimanali																												
		Indice copertura assistenziale giornaliera (Ica) = a/7																												



## ALLEGATO C

**6.6 Autonomia della persona e capacità di supporto della rete**

(per ogni attività segnare con una X la condizione rilevata):

Attività	Autonomo	Supporto rete Sufficiente	Supporto rete Parzialmente Sufficiente o con tenuta precaria	Supporto rete Insufficiente
Preparazione dei pasti				
Pulizia della casa				
Lavanderia				
Effettuazione acquisti				
Alimentazione				
Bagno				
Toeletta personale				
Abbigliamento				
Uso del wc (o padella, o panno)				
Assunzione medicinali (se pertinente)				
Trasferimenti				
Deambulazione				
Gestione del denaro				
Sostegno psicoaffettivo				
Supervisione diurna				
Supervisione notturna				
<b>TOTALI X</b>				

**6.7 Valutazione autonomia della persona**

- 1 ☐ **Autonomo:** persona in grado di eseguire tutte le attività senza l'aiuto di altre persone (tutte le x sono presenti nella colonna "autonomo");
- 2 ☐ **Parzialmente dipendente:** persona che necessita di assistenza o supervisione di altri per alcune attività (non tutte le x sono presenti nella colonna "autonomo");
- 3 ☐ **Totalmente dipendente:** persona che necessita quotidianamente, in tutte le attività, dell'aiuto di altre persone (nessuna x è presente nella colonna "autonomo").

**6.8 Valutazione supporto rete**

- 1 ☐ **Presenza della rete familiare o informale:** in tutte le attività in cui il cittadino non è autonomo, le x sono presenti solo nella colonna "Supporto rete sufficiente";
- 2 ☐ **Presenza parziale e/o temporanea della rete familiare o informale:** nelle attività in cui il cittadino non è autonomo, le x sono presenti anche nella colonna "Supporto rete Parzialmente Sufficiente o con tenuta precaria";
- 3 ☐ **Assenza della rete familiare o informale:** nelle attività in cui il cittadino non è autonomo, le x sono presenti anche nella colonna "Supporto rete Insufficiente".

**7. LIVELLO DI BISOGNO ASSISTENZIALE SOCIALE****7.1 Necessità di interventi sociali**

Intensità	Servizi	Necessità
Bassa	Servizi di prossimità	<input type="checkbox"/>
	Telesoccorso o teleassistenza	<input type="checkbox"/>
	Trasporto sociale	<input type="checkbox"/>
	Pasti o lavanderia a domicilio	<input type="checkbox"/>
	Altro .....	<input type="checkbox"/>
Media	Assegni economici per sostegno alla domiciliarità	<input type="checkbox"/>
	Assistenza domiciliare fino a 10 ore settimanali	<input type="checkbox"/>
	Semiresidenziali	<input type="checkbox"/>
	Altro .....	<input type="checkbox"/>
Alta	Assistenza domiciliare dalle 11 alle 18 ore settimanali	<input type="checkbox"/>
	Assistenza domiciliare oltre 18 ore settimanali	<input type="checkbox"/>
	Residenziali	<input type="checkbox"/>
	Altro .....	<input type="checkbox"/>

**ALLEGATO C**

<b>7.2 Servizi sociali attivi</b>						
Intensità	Servizi	Cod.	Prestazioni	h /set.	N. mesi	Spec.
Bassa	Servizi di prossimità					<input type="checkbox"/> Com./Amb.
	Telesoccorso o teleassistenza					<input type="checkbox"/> Com. /ASL
	Trasporto sociale					<input type="checkbox"/> ASL
	Pasti o lavanderia a domicilio					<input type="checkbox"/> comp.
	Altro .....					
Media	Assegni economici per sostegno alla domiciliarità					<input type="checkbox"/> Integrata
	Assistenza domiciliare fino a 10 ore settimanali					<input type="checkbox"/> comp.
	Semiresidenziali					Retta Amb. _____
						Retta S.S.R. _____
						Retta Assist. _____
Alta	Altro .....					
	Assistenza domiciliare dalle 11 alle 18 ore settimanali					<input type="checkbox"/> Integrata
						<input type="checkbox"/> comp.
	Assistenza domiciliare oltre 18 ore settimanali					<input type="checkbox"/> Integrata
						<input type="checkbox"/> comp.
	Residenziali					Retta Amb. _____
						Retta S.S.R. _____
						Retta Assist. _____
	Altro .....					

Codice ente rilevatore \_\_\_\_\_

Data ultimo aggiornamento \_\_\_\_\_

Chiusura scheda \_\_\_\_\_

<b>Assistente Sociale delegato a rappresentare l'Ambito Territoriale in sede UVI</b>	
Nome e Cognome .....	
Data .....	Firma.....



## ALLEGATO C

<b>SINTESI INDICATORI</b>																								
<b>CONDIZIONE ECONOMICA</b>																								
(2.6) Copertura economica prestazioni assistenziali	1 <input type="checkbox"/> Autonomo e in equilibrio finanziario	2 <input type="checkbox"/> Riceve aiuto da parenti e/o da altre persone	3 <input type="checkbox"/> In condizione di bisogno economico e senza aiuti																					
<b>CONDIZIONE ABITATIVA</b>																								
(3.9)	1 <input type="checkbox"/> inadeguata	2 <input type="checkbox"/> parzialmente inadeguata	3 <input type="checkbox"/> adeguata																					
<b>CONDIZIONE FAMILIARE</b>																								
(4.4) Condizione nucleo familiare	<input type="checkbox"/> bassi carichi ass. e bassa problem.	<input type="checkbox"/> bassi carichi ass. e alta problem.	<input type="checkbox"/> alti carichi ass. e bassa problem.	<input type="checkbox"/> alti carichi ass. e alta problem.																				
(4.5 Cbi) Stress del caregiver	0=Per nulla	1=poco	2=moderato	3=parecchio	4=molto																			
<b>SUPPORTO RETE SOCIALE</b>																								
(6.3 SR) Scala Responsabilizzazione	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
(6.5 Lpsv) Livello protezione spazio vita	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
(6.6 Ica die) Indice Copertura Assistenziale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
(6.7) Autonomia della persona	1 <input type="checkbox"/> Autonomo			2 <input type="checkbox"/> Parz. dipendente			3 <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente																	
(6.8) Supporto rete	1 <input type="checkbox"/> Presenza			2 <input type="checkbox"/> Presenza parziale			3 <input type="checkbox"/> Assenza																	
<b>LIVELLO DI BISOGNO ASSISTENZIALE SOCIALE</b>																								
Intensità	Servizi	(7.1) Necessari	(7.2) Già offerti	da offrire																				
Bassa	Servizi di prossimità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
	Telesoccorso o teleassistenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
	Trasporto sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
	Pasti o lavanderia a domicilio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
	Altro .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Media	Assegni economici sostegno domiciliarità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
	Assistenza domiciliare fino a 10 h/sett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
	Semiresidenziali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
	Altro .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Alta	Assistenza domiciliare dalle 11 alle 18 h/sett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
	Assistenza domiciliare oltre 18 h/sett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
	Residenziali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
	Altro .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				

## ALLEGATO C

SERVIZI SOCIALI CHE E' POSSIBILE ATTIVARE						
Intensità	Servizi	Cod.	Prestazioni	h /set.	N. mesi	Spec.
Bassa	Servizi di prossimità					
	Telesoccorso o teleassistenza					
	Trasporto sociale					
	Pasti o lavanderia a domicilio					<input type="checkbox"/> comp.
	Altro .....					
Media	Assegni economici per sostegno alla domiciliarità					
	Assistenza domiciliare fino a 10 ore settimanali					<input type="checkbox"/> Integrata <input type="checkbox"/> comp.
	Semiresidenziali					Retta Amb. ____ Retta Assist. ____
	Altro .....					
Alta	Assistenza domiciliare dalle 11 alle 18 ore settimanali					<input type="checkbox"/> Integrata <input type="checkbox"/> comp.
	Assistenza domiciliare oltre 18 ore settimanali					<input type="checkbox"/> Integrata <input type="checkbox"/> comp.
	Residenziali					Retta Amb. ____ Retta Assist. ____
	Altro .....					

Punteggio (PSOC)	Ben assistito	Parzialmente assistito	Non sufficientemente assistito
	1	2	3

[illegible]





*DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO*

**CONSENSO INFORMATO**

sul Rischio Contagio da Covid-19 per Ricovero in Regime residenziale/Semiresidenziale  
e Accettazione dell'applicazione di Compartecipazione alla retta  
se prevista per normativa Nazionale o Regionale

Il sottoscritto, Sig. \_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_

paziente/tutore \_\_\_\_\_

del paziente \_\_\_\_\_

adeguatamente informato circa i rischi di contagio da virus Sars-Cov-2 responsabile del COVID-19, presenti, nonostante la messa in atto di tutte le misure di prevenzione previste dalla **NORMATIVA NAZIONALE E REGIONALE**, in tutte le strutture a carattere residenziale/semiresidenziale e dell'applicazione della Compartecipazione alla retta.

dichiara

- di assumersi ogni responsabilità inerente alla possibilità di essere esposto a contagio da coronavirus e tutte le conseguenze che ne deriveranno per la propria salute;
- di accettare l'applicazione della Compartecipazione alla retta se prevista per normativa Nazionale o Regionale.

Data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

<b>SCHEDA PER PROPOSTA RICOVERO REGIME RESIDENZIALE R2</b>															
P.O. Matera <input checked="" type="checkbox"/>		P.O. Policoro <input type="checkbox"/>													
U.O.: _____		Cartella Clinica N° _____													
Paziente: _____															
Nato/a il _____		Residenza: _____													
Notizie Anamnestiche:															
Motivo del Ricovero: _____															
Patologie neoplastica _____															
Patologie cardiologiche: _____															
Patologie respiratorie: _____ In O <sub>2</sub> terapia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO															
Patologie neurologiche: _____															
Altre patologie: _____															
Terapia Infusionale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Picc <input type="checkbox"/> Midline <input type="checkbox"/>															
Non autosufficienza: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>															
<b>Nutrizione:</b> <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Enterale <input type="checkbox"/> Parenterale		<b>Tracheotomia:</b> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> Terapia													
		<b>Continenza alvo:</b> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <b>Continenza vesc:</b> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no													
<b>DIAGNOSI CLINICO-FUNZIONALE</b>															
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <th style="text-align: left; width: 50%;">Complicanze cliniche in atto</th> <th style="text-align: left; width: 50%;">Complicanze da immobilità</th> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top; border: none;"> <input type="checkbox"/> IMA e/o angina*    <input type="checkbox"/> Recidiva ictus  <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco*    <input type="checkbox"/> Crisi comiziali (&gt;I sett.)  <input type="checkbox"/> Infezione respiratoria    <input type="checkbox"/> Idrocefalo  <input type="checkbox"/> Aneurismi e/o MAV    <input type="checkbox"/> Depressione  <input type="checkbox"/> Altro _____                 </td> <td style="vertical-align: top; border: none;"> <input type="checkbox"/> TVP *    <input type="checkbox"/> POA  <input type="checkbox"/> Embolia polmonare*    <input type="checkbox"/> Limitazioni articolari  <input type="checkbox"/> Decubiti grado I    <input type="checkbox"/> Allettamento  <input type="checkbox"/> Decubiti &gt; grado I    <input type="checkbox"/> Osteoporosi  <input type="checkbox"/> Altro _____                 </td> </tr> </table> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">*Se in atto, tali condizioni rappresentano controindicazione assoluta a trattamento riabilitativo.</p>				Complicanze cliniche in atto	Complicanze da immobilità	<input type="checkbox"/> IMA e/o angina* <input type="checkbox"/> Recidiva ictus <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco* <input type="checkbox"/> Crisi comiziali (>I sett.) <input type="checkbox"/> Infezione respiratoria <input type="checkbox"/> Idrocefalo <input type="checkbox"/> Aneurismi e/o MAV <input type="checkbox"/> Depressione <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> TVP * <input type="checkbox"/> POA <input type="checkbox"/> Embolia polmonare* <input type="checkbox"/> Limitazioni articolari <input type="checkbox"/> Decubiti grado I <input type="checkbox"/> Allettamento <input type="checkbox"/> Decubiti > grado I <input type="checkbox"/> Osteoporosi <input type="checkbox"/> Altro _____								
Complicanze cliniche in atto	Complicanze da immobilità														
<input type="checkbox"/> IMA e/o angina* <input type="checkbox"/> Recidiva ictus <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco* <input type="checkbox"/> Crisi comiziali (>I sett.) <input type="checkbox"/> Infezione respiratoria <input type="checkbox"/> Idrocefalo <input type="checkbox"/> Aneurismi e/o MAV <input type="checkbox"/> Depressione <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> TVP * <input type="checkbox"/> POA <input type="checkbox"/> Embolia polmonare* <input type="checkbox"/> Limitazioni articolari <input type="checkbox"/> Decubiti grado I <input type="checkbox"/> Allettamento <input type="checkbox"/> Decubiti > grado I <input type="checkbox"/> Osteoporosi <input type="checkbox"/> Altro _____														
<b>Prognosi</b>															
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">1. Autonomia alimentazione</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> n.v.</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> recuperabile</td> <td style="width: 40%;"><input type="checkbox"/> non recuperabile</td> </tr> <tr> <td>2. Autonomia pass. Posturali</td> <td><input type="checkbox"/> n.v.</td> <td><input type="checkbox"/> recuperabile</td> <td><input type="checkbox"/> non recuperabile <input type="checkbox"/> con ausili</td> </tr> <tr> <td>3. Autonomia deambulatoria</td> <td><input type="checkbox"/> n.v.</td> <td><input type="checkbox"/> recuperabile</td> <td><input type="checkbox"/> non recuperabile <input type="checkbox"/> con ausili</td> </tr> </table>				1. Autonomia alimentazione	<input type="checkbox"/> n.v.	<input type="checkbox"/> recuperabile	<input type="checkbox"/> non recuperabile	2. Autonomia pass. Posturali	<input type="checkbox"/> n.v.	<input type="checkbox"/> recuperabile	<input type="checkbox"/> non recuperabile <input type="checkbox"/> con ausili	3. Autonomia deambulatoria	<input type="checkbox"/> n.v.	<input type="checkbox"/> recuperabile	<input type="checkbox"/> non recuperabile <input type="checkbox"/> con ausili
1. Autonomia alimentazione	<input type="checkbox"/> n.v.	<input type="checkbox"/> recuperabile	<input type="checkbox"/> non recuperabile												
2. Autonomia pass. Posturali	<input type="checkbox"/> n.v.	<input type="checkbox"/> recuperabile	<input type="checkbox"/> non recuperabile <input type="checkbox"/> con ausili												
3. Autonomia deambulatoria	<input type="checkbox"/> n.v.	<input type="checkbox"/> recuperabile	<input type="checkbox"/> non recuperabile <input type="checkbox"/> con ausili												
<b>Tempi di Degenza</b> <input type="checkbox"/> 30gg <input type="checkbox"/> 40gg <input type="checkbox"/> 60gg															
Data ____/____/____		<b>Timbro e Firma Medico U.O.</b>													