



IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO

IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA

(Deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11/12/2009)

PESCARA, DECRETO N° *107/2013* DEL 20 DIC. 2013

OGGETTO: ATTIVITÀ E PROCEDURE DI COMPETENZA DEL PUNTO UNICO DI ACCESSO E DELLA UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE - LINEE GUIDA REGIONALI

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009 con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7/6/2012 con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Sistema Sanitario Regionale abruzzese con le competenze ivi declinate;

ATTESO che tra i compiti individuati dal predetto provvedimento rientra quello di collaborazione, per gli aspetti di programmazione sanitaria, per l'adozione dei provvedimenti attuativi delle disposizioni recate dal vigente ordinamento in materia sanitaria, necessari all'attuazione del Piano di rientro;

VISTO il Decreto commissariale n.20/2012 del 11.06.2012 avente ad oggetto "*Insedimento del Sub Commissario Dott. Giuseppe Zuccatelli per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del S.S.R. abruzzese – Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012*";

VISTO il vigente Piano Sanitario Regionale (LR n. 5/2008) ed in particolare i paragrafi:

5.2.4.1 "Il Punto Unico di Accesso (PUA)";

5.2.4.2 "L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)", come successivamente modificato dall'art. 20 della LR 10/01/2011, n. 1 che ha abrogato il silenzio assenso per l'accesso ai trattamenti;

RICHIAMATA la Deliberazione del Commissario ad Acta n. 66/2009 del 18/09/2009, di approvazione delle Linee Guida Regionali UVM regolanti l'accesso al sistema residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare ed extramurale di riabilitazione ex art. 26 della L. n. 833/1978, alla medicina riabilitativa cod. 56, alle Strutture residenziali psichiatriche ed alle Strutture Residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti;

TENUTO CONTO della successiva richiesta ministeriale ABRUZZO – DGPROG – 24/11/2009 – 0000318-P di revisione dei documenti approvati in allegato alla suddetta Deliberazione, in particolare per la rilevata carenza di strumenti di valutazione delle complessive condizioni psico-fisiche dei pazienti;

RICHIAMATO altresì il Decreto del Commissario ad Acta n. 53/2012 del 11/10/2012 di approvazione del modello di Cartella Domiciliare Integrata Regionale di cui alla DGR n. 23 del 16/01/2012 e relativo processo formativo, con il quale la Regione ha formalizzato una modulistica specifica per l'ADI;

RITENUTO necessario, alla luce degli intervenuti provvedimenti normativi ed amministrativi regionali nonché della prefata richiesta ministeriale procedere all'aggiornamento delle linee guida per la regolazione dell'accesso al sistema delle cure riabilitative, psicoriabilitative e per la non autosufficienza;

VISTO il documento recante "Linee Guida Regionali sulle attività e sulle procedure di competenza del Punto Unico di Accesso e della Unità di Valutazione Multidimensionale" (ALL. A), comprensivo della modulistica concernente "*Esito valutazione UVM*", la "*Scheda anamnestica per l'accesso al sistema delle cure riabilitative, residenziali e semiresidenziali (RSA/RP) - a cura del MMG/PLS*" e la "*Scheda anamnestica per l'accesso al sistema delle cure riabilitative, residenziali e semiresidenziali (RSA/RP) - Dimissione protetta*", tutti allegati come parte integrante e sostanziale del presente atto;

DATO ATTO che il suddetto documento è il risultato del confronto con le AASSL regionali;

DATO ATTO altresì che nelle suddette Linee Guida (ALL. A) è stato espressamente disposto l'utilizzo di scale di classificazione specifiche ed individuate, onde addivenire ad un sistema di valutazione più completo, delle condizioni psico-fisiche dei pazienti, ed uniforme su tutto il territorio regionale;

RILEVATO a tal proposito che la Regione Abruzzo non ha ancora formalmente predisposto ed approvato un modello specifico di schede S.V.A.M.A. e S.Va.M.Di. rispettivamente per la valutazione delle persone adulte ed anziane e per la valutazione dei pazienti disabili;

VISTI i modelli di schede S.Va.M.Di. e S.V.A.M.A. allegati al presente atto a farne parte integrante e sostanziale (ALL. B e ALL. C) che le UVM sono tenute ad utilizzare quali strumenti atti a rendere omogenee e complete le inerenti valutazioni di competenza;

RILEVATO che quanto sopra rappresentato riveste carattere di urgenza stante la necessità di addivenire in tempi rapidi all'approvazione delle nuove linee guida regionali in materia di accesso al sistema delle cure riabilitative, psicoriabilitative, residenziali e semiresidenziali, e che pertanto il presente atto non è sottoposto al parere preventivo dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze;

VISTO il D Lgs n. 502/1992 e ss.mm.ii.;

VISTA la LR n. 5/2008 Piano Sanitario Regionale 2008 - 2010;

Tutto ciò premesso

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

1. di approvare il documento relativo alle "Linee Guida Regionali sulle attività e sulle procedure di competenza del Punto Unico di Accesso e della Unità di Valutazione Multidimensionale" (ALL. A), comprensivo della modulistica concernente "*Esito valutazione UVM*", la "*Scheda anamnestica per l'accesso al sistema delle cure riabilitative, residenziali e semiresidenziali (RSA/RP) - a cura del MMG/PLS*" e la "*Scheda anamnestica per l'accesso al sistema delle cure riabilitative, residenziali e*

semiresidenziali (RSA/RP) – Dimissione protetta”, tutti allegati come parte integrante e sostanziale del presente atto;

2. di precisare che il suddetto documento sostituisce integralmente le Linee Guida Regionali approvate con la Deliberazione del Commissario ad Acta n. 66/2009 del 18/09/2009;
3. di approvare altresì i modelli di schede S.Va.M.Di. e S.V.A.M.A. (ALL. B, ALL. C) allegati come parti integranti e sostanziali del presente atto, che le UVM sono tenute ad utilizzare quali strumenti atti a rendere omogenee e complete le valutazioni di competenza dei pazienti disabili e delle persone adulte ed anziane;
4. di stabilire che a decorrere 01/01/2014 le modalità di accesso al sistema delle cure riabilitative, psicoriabilitative e per la non autosufficienza avverrà secondo le indicazioni disposte con il presente provvedimento;
5. di disporre che il presente provvedimento venga trasmesso ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, ai fini della validazione, siccome previsto nell'Accordo con la Regione Abruzzo per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi e individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico;
6. di disporre altresì che il presente provvedimento venga trasmesso ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, alla Agenzia Sanitaria Regionale e pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.

Visto

Il Subcommissario
Dott. Giuseppe Zuccatelli

Il Commissario ad Acta
Dott. Giovanni Chiodi

PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE

Pescara, li 20 DIC. 2013

Il Responsabile dell'Ufficio

n. *107* del *20 DIC, 2013*

REGIONE ABRUZZO
DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE



ALL. A

LINEE GUIDA REGIONALI
SULLE ATTIVITA' E SULLE PROCEDURE DI COMPETENZA DEL
PUNTO UNICO DI ACCESSO E DELLA UNITÀ DI VALUTAZIONE
MULTIDIMENSIONALE



REGIONE ABRUZZO
DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE

INDICE

Art. 1 - Il Punto Unico di Accesso - Definizioni e compiti	pag. 3
Art. 2 - Il Punto Unico di Accesso - Organizzazione e sede	pag. 3
Art. 3 - Il Punto Unico di Accesso - Procedure	pag. 3
Art. 4 - Unità di Valutazione Multidimensionale - Definizione	pag. 4
Art. 5 - Costituzione, componenti e dislocazione territoriale della UVM	pag. 4
Art. 6 - U.V.M. e valutazione del bisogno complesso	pag. 5
Art. 7 - Attività della UVM	pag. 5
Art. 8 - Procedure di accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali (RSA e RP)	pag. 5
Art. 9 - Adempimenti delle strutture che erogano prestazioni residenziali e semiresidenziali (RSA e RP)	pag. 6
Art. 10 - Procedure di accesso ai Centri di Riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978	Pag. 6
Art. 11 - Adempimenti delle strutture che erogano prestazioni di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978	pag. 7
Art. 12 - Procedure di accesso alla Medicina Riabilitativa – codice 56	pag. 8
Art. 13 - Procedure di accesso alle Strutture Riabilitative Psichiatriche	pag. 8
Art. 14 - Adempimenti delle Strutture Riabilitative Psichiatriche	pag. 9
Art. 15 - Procedure di accesso al Sistema delle Cure Domiciliari - ADI	pag. 9
Art. 16 - Accesso a strutture extraregionali e pazienti extraregionali	pag. 9



REGIONE ABRUZZO DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE

Art. 1

Il Punto Unico di Accesso - Definizioni e compiti

1.1 Il Punto Unico di Accesso (di seguito PUA), come definito nel P.S.R. 2008-2010 approvato con L.R. n.5/2008, è una modalità organizzativa prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali.

1.2 Il PUA quale servizio strategico per l'integrazione socio-sanitaria, professionale e gestionale, richiede il raccordo tra le diverse componenti sanitarie e sociali, e quindi il collegamento sistematico con i servizi sociali.

1.3 La *mission* del PUA è quella di garantire al cittadino con bisogni assistenziali, ed ai suoi familiari, la semplificazione e la sburocratizzazione dell'accesso alla rete integrata dei servizi socio-sanitari, ottimizzando le modalità di presa in carico.

1.4 Le funzioni e le attività del PUA, così come previste dalla L.R. n. 5/2008, sono:

- Ricevere la richiesta di accesso alla rete integrata dei servizi;
- Registrare la richiesta;
- Esaminare la richiesta ed eseguire una prima valutazione del bisogno.

Art. 2

Il Punto Unico di Accesso - Organizzazione e sede

2.1 Il PUA è ubicato nei punti di erogazione dell'ambito distrettuale; deve avere un collegamento con gli "sportelli di cittadinanza" (segretariati sociali) presenti nei Comuni o negli Ambiti Sociali.

2.2. La dotazione minima di personale del PUA è rappresentata da un Assistente Sociale d'Ambito e/o del Distretto, un operatore professionale sanitario, una unità Amministrativa e dal Dirigente medico del Distretto individuato dal Direttore. Lo stesso Direttore/Responsabile del Distretto può individuare in accordo con l'Ente d'Ambito ulteriore personale.

2.3. Il PUA è istituito con deliberazione del Direttore Generale su proposta del Direttore Medico e del Dirigente Amministrativo del Distretto.

2.4. Con la predetta Deliberazione potranno essere individuate anche eventuali sedi decentrate che dovranno, comunque, avere le risorse necessarie al suo funzionamento (operatori, attrezzature, spazi).

2.5. Per quanto attiene ai requisiti strutturali e tecnologici relativi alla sede ed all'operatività del PUA, si rinvia a quanto stabilito dalla L.R. n. 5/2008.

Art. 3

Il Punto Unico di Accesso - Procedure

3.1 La richiesta di accesso alla rete integrata dei servizi, ovvero la segnalazione del bisogno, è formulata dal diretto interessato, oppure dai familiari o supporti informali, oppure dal MMG / PLS, dal medico ospedaliero o specialista territoriale, dai servizi sociali dei Comuni, dalle associazioni di volontariato, etc;

3.2 Tale richiesta viene registrata su apposita scheda PUA informatizzata recante un set minimo di informazioni (estremi anagrafici e dati di tipo socio-sanitario, previa acquisizione del consenso informato al trattamento reso dalla persona interessata o da persona titolata/delegata in quanto familiare, o amministratore di sostegno, tutore, ecc...); il PUA provvede quindi al rilascio al richiedente di apposita ricevuta della registrazione effettuata.

3.3 La prima accoglienza che consiste nell'informazione/orientamento e in una preliminare valutazione della natura e complessità del bisogno, viene di norma effettuata dall'Assistente sociale o dall'operatore professionale sanitario.

3.4 A seguito di tale valutazione possono essere individuati **bisogni semplici** o **bisogni complessi**.

In caso di bisogni semplici, il PUA:

- fornisce informazioni al richiedente circa i servizi esistenti sul territorio per il soddisfacimento del bisogno, e supporta il cittadino stesso nell'individuazione del livello di assistenza più appropriato;
- fornisce risposte immediate ed esaustive indirizzando il cittadino alla prestazione di cui necessita.



REGIONE ABRUZZO DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE

In caso di bisogni complessi segnala il caso alla Unità di Valutazione Multidimensionale per una valutazione più approfondita e per le conseguenti determinazioni.

Art. 4

Unità di Valutazione Multidimensionale – Definizione

4.1 La Unità di Valutazione Multidimensionale (di seguito UVM) è costituita da professionalità socio-sanitarie preposte alla valutazione dei bisogni dell'utente, riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche; essa rappresenta uno strumento flessibile ed integrato in grado di oggettivare, attraverso le competenze professionali specifiche ed apposite scale di valutazione, il bisogno del singolo paziente, individuando le attività di cura e di risposta per utilizzare al meglio il ventaglio dell'offerta sanitaria, definendo gli obiettivi e consentendo la presa in carico e la valutazione degli esiti intermedi e finali del percorso di cura e di assistenza. (cfr. Piano Sanitario Regionale L.R. n. 5/2008).

4.2 La UVM opera in stretta correlazione con il PUA ricevendo da quest'ultimo tutti i casi che dovranno essere oggetto di valutazione e ritrasmettendo a sua volta al PUA gli esiti delle valutazioni, ai fini della conclusione dell'iter procedurale.

Art. 5

Costituzione, componenti e dislocazione territoriale della UVM

5.1 L'UVM, unica per l'ammissione alle cure domiciliari e per l'accesso alle prestazioni di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 ed a quelle in regime residenziale e semiresidenziale, è prevista in tutte le aree distrettuali.

5.2 La UVM è composta, così come previsto dalla L.R. n. 5/2008, dai seguenti professionisti:

1. Direttore/Responsabile del Distretto, o suo delegato, con funzioni di Coordinatore della UVM;
2. Medico di Medicina Generale eletto nell'Unità Coordinamento Attività Distrettuali (UCAD);
3. Coordinatore delle Professioni sanitarie del Distretto, o suo delegato, o in mancanza altra figura sanitaria professionale designata dal Direttore del Distretto;
4. Assistente sociale dell'Ente d'Ambito Sociale e del Distretto; in particolare la figura dell'Assistente sociale dell'Ente d'Ambito Sociale è fondamentale qualora dalla valutazione emerga anche un bisogno di carattere sociale che preveda impegno di spesa degli Enti di Ambito.

5.3 La suddetta composizione rappresenta quella minima, che dovrà essere integrata a seconda del caso oggetto di valutazione dalle seguenti figure professionali: Geriatra, Fisiatra, Cardiologo, Neurologo, Ortopedico, etc, competenti per la specifica patologia clinica. In particolare:

- per gli ultrasessantacinquenni e per l'accesso alle Residenze per anziani (RSA e RP anziani), è necessaria la presenza del geriatra;
- per l'ammissione alle prestazioni di riabilitazione extraospedaliera è necessaria la presenza dello specialista fisiatra (specialista ospedaliero o ambulatoriale);
- per l'accesso alle strutture residenziali psichiatriche deve essere presente il medico psichiatra del CSM territorialmente competente per residenza del paziente (preferibilmente il medico psichiatra che ha in carico il paziente), o altro medico su delega del Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, unitamente all'assistente sociale del CSM che segue quest'ultimo dal punto di vista socio-assistenziale; in caso di "doppia diagnosi" nell'UVM deve essere inoltre presente anche il Responsabile del SERT o suo delegato;
- per la valutazione dei disturbi neurologici e psichiatrici dell'età evolutiva è necessaria la presenza del neuropsichiatra infantile.

Alla UVM potranno inoltre partecipare, oltre al familiare di riferimento (*care giver*) ed al Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta dell'interessato, ogni altra figura professionale ritenuta necessaria (ad es. Psicologo, Nutrizionista, Fisioterapista).

5.4 La valutazione del caso e le conseguenti decisioni devono essere adottate dalla UVM in seduta collegiale.

REGIONE ABRUZZO
DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE



Art. 6
UVM e Valutazione del Bisogno Complesso

6.1 La valutazione multidimensionale del bisogno rappresenta l'adempimento prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del progetto personalizzato e della presa in carico assistenziale di tipo complessivo.

6.2 È compito dell'U.V.M. svolgere tale valutazione al fine di:

- favorire il più a lungo possibile una idonea permanenza della persona in stato di bisogno socio-sanitario presso il proprio domicilio;
- perseguire il rientro nell'ambiente di provenienza dopo la permanenza in strutture residenziali;
- promuovere il miglioramento continuo della qualità della vita nei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari;
- promuovere azioni atte ad utilizzare al meglio le risorse territoriali;
- contribuire ad ottimizzare la spesa socio-sanitaria.

6.3 La valutazione multidimensionale viene effettuata con l'ausilio di schede, scale e sistemi di classificazione:

- area anziani e demenze: SVAMA, integrata dalle scale ADL, IADL, DMI necessarie per la attuale classificazione delle fasce di non autosufficienza;
- area disabili: S.Va.M.Di.;
- area salute mentale: Ho-NOS/VADO, BPRS.

Per l'ADI occorre riferirsi al Sistema delle Cure Domiciliari – Linee Guida - Appendice E della Deliberazione di Giunta Regionale n. 224 del 13/03/2007.

Art. 7
Attività della UVM

7.1 A seguito della richiesta del PUA., che ha preventivamente rilevato la complessità del bisogno socio-sanitario, viene convocata la UVM da parte del Direttore del Distretto o suo delegato in qualità di Coordinatore della stessa UVM.

7.2 Costituiscono attività collegiali della UVM:

- a) analisi e valutazione multidimensionale del bisogno;
- b) visita del paziente, sia in occasione del primo accesso presso i locali distrettuali e/o diverso luogo, sia in occasione dell'eventuale proroga del trattamento presso la struttura di accoglienza;
- c) individuazione del setting assistenziale appropriato per il paziente;
- d) individuazione del responsabile del caso (Case Manager) nella prima riunione di valutazione;
- e) elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) nei casi previsti (Cure Domiciliari, Residenzialità Psichiatrica, Piano Locale per la non autosufficienza - PLNA);
- f) rilevazione dell'utilizzo di interventi sanitari, sociosanitari e sociali.

7.3 Successivamente la UVM, entro un giorno dalla conclusione della seduta, trasmette al PUA l'esito della valutazione effettuata per i successivi adempimenti, secondo la modulistica allegata (**Allegato n. 1**).

Il Distretto Sanitario attraverso il PUA è tenuto ad effettuare il monitoraggio costante dei suddetti esiti di valutazione UVM, in particolare procedendo alla verifica dei casi di pazienti di cui non risulti pervenuta alcuna comunicazione di presa in carico entro 30 giorni dalla data dell'autorizzazione UVM ed accertando, anche con il contatto diretto dell'interessato, i motivi che non hanno consentito la fruizione dei trattamenti.

Art. 8
Procedure di accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali (RSA e RP)

8.1 Ai sensi del PSR 2008/2010 (L.R. n. 5/2008), l'autorizzazione all'accesso alle prestazioni residenziali e semiresidenziali è di competenza esclusiva delle Unità di Valutazione Multidimensionale.

8.2 Qualora il paziente si trovi al proprio domicilio, la richiesta al PUA viene formulata dal medico di Medicina Generale attraverso la compilazione della **Scheda anamnestica per l'accesso al sistema delle cure riabilitative, residenziali e semiresidenziali (RSA/RP)**, secondo il modulo allegato (**Allegato n. 2**);

8.3 In caso di paziente ricoverato in Ospedale o in Casa di Cura privata accreditata, la richiesta per l'ammissione viene formulata dal Responsabile della Unità Operativa attraverso la compilazione della



REGIONE ABRUZZO
DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE

Scheda anamnestica per l'accesso al sistema delle cure riabilitative, residenziali e semiresidenziali RSA/RP - dimissione protetta secondo il modulo allegato (**Allegato n. 3**)

8.4 Per i pazienti di cui al punto 8.2 la richiesta va presentata al PUA del Distretto di residenza per la valutazione da parte della UVM.

Per i pazienti di cui al punto 8.3 la richiesta è presentata al PUA del Distretto di insidenza territoriale della struttura che dimette; se questo non coincide con il Distretto di residenza dell'assistito, l'UVM procede alla valutazione previa delega del Distretto di residenza a cui ne trasmette l'esito per i successivi adempimenti. La delega non è necessaria tra Distretti della stessa ASL, fermo restando l'obbligo della trasmissione della valutazione effettuata al Distretto di residenza.

8.5 L'UVM fornisce la risposta entro 3 (tre) giorni lavorativi successivi alla data di presentazione dell'istanza di attivazione delle prestazioni; con l'autorizzazione definisce la tipologia di struttura, il regime, la fascia assistenziale, nonché il tempo di permanenza. L'eventuale diniego di autorizzazione deve essere espressamente motivato.

8.6 L'autorizzazione UVM viene quindi immediatamente inoltrata al MMG o al Responsabile dell'Unità Operativa Ospedaliera, che hanno fatto richiesta rispettivamente secondo le Schede di cui ai predetti moduli **Allegato n. 2** e **Allegato n. 3**, ai fini della compilazione dell'impegnativa sul ricettario unico del SSN in maniera conforme e congrua alla stessa autorizzazione.

Per i pazienti dimessi da Casa di Cura privata accreditata invece la compilazione dell'impegnativa su ricettario unico del SSN è a cura del Direttore/Responsabile del Distretto o suo delegato quale coordinatore della UVM.

Art. 9

Adempimenti delle strutture che erogano prestazioni residenziali e semiresidenziali (RSA e RP)

9.1 La Struttura notifica entro 24 ore l'avvenuta presa in carico al Distretto di residenza del paziente ed al servizio della ASL deputato alla gestione dei rapporti con le strutture accreditate (a quest'ultimo va notificata anche copia dell'autorizzazione UVM; analogamente, la dimissione deve essere notificata al Distretto di cui sopra ed allo stesso servizio ASL).

9.2 La presa in carico e l'inizio del trattamento sono subordinati all'autorizzazione UVM e dovranno realizzarsi entro 30 giorni dalla data di rilascio della stessa.

9.3 Il Responsabile sanitario della struttura di scelta del paziente entro 10 (dieci) giorni dall'ingresso dello stesso, notifica alla UVM che ha effettuato la valutazione ed al Servizio della ASL deputato alla gestione dei rapporti con le Strutture accreditate il progetto/programma di assistenza, definito dall'equipe sanitaria della struttura stessa. In caso di mancata notifica, la tariffa giornaliera a carico del SSN viene decurtata del 50% (cinquanta per cento) per il periodo che va dalla data di ammissione nella struttura fino alla data di effettiva notifica del progetto/programma di assistenza.

9.4 Lo specialista competente per il caso in esame, individuato dalla stessa UVM che ha effettuato la valutazione, verifica la congruenza del progetto/programma di assistenza rispetto ai bisogni evidenziati in corso di valutazione e conseguentemente può accettarlo o modificarlo fornendo idonea motivazione. Il progetto/programma definitivamente approvato va quindi reinviato alla Struttura ed alla UVM del Distretto di residenza qualora diverso dal Distretto della UVM che ha effettuato la valutazione.

9.5 Le eventuali proroghe di trattamento devono essere richieste dal Responsabile sanitario della Struttura, almeno dieci giorni prima del termine del periodo di ricovero, alla UVM del Distretto in cui ricade la stessa Struttura e per conoscenza al Distretto di residenza del paziente; non è necessaria una nuova impegnativa. L'UVM provvederà alla rivalutazione del paziente che rimarrà in carico alla Struttura residenziale fino alla notifica dell'esito della rivalutazione.

9.6 Nel caso in cui l'UVM esprima parere negativo sulla proroga al trattamento in quanto ritiene che il paziente debba proseguire in altro setting assistenziale, è tenuta contestualmente a formalizzare e a definire la valutazione per il suddetto diverso setting.

Art. 10

Procedure di accesso ai Centri di Riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978

10.1 Qualora il paziente si trovi al proprio domicilio, la richiesta al PUA viene formulata dal Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di Libera Scelta attraverso la compilazione della **Scheda anamnestica**



REGIONE ABRUZZO
DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE

per l'accesso al sistema delle cure riabilitative, residenziali e semiresidenziali (RSA/RP), secondo il modulo allegato (**Allegato n. 2**);

10.2 In caso di paziente ricoverato in Ospedale o in Casa di Cura privata accreditata, la richiesta per l'ammissione viene formulata dal Responsabile della Unità Operativa attraverso la compilazione della **Scheda anamnestica per l'accesso al sistema delle cure riabilitative, residenziali e semiresidenziali RSA/RP - dimissione protetta** secondo il modulo allegato (**Allegato n. 3**).

10.3 Per i pazienti di cui al punto 10.1 la richiesta va presentata al PUA del Distretto di residenza del paziente per la valutazione da parte della UVM.

Per i pazienti di cui al punto 10.2 la richiesta è presentata al PUA del Distretto di insistenza territoriale della struttura che dimette; se questo non coincide con il Distretto di residenza dell'assistito, l'UVM procede alla valutazione previa delega del Distretto di residenza a cui ne trasmette l'esito per i successivi adempimenti. La delega non è necessaria tra Distretti della stessa ASL, fermo restando l'obbligo della trasmissione della valutazione effettuata al Distretto di residenza.

10.4 L'UVM fornisce la risposta entro 3 (tre) giorni lavorativi successivi alla data di presentazione dell'istanza di attivazione delle prestazioni; con l'autorizzazione definisce la tipologia di struttura, il regime assistenziale ed il tempo di permanenza/numero di sedute. L'eventuale diniego di autorizzazione deve essere espressamente motivato.

10.5 L'autorizzazione UVM viene quindi immediatamente inoltrata al MMG/PLS o al Responsabile dell'Unità Operativa Ospedaliera, che hanno fatto richiesta rispettivamente secondo le Schede di cui ai predetti moduli **Allegato n. 2** e **Allegato n. 3**, ai fini della compilazione dell'impegnativa sul ricettario unico del SSN in maniera conforme e congrua alla stessa autorizzazione.

Per i pazienti dimessi da Casa di Cura privata accreditata invece la compilazione dell'impegnativa sul ricettario unico del SSN è a cura del Direttore/Responsabile del Distretto o suo delegato quale coordinatore della UVM.

Art. 11

Adempimenti delle strutture che erogano prestazioni di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978

11.1 I Centri di Riabilitazione notificano l'avvenuta presa in carico globale e multidisciplinare, in relazione ai bisogni del paziente, entro 24 ore al Distretto di residenza del paziente ed al Servizio della ASL deputato alla gestione dei rapporti con le strutture accreditate (a quest'ultimo va notificata anche copia dell'autorizzazione UVM). Analogamente, la dimissione deve essere notificata allo stesso Distretto ed allo stesso servizio ASL che gestisce i rapporti contrattuali con le strutture private accreditate.

11.2 La presa in carico e l'inizio del trattamento dovranno realizzarsi:

- a) per la riabilitazione intensiva in regime residenziale, entro 10 giorni dal rilascio dell'autorizzazione;
- b) per i restanti regimi entro 15 giorni dalla data di rilascio dell'autorizzazione.

11.3 Il Responsabile sanitario della struttura di scelta del paziente entro 10 (dieci) giorni dall'ingresso dello stesso, notifica alla UVM che ha effettuato la valutazione ed al Servizio della ASL deputato alla gestione dei rapporti con le Strutture accreditate il progetto/programma riabilitativo, definito dall'equipe sanitaria della struttura stessa; il suddetto progetto/programma di riabilitazione dovrà essere redatto in conformità alle Linee-Guida Ministeriali per la Riabilitazione Extraospedaliera ("Piano di Indirizzo per la Riabilitazione" del 10.02.2011, recepito con Deliberazione di Giunta Regionale n. 539 del 29/08/2012).

In caso di mancata notifica, la tariffa giornaliera a carico del SSN viene decurtata del 50% (cinquanta per cento) per il periodo che va dalla data di ammissione nella struttura fino alla data di effettiva notifica del progetto/programma riabilitativo.

11.4 Lo specialista competente per il caso in esame individuato dall'UVM che ha effettuato la valutazione verifica la congruenza del progetto/programma rispetto ai bisogni evidenziati in corso di valutazione UVM e conseguentemente può accettarlo o modificarlo fornendo idonea motivazione. Il progetto/programma definitivamente approvato va quindi reinviato alla Struttura ed alla UVM del Distretto di residenza qualora diversa dalla UVM che ha effettuato la valutazione. La Struttura è tenuta al rispetto del suddetto progetto/programma autorizzato, anche relativamente alla frequenza dei trattamenti e conseguentemente alla durata complessiva dello stesso progetto/programma.

11.5 Le eventuali proroghe di trattamento devono essere richieste dal Responsabile sanitario della Struttura, almeno dieci giorni prima del termine del periodo di trattamento, alla UVM del Distretto in cui



REGIONE ABRUZZO
DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE

ricade la stessa Struttura e per conoscenza al Distretto di residenza del paziente; non è necessaria una nuova impegnativa. L'UVM provvederà alla rivalutazione del paziente che rimarrà in carico alla Struttura riabilitativa fino alla notifica dell'esito della rivalutazione.

Nel caso in cui l'UVM esprima parere negativo sulla proroga al trattamento in quanto ritiene che il paziente debba proseguire in altro setting assistenziale, è tenuta contestualmente a formalizzare e a definire la valutazione per il suddetto diverso setting.

11.6 Nel caso di prestazioni ambulatoriali o domiciliari, la struttura riabilitativa inoltre ha l'obbligo di comunicare al Distretto di residenza del paziente le eventuali sospensioni dei trattamenti occorse per qualsiasi causa e superiori ad un mese, per le conseguenti verifiche ed eventuali determinazioni da parte dello stesso Distretto.

Art. 12

Procedure di accesso alla Medicina Riabilitativa – codice 56

12.1 L'accesso alla Medicina Riabilitativa (cod. 56), avviene esclusivamente per trasferimento da un reparto per acuti, senza alcun coinvolgimento da parte dell'UVM.

12.2 L'intervento dell'UVM avviene eccezionalmente in presenza di motivate condizioni clinico – riabilitative di pazienti assistiti a domicilio o in residenze, in caso di:

1. allocazione temporanea del paziente presso il domicilio o la residenza, che sia stata causata dall'indisponibilità di posto letto in Medicina Riabilitativa (cod. 56) al momento della dimissione dal reparto per acuti; tale allocazione temporanea non dovrebbe superare il limite di dieci giorni dalla data della dimissione dal reparto per acuti;
2. riacutizzazione, secondo il concetto riabilitativo di "acuzie funzionale", laddove si verifichi una evidente riduzione del livello di performance, per cui si renda necessaria la presa in carico da parte di una équipe specializzata per un trattamento riabilitativo intensivo di almeno tre ore al giorno, attesa la possibilità di un miglioramento funzionale.

In tali casi è possibile l'accesso alla Medicina Riabilitativa (cod. 56) su richiesta del MMG/PLS attraverso la Scheda anamnestica per l'accesso al sistema delle cure riabilitative, residenziali e semiresidenziali (RSA/RP), secondo il modulo allegato (Allegato n. 2), corredata, laddove si ricada nel suddetto caso 2., da documentazione attestante l'effettiva riacutizzazione della patologia.

Art. 13

Procedure di accesso alle Strutture Riabilitative Psichiatriche

13.1 Nel rispetto delle indicazioni del Piano Sanitario Regionale LR n° 5/2008, per l'accesso alle strutture riabilitative psichiatriche si deve rispettare la seguente procedura:

- a) Formulazione della richiesta su ricettario unico del SSN, del Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta o del Medico Specialista Psichiatra, ospedaliero o convenzionato, completa di diagnosi specifica ed indicazione terapeutica;
- b) Presentazione della richiesta al PUA competente territorialmente per residenza del paziente che rilascia una ricevuta della richiesta con la data di presentazione;
- c) Formulazione del progetto personalizzato da parte dell'UVM territorialmente competente per residenza del paziente. In caso di doppia diagnosi l'UVM stabilisce anche il peso assistenziale delle singole patologie;
- d) Autorizzazione all'ingresso, rilasciata dal Direttore del Dipartimento di Salute Mentale competente per residenza del paziente per i soggetti adulti o del Direttore del Dipartimento cui afferisce l'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile per i soggetti minori, riportante la tipologia di struttura residenziale psichiatrica per la quale l'UVM si è pronunciata.

13.2 L'UVM per la valutazione di pazienti psichiatrici deve prevedere oltre alle figure di cui alla composizione minima di cui all'art. 5, paragrafo 5.2, la presenza del medico psichiatra del CSM territorialmente competente per residenza del paziente (preferibilmente il medico psichiatra che ha in carico il paziente), o altro medico su delega del Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, unitamente all'assistente sociale del CSM che segue quest'ultimo dal punto di vista socio-assistenziale; in caso di "doppia diagnosi" nell'UVM deve essere inoltre presente anche il Responsabile del SERT territorialmente competente o suo delegato (cfr. paragrafo art. 5, par. 5.3).



REGIONE ABRUZZO DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE

Alla valutazione di pazienti psichiatrici dovranno partecipare altresì altre figure che l'UVM riterrà necessarie, quali lo psicologo, l'amministratore di sostegno, il care giver.

13.3 L'UVM è tenuta a fornire la risposta entro 10 (dieci) giorni lavorativi successivi alla data di presentazione della istanza di attivazione delle prestazioni. Entro il predetto termine la UVM deve predisporre il progetto personalizzato di cui al precedente punto c). La ricerca della struttura erogatrice in relazione al setting attribuito sarà effettuata dall'Assistente sociale del CSM d'intesa con l'assistente sociale d'ambito.

13.4 Il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, ovvero del Dipartimento cui afferisce l'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile per i soggetti minori, esamina la valutazione UVM ed il progetto personalizzato e conseguentemente rilascia l'autorizzazione all'accesso ovvero un diniego motivato allo stesso; in tale ultimo caso l'UVM è tenuta a procedere ad una ulteriore valutazione, tenuto conto delle osservazioni e delle motivazioni addotte nel diniego.

Art. 14

Adempimenti delle Strutture Riabilitative Psichiatriche

14.1 La struttura notifica l'ammissione del paziente entro 24 ore al Direttore DSM, ovvero del Dipartimento cui afferisce l'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile per i soggetti minori, all'UVM del Distretto di residenza del paziente ed al Servizio della ASL che gestisce i rapporti contrattuali con le strutture accreditate.

14.2 La presa in carico e l'inizio del trattamento dovranno realizzarsi entro 30 giorni dalla autorizzazione del DSM.

14.3 Il Responsabile sanitario della struttura di ammissione del paziente ha l'obbligo di notificare entro 15 (quindici) giorni il progetto personalizzato alla UVM che ha eseguito la valutazione ed alla Direzione del Dipartimento di Salute Mentale di residenza del paziente, ovvero alla Direzione del Dipartimento cui afferisce l'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile per i soggetti minori. La mancata notifica comporta una decurtazione della tariffa giornaliera a carico del SSN ai sensi di quanto disposto dal vigente PSR (LR n. 5/2008).

14.4 Le eventuali proroghe di trattamento devono essere richieste dal Responsabile sanitario della Struttura, almeno venti giorni prima del termine del periodo di ricovero alla UVM di residenza del paziente, inviando alla stessa una relazione dettagliata che evidenzii il grado di raggiungimento degli obiettivi. Entro i successivi dieci giorni l'UVM valuta se non autorizzare la proroga al trattamento, ovvero se prorogare l'inserimento aggiornando in tal caso il progetto personalizzato.

Nel caso in cui l'UVM esprima parere negativo sulla proroga al trattamento in quanto ritiene che il paziente debba proseguire in altro setting assistenziale, è tenuta contestualmente a formalizzare e a definire la valutazione per il suddetto diverso setting.

14.5 L'esito della rivalutazione relativa alla proroga deve essere trasmesso al DSM che provvede a notificarlo alla Struttura Riabilitativa Psichiatrica.

Art.15

Procedure di accesso al Sistema delle Cure Domiciliari - ADI

15.1 Relativamente alle procedure per l'attivazione dell'ADI e relativa modulistica si richiamano integralmente le disposizioni di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 224 del 13/03/2007 – Appendice "E" recante "Sistema Cure Domiciliari – Linee Guida", alla LR n. 5/2008 (Piano Sanitario Regionale) paragrafo 5.2.7.1 ed al Decreto del Commissario ad Acta n. 53/2012 del 11/10/2012.

Art. 16

Accesso a strutture extraregionali e pazienti extraregionali

16.1 La procedura di cui ai precedenti articoli, dovrà essere seguita dalle UVM anche in caso di accesso a strutture extraregionali.



REGIONE ABRUZZO DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE

16.2 Nel rispetto del principio della libera scelta del luogo di cura da parte dei cittadini/utenti, il PUA dovrà informare il cittadino utente della sussistenza delle seguenti condizioni per la fruizione delle prestazioni, con oneri a carico del SSN, presso strutture extraregionali:

- le Strutture extraregionali accettanti devono essere dotate di regolare atto di accreditamento da parte della Regione di appartenenza, ai sensi dell'art 8 quinquies D. lgs 502/92;
- le Strutture extraregionali accettanti devono rispettare gli stessi adempimenti previsti per le Strutture della Regione Abruzzo ai sensi delle presenti Linee Guida regionali, pena il mancato riconoscimento economico delle prestazioni erogate; a tal fine il Distretto di residenza, appena ricevuta la comunicazione di presa in carico, è tenuto trasmettere alla stessa Struttura le presenti Linee Guida onde consentirne la necessaria consultazione.

Per i pazienti residenti nella Regione Abruzzo in cura presso Strutture extraregionali, qualora gli stessi manifestino la necessità o la legittima aspettativa di proseguire le cure presso Strutture regionali, l'UVM è tenuta a valutare oltre al bisogno complesso anche l'opportunità del trasferimento, in considerazione sia delle condizioni cliniche che dell'importanza del ricongiungimento con il contesto socio - familiare di riferimento degli interessati.

16.3 Per i pazienti residenti in altre Regioni, temporaneamente domiciliati presso la Regione Abruzzo, l'autorizzazione ai trattamenti previsti nel presente regolamento, ed eventuali proroghe, vanno richieste alla ASL di residenza degli stessi.



ALLEGATO N. 1
ESITO VALUTAZIONE UVM

REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale

Area Distrettuale _____

Distretto Sanitario di Base di _____

UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Pratica/prot. n. _____

Autorizzazione n° _____

Registro UVM n. _____

Seduta UVM del ____ / ____ / ____

Valutazione su delega NO SI su delega della UVM del DSB di _____

A seguito della richiesta presentata il ____ / ____ / ____ l'Unità di Valutazione Multidimensionale	
<input type="checkbox"/> AUTORIZZA L'UTENTE	
<input type="checkbox"/> NON AUTORIZZA L'UTENTE	
Cognome:	Nome:
Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nato a _____ il ____ / ____ / ____
Residente in _____	
Via _____ n. _____	
Codice Fiscale: _____	
Recapito telefonico e/o mail _____	
A.S.L. residenza _____	Medico curante: _____
Referente dell'utente: Cognome _____	Nome _____
Recapito telefonico e/o mail _____	
Grado di parentela _____	
Amministratore di Sostegno <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tutore legale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Per le seguenti prestazioni

A) CENTRI DI RIABILITAZIONE

<input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE RESIDENZIALE INTENSIVA	<input type="checkbox"/> Fascia A <input type="checkbox"/> Fascia B
<input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE RESIDENZIALE ESTENSIVA	<input type="checkbox"/> Internato Grave <input type="checkbox"/> Internato Medio Grave
<input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE SEMI-RESIDENZIALE	<input type="checkbox"/> Seminternato Grave <input type="checkbox"/> Seminternato Medio Grave
<input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE AMBULATORIALE	<input type="checkbox"/> Ambulatoriale Singolo <input type="checkbox"/> Ambulatoriale di Gruppo
<input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE DOMICILIARE	
<input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE EXTRA-MURALE	
<input type="checkbox"/> MEDICINA RIABILITATIVA COD. 56	
<input type="checkbox"/> ALTRO	
Periodo assegnato (o numero e frequenza delle sedute): _____	
ALLEGATA S.Va.M.Di (sezione riservata all'UVM)	



B) RSA - RP

<input type="checkbox"/> R.S.A. ANZIANI <input type="checkbox"/> Fascia Prima <input type="checkbox"/> Fascia Seconda <input type="checkbox"/> Fascia terza
<input type="checkbox"/> R.S.A. DISABILI ADULTI <input type="checkbox"/> Fascia Prima <input type="checkbox"/> Fascia Seconda <input type="checkbox"/> Fascia terza
<input type="checkbox"/> R.S.A. DEMENZE <input type="checkbox"/> Fascia prima <input type="checkbox"/> Fascia seconda
<input type="checkbox"/> RSA PSICO-GERIATRICA
<input type="checkbox"/> STRUTTURA SEMI-RESIDENZIALE ANZIANI
<input type="checkbox"/> STRUTTURA SEMI-RESIDENZIALE DEMENZE
<input type="checkbox"/> RESIDENZA PROTETTA (R.P.) <input type="checkbox"/> Anziani <input type="checkbox"/> Disabili
Periodo assegnato:
ALLEGATA: SVAMA/ S.Va.M.Di (sezione riservata all'UVM)

C) STRUTTURE RIABILITATIVE PSICHIATRICHE

<input type="checkbox"/> RESIDENZA RIABILITATIVA PSICHIATRICA POST ACUZIE
<input type="checkbox"/> COMUNITA' TERAPEUTICA
<input type="checkbox"/> RESIDENZA PROTETTA
<input type="checkbox"/> CASA FAMIGLIA
<input type="checkbox"/> GRUPPO APPARTAMENTO DI CONVIVENZA
<input type="checkbox"/> SEMIRESIDENZIALITA' (CENTRO DIURNO)
Periodo assegnato:
ALLEGATO PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

DATA,

FIRMA E TIMBRO DEL COORDINATORE DELLA UVM

N.B. Per la fruizione delle prestazioni con oneri a carico del SSN presso strutture extraregionali:

- le Strutture extraregionali-accettanti devono essere dotate di regolare atto di accreditamento da parte della Regione di appartenenza, ai sensi dell'art 8 quinquies D. lgs 502/92;
- le Strutture extraregionali accettanti devono rispettare gli stessi adempimenti previsti per le Strutture della Regione Abruzzo ai sensi delle Linee Guida sulle attività e sulle procedure di competenza del Punto Unico di Accesso e della Unità di Valutazione Multidimensionale approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 107/2013 del 20-12-2013, pena il mancato riconoscimento economico delle prestazioni erogate.



REGIONE ABRUZZO
 Al PUA del Distretto Sanitario di Base di _____
**SCHEDA ANAMNESTICA PER L'ACCESSO AL SISTEMA DELLE CURE RIABILITATIVE, RESIDENZIALI
 E SEMIRESIDENZIALI (RSA/RP)**
 a cura del MMG/PLS

DATI ANAGRAFICI UTENTE	
COGNOME	NOME
Luogo e data di nascita _____ gg/mm/aaaa	
Nazionalità <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Unione Europea <input type="checkbox"/> Extracomunitaria	
Sesso: <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	stato civile <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> coniugato/a o convivente <input type="checkbox"/> separato/a o divorziato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> non dichiarato
Invalidità civile <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Legge 104/1992 (allegare documentazione)	
CODICE FISCALE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Residenza: Comune _____ Frazione/Contrada _____ Via _____, n° civico _____	
Domicilio: Comune _____ Frazione/Contrada _____ Via _____, n° civico _____ <i>Compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza</i>	
ASL di RESIDENZA _____	
Nome sul campanello: _____	
Recapiti telefonici: 1 ^a rec. _____ 2 ^a rec. _____	
FAMILIARE DI RIFERIMENTO (o care giver) : COGNOME: _____ NOME: _____	
Recapiti telefonici: 1 ^a rec. _____ 2 ^a rec _____	
Indirizzo posta elettronica: _____	
MMG o PLS del Paziente: Dott. _____	
Recapiti telefonici 1) _____ 2) _____	
Diagnosi principale: _____	
1 ^a diagnosi concomitante _____	
2 ^a diagnosi concomitante _____	
Richiesta di ammissione formulata il _____ gg/mm/aaaa	
<input type="checkbox"/> per accesso a medicina riabilitativa (cod. 56) nei casi previsti dal PSR	
<input type="checkbox"/> per prestazioni riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978 in regime	
<input type="checkbox"/> Residenziale <input type="checkbox"/> Ambulatoriale	
<input type="checkbox"/> Semiresidenziale <input type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Extramurale	
<input type="checkbox"/> per accesso RSA/RP	



CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE:	
COGNOME	NOME
Data dell'evento acuto gg/mm/aaaa	
Percorso riabilitativo dall'evento acuto:	
Ricovero in medicina riabilitativa <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Prestazioni ex art. 26 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Disabilità da trattare _____ _____ _____	
Elevato indice di comorbidità <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Stato di coscienza <input type="checkbox"/> ORIENTATO <input type="checkbox"/> DISORIENTATO <input type="checkbox"/> COMA	
Respirazione <input type="checkbox"/> AUTONOMA <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE ASSISTITA MECCANICA <input type="checkbox"/> OSSIGENO	
Paziente collaborante <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Deambulazione autonoma <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Alimentazione <input type="checkbox"/> AUTONOMA <input type="checkbox"/> SONDINO NASO GASTRICO <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> APT <input type="checkbox"/> ALTRO	
Continenza urinaria <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> pannoloni <input type="checkbox"/> catetere vescicale , tipo <input type="checkbox"/> altro
Continenza fecale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Portatore di stomia <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI modello e misura _____	
Evacuazione spontanea <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Accesso venoso centrale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI tipo e gestione _____	
Allergie e intolleranze: _____ _____	
Lesioni da decubito <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI sede e grado _____	

Data _____ Timbro e firma Medico _____

Tel. e/o fax _____ Firma del paziente o del familiare di riferimento _____



REGIONE ABRUZZO
 Al PUA del Distretto Sanitario di Base di _____
**SCHEDA ANAMNESTICA PER L'ACCESSO AL SISTEMA DELLE CURE RIABILITATIVE, RESIDENZIALI
 E SEMIRESIDENZIALI (RSA/RP)
 DIMISSIONE PROTETTA**

DATI ANAGRAFICI UTENTE	
COGNOME	NOME
Luogo e data di nascita _____ gg/mm/aaaa	
Nazionalità <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Unione Europea <input type="checkbox"/> Extracomunitaria	
Sesso: <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	stato civile <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> coniugato/a o convivente <input type="checkbox"/> separato/a o divorziato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> non dichiarato
Invalidità civile <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Legge 104/1992 (allegare documentazione)	
CODICE FISCALE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Residenza: Comune _____ Frazione/Contrada _____ Via _____, n° civico _____	
Domicilio: Comune _____ Frazione/Contrada _____ Via _____, n° civico _____ <i>Compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza</i>	
ASL di residenza: _____	
Recapiti telefonici: 1 ^a rec. _____ 2 ^a rec. _____	
FAMILIARE DI RIFERIMENTO (o Care Giver): COGNOME _____ NOME _____	
Recapiti telefonici: 1 ^a rec. _____ 2 ^a rec _____	
Indirizzo posta elettronica: _____	
MMG o PLS del Paziente: Dott. _____	
Motivo del ricovero: _____	
Data presunta dimissione _____	
Diagnosi principale dimissione _____	
1^a diagnosi concomitante _____	
2^a diagnosi concomitante _____	
Richiesta di ammissione formulata il gg/mm/aaaa	
<input type="checkbox"/> per accesso a medicina riabilitativa (cod. 56) nei casi previsti dal PSR (LR n. 5/2008)	
<input type="checkbox"/> per prestazioni riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978 in regime	
<input type="checkbox"/> Residenziale	<input type="checkbox"/> Ambulatoriale
<input type="checkbox"/> Semiresidenziale	<input type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Extramurale
<input type="checkbox"/> per accesso RSA/RP	



CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE:	
COGNOME	NOME
Data dell'evento acuto gg/mm/aaaa	
Percorso riabilitativo dall'evento acuto:	
Ricovero in medicina riabilitativa <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Prestazioni ex art. 26 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Disabilità da trattare _____ _____	
Elevato indice di comorbilità <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Stato di coscienza <input type="checkbox"/> ORIENTATO <input type="checkbox"/> DISORIENTATO <input type="checkbox"/> COMA	
Respirazione <input type="checkbox"/> AUTONOMA <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE ASSISTITA MECCANICA <input type="checkbox"/> OSSIGENO	
Paziente collaborante <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Deambulazione autonoma <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Alimentazione <input type="checkbox"/> AUTONOMA <input type="checkbox"/> SONDINO NASO GASTRICO <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> APT <input type="checkbox"/> ALTRO	
Continenza urinaria <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> pannoloni <input type="checkbox"/> catetere vescicale , tipo <input type="checkbox"/> altro
Continenza fecale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Portatore di stomia <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI modello e misura _____	
Evacuazione spontanea <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Accesso venoso centrale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI tipo e gestione _____	
Allergie e intolleranze: _____ _____	
Lesioni da decubito <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI sede e grado _____	

Data _____ Timbro e firma medico del Reparto _____

Tel. e/o fax _____ Firma del paziente o del familiare di riferimento _____

n. 107 del 120 DIC 2013

ALL. B

REGIONE
ABRUZZO



Regione Abruzzo

ASL _____ / DISTRETTO SANITARIO _____ AMBITO TERRITORIALE _____
Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) _____

S.Va.M.Di.

SCHEDA PER LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

CARTELLA

Sig./Sig. ra _____

Data di nascita ___/___/___

Tessera sanitaria _____ es. ticket ___ SI / NO ___ cod. fiscale _____

Residenza _____

Domicilio _____

Comune _____ Provincia _____

Recapiti telefonici _____

Medico curante Dott./Dott.ssa _____ Recapiti _____

Assistente sociale _____ Comune _____

Recapiti _____

Persona di riferimento _____

Indirizzo _____

Recapiti _____

Grado di parentela _____

REGIONE
ABRUZZO



Regione Abruzzo

S.Va.M.Di.

**SCHEDA PER LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
DELLE PERSONE CON DISABILITÀ**

SEZIONE 1

VALUTAZIONE SOCIALE

Cognome **Nome**



REGIONE ABRUZZO

S.Va.M.Di.

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con Disabilità **(SEZIONE 1)**

VALUTAZIONE SOCIALE

Data di nascita						
	<i>giorno</i>	<i>mese</i>	<i>anno</i>			

Residenza: via/piazza		Prov.	
Comune			

Stato civile:	<input type="checkbox"/> celibe/nubile	<input type="checkbox"/> coniugato/a	<input type="checkbox"/> separato/a	<input type="checkbox"/> vedovo/a	<input type="checkbox"/> divorziato
	<input type="checkbox"/> convivente				
Scuola frequentata:	<input type="checkbox"/> scuola materna/ nido	<input type="checkbox"/> elementare	<input type="checkbox"/> media inferiore	<input type="checkbox"/> media superiore	<input type="checkbox"/> università
Anni di scolarità n°:					
Insegnante di sostegno	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Assistenza scolastica comunale:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Certificazione L. 104/92 per sostegno scolastico:			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Istruzione:	<input type="checkbox"/> nessun titolo	<input type="checkbox"/> Licenza elementare	<input type="checkbox"/> media inferiore	<input type="checkbox"/> media superiore	<input type="checkbox"/> laurea
Occupazione:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> lavoro dipendente	<input type="checkbox"/> lavoro autonomo	<input type="checkbox"/> studente	<input type="checkbox"/> casalinga
	<input type="checkbox"/> pensionato/a	<input type="checkbox"/> disoccupato per motivi di salute		<input type="checkbox"/> disoccupato per altri motivi	
Tutela legale:	<input type="checkbox"/> persona responsabile per sé		<input type="checkbox"/> persona con provvedimento protezione/tutela		
Invalità civile:	<input type="checkbox"/> richiesta	<input type="checkbox"/> nessuna	<input type="checkbox"/> ottenuta	<input type="checkbox"/> grado riconosciuto: %	
<input type="checkbox"/> Indennità di frequenza			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Necessità accompagnatore per deambulare:			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Necessità assistenza continua			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Minore in difficoltà:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cecità completa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Minore ipoacusico:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Sordomuto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Invalità INAIL:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
Condiz. disabilità per inserim. lavorativo (L. 68/99):			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Accompagnamento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> in attesa		
Condizioni di vita all'inizio del progetto					
<input type="checkbox"/> con genitori	<input type="checkbox"/> con altri familiari, senza genitori	<input type="checkbox"/> con il coniuge/partner	<input type="checkbox"/> con coniuge/partner e figli		
<input type="checkbox"/> vive solo, in modo non autonomo		<input type="checkbox"/> vive solo, in modo autonomo			
<input type="checkbox"/> in struttura abitativa comunitaria (es.: casa famiglia, comunità alloggio)					
<input type="checkbox"/> Altro: (specificare):					
INVIANTE:	<input type="checkbox"/> Medico/pediatra di base	<input type="checkbox"/> Specialista ospedaliero	<input type="checkbox"/> Specialista Distretto	<input type="checkbox"/> Altro	
Medico Curante:				tel	

Persona di riferimento contattabile		tel	
Cell.		Grado parentela	

LIMITAZIONI DELL'ATTIVITA' / RESTRIZIONI DELLA PARTECIPAZIONE E FATTORI AMBIENTALI



- L'Attività è l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo. La Partecipazione è il coinvolgimento in una situazione di vita.
- Le Limitazioni dell'Attività sono le difficoltà che un individuo può incontrare nello svolgere delle attività. Le Restrizioni alla Partecipazione sono i problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni della vita.
- I fattori ambientali costituiscono gli atteggiamenti, l'ambiente fisico, sociale e degli atteggiamenti, in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza.

Il **qualificatore Performance** indica il **grado della restrizione nella partecipazione** descrivendo l'**attuale** performance delle persone in un compito o in un'azione **nel loro ambiente reale**. Poiché l'ambiente reale introduce al contesto sociale, performance può essere intesa come "coinvolgimento in una situazione di vita" o "esperienza vissuta" delle persone nel contesto reale in cui vivono. Questo contesto include i fattori ambientali - tutti gli aspetti del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti - che possono essere codificati usando la componente Fattori Ambientali. Il qualificatore Performance misura la difficoltà che la persona incontra nel **fare le cose, ammesso che le voglia fare**.

Il **qualificatore Capacità** indica il grado di limitazione nell'attività descrivendo l'**abilità della persona** ad eseguire un compito o una azione. Il qualificatore Capacità focalizza l'attenzione sulle limitazioni che sono caratteristiche inerenti o intrinseche delle persone stesse. Queste limitazioni dovrebbero essere manifestazioni dirette dello stato di salute della persona, **senza assistenza**. Per assistenza intendiamo l'aiuto di un'altra persona, o l'assistenza fornita da un veicolo o da uno strumento adattato o appositamente progettato o qualsiasi modificazione ambientale di una stanza, della casa, del posto di lavoro, ecc. Il livello dovrebbe essere valutato relativamente alle capacità normalmente attese per quella persona o alle capacità della persona prima delle attuali condizioni di salute.

	BREVE LISTA DI DOMINI DI ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE ICF	PERFORMANCE	CAPACITA'	BREVE COMMENTO
d1.	APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLE CONOSCENZE			
d110	Guardare			
d115	Ascoltare			
d140	Imparare a leggere			
d145	Imparare a scrivere			
d150	Imparare a calcolare (<i>aritmetica</i>)			
d175	Risoluzione di problemi			
d2.	COMPITI E RICHIESTE GENERALI			
d210	Intraprendere un compito singolo			
d220	Intraprendere compiti articolati			
d3.	COMUNICAZIONE			
d310	Comunicare con – ricevere - messaggi verbali			
d315	Comunicare con - ricevere - messaggi non verbali			
d330	Parlare			
d335	Produrre messaggi non verbali			
d350	Conversazione			
d4.	MOBILITA'			
d430	Sollevarre e trasportare oggetti			
d440	Uso fine della mano (<i>raccogliere, afferrare</i>)			
d450	Camminare			
d465	Spostarsi usando apparecchiature/ausili (<i>sedia a rotelle, ecc.</i>)			
d470	Usare un mezzo di trasporto (<i>auto, bus, treno, aereo, ecc.</i>)			
d475	Guidare (<i>andare in bici o motocicletta, guidare l'auto, ecc.</i>)			
d5.	CURA DELLA PROPRIA PERSONA			
d510	lavarsi (<i>fare il bagno, asciugarsi, ecc.</i>)			
d520	Prendersi cura di singole parti del corpo (<i>lavarsi i denti, radersi, ecc.</i>)			
d530	Bisogni corporali			
d540	Vestirsi			
d550	Mangiare			
d560	Bere			
d570	Prendersi cura della propria salute			
d6.	VITA DOMESTICA			
d620	Procurarsi beni e servizi (<i>fare la spesa, ecc.</i>)			
d630	Preparare i pasti (<i>cucinare, ecc.</i>)			
d640	Fare i lavori di casa (<i>pulire la casa, lavare i piatti, fare il bucato, stirare..</i>)			
d660	Assistere gli altri			



	BREVE LISTA DI DOMINI DI ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE ICF	PERFORMANCE	CAPACITA'	BREVE COMMENTO
d7.	INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI			
d710	Interazioni interpersonali semplici			
d720	Interazioni interpersonali complesse			
d730	Entrare in relazione con estranei			
d740	Relazioni formali			
d750	Relazioni sociali informali			
d760	Relazioni familiari			
d770	Relazioni intime			
d8.	AREE DI VITA PRINCIPALI			
d810	Istruzione informale			
d820	Istruzione scolastica			
d830	Istruzione superiore			
d850	Lavoro retribuito			
d860	Transazioni economiche semplici			
d870	Autosufficienza economica			
d9	VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITA'			
d910	Vita nella comunità			
d920	Ricreazione e tempo libero			
d930	Religione e spiritualità			
d940	Diritti umani			
d950	Vita politica e cittadinanza			
	QUALUNQUE ALTRA ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE			

QUALIFICATORI DI ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE	
primo Qualificatore: Performance Estensione della restrizione della partecipazione	Secondo Qualificatore: Capacità Estensione della limitazione dell'attività
0	Nessuna difficoltà significa che la persona non presenta il problema.
1	Difficoltà lieve significa che il problema è presente in meno del 25% del tempo, con un'intensità che la persona può tollerare e che si è presentato raramente negli ultimi 30 giorni
2	Difficoltà media significa che il problema è presente in meno del 50% del tempo, con un'intensità che interferisce nella vita quotidiana della persona e che si è presentato occasionalmente negli ultimi 30 giorni
3	Difficoltà grave significa che il problema è presente per più del 50% del tempo, con un'intensità che altera parzialmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato frequentemente negli ultimi 30 giorni
4	Difficoltà completa significa che il problema è presente per più del 95% del tempo, con una intensità che altera totalmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato quotidianamente negli ultimi 30 giorni.
8	Non specificato significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della difficoltà
9	Non applicabile significa che è inappropriato applicare un particolare codice



	BREVE LISTA DEI FATTORI AMBIENTALI ICF	Qualific. barriera o facilitatore	BREVE COMMENTO
e1	PRODOTTI E TECNOLOGIA		
e110	Prodotti o sostanze per il consumo personale (<i>cibo, farmaci</i>)		
e115	Prodotti e tecnologia per l'uso personale nella vita quotidiana		
e120	Prodotti per la mobilità e il trasporto personale in ambienti interni e esterni		
e125	Prodotti e tecnologia per la comunicazione		
e2.	AMBIENTE NATURALE E CAMBIAMENTI EFFETTUATI DALL'UOMO		
e225	Clima		
e240	Luce		
e250	Suono		
e3.	RELAZIONI E SOSTEGNO SOCIALE		
e310	Famiglia ristretta		
e320	Amici		
e325	Conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità		
e330	Persone in posizione di autorità		
e340	Persone che forniscono aiuto o assistenza		
e355	Operatori sanitari		
e360	Altri operatori (<i>operatori sociali, insegnanti, ecc.</i>)		
e4.	ATTEGGIAMENTI		
e460	Atteggiamenti della società		
e465	Norme sociali, costumi e ideologie		
e5	SERVIZI, SISTEMI E POLITICHE		
e570	Servizi, sistemi e politiche previdenziali/assistenziali		
e575	Servizi, sistemi e politiche di sostegno sociale generale		
e580	Servizi, sistemi e politiche sanitarie		
	QUALUNQUE ALTRO FATTORE AMBIENTALE		

QUALIFICATORE AMBIENTALE: BARRIERA O FACILITATORE	
0 nessuna barriera	0 nessun facilitatore
1 barriera lieve	+1 facilitatore lieve
2 barriera media	+2 facilitatore medio
3 barriera grave	+3 facilitatore sostanziale
4 barriera completa	+4 facilitatore completo
8 barriera, non specificato	+8 facilitatore, non specificato
9 non applicabile	9 non applicabile

SPAZIO NOTE:



SITUAZIONE FAMILIARE								
Cognome e Nome	Parentela (1)	Età	Professione	Indirizzo e Telefono	Lontananza (2)	ADL (3)	IADL	Supervisione

SITUAZIONE SOCIO/FAMILIARE/AMBIENTALE	
Persone Conviventi:	
- Numero Componenti:	
- Conviventi non autosufficienti <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	- Se sì, quanti ? _____

PERSONE IMPEGNATE NELL'ASSISTENZA (compreso personale privato)							

SERVIZI ATTIVATI			
1		3	
2		4	

ABBREVIAZIONI	
(1) C = coniuge	(2) V = immediate vicinanze
F = figlio	15 = entro 15 minuti
FR = fratello/sorella	30 = entro 30 minuti
G = genitore	60 = entro 60 minuti
N = nonno/a	O = oltre un'ora
Nd = nipote diretto	(3) crocettare se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti), IADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia), supervisione(diurna e/o notturna)
Ni = nipote indiretto	
Nu = nuora/genero	
AL = altro familiare	
Vi = vicini/amici	
= convivente	



SITUAZIONE ABITATIVA			
<input type="checkbox"/> proprietà	<input type="checkbox"/> in affitto privato	<input type="checkbox"/> in affitto pubblico	<input type="checkbox"/> usufrutto
<input type="checkbox"/> non proprio e non in affitto	c/o		
<input type="checkbox"/> a titolo gratuito	<input type="checkbox"/> sfratto esecutivo		
DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO			
<input type="checkbox"/> servita	<input type="checkbox"/> poco servita	<input type="checkbox"/> isolata	
BARRIERE ARCHITETTONICHE			
<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> solo esterne	<input type="checkbox"/> interne	
<input type="checkbox"/> piano:	<input type="checkbox"/> ascensore agibile	<input type="checkbox"/> ascensore non agibile	<input type="checkbox"/> assenza di ascensore
GIUDIZIO SINTETICO			
<input type="checkbox"/>	Abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n. di persone, ben servito)		
<input type="checkbox"/>	Abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne limitanti la vita di relazione)		
<input type="checkbox"/>	Abitazione non idonea, (alloggio pericoloso, fatiscente ed antigienico, e/o abitazione gravemente insufficiente per n. di persone alloggianti, e/o sfratti esecutivi, e/o isolato)		

SITUAZIONE ECONOMICA	
Assegno – pensione invalidità civile:	<input type="checkbox"/> €:
Indennità di accompagnamento	<input type="checkbox"/> €:
Assegno/ pensione invalidità INPS	<input type="checkbox"/> €:
Altre pensioni	<input type="checkbox"/> €:
Reddito da lavoro	<input type="checkbox"/> €:
Altri redditi	<input type="checkbox"/> €:
Indennità di frequenza	<input type="checkbox"/> €:
Nessuna risorsa	<input type="checkbox"/>
SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO	<input type="checkbox"/> €:
ULTERIORE DISPONIBILITA' ECONOMICA MENSILE DICHIARATA DAI FAMILIARI PER L'ASSISTENZA	<input type="checkbox"/> nessuna
	<input type="checkbox"/> fino a €:
	<input type="checkbox"/> fino a €:
	<input type="checkbox"/> fino a €:
	<input type="checkbox"/> oltre
INTEGRAZIONE ECONOMICA DEL COMUNE PER L'ASSISTENZA	<input type="checkbox"/> copertura completa delle spese
	<input type="checkbox"/> certamente no
	<input type="checkbox"/> possibile
	<input type="checkbox"/> certamente si

si prega di segnalare le informazioni utilizzate

<input type="checkbox"/> documenti scritti	<input type="checkbox"/> informazioni fornite da altri	<input type="checkbox"/> soggetto interessato	<input type="checkbox"/> osservazione diretta
--	--	---	---



SCHEDA DI SINTESI DELLA VALUTAZIONE SOCIALE

ISTRUZIONI:

1. Assegnare un giudizio su scala 0-4 (0=assenza di criticità; 4=grave criticità) in merito alla valutazione sociale dei diversi indicatori;
2. Fare la somma totale dei giudizi e vedere in quale livello ricade la situazione per la determinazione dell'impegno assistenziale

INDICATORI VALUTAZIONE SOCIALE	GIUDIZIO SU SCALA 0 - 4				
SERVIZI, SISTEMI E POLITICHE (e5 dell'ICF)					
Riconoscimento invalidità, pensione , accompagnamento o indennità di frequenza (ICF: e570 - Servizi, sistemi e politiche previdenziali/assistenziali)	0	1	2	3	4
Disponibilità di risorse, disponibilità di strutture adeguate per l'attivazione dell'intervento , assistenza scolastica, (ICF: e575- Servizi, sistemi e politiche di sostegno sociale generale)	0	1	2	3	4
Altri servizi erogati (di assistenza alla persona, agevolazioni e ICF: e580 - Servizi, sistemi e politiche sanitarie)	0	1	2	3	4
RELAZIONI E SOSTEGNO SOCIALE (e3 dell'ICF)					
e310 - Famiglia ristretta, Esistenza, presenza di una rete familiare di supporto	0	1	2	3	4
Adeguatezza della rete familiare (multi problematicità, conflittualità)	0	1	2	3	4
Livello di collaborazione delle famiglie (ostacolano, esigono diritti, non rispettano programmi ecc..) ICF e415	0	1	2	3	4
Presenza di altri familiari invalidi nel nucleo	0	1	2	3	4
Conoscenti, colleghi, vicini di casa, membri della comunità (ICF: e325)	0	1	2	3	4
Vita sociale e di comunità (ICF: d910; d920...)	0	1	2	3	4
QUALUNQUE ALTRO FATTORE AMBIENTALE					
Livello disagio abitativo (isolamento, trasporto...)	0	1	2	3	4
Livello inadeguatezza abitativa (problemi igienici...)	0	1	2	3	4
Barriere architettoniche...	0	1	2	3	4
Adeguatezza situazione economica (ISEE e documentazione sociale)	0	1	2	3	4
INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI					
d710-d720: Capacità della persona di interagire con le persone in modo contestualmente e socialmente adeguato	0	1	2	3	4
ATTEGGIAMENTI e460 , e465					
Opinioni e convinzioni generali che influenzano il comportamento e le azioni individuali. interferenze, ICF:)	0	1	2	3	4
CURA DELLA PERSONA E VITA DOMESTICA					
Autonomie della persona, prendersi cura di sé, procurarsi beni e servizi, preparare i pasti, fare i lavori di casa (sintesi dell'ADL e IADL; ICF: da d510 a d570; da d610 a d670)	0	1	2	3	4
TOTALE					

Individuazione del profilo per la determinazione dell'impegno assistenziale		
Totale da 0 a 15	Totale da 16 a 45	Totale da 45 a 60
Livello 1	Livello 2	Livello 3



REGIONE
ABRUZZO



Regione Abruzzo

S.Va.M.Di.

**SCHEDA PER LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
DELLE PERSONE CON DISABILITÀ**

SEZIONE 2

VALUTAZIONE SANITARIA

Cognome **Nome**



REGIONE ABRUZZO
S.Va.M.Di.

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con Disabilità
(SEZIONE 2) VALUTAZIONE SANITARIA

<u>Cognome</u>	<u>Nome</u>
----------------	-------------

CODIFICA ICF

	BREVE LISTA DELLE FUNZIONI CORPOREE	Qualif.	Breve Commento
b1.	FUNZIONI MENTALI		
b110	Coscienza		
b114	Orientamento (<i>tempo, spazio, persona</i>)		
b117	Intelletto (<i>compresi ritardo, demenza</i>)		
b130	Funzioni dell' energia e delle pulsioni		
b134	Sonno		
b140	Attenzione		
b144	Memoria		
b152	Funzioni emozionali		
b156	Funzioni percettive		
b164	Funzioni cognitive di livello superiore		
b167	Linguaggio		
b2.	FUNZIONI SENSORIALI E DOLORE		
b210	Vista		
b230	Udito		
b235	Funzioni vestibolari (<i>compreso l'equilibrio</i>)		
b280	Dolore		
b3.	FUNZIONI DELLA VOCE E DELL'ELOQUIO		
b310	Voce		
b4.	FUNZIONI DEI SISTEMI CARDIOVASCOLARE, EMATOLOGICO, IMMUNOLOGICO E DELL'APPARATO RESPIRATORIO		
b410	Cuore		
b420	Pressione sanguigna		
b430	Sistema ematologico (<i>sangue</i>)		
b435	Sistema immunologico (<i>allergie, ipersensibilità</i>)		
b440	Respirazione (<i>respiro</i>)		
b5.	FUNZIONI DELL'APPARATO DIGERENTE E DEI SISTEMI METABOLICO ED ENDOCRINO		
b515	Digestione		
b525	Defecazione		
b530	Mantenimento del peso		
b555	Ghiandole endocrine (<i>alterazioni ormonali</i>)		
b6.	FUNZIONI GENITOURINAIRE E RIPRODUTTIVE		
b620	Funzioni urinarie		
b640	Funzioni sessuali		
b7.	FUNZIONI NEURO-MUSCOLOSCHÉLETRICHE E CORRELATE AL MOVIMENTO		
b710	Mobilità dell'articolazione		
b730	Forza muscolare		
b735	Tono muscolare		
b765	Movimenti involontari		
b8.	FUNZIONI DELLA CUTE E DELLE STRUTTURE CORRELATE		
	OGNI ALTRA FUNZIONE CORPOREA		

0	Nessuna menomazione significa che la persona non presenta problemi
1	Menomazione lieve significa che il problema è presente in meno del 25% del tempo, con un'intensità che la persona può tollerare e che si è presentato raramente negli ultimi 30 giorni.



2	<i>Menomazione media significa che il problema è presente in meno del 50% del tempo, con un'intensità che interferisce nella vita quotidiana della persona e che si è presentato occasionalmente negli ultimi 30 giorni</i>			
3	<i>Menomazione grave significa che il problema è presente per più del 50% del tempo, con un'intensità che altera parzialmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato frequentemente negli ultimi 30 giorni</i>			
4	<i>Menomazione completa significa che il problema è presente per più del 95% del tempo, con una intensità che altera totalmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato quotidianamente negli ultimi 30 giorni.</i>			
8	<i>Non specificato significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione</i>			
9	<i>Non applicabile significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es: b650 Funzioni della mestruazione per donne in età di pre-menarca o di postmenopausa)</i>			
BREVE LISTA I.C.F. DELLE STRUTTURE CORPOREE (menomazioni)				
		1° qualific.: estensione menomazione	2° qualific.: Natura cambiamento	3° qualific.: localizzazione
S1	STRUTTURE DEL SISTEMA NERVOSO			
s110	Cervello			
s120	Midollo spinale e nervi periferici			
s2.	OCCHIO, ORECCHIO E STRUTTURE CORRELATE			
s3	STRUTTURE COINVOLTE NELLA VOCE E NELL'ELOQUIO			
s4	STRUTTURE DEI SISTEMI CARDIO-VASCOLARE, IMMUNOLOGICO E DELL'APPARATO RESPIRATORIO			
s410	Sistema cardiovascolare			
s430	Sistema respiratorio			
s5.	STRUTTURE CORRELATE ALL'APPARATO DIGERENTE E AI SISTEMI METABOLICO ED ENDOCRINO			
s6.	STRUTTURE CORRELATE AL SISTEMA GENITOURINARIO E RIPRODUTTIVO			
s610	Sistema urinario			
s630	Sistema riproduttivo			
s7.	STRUTTURE CORRELATE AL MOVIMENTO			
s710	Regione del capo e del collo			
s720	Regione della spalla			
s730	Estremità superiori (braccio, mano)			
s740	Regione pelvica			
s750	Estremità inferiori (gamba, piede)			
s760	Tronco			
s8.	CUTE E STRUTTURE CORRELATE			
OGNI ALTRA STRUTTURA CORPorea				
1° QUALIFICATORE	0	<i>Nessuna menomazione significa che la persona non presenta il problema.</i>		
	1	<i>Menomazione lieve significa che il problema è presente in meno del 25% del tempo, con un'intensità che la persona può tollerare e che si è presentato raramente negli ultimi 30 giorni.</i>		
	2	<i>Menomazione media significa che il problema è presente in meno del 50% del tempo, con un'intensità che interferisce nella vita quotidiana della persona e che si è presentato occasionalmente negli ultimi 30 giorni.</i>		
	3	<i>Menomazione grave significa che il problema è presente per più del 50% del tempo, con un'intensità che altera parzialmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato frequentemente negli ultimi 30 giorni.</i>		
	4	<i>Menomazione completa significa che il problema è presente per più del 95% del tempo, con una intensità che altera totalmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato quotidianamente negli ultimi 30 giorni.</i>		
	8	<i>Non specificato significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione</i>		
	9	<i>Non applicabile significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es: s6301 struttura dell'utero per un uomo) .</i>		
2° QUALIFICATORE	0	Nessun cambiamento nella struttura		
	1	Assenza totale		
	2	Assenza parziale		
	3	Parte in eccesso		
	4	Dimensioni Anormali		
	5	Discontinuità		
	6	Posizione deviante		
	7	Cambiamenti qualitativi nella struttura, incluso l'accumulo di liquidi		
	8	Non specificato		
9	Non applicabile			
3° QUALIFICATORE	0	Più di una regione		
	1	Destra		
	2	Sinistra		
	3	Entrambi i lati		
	4	Frontale		
	5	Dorsale		
	6	Prossimale		
	7	Distale		
	8	Non specificato		
	9	Non applicabile		



NECESSITA' DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA

(da riempire solo in caso di presenza delle condizioni patologiche sotto elencate. Se la persona valutata non è affetta da nessuna delle patologie sotto elencate, scrivere "0" nella casella: "totale assistenza infermieristica")

Diabete insulino dipendente	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
Ossigeno terapia continuativa a lungo termine (>3 h al dl)	5
Disfagia, sondino nasogastrico, PEG	10
Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale	10
Catetere vescicale	5
Ano artificiale o ureterostomia	5
Sindromi metaboliche con necessità di diete specifiche	10
Nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine	10
Ulcere distrofiche	5
Epilessia farmaco-resistente con crisi quotidiane	10
Totale assistenza infermieristica	

FARMACI UTILIZZATI	Dosaggio:

Protesi/ortesi/ausili	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se sì, Tipo Protesi/ortesi/ausili:		
<input type="checkbox"/> carrozzine ed altri ausili per deambulare	<input type="checkbox"/> ortesi per il tronco	<input type="checkbox"/> sistemi posturali
<input type="checkbox"/> apparecchi e ortesi per l'arto	<input type="checkbox"/> ausili per comunicazione	<input type="checkbox"/> protesi ottiche e acustiche
<input type="checkbox"/> apparecchi per funzione respiratoria	<input type="checkbox"/> ausili addominali	<input type="checkbox"/> altro:



REGIONE
ABRUZZO



Regione Abruzzo

S.Va.M.Di.

**SCHEDA PER LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
DELLE PERSONE CON DISABILITÀ**

SEZIONE 3

VALUTAZIONE COGNITIVA E FUNZIONALE

Cognome **Nome**



REGIONE ABRUZZO S.Va.M.Di.

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con Disabilità (SEZIONE 3)

VALUTAZIONE COGNITIVA E FUNZIONALE

Cognome		Nome	
Sesso:	<input type="checkbox"/> maschio <input type="checkbox"/> femmina	Data di nascita	

SITUAZIONE COGNITIVA

NOTA BENE: da eseguire con scale validate (vedi istruzioni). Il punteggio va ad alimentare la tabella "Valutazione cognitiva" a pag. 29.

	punteggio	
Non ritardo		<i>Barrare il test utilizzato tra quelli proposti nella tabella sottostante</i>
Ritardo lieve	1	
Ritardo medio	2	
Ritardo grave		
Ritardo profondo	3	

<input type="checkbox"/> WPPSI	<input type="checkbox"/> LEITER	<input type="checkbox"/> Bayley Scale	<input type="checkbox"/> Stanford-Binet Intelligence Scales
<input type="checkbox"/> WISC-R	<input type="checkbox"/> C.A.P.I.R.E	<input type="checkbox"/> VINELAND	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Altra scala:			

DISTURBI COMPORTAMENTALI NO SI

Qualora i problemi comportamentali (ad es.: pericolo di fuga, aggressività fisica verso gli altri, pericolo che si possa far del male...) siano prevalenti sul problema del ritardo mentale, occorre codificare il punteggio "4" nella tabella "Valutazione cognitiva" invece che i punteggi relativi al ritardo mentale. Somministrare quindi la scala sottostante: "SUPERVISION RATING SCALE (SRS)", sottolineando il punteggio che meglio corrisponda al grado di supervisione richiesto dal Paziente.

SUPERVISION RATING SCALE

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

NOTA: Qualora occorresse una supervisione diretta a tempo pieno (livello 5), il paziente con disabilità intellettiva e disturbo del comportamento deve essere ascritto alla classe superiore di consumo isorisorse a causa del più elevato impegno assistenziale (quindi passaggio dalla classe 2 alla 3, o dalla classe 3 alla 4).



NOTE SUI DISTURBI DEL COMPORAMENTO:



SITUAZIONE FUNZIONALE e MOBILITA'

F.I.M. / WeeFIM

(Functional Independence Measure a 13 item: sono state escluse le aree "Comunicazione" e "Capacità relazionali/cognitive")

Livelli	7 Autosufficienza completa	SENZA ASSISTENZA
	6 Autosufficienza con adattamenti	
	NON AUTOSUFFICIENZA PARZIALE	CON ASSISTENZA
	5 Supervisione - Predisposizione/adattamenti	
	4 Assistenza minima (soggetto => 75%)	
	3 Assistenza moderata (soggetto => 50%)	
	NON AUTOSUFFICIENZA COMPLETA	
	2 Assistenza intensa (soggetto => 25%)	
	1 Assistenza totale (soggetto => 0%)	

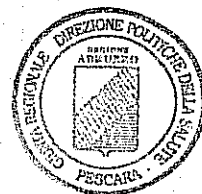
Situazione funzionale (attività di base)	
1. Nutrirsi	
2. Rassettersi	
3. Lavarsi	
4. Vestirsi, dalla vita in su	
5. Vestirsi, dalla vita in giù	
6. Igiene perineale (toilette)	
7. Controllo vescica	
8. Controllo alvo	
TOTALE F.I.M./WeeFIM	

Mobilità e locomozione	
9. Spostamenti letto - sedia - carrozzina	
10. Spostamenti nella toilette	
11. Spostamenti vasca o doccia	
12. gattoni, cammino, carrozzina	gatto
	Cm
	Cr
13. Scale	
TOTALE F.I.M. / WeeFIM	

Attenzione: non lasciare caselle bianche. Assegnare il punteggio 1 alle attività non valutabili per motivi di sicurezza del paziente.

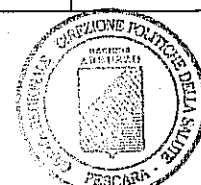
NOTA BENE:

- I punteggi TOTALI di F.I.M./WeeFIM per "Situazione funzionale" e "Mobilità e locomozione", alimentano il "Profilo dell'autonomia" (TAB. A) punto 3. e punto 2..
- Per l'item 12 occorre utilizzare solo una delle tre situazioni: "gattoni" (va usato per i bambini: scala WeeFIM), o "Cm" = cammino o "Cr" = carrozzina.



CODIFICA ICF CHILDREN

	ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE PER SOGGETTI IN ETÀ EVOLUTIVA	Qualificatore di performance	Qualificatore di capacità
d1313	Apprendere attraverso il gioco simbolico		
d1314	Apprendere attraverso il gioco di finzione		
d133	Acquisire il linguaggio		
d1330	Acquisire singole parole o simboli significativi		
d1331	Combinare le parole in frasi		
d1332	Acquisire la sintassi		
d134	Acquisire un linguaggio aggiuntivo		
d135	Ripetere		
d1370	Acquisire concetti di base		
d1371	Acquisire concetti complessi		
d1400	Acquisire le abilità di riconoscimento di simboli, quali figure, icone, caratteri, lettere dell'alfabeto e parole		
d1401	Acquisire le abilità di pronuncia di parole scritte		
d1402	Acquisire le abilità di comprensione di parole e frasi scritte		
d1450	Apprendere le abilità di uso di strumenti di scrittura		
d1451	Apprendere le abilità di scrittura di simboli, di caratteri e dell'alfabeto		
d1452	Apprendere le abilità di scrittura di parole e frasi		
d1500	Acquisire le abilità di riconoscimento di numeri, simboli e segni aritmetici		
d1501	Acquisire abilità di alfabetismo numerico come contare e ordinare		
d1502	Acquisire abilità nell'uso delle operazioni elementari		
d1550	Acquisizione di abilità basilari		
d1551	Acquisizione di abilità complesse		
d160	Focalizzare l'attenzione		
d1600	Focalizzare l'attenzione sul tocco, il volto e la voce di una persona		
d1601	Focalizzare l'attenzione sui cambiamenti nell'ambiente		
d161	Dirigere l'attenzione		
d166	Leggere		
d1660	Utilizzare le abilità e le strategie generali del processo di lettura		
d1661	Comprendere il linguaggio scritto		
d170	Scrivere		
d1700	Utilizzare le abilità e le strategie generali del processo di scrittura		
d1701	Utilizzare convenzioni grammaticali nei componimenti scritti		
d1702	Utilizzare le abilità e le strategie generali per creare componimenti		
d172	Calcolare		
d1720	Utilizzare le abilità e le strategie semplici del processo di calcolo		
d1721	Utilizzare le abilità e le strategie complesse del processo di calcolo		
d3101	Comprendere messaggi verbali semplici		
d3102	Comprendere messaggi verbali complessi		
d3150	Comunicare con - ricevere - gesti del corpo		
d3151	Comunicare con - ricevere - segni e simboli comuni		
d3152	Comunicare con - ricevere - disegni e fotografie		
d320	Comunicare con - ricevere - messaggi nel linguaggio dei segni		
d325	Comunicare con - ricevere - messaggi scritti		
d331	Vocalizzazione prelinguistica		
d340	Produrre messaggi nel linguaggio dei segni		
d3601	Usare macchine per scrivere		
d7104	Segnali sociali nelle relazioni		
d71040	Iniziare delle interazioni sociali		
d71041	Mantenere delle relazioni sociali		
d7202	Regolare i comportamenti nelle interazioni		
d7203	Interagire secondo le regole sociali		

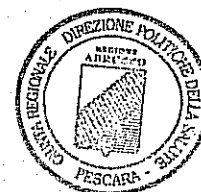


d815	Istruzione prescolastica		
d820	Istruzione scolastica		
d880	Coinvolgimento nel gioco		
d8800	Gioco solitario		
d8803	Gioco cooperativo condiviso		
D9201	Sport		
NOTE:			

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

<input type="checkbox"/> documenti scritti	<input type="checkbox"/> informazioni fornite da altri	<input type="checkbox"/> soggetto interessato	<input type="checkbox"/> osservazione diretta
--	--	---	---

data	Firma:
------	--------



REGIONE
ABRUZZO



Regione Abruzzo

S.Va.M.Di.

**SCHEDA PER LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
DELLE PERSONE CON DISABILITÀ**

SEZIONE 4

VERBALE UNITA' DI VALUTAZIONE

Cognome **Nome**



REGIONE ABRUZZO

S.Va.M.Di.

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con Disabilità (SEZIONE 4)

VERBALE UNITA' DI VALUTAZIONE

Cognome		Nome	
Sesso:	<input type="checkbox"/> maschio <input type="checkbox"/> femmina	Data di nascita	

Sulla base della documentazione agli atti e di quanto emerso dalla valutazione multidimensionale, l'unità di valutazione esprime la seguente sintesi:

Figure professionali dell'U.V.M. coinvolte nella valutazione	Firma
Direttore del Distretto o suo delegato:	
COORDINATORE UVM	
Neuropsichiatra Infantile	
Fisiatra	
Geriatra	
Assistente sociale d'Ambito	
Assistente Sociale Distrettuale	
Coordinatore Professioni Sanitarie del Distretto	
Medico di medicina Generale	
Data valutazione:	



REGIONE
ABRUZZO



Regione Abruzzo

S.Va.M.Di.

**SCHEDA PER LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
DELLE PERSONE CON DISABILITÀ**

SEZIONE 5

PROGETTO PERSONALIZZATO

Cognome **Nome**



REGIONE ABRUZZO

S.Va.M.Di.

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con Disabilità (SEZIONE 5)

PROGETTO PERSONALIZZATO

VALUTAZIONE SOCIALE

Data di nascita						
	giorno	me	se	anno		

Luogo di nascita			
Residenza:			
Comune:		(Prov.)	
Domicilio (se diverso da residenza)			
Comune		(Prov.)	
Rec. telefonico			
Medico Curante		Tel.	
Assistente sociale Comune		Tel.	
Persona di riferimento		Tel.	
	Cell.		Grado parentela
L'assistito/a e' gia' seguito/a dal Servizio che ha gia' effettuato la presa in carico dal			

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE SOCIO/FAMILIARE/AMBIENTALE

VALUTAZIONE SANITARIA

DIAGNOSI

DIAGNOSI CON CODIFICA ICD-10

	1 ^a	ICD-10:	
	2 ^a	ICD-10:	
	3 ^a	ICD-10:	
	4 ^a	ICD-10:	
	5 ^a	ICD-10:	
	6 ^a	ICD-10:	



DESCRIZIONE SINTETICA DELLO STATO DI SALUTE

NECESSITA' DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA		
Assenza di necessità	Punteggio = 0	A
Necessità	Punteggio = 5 - 40	N
Elevata necessità	Punteggio = > 45	E

VALUTAZIONE DEL POTENZIALE RESIDUO PER LA NECESSITA' DI RIABILITAZIONE	
Assenza potenziale residuo	R
Potenziale residuo ancora presente: soggetti con possibilità che possa verificarsi ancora una variazione quantificabile di un qualsiasi parametro di una qualsiasi scala di valutazione (WeeFIM, FIM, FAM, GMFM, MOVE, Vineland, PEP-3, ...: vedi "note" nella sezione "Istruzioni")	L
Discreto potenziale residuo (vedi "note" nella sezione "Istruzioni")	M
Elevato potenziale residuo (vedi "note" nella sezione "Istruzioni")	E

VALUTAZIONE COGNITIVA

LIVELLO COGNITIVO	
1	non ritardo o RM lieve
2	RM medio
3	RM grave/profondo
DISTURBI COMPORTAMENTALI	
4	<i>Per quanto riguarda la sezione relativa alla Situazione Cognitiva, si deve giudicare se eventuali disturbi comportamentali (quali tentativi di fuga, aggressività fisica, sintomi psicotici...) siano di entità tale da richiedere un progetto assistenziale specifico con l'adozione di provvedimenti particolari. In tal caso, si giudicano prevalenti i disturbi comportamentali e si assegna il punteggio "4" anziché uno dei precedenti. Soggetti con disturbi pervasivi dello sviluppo rientrano in questo caso. E' consigliabile utilizzare la scala di valutazione della sicurezza attribuendo il valore 4 quando occorra un livello di supervisione indiretta a tempo pieno. Con un livello di supervisione diretta a tempo pieno occorre valutare l'ipotesi, in U.V.M., di utilizzare una classe di consumo isorisorse superiore</i>

DESCRIZIONE SINTETICA DELLA SITUAZIONE COGNITIVO/COMPORAMENTALE



VALUTAZIONE MOBILITA'/LOCOMOZIONE E DELLA SITUAZIONE FUNZIONALE
MOBILITA' E LOCOMOZIONE

1	Si sposta da solo	Punteggio F.I.M. = 28 - 35
2	Si sposta con assistenza modesta	Punteggio F.I.M. = 18 - 27
3	Si sposta con assistenza importante	Punteggio F.I.M. = 13 - 17
4	Non si sposta	Punteggio F.I.M. = 5 - 12
SITUAZIONE FUNZIONALE (attività di base)		
1	Autonomo o quasi	Punteggio F.I.M. = 45 - 56
2	Dipendenza parziale con assistenza modesta	Punteggio F.I.M. = 29 - 44
3	Dipendenza parziale con assistenza importante	Punteggio F.I.M. = 21 - 28
4	Totalmente dipendente	Punteggio F.I.M. = 8 - 20

DESCRIZIONE SINTETICA DELLA SITUAZIONE FUNZIONALE E DI MOBILITA'/LOCOMOZIONE



INDIVIDUAZIONE DEL PROFILO PER LA DETERMINAZIONE DELL'IMPEGNO ASSISTENZIALE								
LIVELLI PER OGNI DIMENSIONE								
Cognitivo	Mobilità	Funzionale	PROFILO	CARICO	Range	classi	F.I.M.	
1	2	1	1	LIEVE	Valori da 4 a 5	Classe 1	F.I.M. 6 - 7	Persone con disabilità intellettiva medio/ lieve e buona funzionalità. Autosufficienza con carico assistenziale minimo
1	1	2	2					
1	2	2	3					
1	3	1	4					
1	1	3	5					
2	2	1	6					
2	1	1	7					
2	1	2	8					
1	1	4	9	MEDIO	Valori da 6 a 7	Classe 2	F.I.M. 4 - 5	Autosufficienza parziale con carico assistenziale di media entità
1	2	3	10					
1	3	2	11					
1	3	3	12					
1	3	4	13					
1	4	1	14					
1	4	2	15					
1	4	3	16					
2	2	1	17					
2	1	2	18					
2	2	2	19					
2	3	2	20					
2	2	3	21					
2	1	4	22					
2	4	1	23					
3	1	2	24					
3	2	1	25					
3	2	2	26					
3	1	3	27					
3	3	1	28					
4	1	1	29	MEDIO/ELEVATO	Valori da 8 a 9	Classe 3	F.I.M. 3	Autosufficienza parziale con carico assistenziale importante
2	3	3	30					
2	2	4	31					
2	4	2	32					
2	3	4	33					
2	4	3	34					
3	3	2	35					
3	2	3	36					
3	1	4	37					
3	4	1	38					
3	4	2	39					
3	2	4	40					
3	3	3	41	ELEVATO	a 12 da 10 valori	Classe 4	1 - 2 F.I.M.	Non autosufficienza totale
4	1-2	2(1-2)*	42					
3	4	3	43					
3	3	4	44					
3	4	4	45					
4	3-4	3-4	46					

*Se nella colonna "mobilità" il valore è 1, nella colonna "funzionale" il valore deve essere 2.

PROFILO	Impegno assistenziale
Da 1 a 8	<input type="checkbox"/> LIEVE (L)
Dal 9 al 29	<input type="checkbox"/> MEDIO (M)
Da 30 a 42	<input type="checkbox"/> MEDIO/ELEVATO (M/L)
Da 43 a 46	<input type="checkbox"/> ELEVATO (E)



ASPETTI CRITICI

PUNTI DI FORZA

OBIETTIVI ASSISTENZIALI

TIPOLOGIA DI INTERVENTO PROPOSTO

QUADRO RIASSUNTIVO SINOTTICO		Impegno assistenziale				Impegno riabilitativo			Impegno sanitario/ infermieristico			
		L	M	M/E	E	R	L	M	E	A	N	E
assistenzialeRegime	<input type="checkbox"/> domiciliare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ambulatoriale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> semiresidenziale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> residenziale:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> altro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LEGENDA: L = lieve; M = medio; M/E = medio/elevato; E = elevato; R = ridotto (di mantenimento); A = assente; N = necessario

PROGRAMMA ASSISTENZIALE:

VERIFICHE:

Tipologia di AUSILIO – ATTREZZATURE - PRESIDI



DURATA DEL PROGETTO: _____
Data di compilazione: ____/____/____

COMPONENTI L' U.M.V. DSB	Firma
Direttore del Distretto o suo delegato: COORDINATORE UVM	
Neuropsichiatra Infantile	
Fisiatra	
Geriatra	
Assistente sociale d'Ambito	
Assistente Sociale Distrettuale	
Coordinatore Professioni Sanitarie del Distretto	
Medico di medicina Generale	
Data valutazione:	

IL RESPONSABILE DEL PROGETTO PERSONALIZZATO





n 107 del 20 DIC, 2013

REGIONE ABRUZZO

A.S.L. _____ DISTRETTO SANITARIO _____ AMBITO TERRITORIALE _____

UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE _____

S.V.A.M.A.

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane (strumento per l'accesso ai servizi di rete residenziali, semiresidenziali e domiciliari integrati)

CARTELLA

Sig./ra _____

Data di nascita ____/____/____

Tessera Sanitaria /Codice Fiscale _____ es. Ticket _____

Residenza:

Domicilio :

Comune:Prov.:

Recapiti telefonici:

Medico curante.....

Recapiti

Assistente SocialeComune.....

Recapiti.....

Persona di riferimento

Indirizzo:

Recapiti.....

Grado parentela

VALUTAZIONE IN SEDE UVM



NECESSITA' di ASSISTENZA SANITARIA	
ASSISTENZA INFERMIERISTICA VIP	(vedi scheda "Valutazione Sanitaria")
PREVENZIONE - TRATTAMENTO DECUBITI VPIA	(vedi scheda "Valutazione Cognitiva e Funzionale")
POTENZIALE RESIDUO VPOT	(da valutare in UVM)
Poco probabili significativi recuperi di autonomia	0
Vi è la possibilità di recuperare l'autonomia fino a punteggio ≤ 3 in almeno 1 item del Barthel ADL o MOBILITÀ	5
Buon potenziale residuo (anche in patologia cronico-degenerativa, se presente sindrome ipocinetica da assistenza inadeguata)	20
Elevato potenziale residuo dopo evento acuto, con scarsa probabilità di recupero spontaneo	25
TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA E RIABILITATIVA	VSAN

SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE (famiglia, privato, vicinato e volontariato)				
	SOGGETTO AUTONOMO	SUPPORTO RETE PER SOGGETTO NON AUTONOMO		
		sufficiente	Parzialmente sufficiente o difficoltà di tenuta	insufficiente
Preparazione dei pasti	0	5	10	10
Pulizia della casa	0	5	5	10
Lavanderia	0	5	5	10
Effettuazione acquisti	0	5	5	10
Alimentazione	0	5	10	20
Bagno	0	5	5	20
Toeletta personale	0	5	10	15
Abbigliamento	0	5	10	15
Uso del wc (o padella o panno)	0	5	15	25
Assunzione dei medicinali (se pertinente)	0	5	10	10
Trasferimenti	0	5	15	20
Deambulazione	0	5	10	15
Gestione del denaro	0	5	10	10
Sostegno psicoaffettivo	0	5	10	10
Supervisione diurna	0	5	15	25
Supervisione notturna	0	5	15	25
TOTALE RETE SOCIALE				VSOC



PROFILO DELL'AUTONOMIA

SITUAZIONE COGNITIVA

PCOG		VCOG	
01	LUCIDO		Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 0 - 3
02	CONFUSO		Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 4 - 8
03	MOLTO CONFUSO O STUPOROSO		Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 9 - 10
04	Problemi comportamentali prevalenti (qualsiasi punteggio SPMSQ)		

MOBILITA'

PCOG		VMOB	
01	SI SPOSTA DA SOLO		Punteggio Barthel mobilità = 0 - 14
02	SI SPOSTA ASSISTITO		Punteggio Barthel mobilità = 15 - 29
03	NON SI SPOSTA		Punteggio Barthel mobilità = 30 - 40

SITUAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)

PCOG		VADL	
01	Autonomo o quasi		Punteggio Barthel ADL = 0 - 14
02	dipendente		Punteggio Barthel ADL = 15 - 49
03	Totalmente dipendente		Punteggio Barthel ADL = 50 - 60

NECESSITÀ DI ASSISTENZA SANITARIA

PCOG		VSAN	
01	Bassa		Punteggio = 0 - 5
02	Intermedia		Punteggio = 10 - 20
03	Elevata		Punteggio = 25

SITUAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)

PCOG		VCOG	
01	ben assistito		Punteggio = 0 - 80
02	Parzialmente assistito		Punteggio = 85 - 160
03	non sufficientemente assistito		Punteggio = 165 - 240

CODICE PROFILO (pcog + pmob + padl + psan)

PROF		PSOC



VERBALE U.V.M.

NOME:

DATA DI NASCITA: | | | | | | | | | |

SINTESI DEI PROBLEMI ATTUALI RILEVATI:

SULLA BASE DELLA DOCUMENTAZIONE AGLI ATTI E DI QUANTO EMERSO DALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, L'U.V.M.D. PRENDE LE SEGUENTI DECISIONI:

La persona viene valutata dall'UVM:

non autosufficiente:

SI' NO

CODIFICA PROGETTO ASSISTENZIALE

- | | |
|---|---|
| 01 <input type="checkbox"/> ACCOGLIENZA IN RESIDENZA | 06 <input type="checkbox"/> ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA |
| 02 <input type="checkbox"/> OSPITALITÀ TEMPORANEA RIABILITATIVA | 07 <input type="checkbox"/> ALTRE FORME DI ASSISTENZA |
| 03 <input type="checkbox"/> OSPITALITÀ TEMPORANEA SOCIALE | 08 <input type="checkbox"/> LA RETE ATTUALE RISPONDE AI BISOGNI |
| 04 <input type="checkbox"/> CENTRO DIURNO | 09 <input type="checkbox"/> ALLOGGIO PROTETTO |
| 05 <input type="checkbox"/> ASSISTENZA DOMICILIARE | |

convocati	presenti	PARTECIPANTI	NOME	FIRMA
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	RESPONSABILE U.V.M.		
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	MEDICO CURANTE		
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	ASSISTENTE SOCIALE		
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	ESPERTO/GERIATRA		
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	INFERMIERE/A PROF.LE		
6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>			
7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>			
8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>			

Il responsabile del caso sarà:

Verifica programmata | | | | | |

 Attivazione VerificaTimbro e firma
del Responsabile UVM

DATA: | | | | | | | | | |



S.V.A.M.A. VALUTAZIONE SANITARIA

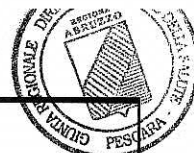
NOME:	DATA DI NASCITA:
SEDE DI VALUTAZIONE:	DATA :

CENNI ANAMNESTICI - PROBLEMI CRONICI IN ATTO

TRATTAMENTI IN ATTO:

ASSISTENZA INFERMIERISTICA		
	no	si
Diabete insulinoindipendente	0	5
Scompenso cardiaco in classe 3-4 NYHA con necessità di monitoraggio frequente del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali (polso, pressione, frequenza cardiaca)	0	10
Cirrosi scompensata (ascite) con necessità come sopra elencate	0	10
Tracheostomia	0	5
Ossigenoterapia continuativa a lungo termine (>3 h al dì)	0	5
Sondino naso-gastrico, gastrostomia PEG	0	10
Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale o terapia infusione giornaliera	0	10
Catetere vescicale	0	5
Ano artificiale o ureterostomia	0	5
nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine - o terapia antalgica con oppioidi che richiede adeguamento della posologia	0	10
Ulcere distrofiche agli arti e/o altre lesioni della cute, chirurgiche, traumatiche, oncologiche	0	5
TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA	VIP	

SENSORIO E COMUNICAZIONE	
LINGUAGGIO (COMPRESIONE)	
0 = normale	2 = comprensione non valutabile
1 = comprende solo frasi semplici	3 = non comprende



LINGUAGGIO (PRODUZIONE)		
0 = parla normalmente	2 = si comprendono solo parole isolate	
1 = linguaggio menomato, ma esprime comunque il suo pensiero	3 = non si esprime	
UDITO (eventualmente con protesi)		
0 = normale	2 = grave deficit non correggibile	
1 = deficit, ma udito adeguato alle necessità personali	3 = sordità completa	
VISTA (eventualmente con occhiali)		
0 = normale	2 = grave deficit non correggibile	
1 = deficit, ma vista adeguata alle necessità personali	3 = cecità e bisogno di assistenza	

CODIFICA PATOLOGIE - estratto ICPC

INDICARE FINO A 3 PATOLOGIE PRINCIPALICHE CONCORRONO A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA
(da utilizzare a cura di Medico Curante oppure in sede di UVM)

MALATTIE GENERALI

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> A07 Coma | <input type="checkbox"/> A86 Effetti tossici da altre sostanze |
| <input type="checkbox"/> A00 Sindrome ipocinetica | <input type="checkbox"/> A87 Complicanza chirurgia / trattamento medico |
| <input type="checkbox"/> A79 Carcinomatosi (sede primitiva sconosciuta) | <input type="checkbox"/> A89 Conseguenze applicazione protesi |
| <input type="checkbox"/> A80 Incidente / lesione traumatica NSA | <input type="checkbox"/> A90 Anomalie multiple congenite |
| <input type="checkbox"/> A81 Politraumatismo / lesioni interne | <input type="checkbox"/> A97 Assenza di malattia |
| <input type="checkbox"/> A82 Effetti tardivi di un trauma | <input type="checkbox"/> A99 Altre malattie generali / non spec |
| <input type="checkbox"/> A84 Avvelenamento da sostanza medicinale | |

SANGUE / LINFATICI / MILZA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> B71 Linfadenite cronica / non specifica | <input type="checkbox"/> B80 Anemia da carenza di ferro |
| <input type="checkbox"/> B72 Morbo di Hodgkin | <input type="checkbox"/> B81 Anemia perniciosa / da carenza folati |
| <input type="checkbox"/> B73 Leucemia | <input type="checkbox"/> B83 Porpora / difetti coagulazione / piastrine |
| <input type="checkbox"/> B74 Altre neoplasie maligne | <input type="checkbox"/> B87 Splenomegalia |
| <input type="checkbox"/> B75 Neoplasie benigne / non spec | <input type="checkbox"/> B90 Infezione da HIV (AIDS / ARC) |
| <input type="checkbox"/> B78 Anemie emolitiche ereditarie | <input type="checkbox"/> B99 Altra malattia sangue / linfatici / milza |
| <input type="checkbox"/> B79 Altre anomalie congenite | |

SISTEMA DIGERENTE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> D17 Incontinenza intestinale | <input type="checkbox"/> D87 Disturbi funzione gastrica |
| <input type="checkbox"/> D70 Diarrea infettiva / dissenteria | <input type="checkbox"/> D88 Appendicite |
| <input type="checkbox"/> D72 Epatite virale | <input type="checkbox"/> D89 Ernia inguinale |
| <input type="checkbox"/> D74 Neoplasie maligne stomaco | <input type="checkbox"/> D90 Ernia diaframmatica / dello hiatus |
| <input type="checkbox"/> D75 Neoplasie maligne colon / retto | <input type="checkbox"/> D91 Altre ernie addominali |
| <input type="checkbox"/> D76 Neoplasie maligne pancreas | <input type="checkbox"/> D92 Malattia diverticolare |
| <input type="checkbox"/> D77 Altre neoplasie maligne / non spec | <input type="checkbox"/> D93 Sindrome del colon irritabile |
| <input type="checkbox"/> D81 Anomalie congenite | <input type="checkbox"/> D94 Enterite cronica / colite ulcerosa |
| <input type="checkbox"/> D82 Malattie di denti / gengive | <input type="checkbox"/> D95 Ragade anale / ascesso perianale |
| <input type="checkbox"/> D83 Malattie di bocca / lingua / labbra | <input type="checkbox"/> D96 Epatomegalia |
| <input type="checkbox"/> D84 Malattie dell'esofago | <input type="checkbox"/> D97 Cirrosi / altre malattie epatiche |
| <input type="checkbox"/> D85 Ulcera duodenale | <input type="checkbox"/> D98 Colecistite / colelitiasi |
| <input type="checkbox"/> D86 Altre ulcere peptiche | <input type="checkbox"/> D99 Altre malattie sistema digerente |

OCCHIO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> F74 Neoplasie occhio / annessi | <input type="checkbox"/> F91 Errori di rifrazione |
| <input type="checkbox"/> F81 Altre anomalie oculari congenite | <input type="checkbox"/> F92 Cataratta |
| <input type="checkbox"/> F82 Distacco di retina | <input type="checkbox"/> F93 Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> F83 Retinopatia | <input type="checkbox"/> F94 Tutti i gradi / tipi di cecità |
| <input type="checkbox"/> F84 Degenerazione della macula | <input type="checkbox"/> F99 Altre malattie oculari |
| <input type="checkbox"/> F85 Ulcera corneale (incl. erpetica) | |

ORECCHIO

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> H03 Tintinnio / ronzo / tinnito | <input type="checkbox"/> H83 Otosclerosi |
| <input type="checkbox"/> H74 Otite cronica, altre infezioni orecchio | <input type="checkbox"/> H84 Presbiacusia |
| <input type="checkbox"/> H75 Neoplasie dell'orecchio | <input type="checkbox"/> H86 Tutti i gradi di sordità NSA |
| <input type="checkbox"/> H77 Perforazione membrana del timpano | <input type="checkbox"/> H99 Altre malattie orecchio / mastoide |
| <input type="checkbox"/> H82 Sindrome vertiginosa | |

SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> K71 Febbre reumatica / cardiopatia | <input type="checkbox"/> K75 Infarto miocardico acuto |
| <input type="checkbox"/> K73 Anomalie congenite cuore / sistema circolatorio | <input type="checkbox"/> K76 Altre cardiopatie ischemiche / croniche |
| <input type="checkbox"/> K74 Angina pectoris | <input type="checkbox"/> K77 Insufficienza cardiaca |



- K78 Fibrillazione atriale / flutter
- K79 Tachicardia parossistica
- K80 Battiti ectopici tutti i tipi
- K82 Cuore polmonare cronico
- K83 Malattia valvolare cuore non reumatica NSA
- K84 Altre malattie del cuore
- K86 Ipertensione non complicata
- K87 Ipertensione coinvolgente organi bersaglio
- K88 Ipertensione posturale

- K89 Ischemia cerebrale transitoria
- K90 Colpo / accidente cerebrovascolare
- K91 Aterosclerosi escl cuore / cervello
- K92 Altre ostruzioni arteriose / mal vascolari periferiche
- K93 Embolia polmonare
- K94 Flebite / tromboflebite
- K95 Vene varicose delle gambe (escl S97)
- K99 Altre malattie sistema circolatorio

SISTEMA MUSCOLOSCHIELETRICO

- L70 Infezioni
- L71 Neoplasia
- L72 Frattura radio / ulna
- L73 Frattura tibia / fibula
- L74 Frattura ossa mano / piede
- L75 Frattura femore
- L76 Altra frattura
- L77 Distorsione e stiramento caviglia
- L78 Distorsione e stiramento ginocchio
- L79 Distorsione e stiramento altre articolazioni
- L80 Lussazione
- L81 Altre lesioni traumatiche
- L82 Anomalie congenite

- L83 Sindromi colonna cervicale
- L84 Osteoartrosi colonna
- L85 Deformità acquisite della colonna
- L86 Lesione disc lombare / irradiazione
- L88 Artrite reumatoide / condizioni affini
- L89 Osteoartrosi dell'anca
- L90 Osteoartrosi del ginocchio
- L91 Altre osteoartrosi
- L92 Sindromi della spalla
- L95 Osteoporosi
- L97 Lesione interna cronica del ginocchi
- L98 Deformità acquisite degli arti
- L99 Altre malattie sistema muscoloscheletro

SISTEMA NERVOSO

- N17 Vertigine / capogiro (escl H82)
- N19 Disturbi del linguaggio
- N70 Poliomielite / altri enterovirus
- N71 Meningite / encefalite
- N72 Tetano
- N73 Altre infezioni sistema nervoso
- N74 Neoplasie maligne
- N75 Neoplasie benigne
- N76 Neoplasie non spec
- N79 Commozione cerebrale
- N81 Altre lesioni traumatiche

- N85 Anomalie congenite
- N86 Sclerosi multipla
- N87 Parkinsonismo
- N88 Epilessia tutti i tipi
- N89 Emicrania
- N90 Cefalea a grappolo
- N91 Paralisi facciale / paralisi di Bell
- N92 Nevralgia del trigemino
- N93 Sindrome del tunnel carpale
- N94 Altra nevrite periferica
- N99 Altre malattie del sistema nervoso

DISTURBI MENTALI / PSICOLOGICI

- P13 Encopresi
- P15 Abuso cronico di alcool**
- P17 Abuso di tabacco
- P18 Abuso di medicinali
- P19 Abuso di droghe
- P20 Disturbi di memoria / concentrazione
- P70 Demenza senile / Alzheimer
- P71 Altra psicosi organica
- P72 Schizofrenia tutti i tipi
- P73 Psicosi affettiva

- P74 Disturbo d'ansia / stato ansioso
- P75 Disturbo isterico / ipocondriaco
- P76 Disturbo depressivo
- P77 Tentativo di suicidio
- P78 Neurastenia / surmenage
- P79 Altro disturbo nevrotico
- P80 Disturbo di personalità
- P85 Ritardo mentale
- P98 Altre / non spec psicosi
- P99 Altri disturbi mentali / psicologici

SISTEMA RESPIRATORIO

- R70 Tubercolosi respiratoria (escl A70)
- R80 Influenza(provata)senza polmonite
- R81 Polmonite
- R82 Tutte le pleuriti (escl R70)
- R83 Altre infezioni del sistema respiratorio
- R84 Neoplasie maligne bronchi / polmone

- R85 Altre neoplasie maligne
- R89 Anomalie congenite sistema respiratorio
- R91 Bronchite cronica / bronchiectasie
- R95 Enfisema / BPCO**
- R96 Asma
- R99 Altra malattia sistema respiratorio

CUTE E ANNESSI

- S14 Ustioni / scottature
- S18 Lacerazione / taglio
- S19 Altre lesioni traumatiche pelle
- S70 Herpes zoster
- S72 Scabbia ed altre infestazioni da acari
- S73 Pediculosi / altre infestazioni pelle
- S74 Dermatofitosi
- S75 Moniliasi / candidosi (altre)
- S76 Altre malattie infettive pelle
- S77 Neoplasie maligne della pelle
- S80 Altre / non spec neoplasie pelle

- S84 Impetigine
- S85 Cisti pilonidale / fistola
- S87 Dermatite atopica / eczema
- S88 Dermatite da contatto / altro eczema
- S89 Esantema da pannolino
- S91 Psoriasi
- S92 Disidrosi / mal ghiandole sudoripare
- S94 Unghia incarnita / altra malattie unghie
- S97 Ulcera cronica pelle (incl varicosa)
- S98 Orticaria
- S99 Altra malattie pelle / tessuto sottocutaneo

SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO E NUTRIZIONE

- T06 Anoressia nervosa / bulimia
- T08 Calo di peso
- T11 Disidratazione**
- T71 Neoplasie maligne della tiroide
- T73 Altre / non spec neoplasie
- T82 Obesità (BMI >=30)**
- T83 Sovrappeso (BMI <30)
- T85 Ipertiroidismo / tireotossicosi

- T86 Ipotiroidismo / mixedema
- T87 Ipglicemia
- T90 Diabete mellito**
- T91 Carezza vitaminica / altro disturbo nutrizionale
- T92 Gotta
- T93 Disturbi del metabolismo lipidico
- T99 Altra malattia endocrino metabolica nutrizionale

SISTEMA URINARIO

- U04 Incontinenza urinaria

- U70 Pielonefrite / pielite acuta

- U71 Cistite / altra infezione urinaria NSA
- U75 Neoplasie maligne del rene
- U76 Neoplasie maligne della vescica
- U79 Altre neoplasie non spec tratto urinario

- U85 Anomalie congenite tratto urinario
- U88 Glomerulonefrite / nefrosi
- U95 Calcolo urinario di ogni tipo / sede
- U99 Altra malattia sistema urinario

SISTEMA GENITALE FEMMINILE

- X75 Neoplasie maligne della cervice
- X76 Neoplasie maligne della mammella
- X77 Altre neoplasie maligne
- X81 Altre / non spec neoplasie genit femminile

- X84 Vaginite / vulvite NSA
- X87 Prolasso uterovaginale
- X99 Altre malattie sistema genitale femminile

SISTEMA GENITALE MASCHILE

- Y74 Orchite / epididimite
- Y77 Neoplasie maligne prostata

- Y78 Altre neoplasie maligne
- Y99 Altra malattie sistema genit masch .incl. Mamm.

COMPILATORE

nome:

firma:





S.V.A.M.A.
VALUTAZIONE COGNITIVA E FUNZIONALE

NOME:	DATA DI NASCITA:
SEDE DI VALUTAZIONE:	DATA :

SITUAZIONE COGNITIVA

SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE (SPMSQ)
0 se la risposta è esatta, 1 se è errata

Che giorno e' oggi?	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
TOTALE VALUTAZIONE COGNITIVA	VCOG

Nel caso il test non sia somministrabile per la gravità del deterioramento, assegnare punteggio VCOG=10.
Nel caso non sia somministrabile per altre motivazioni, indicarle di seguito, ed attribuire un punteggio esclusivamente su base clinica, eventualmente previa consulenza specialistica:

VCOG1

Nel caso i problemi prevalenti siano quelli comportamentali (ad esempio: pericolo di fuga, aggressività fisica verso gli altri), specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un'assistenza adeguata:

Nel caso si tratti di soggetti psicogeriatrici, specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un'assistenza adeguata:



**SITUAZIONE FUNZIONALE
INDICE DI BARTHEL - Attivita' di base**

ALIMENTAZIONE	
Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare i cibi e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.	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
BAGNO/DOCCIA (lavarsi)	
Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatrice 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
IGIENE PERSONALE	
Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata a farlo, ma non è necessario che sia in grado di acconciarsi i capelli	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
ABBIGLIAMENTO	
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
CONTINENZA INTESTINALE	
Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se neces.	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
CONTINENZA URINARIA	
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



USO DEL GABINETTO

Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o la padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.	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
TOTALE VALUTAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)	VADL

**MOBILITA'
INDICE DI BARTHEL**

TRASFERIMENTO LETTO- SEDIA o CARROZZINA (compilare in caso di paziente totalmente allettato)	
E' indipendente durante tutte le fasi. Capace di avvicinarsi al letto in carrozzina con sicurezza, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina e ritrasferirsi con sicurezza.	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

DEAMBULAZIONE (funzionalmente valida)	USO DELLA CAROZZINA (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

SCALE	
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
TOTALE VALUTAZIONE MOBILITA'	VMOB



PREVENZIONE - TRATTAMENTO DECUBITI

VPIA

rischio non elevato di lesioni da decubito

0

rischio elevato (*Exton Smith ≤ 10) o arrossamento o abrasione superficiale (gradi I-II)

10

*Indice di Exton Smith per la valutazione del rischio di decubiti:

CONDIZIONI GENERALI:

Buone (4) Discrete (3) Scadenti (2) Pessime (1)

STATO MENTALE:

Lucido (4) Confuso (3) Apatico (2) Stuporoso (1)

ATTIVITA':

Normale (4) Cammina con aiuto (3) Costretto in sedia (2) Costretto a letto (1)

MOBILITA':

Normale (4) Leggermente limitata (3) Molto limitata (2) Immobile (1)

INCONTINENZA:

No (4) Occasionale (3) Urinaria abituale (2) Incontinenza doppia (1)

TOTALE (il rischio è elevato se l'indice è ≥ 10):

presenza di 1 piaga (con interessamento del tessuto sottocutaneo - gradi III - IV)

15

presenza di 2 o più piaghe (almeno 2 con interessamento del sottocutaneo - gradi III-IV)

25

NOTE:

Compilatore:

Nome:

Firma:



S.V.A.M.A.
VALUTAZIONE SOCIALE

NOME Data di nascita . |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Sede di valutazione Data |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Tessera sanitaria/codice fiscale..... es. ticket.....

Residenza : Via..... Tel.

Comune.....

Stato civile: 1. coniugato/a 2. separato/divorziato 3. vedovo/a 4. celibe-nubile

Sesso 1. M 2. F

Istruzione:

1. nessun titolo 2. licenza elementare 3. scuole medie inf./avviamento
4. scuola professionale 5. scuole medie superiori 6. laurea

Pensione: 1. nessuna 2. minima/sociale 3. altra pensione

Ultima professione:

Invalidita' civile: 1. si 2. no Indennita' accompagnamento: 1. si 2. no 3. in attesa

DOMANDA DI INTERVENTO:

Motivo della domanda (una sola risposta)

01. perdita dell'autonomia
02. famiglia non in grado di provvedere
03. solitudine
04. alloggio non idoneo
05. altro

La persona è informata della domanda?

01. SI
02. NO

INIZIATIVA DELLA DOMANDA (una sola risposta)

01. propria
02. familiare o affine
03. soggetto civilmente obbligato
04. assistente sociale pertinente
05. medico
06. tutore
07. altro soggetto

TIPOLOGIA DELLA DOMANDA (una sola risposta)

01. generica
02. assistenza domiciliare
03. centro diurno
04. ospitalita' temporanea riabilitativa
05. altra ospitalita' temporanea
06. accoglimento residenza

Medico curante.....Tel.....

PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE:

Cognome e Nome

ViaComune

tel.....Grado parentela



SITUAZIONE ABITATIVA

TITOLO DI GODIMENTO (una sola risposta)		
01. <input type="checkbox"/> proprietà 02. <input type="checkbox"/> usufrutto 03. <input type="checkbox"/> titolo gratuito 04. <input type="checkbox"/> non proprio non in affitto (presso: _____)	In affitto da 05a. <input type="checkbox"/> privato 05 b. <input type="checkbox"/> pubblico E' in atto lo sfratto esecutivo? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
DISLOCAZIONE DEL TERRITORIO (una sola risposta) rispetto ai servizi pubblici (es. negozi, alimentari, farmacia, trasporti)		
01. <input type="checkbox"/> servita	02. <input type="checkbox"/> poco servita	03. <input type="checkbox"/> isolata
BARRIERE ARCHITETTONICHE (una sola risposta)		
01. <input type="checkbox"/> assenti	02. <input type="checkbox"/> solo esterne	03. <input type="checkbox"/> interne
piano _____	ascensore si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
GIUDIZIO SINTETICO		
01. <input type="checkbox"/> abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne ed esterne a adeguato al nr. Di persone, ben servito 02. <input type="checkbox"/> abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne che limitano l'anziano nel corretto utilizzo delle sue risorse residue o dei servizi) 03. <input type="checkbox"/> abitazione non idonea (alloggio pericoloso, fatiscente ed antigienico e/o abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiano, e/o sfratti esecutivi, e/o isolato)		
NOTE:		

SITUAZIONE ECONOMICA: REDDITO MENSILE

REDDITO TOTALE DELL' ANZIANO: (inclusa l'eventuale indennità di accompagnamento se percepita o ancheso lo riconosciuta)	€ _____
RISPARMI DELL' ANZIANO	01. <input type="checkbox"/> no o inferiori a € 2.500,00 02. <input type="checkbox"/> fino a 5.000,00 03. <input type="checkbox"/> fino a € 10.000,00 04. <input type="checkbox"/> fino a € 50.000,00 05. <input type="checkbox"/> oltre € 50.000,00 06. <input type="checkbox"/> non noti
SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO:	€ _____
ULTERIORE DISPONIBILITÀ ECONOMICA MENSILE DICHIARATA DAI FAMILIARI PER L' ASSISTENZA:	01. <input type="checkbox"/> nessuna 02. <input type="checkbox"/> fino a € 500,00 03. <input type="checkbox"/> fino a € 1.000,00 04. <input type="checkbox"/> fino a € 1.500,00 05. <input type="checkbox"/> non noti
INTEGRAZIONE ECONOMICA DEL COMUNE PER L' ASSISTENZA:	01. <input type="checkbox"/> certamente no 02. <input type="checkbox"/> possibile 03. <input type="checkbox"/> certamente si
NOTE:	



PARENTI TENUTI AGLI ALIMENTI (nelle ultime righe indicare carnalmente i parenti assistenti ma non significativi per il progetto assistenziale)
(ART. 453 C.C.: coniuge, figli o ascendenti prossimi, genitori e ascendenti prossimi, genitori e ascendenti prossimi, zii, nipoti, fratelli e sorelle)

Cognome e nome	età	professione	indirizzo e telefono	° di famiglia	si occupa di		si occupa di	
					ADL	ADL	ADL	ADL
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

ALTRE PERSONE ATTIVE (compreso personale privato)

1								
2								
3								

ASSISTENZA PUBBLICA ATTIVA (cognome, servizi attivi)

SERVIZIO RESIDENZIALE (giorno?)	3	4	5	6	7	8	rispett.	inquinanti
1								
2								

G = coniuge, FI = figlio, FR = fratello/sorella, G = genitore, NO = nonno, ND = nipote diretto, NI = nipote indiretto, NIJ = generaziona, AL = altro familiare, VI = amichevoli
 C = convivente, V = assistente volontario, 15 = entro 15 minuti, 30 = entro 30 minuti, 60 = entro 1 ora, C = oltre 1 ora
 * indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'abitazione (0 in 0 stata finora)
 * cancellare se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, lavarsi, ecc.), ADL (igiene casa, acquisti, preparazione pasti -servizi), supervisione (forma o notturna)
 * indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui si avverte che la persona possiede o è presente nell'abitazione per il

