



**REGOLAMENTO SULL'ATTIVITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
E DI PRESA IN CARICO DELL'UNITA' OPERATIVA DISTRETTUALE
ASSISTENZA ANZIANI ED ETA' ADULTA**

PREMESSA

Il presente regolamento, che disciplina l'attività di valutazione multidimensionale e di presa in carico delle Unità Operative Distrettuali/Assistenza Anziani ed Età Adulta – di seguito denominate U.O.D. - dell'Ulss n. 5 "Ovest Vicentino", è recepito dalla Conferenza dei Sindaci, dall'U.L.S.S. e dalle Amministrazioni Comunali.

Gli Enti di cui sopra si impegnano a rispettare e a far rispettare il presente Regolamento dalle proprie strutture o servizi, nonché dalle altre strutture o servizi che aderiscono alla rete dei servizi.

ART. 1 - DEFINIZIONE

L'attività di valutazione multidimensionale e di presa in carico dell'U.O.D. è lo strumento operativo del Distretto sociosanitario che, secondo la normativa di pianificazione sociosanitaria regionale vigente, è chiamato a garantire l'integrazione della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali a livello territoriale.

L'attività di valutazione multidimensionale e di presa in carico dell'U.O.D. rappresenta l'unica modalità di attivazione della suddetta rete e deve intendersi come una modalità di lavoro e non come un organismo o un servizio.

ART. 2 - OBIETTIVI

Attraverso lo strumento operativo dell'attività di valutazione multidimensionale e di presa in carico dell'U.O.D., il Distretto socio sanitario individua e offre l'attuazione della migliore soluzione possibile per la persona riconosciuta in stato di bisogno sociosanitario, che incontri il gradimento della stessa e ne rispetti la libertà di scelta.

Gli obiettivi specifici di tale strumento operativo sono stabiliti dal Piano di Zona dei servizi sociali e seguono, comunque, i seguenti indirizzi:

- favorire il più a lungo possibile una idonea permanenza della persona in stato di bisogno sociosanitario 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;
- ottimizzare la spesa sociosanitaria.

L'U.O.D. si avvale del metodo valutativo multidimensionale, per cui ciascuna figura professionale è tenuta ad approfondire la valutazione propria del suo campo professionale e a portare conoscenze ed esperienza all'interno del gruppo.

L'U.O.D. propone un progetto assistenziale e riabilitativo avvalendosi di tutta la rete dei servizi presenti nel territorio. Tale progetto può prevedere in particolare:

- la permanenza a domicilio con un programma socio-assistenziale e terapeutico riabilitativo (A.D.I.);
- il temporaneo accesso in Ospedale o Day Hospital per accertamenti e/o cure;
- il temporaneo accesso in struttura residenziale a scopo di recupero e di cura al fine di riattivare le capacità residue;
- l'accesso più lungo e duraturo in struttura residenziale (per la mancanza della famiglia, condizioni sociali particolarmente disagiate, ecc.), quando ogni tentativo di recupero e di permanenza a domicilio sia fallito;
- l'accesso temporaneo presso un servizio di pronta accoglienza; procedure e condizioni per l'inserimento in pronta accoglienza vengono stabilite nell'ALLEGATO al presente regolamento.

Allo scopo di garantire alla persona non autosufficiente una assistenza socio sanitaria sempre più adeguata, il gruppo interistituzionale previsto nel Piano di Zona – Area Anziani, già costituito, predisporrà uno studio approfondito sui servizi esistenti e quelli da attivare.

ART. 3 – AMBITI DI INTERVENTO

3.1 – Destinatari

I destinatari dell'attività di valutazione multidimensionale e di presa in carico dell'U.O.D. sono le persone in stato di bisogno sociosanitario, con particolare riferimento ai soggetti in condizione di dipendenza, condizione che tiene conto anche dell'ambiente di vita quotidiana della persona, oltre che della perdita di autonomia non compensata in qualche modo dal soggetto stesso.

3.2 – Territorio

L'U.O.D. responsabile della valutazione multidimensionale e della presa in carico del caso è quella del Distretto sociosanitario di residenza della persona interessata; in tale ambito si esplica in via generale il progetto socio-assistenziale e riabilitativo elaborato e proposto dalla predetta U.O.D.

Qualora il progetto assistenziale e riabilitativo richieda il ricorso alla rete dei servizi di altri Distretti della stessa ULSS o di altre UU.LL.SS.SS., è necessario il coinvolgimento del Responsabile del Servizio individuato per l'attuazione di detto progetto assistenziale e riabilitativo, che a sua volta è tenuto a informare il Responsabile dell'U.O.D./ del proprio Distretto sociosanitario.

La responsabilità tecnico-professionale e amministrativa nella gestione del caso permane all'U.O.D. di residenza, almeno fino alla prima verifica prevista ai successivi artt. 4 e 8.

3.3 – La Domanda

La domanda di intervento può venire dalla persona in stato di bisogno sociosanitario ovvero, con il consenso informato della persona interessata, dal tutore (in caso di interdizione), da un familiare, dall'assistente sociale interessato al caso, dal medico di medicina generale, dal medico curante, dal soggetto civilmente obbligato, nonché dalle istituzioni che nel territorio operano in ambito socio-sanitario.

La domanda, in qualsiasi punto della rete dei servizi venga presentata, all'interno del Distretto sociosanitario della stessa Ulss o di un'altra Ulss, va inoltrata al Responsabile del Distretto sociosanitario dove è residente la persona interessata, salvo situazioni particolari adeguatamente motivate e documentate; in tal caso, il Responsabile del Distretto sociosanitario dov'è residente la persona interessata deve comunque essere coinvolto nell'elaborazione del progetto individualizzato.

La domanda può contenere l'indicazione dei servizi desiderati per la persona interessata: l'U.O.D. nell'esercizio della funzione valutativa e di presa in carico tiene conto di tale segnalazione alla luce delle risorse disponibili e dei bisogni assistenziali riabilitativi della persona.

Sono valutate dall'U.O.D. tutte le domande che possono prevedere l'attivazione dei servizi indicati al quarto comma del precedente art. 2.

La domanda di intervento viene esaminata preliminarmente dal Responsabile del Distretto; questi individua le figure professionali che dovranno, nel caso specifico, raccogliere i dati necessari alla valutazione multidimensionale, utilizzando lo strumento adottato dalla Regione ed eventuali altri strumenti previsti dagli Enti o organismi partecipanti al Piano di Zona dei Servizi Sociali

Essa deve essere filtrata attraverso un metodo di valutazione multidimensionale e, se può essere adeguatamente soddisfatta da una risposta semplice, può non arrivare alla valutazione della U.O.D.

Devono, invece, essere vagliate dall'U.O.D., tutte le domande che abbisognano di una risposta integrata o che possono prevedere una risposta di istituzionalizzazione.

ART. 4 - COMPITI

I compiti dell'U.O.D. sono:

- la valutazione della situazione riguardante la persona richiedente l'accesso alla rete dei servizi, in modo multidimensionale e multiprofessionale;
- l'elaborazione del progetto socio-assistenziale e sanitario/riabilitativo;
- il seguimento dell'esecuzione del progetto, garantendo i rapporti con gli operatori del Distretto sociosanitario e/o con le diverse strutture o servizi coinvolti;
- la verifica dell'attuazione dei progetti, determinando i tempi e le modalità per il controllo dei risultati;
- la conservazione della documentazione relativa ai casi valutati;
- l'individuazione del Responsabile del caso, che segue successivamente la persona e il progetto socio-assistenziale e sanitario/riabilitativo, proponendo ed effettuando verifiche e riferendo all'U.O.D. sull'andamento del progetto.

L'attività di valutazione e di presa in carico dell'U.O.D. funge da strumento di monitoraggio della rete dei servizi, che consente di fornire le informazioni per lo sviluppo del Piano di Zona dei servizi sociali al coordinamento di cui al successivo art. 6.

ART. 5 - COMPOSIZIONE

Di norma, i componenti dell'U.O.D. sono:

- il Responsabile del Distretto sociosanitario;
- il Medico di medicina generale, o il medico curante, della persona interessata;
- l'Assistente sociale del Comune di residenza della persona interessata. In caso di delega all'Ulss, l'assistente sociale dell'Ulss territorialmente competente e/o l'assistente sociale del Comune;

In base alle esigenze del caso, determinate dalla complessità delle situazioni da valutare e/o dalla consistenza dei servizi da attivare per realizzare il progetto assistenziale, l'U.O.D. viene integrata da:

- il medico specialista per il caso (geriatra, fisiatra, psichiatra, ...);
- il Responsabile della struttura o servizio individuato per l'attuazione del progetto di assistenza, anche se non appartenente al Distretto di competenza;

- altre figure professionali sociali e/o sanitarie fornite di specializzazioni diverse.

Le figure professionali che vi fanno parte devono avere potere decisionale proprio o delegato dal Servizio di appartenenza.

I compiti di segreteria dell'U.O.D. sono svolti da personale amministrativo del Distretto sociosanitario.

ART. 6 – COORDINAMENTO DELLE U.O.D.

Le U.O.D. si dotano dei medesimi strumenti per monitorare l'andamento dei servizi previsti al 4° comma dell'art. 2 del presente regolamento, con particolare riferimento alle risorse utilizzate, agli utenti, alle prestazioni effettuate, alla modulistica adottata.

L'uniformità delle procedure e delle attività di cui al precedente comma 1 verrà realizzata attraverso strumenti e modalità operative appositamente predisposte dal Coordinamento dei Responsabili dei Distretti, d'intesa con il Responsabile dell'Area Anziani, preventivamente approvati dal Direttore Sanitario e dal Direttore dei Servizi Sociali.

Il Coordinamento dei Responsabili dei Distretti trasmette semestralmente al Direttore dei Servizi sociali e al Direttore Sanitario una dettagliata relazione sull'andamento dell'attività di cui sopra.

Il Direttore dei Servizi Sociali dell'Ulss invia annualmente una relazione al Direttore Generale dell'Ulss e al Presidente della Conferenza dei Sindaci sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, in rapporto ai contenuti e agli indirizzi del Piano di Zona.

ART. 7 – METODOLOGIA DI LAVORO

Il Responsabile del Distretto di competenza, verificata la pertinenza e la completezza della domanda ex art. 3, attiva l'U.O.D. per la valutazione multidimensionale e la presa in carico del caso, convocando tutte le figure professionali necessarie a tale scopo.

E' cura di ogni componente dell'U.O.D., convocata in sede valutativa e di presa in carico, raccogliere e fornire tutte le informazioni aggiuntive utili ad effettuare la valutazione del caso, sia rispetto all'analisi della situazione, che rispetto alla disponibilità di risorse attivabili per l'attuazione del progetto.

Il progetto coniuga i bisogni della persona e della sua famiglia con la rete distrettuale dei servizi. La risposta deve avvenire nel rispetto della libertà di scelta della persona e degli obiettivi del Piano di Zona dei Servizi Sociali, ed essere la più efficiente nel rapporto costi/benefici, tenendo conto non solo degli oneri finanziari ma anche dei vantaggi a lungo termine, riferibili a risorse sia familiari che sociali.

E' compito del Responsabile dell'U.O.D. trasmettere l'esito della valutazione multidimensionale al Responsabile della struttura o servizio coinvolto nel progetto, nonché alla persona interessata. In caso di diniego o di risposta diversa dalla domanda dell'interessato, la comunicazione deve contenere le motivazioni della decisione.

L'U.O.D. programma le verifiche del progetto, comprese quelle richieste dal mutamento anche improvviso delle condizioni in essere, utilizzando lo strumento multidimensionale adottato dalla Regione ed eventuali altri strumenti previsti dagli Enti o organismi partecipanti al Piano di Zona dei Servizi Sociali.

Sulla base dell'esito delle valutazioni viene formulata una graduatoria da parte delle singole U.O.D. Detta graduatoria è trasmessa al Responsabile Area Anziani, il quale, d'intesa con i Responsabili dei Distretti sociosanitari, elabora una graduatoria ULSS, che verrà utilizzata secondo le modalità indicate al punto 1.2 dell'ALLEGATO al presente regolamento.

ART. 8 – PROCEDURE, RESPONSABILITA' E TEMPI

L'U.O.D. si riunisce, di norma, a cadenza settimanale e può essere convocata in via straordinaria ogni qualvolta se ne presenti la necessità.

L'U.O.D. è da ritenersi non valida qualora alla riunione siano assenti il Responsabile del Distretto sociosanitario, o il medico di medicina generale (o il medico curante) e/o l'Assistente sociale interessato al caso.

Quando trattasi di un possibile inserimento in C.d.R., alla seduta dell'U.O.D. è invitato anche il responsabile della struttura o suo delegato.

L'U.O.D. elabora il progetto assistenziale e riabilitativo entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento della domanda. Il progetto viene avviato entro venti giorni dalla elaborazione dello stesso, salvo impedimenti o imprevisti da parte della persona interessata o della struttura o servizio proposto: nel qual caso, al fine di garantire comunque la presa in carico della persona, il Distretto sociosanitario attraverso l'U.O.D. avvia il miglior progetto possibile, stante le condizioni del momento. Il progetto prevede verifiche a cadenza almeno semestrale nel primo anno e a cadenza almeno annuale negli anni successivi.

Tutte le attività di valutazione multidimensionale e di presa in carico dell'U.O.D. sono documentate mediante appositi modelli e le relative informazioni raccolte nel Sistema informativo centrale dell'Ulss.

La persona interessata, o chi ne ha titolo, ha facoltà di richiedere la revisione del progetto assistenziale, presentando richiesta motivata e documentata al Responsabile del Distretto sociosanitario entro 15 giorni dall'avvenuta comunicazione dello stesso.

Il mancato rispetto dei termini o la violazione delle procedure previste dal presente Regolamento vanno segnalati al Direttore dei Servizi sociali dell'Ulss.

**ALLEGATO AL "REGOLAMENTO SULL'ATTIVITA' DI VALUTAZIONE
MULTIDIMENSIONALE E DI PRESA IN CARICO DELL'UNITA' OPERATIVA
DISTRETTUALE ASSISTENZA ANZIANI ED ETA' ADULTA"**

In attesa che venga autorizzato dalla Regione Veneto l'utilizzo della scheda di valutazione multidimensionale dell'anziano (S.VA.M.A.) e sulla scorta dell'attività sinora svolta dalle Unità Operative Distrettuali dell'Ulss, si ritiene opportuno – in sintonia con quanto previsto all'ultimo comma dell'articolo 7 del "Regolamento sull'attività di valutazione multidimensionale e di presa in carico dell'Unità Operativa Distrettuale, assistenza anziani ed età adulta" – fornire agli Enti gestori di Case di Riposo le direttive che seguono, concernenti:

1. l'inserimento nelle Case di Riposo;
2. i passaggi fisiologici interni e il trasferimento ad altra Casa di Riposo di soggetto già istituzionalizzato;
3. la pronta accoglienza.

1. INSERIMENTO NELLE CASE DI RIPOSO

Le procedure di accesso alle C.d.R. di seguito indicate sono riferite a soggetti non autosufficienti e/o a soggetti in stato di dipendenza.

- 1.1 La richiesta di inserimento è formulata dall'interessato o da chi ne ha titolo, utilizzando l'allegato Mod. 1 (Richiesta di Attivazione della U.O.D.) a cui è necessario allegare un certificato medico.
Per richieste di accesso estese a più Case di Riposo (qualora l'interessato o chi per esso ne ravvedesse la necessità) è sufficiente un'unica domanda, nella quale vanno indicati, in ordine di preferenza, i vari istituti scelti.
La domanda di cui al Mod. 1 può essere presentata presso uno qualsiasi dei punti della rete dei servizi (Case di Riposo, sedi distrettuali, uffici di assistenza dei Comuni, Ospedale,...), che la trasmetterà alla U.O.D. di competenza. E' facoltà dell'interessato o di chi ne ha titolo indicare una sola, tutte o più preferenze nella scelta della C.d.R.
Sarà compito del personale che riceve la domanda di inserimento in C.d.R. fornire esaurienti spiegazioni sulle modalità di compilazione del Mod. 1.
- 1.2 Le graduatorie di Distretto per l'inserimento nelle C.d.R. – formate a seguito della valutazione da parte della U.O.D. - vanno trasmesse al Referente Area Anziani, il quale procede, d'intesa con i responsabili di Distretto, alla compilazione di un'unica graduatoria Ulss, che sarà inviata alle Case di Riposo.
Nella compilazione di detta graduatoria unica viene indicata la disponibilità dell'ospite ad essere accolto in una, in più o in tutte le strutture, e nell'offerta del posto, si tiene conto, limitatamente alle risorse, delle preferenze espresse dal soggetto, il quale mantiene comunque la posizione nella graduatoria riferita all'Ente con sede nel comune di residenza dello stesso soggetto o con sede più vicina al comune di residenza.
In caso di rinuncia al primo posto disponibile, l'interessato conserva il diritto a rimanere nella graduatoria unica.
- 1.3 I passaggi fisiologici alla non autosufficienza interni delle case di riposo sono privilegiati rispetto alla graduatoria generale dell'Ulss. La medesima graduatoria

generale deve tenere conto dei vincoli statutari e regolamentari delle case di riposo con riferimento particolare ai diritti di precedenza già previsti dagli statuti e dai regolamenti delle strutture protette.

L'inserimento dell'ospite nella struttura protetta potrà inoltre essere attuato solo se compatibile con l'organizzazione dei servizi e con gli statuti e i regolamenti delle strutture protette.

La compatibilità con l'organizzazione viene determinata urgentemente dalla U.O.I.

2. PASSAGGI FISIOLGICI INTERNI E TRASFERIMENTO AD ALTRA C.d.R DI SOGGETTO GIA' ISTITUZIONALIZZATO

2.1 Per quanto riguarda i passaggi fisiologici interni si procede come segue:

- la proposta è avanzata dalla U.O.I. che, insieme alla richiesta di attivazione (Mod. 2), invia alla U.O.D. anche il programma terapeutico-riabilitativo;
- il geriatra dell'U.O.D. procede alla valutazione di competenza, compilando le schede: sanitaria e regionale;
- il caso è esaminato in seduta U.O.D. e l'esito comunicato contestualmente all'Area Anziani e alla C.d.R..

2.2 Per quanto concerne il trasferimento ad altre Case di Riposo di soggetto già istituzionalizzato:

- la richiesta deve essere adeguatamente motivata,
- va effettuata la valutazione multidimensionale,
- la U.O.D. comunica alla C.d.R. l'esito della valutazione e il relativo punteggio ai fini dell'inserimento nella graduatoria.

3. PRONTA ACCOGLIENZA

3.1 Il servizio di pronta accoglienza ha la funzione di prendere in carico con tempestività situazioni di emergenza e di urgenza, che si caratterizzano per un bisogno immediato e temporaneo di ospitalità, mantenimento e protezione.

E' funzionalmente collegato con le strutture sociali e sanitarie del territorio e deve consentire, con la risposta immediata alla situazione di emergenza e/o dipendenza, una valutazione della problematica generale dell'utente, l'erogazione di prestazioni di recupero e di riabilitazione, l'individuazione delle risposte più adeguate e risolutive della situazione dell'utente.

3.2 Il servizio di pronta accoglienza è finalizzato ad ospitare soggetti in situazione di emergenza per cause diverse e tali da rendere i soggetti stessi in condizione di dipendenza e/o di non autosufficienza.

3.3 In particolare, destinatari del servizio di pronta accoglienza sono i soggetti che presentano una delle seguenti esigenze:

- urgenza socio-assistenziale
- trattamento terapeutico temporaneo

- attesa di istituzionalizzazione
- attuazione di dimissione ospedaliera protetta
- attuazione del "modulo respiro".

3.4 L'individuazione dei predetti soggetti viene effettuata dalle U.O.D., le quali segnalano i nominativi all'Area Anziani, che provvede al conseguente inserimento in pronta accoglienza.

L'inserimento dei casi di pronta accoglienza non è subordinato ai diritti di precedenza previsti dalle norme statutarie delle case di riposo.

L'inserimento dell'ospite nella struttura protetta va attuato tenuto conto della organizzazione complessiva della C.d.R. e della valutazione dell'U.O.I.

In caso di parità di punteggio, si applica il criterio cronologico della presentazione della domanda.

Trattandosi di prima attivazione della Pronta Accoglienza è prevista una fase sperimentale, della durata di mesi sei dall'inizio dell'attività, al fine di consentire una valutazione complessiva dell'esperienza, i risultati ottenuti in rapporto a quelli attesi con particolare riguardo agli aspetti organizzativi propri delle Case di Riposo.

3.5 La permanenza degli ospiti in pronta accoglienza non deve superare, di norma, il trimestre, arco di tempo ritenuto sufficiente per giungere a soluzioni adeguate.

3.6 La valutazione della situazione di quei soggetti per i quali l'U.O.D. propone l'inserimento in pronta accoglienza deve prevedere, tra le altre cose, l'individuazione della soluzione più adeguata alle necessità del soggetto, una volta trascorso il tempo stabilito per la pronta accoglienza. In caso di impossibilità, l'U.O.D. provvede, mediante aggiornamenti sul caso, alla individuazione di una soluzione idonea per il soggetto, prima dello scadere del periodo previsto.

3.7 Il costo della retta giornaliera viene sostenuto dall'Ulss con le modalità indicate all'art. 1 della convenzione.

Al momento del rinnovo annuale della convenzione, l'Ulss, le Amministrazioni Comunali, le IPAB concordano, sulla base delle direttive regionali, l'ammontare della retta giornaliera per singolo posto di pronta accoglienza. L'importo di detta retta viene applicato in misura uguale per tutti i posti di pronta accoglienza, relativamente alle spese alberghiere.

L'Ulss sostiene l'onere delle spese sanitarie e di rilievo sanitario per tutti i posti di pronta accoglienza per 365 giorni all'anno.

Le Amministrazioni Comunali costituiscono un fondo comune trasferendo all'Ulss il 20% del costo alberghiero della retta giornaliera per il numero dei posti letto di pronta accoglienza autorizzati per ogni anno di riferimento. Per il semestre luglio-dicembre 1999 sono previsti n. 7 posti letto. Il fondo comune è finalizzato a pagare alle Case di Riposo interessate unicamente il vuoto per pieno, mentre le Amministrazioni Comunali provvedono al recupero diretto della contribuzione a carico degli interessati e/o familiari, nonché al pagamento dell'eventuale differenza tra la suddetta contribuzione e il costo alberghiero della retta.

Ogni Amministrazione Comunale interessata concorre alla costituzione di detto fondo con una quota per abitante, calcolata dividendo la spesa alberghiera annuale prevista, in ragione dei posti di p.a. messi a disposizione, per il numero degli abitanti dei Comuni interessati.

I trasferimenti all'Ulss delle risorse per la costituzione del fondo comune devono avvenire entro il mese di gennaio di ogni anno. Per l'anno in corso, detto trasferimento dovrà essere effettuato entro il mese di luglio.

3.8 Al fine di rendere efficiente ed efficace il servizio devono intercorrere rapporti di massima collaborazione tra l'Ente gestore della Casa di Riposo, l'Ente locale e l'Ulss. A tale scopo i criteri e le modalità per il recupero o la rivalsa da parte delle Amministrazioni Comunali della contribuzione a carico degli interessati e/o familiari vengono definiti da un apposito gruppo di lavoro composto da:

- un operatore comunale per ciascun distretto, designato dalle Amministrazioni Comunali del medesimo distretto;
- un operatore delle Case di Riposo per ciascun distretto, designato dalle Case di Riposo operanti nel distretto;
- due operatori Ulss, designati dal Direttore Generale.

RESPONSABILE UNITA' OPERATIVA DISTRETTUALE /Ass. A. e E.A.

Richiesta di attivazione

Il sottoscritto _____

<input type="checkbox"/>	Diretto interessato
<input type="checkbox"/>	Medico curante
<input type="checkbox"/>	Medico ospedaliero - Ospedale _____ Servizio _____
<input type="checkbox"/>	Assistente sociale: <input type="checkbox"/> ULSS <input type="checkbox"/> Comune _____ <input type="checkbox"/> C.di R. _____
<input type="checkbox"/>	Familiare: <input type="checkbox"/> figlio <input type="checkbox"/> coniuge <input type="checkbox"/> fratello <input type="checkbox"/> altro _____
<input type="checkbox"/>	Altro: _____

Chiede di attivare l'Unità Operativa Distrettuale per la formulazione e l'attuazione del progetto terapeutico-riabilitativo per il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ residente a _____ via _____ telefono _____ in _____

1^ valutazione rivalutazione passaggio fis. Interno trasferimento C. di R.

Eventuali opzioni per il/la Servizio/struttura di destinazione:

Casa di Riposo:

Distretto NORD	Villa Serena	<input type="checkbox"/>
	Fondazione Marzotto	<input type="checkbox"/>
	Cornedo	<input type="checkbox"/>
	Trissino	<input type="checkbox"/>
Distretto CENTRO	Arzignano	<input type="checkbox"/>
	Montecchio	<input type="checkbox"/>
	Brendola	<input type="checkbox"/>
	Chiampo	<input type="checkbox"/>
Distretto SUD	Lonigo	<input type="checkbox"/>
	Montebello	<input type="checkbox"/>
	Meledo	<input type="checkbox"/>

N.B. Sono possibili 3 opzioni:

1. la scelta di un solo istituto scrivendo 1 nella casella di riferimento;
2. la preferenza per più istituti per indicare i quali si possono usare i valori da 1 a 11 dove 1 = priorità massima e 11 = priorità minima;
3. la scelta di tutti gli istituti della Uiss, quando non sia stato adottato un criterio di priorità, indicando sempre il valore 1 in tutte le caselle.

R.S.A.

Centro Diruno

A.D.I.

- Pronta Accoglienza
- per urgenza sociale
 - trattamento terapeutico temporaneo
 - attesa di istituzionalizzazione
 - attivazione di dimissione
ospedaliera protetta
 - attivazione del "modulo respiro"
 - altro _____

Altro _____

L'assistito esprime consenso informato.

Si allegano n. _____ documenti/certificati.

Persona di riferimento:

Nominativo _____ recapito _____ tel. _____

Familiare Operatore Servizi Altro _____

Data: _____

Visto, il Responsabile della U.O.D.

Casa di Riposo

Mod. 2

Data

RICHIESTA DI PASSAGGIO FISILOGICO INTERNO

COGNOME E NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

DATA D'ENTRATA

DIAGNOSI D'ENTRATA CON RELATIVA VALUTAZIONE SCHEDA REGIONALE:

.....

.....

PROGETTO DI INTERVENTO INIZIALE:

.....

.....

MOTIVAZIONI PER CUI LA U.O.I. RITENE ATTUALMENTE OPPORTUNO IL
PASSAGGIO FISILOGICO INTERNO

.....

.....

NOSTRA PROPOSTA DI PROGETTO DI INTERVENTO

.....

.....

.....

.....

.....

(Medico della Casa di Riposo)

(Direttore)

.....
(Coordinatore U.O.I.)

