

 REGIONE CAMPANIA	S.V.A.M.Di. SCHEDA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE - DISABILI SCHEDA D CARTELLA U.V.I.
--	--

Nome e Cognome _____ Data di Nascita ____/____/____

CODICE FISCALE

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

N. Tessera Sanitaria

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

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

Residenza:

Domicilio:

Comune: **Prov.:**

Recapiti telefonici:

Medico curante _____

Recapiti _____

Assistente Sociale _____ Comune di _____

Recapiti _____

Persona di riferimento _____

Indirizzo: _____

Recapiti: _____

Grado di parentela: _____

Altro (Amministratore di sostegno, tutore giudice): _____

Nominativo: _____

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'EROGAZIONE DEI SERVIZI:

Attualmente in carico presso: _____

Attualmente fruisce dei seguenti servizi/prestazioni:

- **di tipo sociale:** _____
- **di tipo sanitario:** _____
- **di tipo sociosanitario:** _____

Altro: specificare _____

In caso di presenza in struttura residenziale/semiresidenziale, specificare:

Tipologia, denominazione e luogo _____

Tipo valutazione _____

valutazione all'ammissione rivalutazione periodica rivalutazione straordinaria

Motivo rivalutazione

scadenza del periodo previsto variazione nelle condizioni del paziente

DIAGNOSI DELLE PRINCIPALI CONDIZIONI DI SALUTE

(riportare codice a cinque cifre già riportato nella scheda B)

	Patologia	ICD 9CM
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

VALUTAZIONE IN SEDE U.V.I.

Valutazione Sociale-VSOC			
Condizione	Ben assistito	Parzialmente assistito	Non sufficientemente assistito
Punteggio (PSOC)	1	2	3

PROFILO DELL'AUTONOMIA

NECESSITA' di ASSISTENZA SANITARIA

PSAN	VSAN	
1	Bassa	Punteggio = 0 - 5
2	Intermedia	Punteggio = 10 - 20
3	Elevata	Punteggio ≥ 50 - 60

SITUAZIONE COGNITIVA E COMPORTAMENTALE

PCOG	VCOG	
01	Capace di autodeterminarsi	Indicativamente: punteggio VCOG1= 0-3 VCOG2 = 2
02	Parzialmente Capace di autodeterminarsi	Indicativamente: punteggio VCOG1 = 4-8 VCOG2 = 3
03	Incapace di autodeterminarsi	Indicativamente: punteggio VCOG1 = 9-10 VCOG2 = 4
04	Problemi comportamentali prevalenti punteggio VCOG3 = 4	

Per il conferimento dei dati ai sistemi informativi nazionali la valutazione VCOG viene separata come segue, ovvero si riportano in modo distinto i punteggi per la valutazione della situazione cognitiva e per la situazione comportamentale:

AREA COGNITIVA		
Valori ammessi		
01	Disturbi lievi	Indicativamente: punteggio VCOG1 = 0-3 VCOG2 = 2
02	Disturbi moderati	Indicativamente: punteggio VCOG1 = 4-8 VCOG2 = 3
03	Disturbi gravi	Indicativamente: punteggio VCOG1 = 9-10 VCOG2 = 4

AREA COMPORTAMENTALE		
Valori ammessi		
01	Disturbi assenti	in caso di VCOG 3 pari a 0
02	Disturbi presenti	in caso di punteggio VCOG 3 pari a 4

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

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

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

CODICE PROFILO __ / __ / __ / __ / __

Codice Profilo	PSAN			PCOG				PMOB			PADL			PSOC		
	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	1	2	3

VERBALE U.V.I.

SINTESI DEI ROBLEMI ATTUALI RILEVATI:

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

CODIFICA PROGETTO ASSISTENZIALE

01	ACCOGLIENZA IN RESIDENZA(RSA)	06	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
02	OSPITALITA' TEMPORANEA RIABILITATIVA	07	LA RETE ATTUALE RISPONDE AI BISOGNI / CONFERMA P.A.I.
03	OSPITALITA' TEMPORANEA SOCIALE	08	STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIALI
04	CENTRO DIURNO (RSA A CICLO DIURNO)	09	CENTRO SOCIALE POLIFUNZIONALE
05	ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE-SAD	10	ALTRE FORME DI ASSISTENZA

ALLEGATO D

Durata progetto assistenziale		Data rivalutazione prevista	
Tariffa applicata		% Quota SSR	% Quota ente locale
			%Quota Utente

Convocati	Presenti	Partecipanti	Ente	Nome	Firma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resp. U.O.di competenza			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MMG/PLS			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ass.sociale			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medico Specialista			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Il responsabile del caso sarà:
Attivazione dei servizi
Data di valutazione:

Firma dell'utente o Amministratore di sostegno, tutore, giudice: