



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato B - Linee di indirizzo Ritornare a casa e Interventi disabilità gravissime

Modello VERBALE UVT

Azienda Sanitaria di _____
Unità di Valutazione Territoriale
Verbale n° _____ del _____

Progetto "Ritornare a casa" e "Interventi Disabilità gravissime" DGR n. _____

1° ANNUALITA' - RINNOVO

Cognome/Nome	Luogo e data nascita	Residenza

Sintesi dei problemi socio sanitari attuali rilevati

Patologia principale _____

Scale di valutazione:

ADL : Classe 0 1 2 3

CIRS : **Indice severità a 14 item** _____ **Indice comorbilità a 14 item** _____

BARTHEL INDEX: (0-100) _____

Karnofsky : 10 20 30 40 50

CDRs : 3 4 5

Valutazione del grado di disabilità nelle malattie neurologiche ad interessamento neuromuscolare: funzioni compromesse. Tabella DGR 32/76 del 24.7.2012

Funzioni compromesse : colonna C n. _____ colonna D n. _____

Obiettivi:

Permanenza a domicilio

Sulla base della documentazione agli atti e di quanto emerso dalla valutazione multidimensionale, l'unità di valutazione territoriale distrettuale prende le seguenti decisioni:

Si approva il progetto allegato riferito a persona inserita in cure domiciliari con livello assistenziale MOLTO ELEVATO

1° livello assistenziale

- Persona dimessa da strutture residenziali a carattere sociale e/o sociosanitario dopo un periodo di ricovero non inferiore a 12 mesi;
- Persona che a seguito di una malattia neoplastica si trovi nella fase terminale, clinicamente documentabile, della vita;
- Persona con grave stato di demenza valutato sulla base della scala CDRs con punteggio 5;
- Persona con patologia non reversibile (degenerative e non degenerative con altissimo grado di disabilità);
- Persona con patologie ad andamento cronico degenerativo con pluripatologia (valutata sulla base della scala CIRS a 14 item, con indice di severità maggiore o uguale a 4 e con indice di comorbilità maggiore di 3) e con almeno altre due patologie, non concorrenti, oltre la principale.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato B - Linee di indirizzo Ritornare a casa e Interventi disabilità gravissime

Modello VERBALE UVT

Azienda Sanitaria di _____
Unità di Valutazione Territoriale
Verbale n° _____ del _____

non si approva il progetto allegato (*assistito non rientrante nelle categorie previste dalla Deliberazione RAS n-----*)

2° livello assistenziale

Si approva il progetto allegato riferito a persona inserita in cure domiciliari di terzo livello con le seguenti funzioni vitali compromesse :

- a) grave compromissione delle funzioni respiratorie _____;
- b) grave compromissione delle funzioni nutrizionali _____;
- c) perdita completa della funzione deambulatoria autonoma _____;
- d) grave compromissione dello stato di coscienza _____;

non si approva il progetto allegato (*assistito non rientrante nelle categorie previste dalla Deliberazione RAS n-----*)

3° livello assistenziale

Si approva il progetto allegato riferito a persona inserita in cure domiciliari di terzo livello con le seguenti funzioni vitali compromesse :

- a) grave compromissione delle funzioni respiratorie _____;
- b) grave compromissione delle funzioni nutrizionali _____;
- c) perdita completa della funzione deambulatoria autonoma _____;
- d) grave compromissione dello stato di coscienza _____;

non si approva il progetto allegato (*assistito non rientrante nelle categorie previste dalla Deliberazione RAS n-----*)

Convocati	Presenti	Partecipanti	Nome	Firma
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	Responsabile UVT		
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	Medico di Distretto		
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Medico di Medicina Generale		
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Coordinatore Infermieristico ASL		
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Ass. Sociale ASL		
6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	Ass. Sociale Comune		
7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	Segretario		
8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	Utente/Tutore/Amm. sostegno		
Consenso Informato		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
data: _____			Timbro e firma del Dirigente U.V.T.	