



**RICHIESTA DI VALUTAZIONE DELL'UNITA' VALUTATIVA INTEGRATA PER  
L'AMMISSIONE NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI DEL DISTRETTO DI ANCONA  
(CI, RSA, RP)**

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa..... Data .....

MEDICO DI MEDICINA GENERALE [tel.....]

DIRIGENTE MEDICO U.O. OSPEDALE ..... [ tel.....]

**Richiede la valutazione UVI per:**

Cognome e Nome.....

nato il ..... città ..... prov.(.....)

residenza..... Tel.....

Referente (cognome, nome, qualifica)..... Tel.....

L' utente è attualmente assistito :

a domicilio  in ospedale dal.....presso.....

in (specificare tipologia setting)..... dal.....presso .....

**REQUISITI DI AMMISSIONE IN STRUTTURA RESIDENZIALE (CI, RSA, RP)**

Non autosufficienza

Non assistibilità a domicilio

Presenza di disabilità o di patologie croniche stabilizzate multiproblematiche o di esiti invalidanti (temporanei o permanenti) che necessitano di prestazioni sanitarie (assistenziali, curative e/o riabilitative) e socio-assistenziali da parte di personale qualificato \_\_\_\_\_

ricovero di sollievo

Pazienti post-acuti o cronici riacutizzati per lo più anziani con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica.

Condizioni compatibili con la possibilità di prossimo trasferimento del paziente ad altro regime assistenziale e con obiettivi di miglioramento delle condizioni sanitarie raggiungibili nell'arco del periodo massimo consentito per il ricovero .

Pazienti adulti, caratterizzati da non autosufficienza, anche temporanea, nella fase della malattia in cui non sono richiesti un elevato impegno tecnologico e la presenza/assistenza medica continuativa nell'arco delle 24 ore come in un ricovero per acuti.

Pazienti dimissibili dall'ospedale con malattia diagnosticata stabilizzata dal punto di vista clinico , ma che non può essere trattata in un semplice regime ambulatoriale, domiciliare o di lungo assistenza/mantenimento.

Pazienti provenienti dal proprio domicilio (o strutture residenziali di bassa intensità assistenziale) con patologie tali da non poter essere seguiti adeguatamente in Cure Domiciliari Integrate

Pazienti vulnerabili alle complicanze post-ricovero ospedaliero, in termini di perdita dell'autonomia come conseguenza della malattia acuta (disease-related) o dell' inappropriato allettamento e della prolungata inattività fisica (disuse-related).

Pazienti con necessità di terapia con farmaci H, ma stabili dal punto di vista clinico.

## Descrizione delle problematiche assistenziali e sanitarie attive

PAZIENTE Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data compilazione \_\_\_\_\_ Firma operatore compilatore \_\_\_\_\_

**Diagnosi principale**.....

**Diagnosi secondarie**.....

**Terapia in atto (indicare il farmaco in uso e la posologia):**.....

**Terapia del dolore**.....

**Farmaco con piano terapeutico**.....

<b>RESPIRAZIONE/ AUSILI</b>	<input type="checkbox"/> Eupnea <input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo <input type="checkbox"/> Dispnea a riposo <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia l/min _____ <input type="checkbox"/> Necessarie aspirazioni secrezioni <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Respiratore <input type="checkbox"/> Tracheostomia (tipo _____ misura _____)
<b>ALIMENTAZIONE</b>	<input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> SNG posizionato il _____ PEG/PEG-J posizionata il _____ <input type="checkbox"/> Parenterale
<b>DENTATURA</b>	<input type="checkbox"/> Propria <input type="checkbox"/> protesi <input type="checkbox"/> altro _____
<b>DEGLUTIZIONE</b>	<input type="checkbox"/> Disfagia a solidi <input type="checkbox"/> disfagia a liquidi <input type="checkbox"/> deglutizione normale
<b>DIETA</b>	<input type="checkbox"/> Dieta speciale _____ <input type="checkbox"/> Restrizione dietetiche _____
<b>OBESITA' III CLASSE</b>	<input type="checkbox"/> Si    Peso Kg _____ <input type="checkbox"/> No
<b>ELIMINAZIONE URINARIA/AUSILI</b>	<input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> Alterazione urinaria _____ <input type="checkbox"/> catetere vescicale tipo _____ Ch _____ <input type="checkbox"/> Pannolone mis. _____ <input type="checkbox"/> urocontrol <input type="checkbox"/> Stomia urinaria (tipo _____ mis. _____) <input type="checkbox"/> Drenaggio _____
<b>ELIMINAZIONE INTESTINALE/AUSILI</b>	<input type="checkbox"/> Alterazione eliminazione intestinale: _____ <input type="checkbox"/> Utilizzo lassativi o clisteri evacuativi <input type="checkbox"/> Pannolone mis _____ <input type="checkbox"/> colonstomia /ileostomia (tipo _____ misura _____) <input type="checkbox"/> Drenaggio _____
<b>MOBILITA'</b>	<input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> con ausili <input type="checkbox"/> con aiuto <input type="checkbox"/> allettato <input type="checkbox"/> letto/poltrona <input type="checkbox"/> postura obbligata per patologia <input type="checkbox"/> altro
<b>STATO NEUROPSICHICO</b>	<input type="checkbox"/> Vigile e collaborante <input type="checkbox"/> orientato <input type="checkbox"/> disorientato <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> deficit cognitivo <input type="checkbox"/> non risponde <input type="checkbox"/> Capacità di comprendere e comunicare informazioni <input type="checkbox"/> Disturbi comportamentali, se si quali _____
<b>CAPACITA' SENSORIALI DI COMUNICAZIONE</b>	<input type="checkbox"/> Non disturbi <input type="checkbox"/> Disturbi del linguaggio: <input type="checkbox"/> afasia <input type="checkbox"/> disartria <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> Disturbi dell'udito <input type="checkbox"/> Disturbi della vista
<b>PRESIDI/ DISPOSITIVI</b>	<input type="checkbox"/> Drenaggi (tipo e sede) _____ <input type="checkbox"/> CVP posizionato il _____ <input type="checkbox"/> CVC in sede _____ tipo _____ posizionato il _____ <input type="checkbox"/> PICC in sede _____ tipo _____ posizionato il _____ <input type="checkbox"/> MIDLINE in sede _____ tipo _____ posizionato il _____

<b>CUTE</b>	<input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Presenza dei fattori di rischio di compromissione dell'integrità cutanea Rischio basso medio alto <input type="checkbox"/> Presenza di segni di lesioni da pressione (stadiazione): sede Lesione _____ Stadiazione I II III IV sede Lesione _____ Stadiazione I II III IV sede Lesione _____ Stadiazione I II III IV sede Lesione _____ Stadiazione I II III IV <input type="checkbox"/> Ferite chirurgiche <input type="checkbox"/> ulcere distrofiche <input type="checkbox"/> presenza di lividi <input type="checkbox"/> presenza edemi specificare _____ <input type="checkbox"/> Presenza di altre lesioni, descrivere _____
<b>UTILIZZO MEZZI DI CONTENZIONE:</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, quale.....
<b>PRESENZA DI DOLORE:</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
<b>INFEZIONI IN ATTO:</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, quale.....
<b>NECESSITA ISOLAMENTO:</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, quale.....
<b>ATTIVITA' GESTIONE DELLA PERSONA</b>	
<input type="checkbox"/> Completamente autonomo (livello 1) <input type="checkbox"/> richiede l'uso di ausili (livello 2) <input type="checkbox"/> Richiede la supervisione di un'altra persona (livello 3) <input type="checkbox"/> richiede l'assistenza di un'altra persona (livello 4) <input type="checkbox"/> E' dipendente e non partecipa (livello 5)	Alimentazione livello _____ Igiene della persona livello _____ Fare il bagno livello _____ Vestirsi livello _____ Deambulazione livello _____ Cura dell'aspetto livello _____ Mobilità nel letto livello _____

**PRESIDI E AUSILI**

Necessità di (barrare tutti i presidi necessari):

 Letto ortopedico  Materasso antidecubito  Sponde per letto  Carrozzina  Deambulatore
**IDA: indice dipendenza assistenziale**

ALIMENTAZIONE IDRATAZIONE		ELIMINAZIONE ALVO URINE		IGIENE E CONFORT		MOBILIZZAZIONE	
1	NPT o NET	1	Incontinenza urinaria e dell'alvo permanente	1	Intera igiene corporea a letto senza l'aiuto del pz	1	Allettato
2	Deve essere imboccato	2	Incontinenza urinaria e dell'alvo occasionale	2	Intera igiene corporea a letto con l'aiuto del pz	2	Mobilizzazione su poltrona
3	Necessita di aiuto per alimentarsi	3	Catetere vescicale a permanenza	3	Igiene intima a letto, indipendente nell'uso dei servizi	3	Cammina con l'aiuto di una o più persone
4	Autonomo	4	Autonomo	4	Autosufficiente	4	Autonomo
PROCEDURE DIAGNOSTICHE				PROCEDURE TERAPEUTICHE		PERCEZIONE SENSORIALE	
1	Monitoraggio dei parametri vitali continuo			1	Catetere venoso centrale per infusione continua nelle 24h	1	Stato soporoso/coma
2	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi inferiori a 1 h			2	CVC o periferico per infusione non continua	2	Disorientamento temporo-spaziale continuo, uso di sedativi giorno e notte
3	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi superiori a 1 h			3	Terapia per os, im, ev (comprese le fleboclii)	3	Disorientamento temporo-spaziale occasionale, dorme di notte con o senza sedativi
4	Esami diagnostici di routine ed altri accertamenti			4	Terapia solo per os o nessuna terapia	4	Paziente vigile e orientato, non necessita di alcun sedativo a notte
Punteggio totale _____ Punteggio da 7 a 11: <b>ALTA</b> dipendenza assistenziale (2) Punteggio da 12 a 19: <b>MEDIA</b> dipendenza assistenziale (1) Punteggio da 20 a 28: <b>BASSA</b> dipendenza assistenziale (0) <b>N.B. Procedure diagnostiche: 1-2 non idoneo per ricovero in cure intermedie.</b>							

**SCALA NEWS**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data compilazione \_\_\_\_\_ Firma operatore compilatore \_\_\_\_\_

PARAMETRI FISIOLGICI	3	2	1	0	1	2	3	punteggio
Frequenza del respiro	<=8		9-11	12-20		21-24	>=25	
Saturazione d'ossigeno	<=91	92-93	94-95	>=96				
Ossigeno supplementare								
Temperatura corporea	<=35,0		35,1 - 36,0	36,1 - 38,0	38.1 - 39,0	>=39,1		
Pressione sistolica	<=90	91-100	101 -110	111 - 219			>=220	
Frequenza cardiaca	<=40		41-50	51 -90	91 - 110	111 - 130	>=131	
Stato di coscienza				vigile			richiamo verbale, dolore provocato, coma	
Punteggio totale								

**N.B.**I sei punteggi devono essere sommati e, nel caso sia necessario l'ossigeno terapia, deve essere aggiunto il punteggio di due.

Punteggio NEWS	Rischio clinico
0	basso
1 - 4 di somma	
ALLARME ROSSO (quando un solo parametro raggiunge il numero di 3)	medio
5-6 di somma	
-7	alto

Data..... FIRMA DEL MEDICO .....

**ASPETTI SOCIO-ASSISTENZIALI**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

**Scheda A****CONDIZIONE SOCIOFAMILIARE**

- Vive solo
- Vive con il coniuge autonomo
- Soggetto istituzionalizzato
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_
- Vive con il coniuge non autonomo
- Vive con persone che forniscono assistenza continuativa (familiari, badante)
- Può usufruire di persone che forniscono assistenza per alcune ore durante il ricovero (familiari, badante, volontari)

**CONDIZIONE ABITATIVA**

## ABITAZIONE:

 Di proprietà;  Affitto : € \_\_\_\_\_;  Altro (specificare) \_\_\_\_\_PRESENZA DI BARRIERE ARCHITETTONICHE:  NO  SI  interne  esterne**Scheda B****CONDIZIONE ECONOMICA**

Titolare di pensione  SI  NO

Invalità civile  SI \_\_\_\_\_%  NO

Assegno di accompagnamento  SI  NO

In corso  SI  NO

Totale reddito mensile: € \_\_\_\_\_

In carico ai servizi sociali comunali  
Ass.Soc. \_\_\_\_\_

**SERVIZI TERRITORIALI GIA' ATTIVI:**

- SAD
- Assegno di cura
- Cure domiciliari
- Fornitura presidi/ausili:  
\_\_\_\_\_

**Scheda C****VALUTAZIONE SOCIALE**


Data di compilazione \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



**RICHIESTA DI VALUTAZIONE DELL'UNITA' VALUTATIVA INTEGRATA PER  
L'AMMISSIONE NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI DEL DISTRETTO DI ANCONA  
(CI, RSA, RP)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ via/ piazza \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_

**in qualità di**

- Interessato  
 Familiare ( \_\_\_\_\_ ) o altro caregiver  
 Legale rappresentante ( \_\_\_\_\_ )

Del Sig. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- Di accettare la procedura di valutazione finalizzata all'ammissione nelle strutture residenziali convenzionate con il Distretto di Ancona
- Di essere stato informato sulle norme che regolamentano il sistema di compartecipazione alla spesa
- Di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo Privacy 2016/679

Data e luogo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA ALL'UVI**

Vista la richiesta del MMG/DIRIGENTE MEDICO U.O. OSPEDALE e sulla base della documentazione sanitaria acquisita e della valutazione multidimensionale si giudica l'assistito \_\_\_\_\_

- IDONEO AL RICOVERO IN :  
 C.I.  
 RSA  
 RP  
 NON IDONEO AL RICOVERO IN STRUTTURA RESIDENZIALE

Data e luogo.....

Per L'Unità di Valutazione Distretto di Ancona

Firma del Responsabile.....

**AUTORIZZAZIONE ALLA TRASMISSIONE DELLA VALUTAZIONE**

Il sottoscritto ..... visto l'esito di cui sopra, autorizza l'UVI a trasmettere l'esito della valutazione alle seguenti strutture:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_