

indicare se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ - frazione _____

telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Medico di Medicina Generale, dr. _____

2. Per la seguente tipologia di Impegnativa di Cura Domiciliare:

- Impegnativa di Cura Domiciliare di **basso bisogno assistenziale (ICDb)**
- Impegnativa di Cura Domiciliare di **medio bisogno assistenziale (ICDm)**
- Impegnativa di Cura Domiciliare per i **servizi con alto bisogno assistenziale (ICDa)**
- Impegnativa di Cura Domiciliare per utenti **con grave disabilità psichica e intellettiva (ICDp)**
- Impegnativa di Cura Domiciliare per utenti **con grave disabilità fisica e motoria (ICDf)**

3. A tal fine, il sottoscritto dichiara:

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000:

- 1) che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
- 2) l'impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza a favore della persona interessata presso il suo domicilio;
- 3) la disponibilità propria e dei familiari a collaborare con le persone incaricate a raccogliere informazioni sulla condizione della persona non autosufficiente, fornendo con correttezza le informazioni richieste;
- 4) nel caso di persona affetta da demenza accompagnata da gravi disturbi comportamentali, dichiara la disponibilità propria e dei familiari a collaborare nella valutazione delle condizioni cliniche della persona interessata, con le seguenti modalità:
 - a. disponibilità ad accompagnare presso la sede che sarà indicata dall'Azienda ULSS;
 - b. disponibilità presso il domicilio della persona interessata, per impossibilità della stessa ad essere trasportata;
- 5) che la famiglia (o la persona interessata) sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona non autosufficiente sopra indicata da parte di assistente familiare (o personale), come previsto dalla vigente normativa nazionale;
- 6) di essere a conoscenza che la mancata presentazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica o dell'Attestazione ai fini ISEE, di cui al punto 6), comporta l'esclusione dal beneficio;
- 7) di essere a conoscenza che la mancata accettazione al trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla precedente domanda come da allegato 5 comporta l'esclusione dal beneficio;
- 8) che la persona di riferimento é:

(cognome e nome) _____

nato/a a _____ (____) il |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

residente nel Comune di _____ (____)

**CHECK-LIST DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA EROGATA
A SOGGETTI BENEFICIARI DI IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE (ICD)**

Attività	Controllo effettuato	Adeguatezza	Note o commenti
01.Pulizia e igiene della persona	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
02.Situazione vestiario e calzature	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
03.Presidi per la mobilità della persona / ausili	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
04.Convivenza con altre persone	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
05.Situazione nutrizionale della persona	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
06.Presenti in casa farmaci prescritti o da banco	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
07.Farmaci in ordine con evidenza di somministrazione regolare	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
08.Sorveglianza sull'incolumità della persona	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
09.Evidenza di preparazione pasti caldi*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
10.Disponibilità cibo in casa*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
11.Convivenza con animali domestici*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
12.Sicurezza ambientale (rischio cadute, infortuni)*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
13.Pulizia della casa*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
14.Riordino della casa*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
15.Riscaldamento (inverno)*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
16.Condizionamento (estate)*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
17.Compagnia, supporto anche da persone non conviventi*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
18.Sicurezza ambientale (altri rischi)*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
19.Utenze (gas, energia el., acqua, telefono)*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
20.Altre situazioni di rilievo (specificare: _____)*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
21.Altre situazioni di rilievo (specificare: _____)*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	

* Facoltativo per ICDA e ICDp

In fede,

Luogo, _____

Data |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_|_|_|

Il dichiarante

(firma leggibile)

Allegata copia del documento di identità.

Annotazione estremi del documento di identità:

Tipo: Carta di identità, Patente di guida, Altro (_____)

Numero: _____

Rilasciato il |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_|_|_| da _____



ICDb

IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE CON BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE - SCHEDA DI RACCOLTA DATI¹

(cognome e nome) _____
 nato/a a _____ (____) il |_|_|||_|_|||_|_|_|_|_|
 Codice Fiscale |_|_|_|_|||_|_|_|_|||_|_|_|_|_|
 residente nel Comune di _____ (____)
 in via _____ n. _____ - frazione _____
 telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

indicare se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di _____ (____)
 in via _____ n. _____ - frazione _____
 telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Medico di Medicina Generale, dr. _____

L'utente è preso in carico in ADI: sì, no

Impegnativa di cura verrà erogata in forma di: contributo economico, servizi tutelari domiciliari (per l'ICDb le opzioni sono cumulabili)

Punteggio totale SVaMA modificata / semplificata	_ _	A
Valore ISEE €	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ,00	B
Punteggio ISEE $C = [ISEE_{max}^2 / ISEE^3]$		C
Punteggio per l'inserimento in graduatoria (D=A+C)		D

Data di compilazione |_|_|_|_|||_|_|_|_|||_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Il funzionario

(timbro e firma leggibile)

Allegati: Dichiarazione ISEE e SVaMA semplificata

¹ A cura del Comune o dell'Ente delegato, in collaborazione con il MMG per il calcolo del punteggio SVaMA.

² Inserire valore definito dalla programmazione regionale per tetto ISEE

³ Se ISEE < 500,00€, dividere per 500,00



AZIENDA ULSS N. ____ - COMUNE DI _____

Scheda SVaMA semplificata

MODELLO APPROVATO CON DGR 1338/2013 PER LA VALUTAZIONE AI FINI DELL'ICD6

(cognome e nome) _____
 nato/a a _____ (____) il |_|_|||_|_|||_|_|_|_|_|
 Codice Fiscale |_|_|_|||_|_|_|||_|_|_|_|_|||_|_|_|_|_|
 residente nel Comune di _____ (____)
 in via _____ n. _____ - frazione _____

PATOLOGIE PRINCIPALI CHE CONCORRONO A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA
 (da compilare a cura del medico curante)

	Descrizione della patologia	Codice ICPC ⁴
Prima patologia		_ _ _
Eventuale patologia concomitante		_ _ _
Eventuale 2 ^a patologia concomitante		_ _ _

OBIETTIVI, NOTE _____

ELEMENTI DI VALUTAZIONE

TOTALE PUNTEGGIO |_|_|⁵

	Valutazione e punteggio		
Situazione Cognitiva	<input type="checkbox"/> 1 Lucido	<input type="checkbox"/> 2 Confuso	<input type="checkbox"/> 3 Molto confuso, stuporoso
Problemi comportamentali	<input type="checkbox"/> 1 Assenti/Lievi	<input type="checkbox"/> 2 Moderati	<input type="checkbox"/> 3 Gravi
Situazione Funzionale	<input type="checkbox"/> 1 Autonomo o quasi	<input type="checkbox"/> 2 Dipendente	<input type="checkbox"/> 3 Totalmente dipendente
Barthel Mobilità	<input type="checkbox"/> 1 Si sposta da solo	<input type="checkbox"/> 2 Si sposta assistito	<input type="checkbox"/> 3 Non si sposta
Supporto rete sociale ⁶	<input type="checkbox"/> 1 Non assistito	<input type="checkbox"/> 2 Parzialmente assistito	<input type="checkbox"/> 3 Ben assistito
Necessità assistenza sanitaria	<input type="checkbox"/> 1 Bassa	<input type="checkbox"/> 2 Intermedia	<input type="checkbox"/> 3 Elevata

Il MMG

L'assistente sociale

(timbro e firma)

(timbro e firma)

Data, |_|_|||_|_|||_|_|_|_|_|

Data, |_|_|||_|_|||_|_|_|_|_|

⁴ La tabella codici ICPC è riportata nella scheda SVaMA approvata con l'Allegato B della DGR 2961/2012

⁵ Sommare i punteggi di tutte le aree

⁶ La scala di valutazione è invertita rispetto alla SVaMA



ICDm

IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE CON MEDIO BISOGNO ASSISTENZIALE

1. SCHEDA DI RACCOLTA DATI

(cognome e nome) _____

nato/a a _____ (____) il |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

Codice Fiscale |_|_|_|||_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

residente nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ - frazione _____

telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

indicare se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ - frazione _____

telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Medico di Medicina Generale, dr. _____

Pre-verifica dei requisiti per l'invio all'UVMD:

- 1) Presenza di gravi disturbi comportamentali rilevata dal MMG: punteggio PCOMP da SVaMA = |_||^7
- 2) L'utente è già stato preso in carico in ADI: sì, no (se no, va attivata la presa in carico ADI, come requisito per accedere all'ICDm)
- 3) Valore ISEE familiare: |_|_|_|.|_|_|_|_|,00 €

Data di compilazione |_|_|||_|_|||_|_|_|_|_|_|

Il funzionario

(timbro e firma leggibile)

2. RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD

Punteggio totale SVaMA modificata	
Punteggio ISEE	[ISEE _{max} ⁸ / ISEE ⁹] ^{x5}
Punteggio NPI "frequenza per gravità" ¹⁰	
Punteggio NPI "stress caregivers" ¹¹	

⁷ Valori ammessi: 2 o 3.⁸ Definito dalla programmazione regionale.⁹ Se ISEE <1.000,00 €, allora dividere per 1.000,00¹⁰ Non deve essere inferiore a 25/144 e deve essere riportato un punteggio di almeno 9 in almeno 2 dei seguenti 7 disturbi principali: deliri, allucinazioni, agitazione/aggressività, ansia, disinibizione, attività motoria aberrante, disturbi del sonno.¹¹ Non deve essere inferiore a 20/60 punti.

Punteggio per l'inserimento in graduatoria

TOT.

E' stato fatto riferimento a CDC Centro di Decadimento cognitivo (DGR 3542/2007): si, no

Indicare chi ha in carico la gestione farmacologica e non farmacologica della malattia di base e dei disturbi:

L'impegnativa di cura verrà erogata in forma di: contributo economico, servizi tutelari domiciliari

Data di compilazione |_|_|||_|_|||_|_|_|_|_|

Il responsabile dell'UVMD

(timbro e firma leggibile)

Allegati: Dichiarazione ISEE, quadro sinottico SVaMA modificato e verbale test NPI

QUADRO SINOTTICO SVaMA	CRITERI E PRIORITÀ PER	ICDm e ICDA¹²
-----------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

COGNOME E NOME:	DATA di NASCITA: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
SEDE DI VALUTAZIONE:	DATA: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

SITUAZIONE COGNITIVA	VCOG	_ _ _ _	x 1.5 =	_ _ _ _
		(max 10)		
MOBILITÀ	VMOB	_ _ _ _	x 0.2 =	_ _ _ _
		(max 40)		
SITUAZIONE FUNZIONALE	VADL	_ _ _ _	x 0.2 =	_ _ _ _
		(max 60)		
NECESSITÀ DI ASSISTENZA SANITARIA	VSAN	_ _ _ _	x 0,2 =	_ _ _ _
		(max 80)		(max 10)
Presenza disturbi comportamentali (se PCOMP = 2 o 3)		15	x 1.0 =	_ _ _ _

TOTALE SANITARIO	
-------------------------	--

(max 45)

SITUAZIONE ECONOMICA rispetto al progetto assistenziale proposto				
Totalmente indipendente	0			
Dipendente da parenti o da altre persone	2		x 1,0 =	_ _ _ _
Dipendente dall'Ente pubblico	6			
SITUAZIONE SOCIALE	VSOC	_ _ _ _	x 0.1 =	_ _ _ _
		(max 240)		

TOTALE SOCIALE	
-----------------------	--

(max 30)

Esistono alternative alla istituzionalizzazione	25
Le alternative alla istituzionalizzazione rispondono parzialmente ai bisogni	20
Non vi sono alternative alla istituzionalizzazione	10
Assoluta urgenza sociale (in attesa di istituzionalizzazione)	0

ALTERNATIVE ALLA ISTITUZIONALIZZAZIONE	
---	--

(max 25)

TOTALE GENERALE	
------------------------	--

Data di compilazione |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Il responsabile dell'UVMD

(timbro e firma leggibile)

¹² Approvato con DGR ____/____



IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE CON ALTO BISOGNO ASSISTENZIALE

1. SCHEDA DI RACCOLTA DATI

(cognome e nome) _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____

Codice Fiscale ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____

residente nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ - frazione _____

telefono ____/____/____/____/____/____

indicare se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ - frazione _____

telefono ____/____/____/____/____/____

Medico di Medicina Generale, dr. _____

Pre-verifica dei requisiti per l'invio all'UVMD:

- 1) Persona in condizione di dipendenza vitale con necessità di assistenza h24¹³:
- 2) L'utente è già stato preso in carico in ADI: sì, no (se no, va attivata la presa in carico ADI, come requisito per accedere all'ICDa)
- 3) L'utente non è inserito a titolo definitivo in strutture residenziali o semiresidenziali:
- 4) Valore ISEE familiare: ____/____/____/____,00 €¹⁴

Data di compilazione ____/____/____/____/____/____

Il funzionario

(timbro e firma leggibile)

2. RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD

Punteggio totale SVaMA modificata per l'inserimento in graduatoria

A

Impegnativa di cura verrà erogata in forma di: contributo economico

Data di compilazione ____/____/____/____/____/____

Il responsabile dell'UVMD

(timbro e firma leggibile)

Allegati: Certificazione ISEE, Scheda SVaMA con quadro sinottico SVaMA modificato

¹³ Da confermare in UVMD con SVaMA

¹⁴ Deve essere inferiore a € 60.000,00



ICDf

IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE UTENTI CON DISABILITA' FISICO-MOTORIA

1. SCHEDA DI RACCOLTA DATI

(cognome e nome) _____

nato/a a _____ (____) il |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

Codice Fiscale |_|_|_|||_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

residente nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ - frazione _____

telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

indicare se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ - frazione _____

telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Medico di Medicina Generale, dr. _____

Pre-verifica dei requisiti per l'invio all'UVMD:

- 1) Età compresa tra 18 e 64 anni:
- 2) Grave disabilità fisico-motoria (art. 3, c. 3, Legge 104/1992) con presenza di indennità di accompagnamento:

Data di compilazione |_|_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

Il funzionario

(timbro e firma leggibile)

2. RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD

Punteggio totale valutazione disabilità ¹⁸	
Valore ISEEi €	_ _ _ . _ _ _ _ ,00
Punteggio ISEE	[30.000,00 / ISEEi ¹⁹]
Punteggio per l'inserimento in graduatoria	TOT.

Impegnativa di cura verrà erogata in forma di: contributo economico, servizi di aiuto alla persona

Data di compilazione |_|_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

Il responsabile dell'UVMD

(timbro e firma leggibile)

Allegati: Certificazione ISEE, Scheda valutazione disabilità, Certificazione ai sensi della Legge 104/1992

¹⁸ Espresso in sessantesimi

¹⁹ Se ISEEi <1.000,00 €, allora dividere per 1.000,00