

**Azienda Sanitaria di \_\_\_\_\_**  
**Unità di Valutazione Territoriale**  
**Verbale n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_**

**Progetto "Ritornare a casa" DGR n. 42/12 19 luglio 2009 e s.m.i.**

1° ANNUALITA' -  RINNOVO

Cognome/Nome	Luogo e data nascita	Residenza

**Sintesi dei problemi socio sanitari attuali rilevati**

**Scale di valutazione:**

Bernardini et al. : Classe **0**  **1**  **2**  **3**  **4**  **5**

ADL : Classe **0**  **1**  **2**  **3**

SPMSQ : **> 5**  **10**

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

Karnofsky : **10**  **20**  **30**  **40**  **50**

CDRs : **3**  **4**  **5**

**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 con livello assistenziale MOLTO ELEVATO:

- Sclerosi Laterale Amiotrofica
- Patologia degenerativa non reversibile in soggetto con:
  - coma irreversibile
  - patologia degenerativa non reversibile in ventilazione meccanica assistita a permanenza 24 h
- assistito dimesso da strutture residenziali a carattere sociale e/o sanitario
- assistito in fase terminale della vita
- assistito con grave patologia degenerativa avanzata (SM etc..)
- assistito portatore di demenza terminale (CDRs 5)
- non si approva il progetto allegato (*assistito non rientrante nelle categorie previste dalla Deliberazione RAS 28/12 – 2009*)

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  **SI**  **NO**

Timbro e firma del Dirigente U.V.T.

data: \_\_\_\_\_