

TITOLO	Valutazione Multidimensionale-MODULISTICA
Tipologia Documento	Modulo relativo alla P.O. Valutazione Multidimensionale (PO 2708)
Dipartimento / Struttura	Fragilità e percorsi ospedale - territorio
Numero Codice	QD_ENT_202311_2712
Area Specialistica	123 Processi e Servizi Territoriali



Redatto da	Verificato da	Approvato da
Coordinatore Gruppo di Lavoro Responsabile SS Coordinamento e Integrazione Territoriale Dott.ssa Marina Casati	Sistema Gestione Qualità (SGQ)	Direttore Socio Sanitario ASST Brianza Guido Grignaffini Presidente Assemblea dei Sindaci Distretto di Carate Brianza Patrizia Lissoni Presidente Assemblea dei Sindaci Distretto di Desio Simone Gargiulo Presidente Assemblea dei Sindaci Distretto di Monza Laura Varisco Presidente Assemblea dei Sindaci Distretto di Seregno Marco Boffi Presidente Assemblea dei Sindaci Distretto di Vimercate Giacomo Biffi

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione Multidimensionale-MODULISTICA (2712)	24/11/2023	00	1 di 29

Storia delle modifiche al documento

Data	Numero revisione	Descrizione delle modifiche
24/11/2023	00	Prima emissione

Gruppo di lavoro

Nome	Ruolo	Struttura
Marina Casati	Coordinatore Gruppo di Lavoro Dirigente Psicologo - Responsabile	SS Coordinamento e Integrazione Territoriale - ASST Brianza
Barbara Bronzino	Dirigente Medico - Responsabile	SS Fragilità e Percorsi Ospedale - Territorio ASST Brianza
Sabina Aloe	Dirigente Medico - Referente	SD Valutazione Multidimensionale e ADI ASST Brianza
Clorinda Galluzzo	Assistente Sociale	Casa di Comunità Giussano - Distretto di Seregno - ASST Brianza
Tecla Superti	Assistente Sociale	SS Fragilità e Percorsi Ospedale - Territorio ASST Brianza
Patrizia Corti	Coordinatore infermieristico	SS Fragilità e Percorsi Ospedale - Territorio ASST Brianza
Anna Mantegazza	Referente Infermieristico	SD Valutazione Multidimensionale e ADI ASST Brianza
Veronica Borroni	Capo Settore	Ufficio di Piano Ambito Territoriale Sociale Carate Brianza
Williams Scaltriti	Referente	Ufficio di Piano Ambito Territoriale Sociale Carate Brianza
Giusi Beretta	Referente	Ufficio di Piano Ambito Territoriale Sociale Desio
Ilaria Paleari	Referente	Ufficio di Piano Ambito Territoriale Sociale Vimercate

Indice

SCHEDA DI SEGNALAZIONE EVM	4
SCHEDA SANITARIA ANALISI PRELIMINARE	6
ADL (ACTIVITIES OF DAILY LIVING)	10
IADL (INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING)	11
SCHEDA ICF	12
SCHEDA SOCIALE DI ANALISI PRELIMINARE	18
VERBALE EVM	22
PROGETTO INDIVIDUALIZZATO	24
MODALITÀ DI ACCESSO ALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE.....	28
SCHEDA UNICA DI TRIAGE	29

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione Multidimensionale-MODULISTICA (2712)	24/11/2023	00	3 di 29

SCHEDA DI SEGNALAZIONE EVM

Comune di _____

Servizio segnalante:		Data	
nella persona di:			
Telefono:		E-mail	

PERSONA SEGNALATA

COGNOME _____ NOME _____ C.F. _____

RESIDENZA _____ VIA _____ N° _____ TEL. _____

DOMICILIO _____ VIA _____ N° _____

CELL. _____

CAREGIVER

COGNOME _____ NOME _____ RAPPORTO _____

RESIDENZA _____ VIA _____ N° _____ TEL. _____

DOMICILIO _____ VIA _____ N° _____

CELL. _____

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

COGNOME _____ NOME _____ TEL. _____

MAIL _____ ALTRO _____

SERVIZI ATTIVI

OPERATORE DI RIFERIMENTO _____ TEL. _____

MAIL _____ ALTRO: _____

ULTERIORI NOTE SU CONTATTI/SERVIZI:

MOTIVO DELLA SEGNALAZIONE

Si allega documentazione

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione Multidimensionale-MODULISTICA (2712)	24/11/2023	00	5 di 29

SCHEMA SANITARIA ANALISI PRELIMINARE

(da compilare prima dell'EVM)

BENEFICIARIO

Nome e Cognome:	
Data di nascita:	
Luogo:	
Codice Fiscale:	
Residente a:	
Indirizzo:	
Telefono:	
Email:	

NUCLEO FAMILIARE (indicare i componenti)

Nome e cognome	Data di Nascita	Relazione di parentela

CAREGIVER:

Nome e Cognome:	
Codice Fiscale:	
Residenza:	
Indirizzo:	
Tipo di relazione:	

MEDICO DI BASE o PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Nominativo:	
Indirizzo ambulatorio:	
Telefono:	
E-Mail:	

OPERATORE SANITARIO DI RIFERIMENTO (diverso da MMG/PLS)

Nominativo:	
Qualifica	
Telefono:	
E-Mail:	

INVALIDITA'

Riportare diagnosi certificata:

% Di invalidità _____

Accompagnamento

- ☐ si
☐ no

Persona con disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992, come da verbale rilasciato in data

- ☐ si
☐ no

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione Multidimensionale-MODULISTICA (2712)	24/11/2023	00	7 di 29

PATOLOGIE:

ALLERGIE:

È IN CARICO A UN CENTRO SPECIALISTICO DI RIFERIMENTO

- ☐ NO
- ☐ SI QUALE _____

SERVIZI ATTIVI

- ☐ CPS
- ☐ UONPIA
- ☐ SERD
- ☐ ALTRO, SPECIFICARE _____

MISURE DI SOSTEGNO:

- ☐ MISURE DGR (specificare)
 Durata della misura _____
- ☐ B1
 Valore Buono/Voucher _____
- Durata della misura** _____
- ☐ Contributi ai sensi della L.R. 23/99 per l'acquisto di ausili e strumenti tecnologicamente avanzati
 DATA PRESENTAZIONE DOMANDA _____
 DATA CONCESSIONE CONTRIBUTO _____
- ☐ ADI n. accessi settimanali _____ DURATA PROGETTO _____

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione Multidimensionale-MODULISTICA (2712)	24/11/2023	00	8 di 29

DOCUMENTAZIONE SANITARIA RACCOLTA:

STRUMENTI O SCALE UTILIZZATE:

Strumenti - Scale	ESEGUITA	NON ESEGUITA	Riportare punteggio (se previsto dalla scala)
ADL			
IADL			
Interrai -Home Care			
ICF			

Luogo e data, _____

L'Operatore _____

ADL (ACTIVITIES OF DAILY LIVING)

Per il calcolo dell'indice **ADL (ACTIVITIES OF DAILY LIVING)** si ricorre a una scala semplificata che prevede l'assegnazione di un punto per ciascuna funzione indipendente così da ottenere un risultato totale di performance che varia da 0 (completa dipendenza) a 6 (indipendenza in tutte le funzioni).

Per l'attribuzione del punteggio è necessario tradurre la scala di valutazione a tre punti (senza assistenza, assistenza parziale, o assistenza completa) nella classificazione dicotomica "dipendente/indipendente" utilizzando le seguenti istruzioni:

ADL

(ACTIVITIES OF DAILY LIVING)

A) FARE IL BAGNO (vasca, doccia, spugnature)	Punteggio
1) Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo).	1
2) Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso).	1
3) Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo.	0
B) VESTIRSI (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti, inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature e delle bretelle se utilizzate)	
1) Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza.	1
2) Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe.	1
3) Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito.	0
C) TOILETTE (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi, rivestirsi)	
1) Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandoli al mattino).	1
2) Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda.	0
3) Non si reca in bagno per l'evacuazione	0
D) SPOSTARSI	
1) Si sposta dentro e fuori dal letto e in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore).	1
2) Compie questi trasferimenti se aiutato.	0
3) Allettato, non esce dal letto.	0
E) CONTINENZA DI FECI ED URINE	
1) Controlla completamente feci e urine.	1
2) "Incidenti" occasionali.	0
3) Necessità di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente	0
F) ALIMENTAZIONE	
1) Senza assistenza.	1
2) Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane.	1
3) Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale.	0
PUNTEGGIO TOTALE (A+B+C+D+E+F)	/6

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione Multidimensionale-MODULISTICA (2712)	24/11/2023	00	10 di 29

IADL (INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING)

Anche per il calcolo dell'indice **IADL (INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING)** si ricorre a una scala semplificata che prevede l'assegnazione di un punto per ciascuna funzione indipendente così da ottenere un risultato totale di performance che varia da 0 (completa dipendenza) a 8 (indipendenza in tutte le funzioni). Per l'attribuzione del punteggio si utilizzano le seguenti istruzioni:

IADL

(INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING)

A) USARE IL TELEFONO	1) Usa il telefono di propria iniziativa: cerca il numero e lo compone	1
	2) Compone solo alcuni numeri ben conosciuti	1
	3) E' in grado di rispondere al telefono, ma non compone i numeri	1
	4) Non è capace di usare il telefono	0
B) FARE LA SPESA	1) Si prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi	1
	2) E' in grado di effettuare piccoli acquisti nei negozi	0
	3) Necessita di essere accompagnato per qualsiasi acquisto nei negozi	0
	4) E' del tutto incapace di fare acquisti nei negozi	0
C) PREPARARE IL CIBO	1) Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati	1
	2) Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti	0
	3) Scalda pasti preparati o prepara cibi ma non mantiene dieta adeguata	0
	4) Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti	0
D) GOVERNO della CASA	1) Mantiene la casa da solo o con occasionale aiuto (ad es. lavori pesanti)	1
	2) Esegue solo compiti quotidiani leggeri ma livello di pulizia non suffic.	1
	3) Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa	0
	4) Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa	0
E) FARE IL BUCATO	1) Fa il bucato personalmente e completamente	1
	2) Lava le piccole cose (calze, fazzoletti)	1
	3) Tutta la biancheria deve essere lavata da altri	0
F) MEZZI di TRASPORTO	1) Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto	1
	2) Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici	1
	3) Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato	1
	4) Può spostarsi solo con taxi o auto e solo con assistenza	0
	5) Non si sposta per niente	0
G) ASSUNZIONE FARMACI	1) Prende le medicine che gli sono state prescritte	1
	2) Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate	0
	3) Non è in grado di prendere le medicine da solo	0
H) USO DEL DENARO	1) Maneggia le proprie finanze in modo indipendente	1
	2) E' in grado di fare piccoli acquisti	1
	3) E' incapace di maneggiare i soldi	0
PUNTEGGIO TOTALE (A+B+C+D+E+F+G+H)		/8

SCHEDA ICF

BENEFICIARIO

Nome e Cognome:	
Data di nascita:	
Luogo:	
Codice Fiscale:	
Residente a:	
Indirizzo:	
Tel:	
E-mail:	
Diagnosi:	

La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) appartiene alla “famiglia” delle classificazioni internazionali sviluppate dall’Organizzazione Mondiale della Sanità e ha lo scopo di fornire un linguaggio standard e unificato che serva da modello di riferimento per la descrizione della salute e degli stati correlati ad essa di una persona. Le informazioni fornite dall’ICF sono una descrizione delle situazioni che riguardano il funzionamento umano e le sue restrizioni, e la classificazione serve da modello di riferimento per l’organizzazione di queste informazioni, strutturandole in modo significativo, interrelato e facilmente accessibile.

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione Multidimensionale-MODULISTICA (2712)	24/11/2023	00	12 di 29

FUNZIONI CORPOREE- AREA CLINICO/SANITARIA

Le Funzioni corporee sono le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei; il qualificatore utilizzato è generico con scala negativa, usato per indicare l'estensione o la gravità della menomazione (0 nessuna menomazione - 4 menomazione grave – 8 non specificato – 9 non applicabile)

	b110 Funzioni della coscienza	
	b114 Funzioni dell'orientamento	
	b117 Funzioni intellettive	
	b126 Funzioni del temperamento e della personalità	
	b130 Funzioni dell'energia e delle pulsioni	
	b134 Funzione del sonno	
	b140 Funzione dell'attenzione	
	b144 Funzione della memoria	
	b147 Funzioni psicomotorie	
	b152 Funzioni emozionali	
	b156 Funzioni percettive	
	b164 Funzioni del pensiero	
	b180 Funzioni dell'esperienza del sé e del tempo	
	b210 Funzioni della vista	
	b230 Funzioni uditive	
	b280 Sensazione di dolore	
	b310 Funzioni della voce	
	b410 Funzioni del cuore	
	b440 Funzioni respiratori	
	b510 Funzioni di ingestione	
	b515 Funzioni di digestione	
	b525 Funzioni di defecazione	
	b620 Funzioni urinarie	
	b660 Funzioni della procreazione	
	b710 Funzioni della mobilità dell'articolazione	
	b730 Funzioni della forza muscolare	
	b760 Funzioni di controllo del movimento volontario	
	b765 Funzioni del movimento involontario	
	s330 Struttura della faringe	
	s340 Struttura della laringe	
	s540 Struttura dell'intestino	
	s550 Struttura del pancreas	
	s560 Struttura del fegato	

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione Multidimensionale-MODULISTICA (2712)	24/11/2023	00	13 di 29

ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE - AREA SOCIALE / ASSISTENZIALE / EDUCATIVA

L'attività è l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo. La partecipazione è il coinvolgimento in una situazione di vita. I qualificatori utilizzati sono il qualificatore performance (descrive quello che un individuo fa nel suo ambiente attuale) e il qualificatore capacità (descrive l'abilità dell'individuo nell'eseguire un'azione o un compito in un ambiente standard) I qualificatori C e P vengono utilizzati tramite la seguente scala progressiva da 0 che indica nessuna difficoltà a 4 che indica difficoltà completa (8 non specificato- 9 non applicabile)

Apprendimento e applicazione delle conoscenze			
		C	P
	d110 Guardare		
	d115 Ascoltare		
	d160 Focalizzare l'attenzione		
	d163 Pensiero		
	d166 Lettura		
	d170 Scrittura		
	d172 Calcolo		
	d175 Risoluzione di problemi		
	d177 Prendere decisioni		

Compiti e richieste generali			
		C	P
	d210 Intraprendere un compito singolo		
	d220 Intraprendere compiti articolati		

Comunicazione			
		C	P
	d310 Comunicare con - ricevere - messaggi verbali		
	d315 Comunicare con - ricevere - messaggi non verbali		
	d325 Comunicare con- ricevere- messaggi scritti		
	d330 Parlare		
	d335 Produrre messaggi non verbali		
	d345 Scrivere messaggi		
	d350 Conversazione		
	d360 Utilizzo di strumenti e tecniche di comunicazione		

Mobilità			
		C	P
	d410 Cambiare la posizione corporea di base		
	d415 Mantenere una posizione corporea		
	d420 Trasferirsi		
	d430 Sollevare o trasportare oggetti		
	d440 Uso fine della mano		
	d450 Camminare		
	d455 Spostarsi		
	d465 Spostarsi usando apparecchiature/ausili		
	d470 Usare un mezzo di trasporto		
	d475 Guidare		

Cura della propria persona			
		C	P
	d510 Lavarsi		
	d530 Prendersi cura di singole parti del corpo		
	d540 Vestirsi		
	d550 Mangiare		
	d560 Bere		
	d570 Prendersi cura della propria salute		

Vita domestica			
		C	P
	d610 Procurarsi un posto in cui vivere		
	d620 Procurarsi beni e servizi		
	d630 Preparare i pasti		
	d640 Fare i lavori di casa		

Interazioni e relazioni interpersonali			
		C	P
	d710 Interazioni interpersonali semplici		
	d720 Interazioni interpersonali complesse		
	d730 Entrare in relazione con estranei		
	d740 Relazioni formali		
	d750 Relazioni sociali informali		
	d760 Relazioni familiari		
	d770 Relazioni intime		
	d850 Lavoro retribuito		
	d860 Transazioni economiche semplici		
	d870 Autosufficienza economica		
	d920 Ricreazione e tempo libero		
	d940 Diritti umani		

FATTORI AMBIENTALI – FACILITATORI E BARRIERE

I fattori ambientali costituiscono gli atteggiamenti, l'ambiente fisico e sociale in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza; questi possono essere o barriere o facilitatori e devono essere codificati dal punto di vista della persona della quale si sta descrivendo la situazione (es: un marciapiede senza scalino è un facilitatore per un non vedente ma una barriera per un cieco). Il qualificatore utilizzato è una scala che indica il grado in cui un fattore ambientale agisce come barriera o come facilitatore (.0 nessuna barriera- .4 barriera completa / +0 nessun facilitatore - + 4 facilitatore completo)

Fattori ambientali – facilitatori e barriere		
	e110 Prodotti o sostanze per il consumo personale	
	e115 Prodotti e tecnologia per l'uso personale nella vita quotidiana	
	e120 Prodotti e tecnologia per la mobilità e il trasporto interni e esterni	
	e125 Prodotti e tecnologia per la comunicazione	
	e165 Risorse e beni	
	e250 Suono	
	e310 Famiglia ristretta	
	e315 Famiglia allargata	
	e320 Amici	
	e325 Conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità	
	e340 Persone che forniscono aiuto o assistenza	
	e355 Operatori sanitari	
	e350 Animali domestici	
	e360 Altri operatori	
	e575 Servizi, sistemi e politiche di sostegno sociale in generale	
	e580 Servizi, sistemi e politiche sanitarie	
	e585 Sistemi, servizi e politiche dell'istruzione e della formazione	
	e590 Servizi, sistemi e politiche del lavoro	

* Gli indicatori sopra riportati sono di carattere generico, possono essere eliminati o aggiunti altri sulla base della situazione specifica che si andrà a valutare.

FIRME

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione Multidimensionale-MODULISTICA (2712)	24/11/2023	00	17 di 29

SCHEMA SOCIALE DI ANALISI PRELIMINARE

ASSISTENTE SOCIALE DI RIFERIMENTO

Nominativo:

Telefono:

E-Mail:

BENEFICIARIO

Nome

Luogo e data di nascita:

CODICE FISCALE

Residente a:

Indirizzo:

tel:

email:

INVALIDITA'

Riportare diagnosi certificata:

% Di Invalidita' _____

Accompagnamento

- ☐ sì
☐ no

Persona con disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992, come da verbale rilasciato in data

- ☐ sì
☐ no

RISORSE E CONDIZIONI DELLA PERSONA

VALUTAZIONE COMPETENZE E RISORSE PERSONALI:

- ☐ INDICE DI DIPENDENZA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA (SCALA ADL):
Punteggio _____
- ☐ INDICE DI DIPENDENZA NELLE ATTIVITA' STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA (SCALA IADL):
Punteggio _____

CARE GIVER

nominativo:

rapporto di parentela/legame (tutore, ads,...):

indirizzo e recapito telefonico/e-mail

SITUAZIONE FAMILIARE

- ☐ Assenza di entrambi i genitori
☐ Assenza di un genitore
☐ Genitori presenti ma non in grado di provvedere
☐ Genitori che in prospettiva non saranno in grado di provvedere
☐ Sostegni che i famigliari sono in grado di garantire:
☐ Altri famigliari presenti e sostegni che sono in grado di garantire:

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione Multidimensionale-MODULISTICA (2712)	24/11/2023	00	18 di 29

COMPOSIZIONE E CONDIZIONI DEL NUCLEO FAMILIARE

Cognome e nome

Rapporto di parentela

Data di nascita

Informazioni utili relative al familiare, (condizioni personali, risorse e bisogni).

Eventuale invalidità del familiare riconosciuta In %

Descrizione dell'impegno assistenziale in capo al familiare nella gestione e nel supporto della persona

Usufruisce di permessi retribuiti continuativi per l'assistenza al congiunto ai sensi della L.104/92 o altre:

- ☐ SI
☐ NO

Durata dei permessi (Precisare se si tratta dei tre giorni mensili o del congedo straordinario) _____

Informazioni utili relative al familiare, (condizioni personali, risorse e bisogni).

(ripetere per ogni familiare)

ASSISTENTE PERSONALE

Barrare tipologia assistenza garantita

- ☐ Continuativa sulle 24 h (presenza attiva anche notturna)
☐ Continuativa diurna (almeno 7 h) esclusa la notte
☐ Assistenza diurna e/o notturna non continuativa

Con regolare contratto

- ☐ NO
☐ SI dall'anno _____

Spesa mensile indicativa

Eventuali note

PARTICOLARITA' DA SEGNALARE RIGUARDO AL GRADO AUTONOMIA/DISTACCO DALLA FAMIGLIA D'ORIGINE

CONDIZIONE ABITATIVA

- ☐ Casa di proprietà
☐ Abita in autonomia
☐ Coabitazione con altre persone (assistente familiare/famiglia/...)

☐ Alloggio in locazione
☐ Altre forme alloggiative (Housing-Cohousing)*¹

¹ Per Housing/Cohousing si intendono quelle soluzioni abitative in cui vive 1 persona disabile o, coerentemente con le dimensioni dell'unità abitativa, più persone con disabilità (non più di 5). Nella capacità ricettiva di massimo 5 posti letto sono inclusi al massimo 2 posti per sollievo/emergenza. Con Housing sociale si intende un alloggio con forte connotazione sociale, per coloro che non riescono a soddisfare il proprio bisogno abitativo sul mercato, con la finalità di rafforzare la loro condizione. Per Cohousing si intendono insediamenti abitativi composti da abitazioni private corredate da spazi destinati all'uso comune e alla condivisione tra i diversi residenti

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione Multidimensionale-MODULISTICA (2712)	24/11/2023	00	19 di 29

Descrizione delle condizioni abitative dell'alloggio (ubicazione, adeguatezza, barriere architettoniche, ecc...)

CONDIZIONI ECONOMICHE²

- ☐ ISEE ordinario _____
- ☐ Entrate economiche mensili/Reddito _____
- ☐ ISEE socio-sanitario _____

LA SITUAZIONE E' GIA' CONOSCIUTA DAL SERVIZIO SOCIALE DI BASE:

- ☐ NO
- ☐ SI dall'anno _____

SERVIZI IN ESSERE

- ☐ CDD classe SIDI _____
- ☐ CSE/SFA
- ☐ CSS/ CAH
- ☐ RSD
- ☐ Gruppi appartamento
- ☐ Cohousing/Housing
- ☐ CFPP
- ☐ TIROCINIO RETRIBUITO

La frequenza dei servizi sociosanitari e/o sociali o il tirocinio retribuito è:

- ☐ a tempo pieno
- ☐ a tempo parziale (per i servizi, < 17,5 ore settimanali)

durata o termine (se previsto) del progetto di frequenza in servizio sociosanitario e/o sociale o tirocinio

- ☐ MISURE DGR (specificare)
durata della misura _____
- ☐ B2
Valore Buono/Voucher _____
durata della misura _____
- ☐ SAD/SADH n. ore sett _____ DURATA PROGETTO _____
- ☐ PRO.VI DURATA PROGTTO _____
- ☐ Reddito di Autonomia DURATA PROGETTO _____
- ☐ Altro
data presentazione domanda _____
data concessione contributo _____

COSTI SOSTENUTI DAL BENEFICIARIO PER SERVIZI

Specificare quota a carico:

- | | Comune | persona/famiglia |
|---|--------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Sad | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Servizio Pasti | _____ | _____ |

² Si precisa che l'ISEE è considerato per valutare le priorità di accesso ai sostegni della persona disabile, in base alla necessità di maggior urgenza

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione Multidimensionale-MODULISTICA (2712)	24/11/2023	00	20 di 29

- ☐ Telesoccorso/Teleassistenza
- ☐ Servizio Lavanderia
- ☐ Servizio Trasporto
- ☐ Contributo Economico
- ☐ Altro (Specificare)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

PRESENZA E DESCRIZIONE RETE INFORMALE

Cognome e nome della persona (esempio: volontario, vicino di casa, conoscente, ecc.)

Data di nascita

Legame con la persona (ente di appartenenza, rapporto amicale, rapporto di vicinato, ecc.)

Descrizione dell'impegno assistenziale in capo al volontario/vicino/ amico... nella gestione e nel supporto della persona

(ripetere per ogni volontario)

ALTRE RETI INFORMALI

Associazioni di riferimento _____

Altre persone presenti _____ (legame con la persona)

INTERESSI, RELAZIONI SOCIALI, ATTIVITA' DI SOCIALIZZAZIONE

Ente, Associazione, Gruppo

Descrizione dell'impegno e dell'attività svolta

Luogo e data, _____

L'Assistente Sociale _____

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione Multidimensionale-MODULISTICA (2712)	24/11/2023	00	21 di 29

VERBALE EVM

Ambito Territoriale di

Titolo riunione	data	durata	sede
-----------------	------	--------	------

Partecipanti	SC/SS/Ente	Firme:

Ordine del giorno	
Argomenti trattati/discussione	
Decisioni assunte/ Proposte operative/Esito Finale con specifica dei tempi di attuazione e operatori incaricati	
Definizione incontro successivo (data, sede, o.d.g.)	

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione Multidimensionale-MODULISTICA (2712)	24/11/2023	00	22 di 29

- ☐ Si prende atto dell'allegata scheda sociale redatta da _____
- ☐ Si prende atto dell'allegata scheda sanitaria redatta da _____
- ☐ Si prende atto della documentazione sanitaria
- ☐ Si prende atto delle schede di valutazione ADL/IADL redatte da _____
- ☐ Si prende atto della scheda di valutazione ICF redatta da _____

Responsabile del progetto (**case manager**) individuato da Equipe:

Incaricato della redazione del Progetto Individuale

Data di redazione del verbale _____

Verbalizzante _____

Ciascun componente della presente equipe all'esito della valutazione effettuata e finalizzata alla definizione del progetto personalizzato vista la normativa relativa alle situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o falsa, esibisce, si avvale di atti falsi ovvero non più rispondenti a verità e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative e di decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato

DICHIARA

- Di non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi di qualsiasi natura, anche potenziali, nell'esercizio delle proprie funzioni;
- Di impegnarsi a comunicare qualsiasi conflitto di interesse che possa insorgere durante la redazione del progetto personalizzato per i soggetti beneficiari e di astenersi prontamente dalla prosecuzione dell'attività;
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, se del caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

Dichiara, infine, di avere preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali nel rispetto del Regolamento (UE) 679/2016, del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, così come novellato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, nonché secondo le disposizioni contenute nell'art. 22 del Regolamento (UE) 2021/241.

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione Multidimensionale-MODULISTICA (2712)	24/11/2023	00	23 di 29

PROGETTO INDIVIDUALIZZATO

AI SENSI DELL'ART. 14 LEGGE 328/2000

Dati della persona con disabilità

Cognome:		
Nome:		
Nata a:		
Il:		
Codice fiscale:		
Sesso:		
Residente a:		
Provincia:	Indirizzo:	Domicilio:
Provincia:		
Indirizzo domicilio:	Telefono Fisso:	Cellulare :
E mail:		
<u>Protezione giuridica</u>		
Nominato con decreto n.		
Del		
Cognome	Nome	
Telefono fisso		
Cellulare		
Se familiare grado di parentela		

Motivo della definizione del progetto individualizzato

a) Valutazione sintetica del bisogno e della sua natura

a.1 Composizione dell'Equipe multiprofessionale

a.2 Sintesi della Valutazione multidimensionale e multiprofessionale realizzata con specifica elencazione dei bisogni individuati suddivisi per area di riferimento principale. Tale valutazione sarà riportata in modo esteso e completo nella scheda di valutazione multidimensionale allegata e sottoscritta dai componenti dell'equipe multidisciplinare

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione Multidimensionale-MODULISTICA (2712)	24/11/2023	00	24 di 29

Stato di salute:

Area funzionale/cura personale:

Area autonomia (vita quotidiana):

Area motivazionale ed ambientale (relazioni familiari e di contesto):

Area sociale/educativa:

a.3 Descrizione, se previsto, del coinvolgimento delle associazioni rappresentative delle persone con disabilità.

b) Obiettivi del Progetto Personalizzato e relativi risultati attesi

b.1. Descrizione sintetica degli obiettivi suddividendoli tra generali e specifici

Obiettivi Generali:

Area funzionale/cura personale:

Area autonomia:

Area motivazionale-ambientale:

Area sociale-educativa:

b.2. Suddivisione tra obiettivi specifici a breve, medio e lungo termine:

Obiettivi a breve termine:

Obiettivi a medio termine:

Obiettivi a lungo termine:

b.3 Descrizione sintetica dei risultati attesi e degli indicatori utilizzati per la misurazione, in correlazione agli obiettivi specifici di cui al punto b.1 e b.2.

c) Descrizione degli Interventi necessari al soddisfacimento dei bisogni individuati di cui al punto a.2

c.1 Attività cliniche

c.2 Attività domiciliari e dell'abitare: percorsi per l'inserimento/accompagnamento in gruppi appartamento – descrizione degli interventi di adeguamento infrastrutturale coerenti con il principio della progettazione universale “design for all”), identificati in base alle esigenze emerse a fronte della

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione Multidimensionale-MODULISTICA (2712)	24/11/2023	00	25 di 29

valutazione dell'equipe multidisciplinare. Individuazione di eventuali dispositivi ICT necessari in base alle esigenze emerse in conseguenza della valutazione dell'equipe multidisciplinare.

c.3. Attività per l'autonomia (compresi interventi di fornitura attrezzature, ristrutturazione, servizi domiciliari per l'autonomia)

c.4. Attività di formazione e per il lavoro, anche con riferimento ai percorsi di formazione in competenze digitali

c.5 Attività di socializzazione e integrazione

c.6 attività educative

c.7 altro

d) Risorse impiegate nella realizzazione del PAP (Progetto Assistenziale Personalizzato)

d.1. Risorse professionali ed economiche messe rispettivamente a disposizione dal comparto sociale e dal comparto sanitario.

Risorse professionali specifiche:

Risorse economiche:

Beneficiario

d.2. Risorse attivate e messe a disposizione dalla famiglia in modo formale e informale.

d.3. Risorse attivate e messe a disposizione dalla rete informale e dalla rete associativa (associazioni delle persone con disabilità)

e) Monitoraggio e Valutazione

e.1. Descrizione del processo di Monitoraggio previsto con relativi strumenti

e.2. Definizione del processo di Valutazione previsto con relativi strumenti

f) Cronoprogramma e tempistica

f.1. Tempistica di attuazione delle singole attività del progetto personalizzato ed illustrazione del relativo cronoprogramma con particolare riferimento a tutte le attività propedeutiche e contestuali all'inserimento in gruppo appartamento e in coerenza con il cronoprogramma di progetto approvato.

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione Multidimensionale-MODULISTICA (2712)	24/11/2023	00	26 di 29

g) Individuazione del Case Manager e coinvolgimento del beneficiario nella definizione del progetto personalizzato

g.1. Individuazione del responsabile del progetto

Case manager:

g.2. Descrizione del processo di coinvolgimento del beneficiario e del percorso di autonomia

g.3. Impegno sottoscritto dal beneficiario o di chi ne fa le veci a realizzare il progetto, con le relative modalità

Assistente Sociale Comune	Firma _____
Beneficiario	Firma _____
Care Giver	Firma _____
Persona che garantisce la protezione giuridica	Firma _____
Referente ASST	Firma _____
Referente Ats (Ambito territoriale sociale)	Firma _____

Data: _____

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione Multidimensionale-MODULISTICA (2712)	24/11/2023	00	27 di 29

MODALITÀ DI ACCESSO ALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E RIFERIMENTI DEGLI AMBITI TERRITORIALI SOCIALI

Le segnalazioni per l'attivazione di VMD da parte dei Comuni degli Ambiti di Carate Brianza, Desio, Seregno e Vimercate sono inoltrate ai seguenti indirizzi mail:

- per l'Ambito territoriale di **Carate Brianza**: williams.scaltriti@ambitocaratebrianza.it ;
- per l'Ambito territoriale di **Desio**: giusi.beretta@comune.desio.mb.it ;
- per l'Ambito territoriale di **Seregno**: ambito.integrazione@seregno.info ;
- per l'Ambito territoriale di **Vimercate**: progettisure@offertasociale.it .

❑ **Gli Ambiti provvedono poi, a loro volta, ad inoltrare la richiesta ai servizi di competenza di ASST Brianza (PUA delle Case di Comunità o SS Fragilità e Percorsi Ospedale-Territorio).**

- Per l'Ambito territoriale di **Monza** la richiesta è, invece, inoltrata direttamente dal singolo Comune ad ASST Brianza. I riferimenti mail dei Comuni sono i seguenti:

Comune di Monza: credaelli@comune.monza.it

Comune di Brugherio: serviziosociale@comune.brugherio.mb.it

Comune di Villasanta: angela.dilorenzo@comune.villasanta.mb.it e
angela.donofrio@comune.villasanta.mb.it

Come indicato nell'allegato di ASST Brianza, le richieste devono essere inviate ai seguenti indirizzi:

- pu.cesano@asst-brianza.it per il Distretto di Desio;
- pu.giussano@asst-brianza.it per il Distretto di Seregno;
- pu.limbiate@asst-brianza.it per il Distretto di Desio;
- pu.lissone@asst-brianza.it per il Distretto di Carate;
- pu.vimercate@asst-brianza.it per il Distretto di Vimercate;
- pu.monza@asst-brianza.it per il Distretto di Monza;
- pu.brugherio@asst-brianza.it per il Distretto di Monza,

ovvero a

- SS Fragilità e Percorsi Ospedale-Territorio Est
 - evm.carate@asst-brianza.it per il Distretto di Carate;
 - evm.monza@asst-brianza.it per il Distretto di Monza;
 - evm.vimercate@asst-brianza.it per il Distretto di Vimercate;
- SS Fragilità e Percorsi Ospedale-Territorio Ovest
 - evm.desio@asst-brianza.it per il Distretto di Desio;
 - evm.seregno@asst-brianza.it per il Distretto di Seregno.

In caso di richiesta di attivazione da parte di ASST Brianza il processo è inverso.

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione Multidimensionale-MODULISTICA (2712)	24/11/2023	00	28 di 29

SCHEDA UNICA DI TRIAGE

		STRUMENTO "FILTRO" PER L'ACCESSO ALLE CURE DOMICILIARI			
1	MORBILITÀ	ASSENTE O LIEVE nessuna compromissione d'organo/sistema o la compromissione non interferisce con la normale attività	MODERATO la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività	GRAVE la compromissione d'organo/sistema produce disabilità	MOLTO GRAVE la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza
		0	1	2	2
2	ALIMENTAZIONE	AUTONOMO	CON AIUTO	DIPENDENZA SEVERA	ENTERALE-PARENTERALE
		0	0	1	2
3	ALVO E DIURESIS	CONTINENZA	CONTINENZA PER ALVO INCONTINENZA URINARIA	INCONTINENZA STABILE per alvo e diuresi (uso pannoloni)	INCONTINENZA STABILE per alvo e diuresi (CVP e/o evacuazione assistita)
		0	0	1	1
4	MOBILITÀ	AUTONOMO	CON MINIMO AIUTO (qualche difficoltà)	CON AUSILI (usa bastone, walker, carrozzina)	ALLETTATO
		0	0	1	2
5	IGIENE PERSONALE	AUTONOMO	CON MINIMO AIUTO (qualche difficoltà)	CON AIUTO MODERATO	TOTALE DIPENDENZA
		0	0	1	2
6	STATO MENTALE E COMPORTAMENTO	collaborante, capace di intendere e volere	collaborante ma con difficoltà a capire le indicazioni	non collaborante e con difficoltà a capire le indicazioni	non collaborante e gravemente incapace di intendere e volere, segni di disturbi comportamentali
		0	0	1	1
7	CON CHI VIVE	COPPIA, NUCLEO FAMILIARE, ASSISTENTE FAMILIARE	SOLO non necessita di figure di riferimento	SOLO O COPPIA ma necessita di figure di riferimento (es. figli)	SOLO nessuna rete di riferimento
		0	0	1	2
8	ASSISTENZA DIRETTA (CAREGIVER)	ADEGUATA partecipano familiari, assistente familiare, servizi territoriali (SAD, pasto a domicilio ...), vicinato, associazioni	PARZIALMENTE ADEGUATA attivata solo ai familiari o solo all'assistente familiare o solo ai servizi territoriali	POCO ADEGUATA affidata a un soggetto che non assicura un'assistenza adeguata e sufficiente	INADEGUATA non è offerto alcun tipo di assistenza
		0	1	2	2

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
24/11/2023	Valutazione Multidimensionale-MODULISTICA (2712)	24/11/2023	00	29 di 29