



# 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 = |\_|\_|<sup>1</sup>
- 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	$[\text{ISEE}_{\text{max}}^2 / \text{ISEE}^3] \times 5$	
Punteggio NPI "frequenza per gravità" <sup>4</sup>		
Punteggio NPI "stress caregivers" <sup>5</sup>		
<b>Punteggio per l'inserimento in graduatoria</b>	<b>TOT.</b>	

<sup>1</sup> Valori ammessi: 2 o 3.

<sup>2</sup> Definito dalla programmazione regionale.

<sup>3</sup> Se ISEE < 1.000,00 €, allora dividere per 1.000,00

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> Non deve essere inferiore a 20/60 punti.



E' stato fatto riferimento a CDC Centro di Decadimento cognitivo (DGR 3542/2007):  sì,  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**