

**MODULO UNICO DI INGRESSO PER INSERIMENTO NEI POSTI LETTO ACCREDITATI  
NELLE R.S.A DELLA PROVINCIA DI LECCO**

**SEZ. 1 DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE**

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

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) Data \_\_\_\_\_  M  F

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Telefono/cell. \_\_\_\_\_ Eventuale Fax o E - mail \_\_\_\_\_

DOMICILIO IN \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
CITTA' (DA INDICARSI SE DIVERSO DALLA RESIDENZA) PROVINCIA

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Telefono/cell. \_\_\_\_\_

**EVENTUALE TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:**

\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Cognome e Nome

\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° civico \_\_\_\_\_  
citta'

\_\_\_\_\_ Tribunale di \_\_\_\_\_  
Atto n° del

**PERSONA DI RIFERIMENTO**

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ ETÀ \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_ Eventuale Fax o E - mail \_\_\_\_\_

Telefono/cell. \_\_\_\_\_ Altri recapiti telefonici \_\_\_\_\_

**ATTUALMENTE IL SOGGETTO PER CUI SI PRESENTA DOMANDA DI RICOVERO SI TROVA:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AL PROPRIO DOMICILIO                                       | <input type="checkbox"/> PRESSO PROPRI FAMILIARI   |
| <input type="checkbox"/> IN OSPEDALE (INDICARE QUALE).....<br>.....<br>REPARTO..... | <input type="checkbox"/> IN STRUTTURA RIABILITATIVA (INDICARE QUALE)<br>.....<br>REPARTO |
| <input type="checkbox"/> IN STRUTTURA PROTETTA (INDICARE QUALE)<br>.....            | <input type="checkbox"/> DA QUANTO TEMPO   |

**MOTIVI DELLA DOMANDA DI RICOVERO:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> STATO DI SALUTE                          | <input type="checkbox"/> SOLITUDINE                         |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMI FAMILIARI                       | <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare):.....<br>..... |
| <input type="checkbox"/> CONDIZIONI ABITATIVE                     | <input type="checkbox"/> alloggio non adeguato              |
| <input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO DA ALTRA UNITA' DI OFFERTA | <input type="checkbox"/> eventuale sfratto                  |

**SEZ. 2 DATI PERSONALI**

IN MERITO ALLA DECISIONE DEL FUTURO RICOVERO, L'ANZIANO È:

- |                                       |  |   |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> CONSENZIENTE | <input type="checkbox"/> INDIFFERENTE  | <input type="checkbox"/> NON IN GRADO DI DECIDERE |
| <input type="checkbox"/> CONTRARIO    | <input type="checkbox"/> NON INFORMATO |   |

LA RICHIESTA E' PER UN RICOVERO:

- |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TEMPORANEO | <input type="checkbox"/> DEFINITIVO |
|-------------------------------------|-------------------------------------|

**STATO CIVILE:**

- CELIBE / NUBILE
- CONIUGATO / A
- SEPARATO / A
- DIVORZIATO / A
- VEDOVO / A

**SCOLARITA':**

- ANALFABETA
- LICENZA ELEMENTARE
- LICENZA DI SCUOLA MEDIA INFERIORE/ AVVIAMENTO
- SCUOLA PROFESSIONALE
- DIPLOMA SCUOLA MEDIA SUPERIORE
- LAUREA

**PROFESSIONE ESERCITATA NEL PERIODO LAVORATIVO:**

- non ha mai lavorato

..... Settore: ..... N° Anni.....  
..... Settore: ..... N° Anni.....  
..... Settore: ..... N° Anni.....

**PENSIONE TIPO :**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ANZIANITA' -VECCHIAIA (VO) | <input type="checkbox"/> REVERSIBILITÀ (SO) | <input type="checkbox"/> INVALIDITÀ SOCIALE (IO) |
| <input type="checkbox"/> ALTRO (indicare il tipo)   |   | <input type="checkbox"/> NESSUNA PENSIONE        |

**INVALIDITÀ CIVILE:**

- |                                   |   |   |
|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> IN CORSO | <input type="checkbox"/> RICONOSCIUTA, AL _____ % | <input type="checkbox"/> DOMANDA NON PRESENTATA |
|-----------------------------------|---|---|

**INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> NON RICONOSCIUTA       | <input type="checkbox"/> RICONOSCIUTA: (indicare il tipo) | <input type="checkbox"/> Cieco assoluto                    |
| <input type="checkbox"/> IN ATTESA              |   | <input type="checkbox"/> Cieco con residuo visivo          |
| <input type="checkbox"/> DOMANDA NON PRESENTATA |   | <input type="checkbox"/> Invalido 100% con accompagnamento |
|   |   | <input type="checkbox"/> Sordomuto                         |

**RICONOSCIMENTO L. 104 /92**

- |                                   |                             |                             |   |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> IN CORSO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> DOMANDA NON PRESENTATA |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|

**SEZ. 3 RETE SOCIALE E COINVOLGIMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI**

**ABITAZIONE:**

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> di Proprieta' | <input type="checkbox"/> In Affitto |
|--|-------------------------------------|

**SITUAZIONE FAMILIARE:**

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> VIVE SOLO | <input type="checkbox"/> NON VIVE SOLO |
| DA QUANTO TEMPO?.....              |  |

**IL CONIUGE/CONVIVENTE È:**

- AUTOSUFFICIENTE       PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE       NON AUTOSUFFICIENTE

**NUMERO DI FIGLI VIVENTI**

- MASCHI N° ...**      **FEMMINE N° .....**       **NESSUN FIGLIO**

**ELENCO DEI PRINCIPALI FAMIGLIARI O PARENTI**

	COGNOME E NOME	ETA'	INDIRIZZO (Città, via, n°civico)	TELEFONO	CONVIVENTE?	
1					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
3					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
4					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

**SERVIZI TERRITORIALI di cui usufruisce:**

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE:	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA:
<input type="checkbox"/> IGIENE PERSONALE	<input type="checkbox"/> MEDICO DI BASE CON FREQUENZA:
<input type="checkbox"/> PULIZIA CASA	<input type="checkbox"/> GERIATRA
<input type="checkbox"/> ASSISTENZA SOCIO-ECONOMICA	<input type="checkbox"/> MEDICO SPECIALISTA:
<input type="checkbox"/> AIUTO PER LA SPESA	<input type="checkbox"/> INFERMIERE PROFESSIONALE
<input type="checkbox"/> PASTO CALDO	<input type="checkbox"/> TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE
<input type="checkbox"/> TELESOCCORSO	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare):...
<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): .....	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): .....

**ALTRI SERVIZI DI CUI USUFRUISCE:**

- CENTRO PSICOSOCIALE       UNITA' di VALUTAZIONE ALZHEIMER       CENTRO DIURNO INTEGRATO

**USA I SEGUENTI AUSILI E/O PRESIDII A DOMICILIO:**

- CARROZZINA       MATERASSO ANTIDECUBITO       SOLLEVATORE  
 ALTRO (specificare).....

MEDICO CURANTE DR. \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

**Sez. 4 Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003**

Gentile Signore/a,

il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Desideriamo quindi informarla che ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali, (D.lgs. 196/03), per poter accettare la presente domanda di ricovero e dar corso all'ammissione presso una R.S.A. è necessario che i soggetti gestori delle R.S.A. per le quali è presentata la domanda conoscano i dati personali del richiedente l'ammissione e i dati personali riguardanti i familiari o le persone a cui fare riferimento per la tutela dello stesso.

I dati personali e relativi allo stato di salute forniti o altrimenti acquisiti, nel rispetto delle vigenti disposizioni normative, inerenti, connessi e/o strumentali al procedimento di inserimento in R.S.A. formeranno oggetto di trattamento, con l'ausilio di mezzi elettronici, nel rispetto della normativa sopra richiamata, degli obblighi di riservatezza e del segreto professionale e d'ufficio.

La natura del conferimento dei dati non è obbligatoria; ricordiamo tuttavia che la procedura di accoglienza in R.S.A. non può prescindere dall'acquisizione di tutti i dati relativi al richiedente l'ammissione ritenuti utili.

**Pertanto, in mancanza del conferimento di dati, la domanda di ammissione in R.S.A. non può essere accolta.**

I dati acquisiti saranno comunicati all'A.S.L. della provincia di Lecco e alla Regione Lombardia per l'assolvimento del debito informativo prescritto dalla normativa regionale.

Si precisa che Titolare del trattamento è Il Legale Rappresentante della RSA.

Si ricorda inoltre che Lei potrà in qualunque momento far valere diritti previsti dall'art. 7 d. lgs.196/2003.  
*D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali - Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali*

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
  - a) dell'origine dei dati personali;
  - b) delle finalità e modalità del trattamento;
  - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
  - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
  - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
  - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
  - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
  - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
  - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
  - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale

### Dichiarazione di consenso

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, in relazione alla presente domanda di ammissione in R.S.A., e presa visione dell'informativa all'utenza sopra esposta, esprime il consenso al trattamento dei dati personali e relativi allo stato di salute relativi al richiedente il ricovero, per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa stessa.

Data.....

In fede \_\_\_\_\_

### LA RICHIESTA VIENE INOLTRATA:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> DIRETTAMENTE DALL'INTERESSATO       | <input type="checkbox"/> ALTRO              |
| <input type="checkbox"/> DA UN PARENTE<br>(specificare)..... | <input type="checkbox"/> (specificare)..... |

\_\_\_\_\_  
(NOME E COGNOME)

\_\_\_\_\_  
tel.

(Firma) \_\_\_\_\_

### DOCUMENTI DA ALLEGARE IN FOTOCOPIA ALLA DOMANDA

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Carta d'identità | <input type="checkbox"/> Codice fiscale (se non presente nella Carta Regionale dei Servizi) |
|---|---|

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Carta Regionale dei Servizi | <input type="checkbox"/> Tessere di Esenzione                               |
| <input type="checkbox"/> Verbali di Invalidità       | <input type="checkbox"/> Esiti visite o esami ematici e strumentali recenti |

**RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE**  
**PER L'INGRESSO IN RSA**

Sig./ra \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Tessera sanitaria \_\_\_\_\_ Data compilazione \_\_\_\_\_

**Sez. 1 PATOLOGIE presenti e giudizio di gravità \***

	1	2	3	4	5
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave
Patologie cardiache Specificare: _____ _____					
Ipertensione arteriosa Specificare: _____ _____					
Patologie vascolari Specificare _____ _____					
Patologie respiratorie Specificare _____ _____					
Vista, udito, naso, gola, laringe Specificare _____ _____					
Apparato gastroenterico superiore Specificare _____ _____					
Apparato gastroenterico inferiore Specificare _____ _____					
Patologie epatiche Specificare _____ _____					
Patologie renali Specificare _____ _____					
Altre patologie genito-urinarie Specificare _____ _____					
Sistema muscolo-scheletrico e Cute Specificare _____ _____					
Patologie neurologiche centrali e periferiche (escluse le demenze) Specificare					

_____					
Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sespi e stati tossici) Specificare _____					
Patologie psichiatrico-comportamentali (incluse le demenze) Specificare _____					

**\*CIRS (CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE) – A CURA DEL PERSONALE MEDICO**

1= Assente; nessuna compromissione d'organo/sistema. 2= lieve; la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività, il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente. 3= Moderato; la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona. 4= Grave; la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona. 5= Molto grave; la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza il trattamento è urgente, la prognosi è grave.

**Sez. 2 ALTRI PROBLEMI CLINICI, FUNZIONALI, ASSISTENZIALI**

<b>Problemi e condizioni correlate con l'alimentazione</b>	
<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Stato nutrizionale soddisfacente <input type="checkbox"/> Obesità <input type="checkbox"/> Malnutrizione <input type="checkbox"/> Rifiuto del cibo <input type="checkbox"/> Si alimenta autonomamente <input type="checkbox"/> Si alimenta con aiuto <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente	<input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Dieta frullata o omogeneizzata <input type="checkbox"/> Nutrizione enterale <input type="radio"/> Sondino naso - gastrico <input type="radio"/> Gastrostomia (PEG) / Digiunostomia <input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale totale
<b>Diabete mellito</b>	
<input type="checkbox"/> Trattato con la sola dieta <input type="checkbox"/> Farmaci antidiabetici orali	<input type="checkbox"/> Insulinoterapia
<b>Lesioni cutanee</b>	
<input type="checkbox"/> Lesioni da decubito    Sede: _____ Stadio _____ <input type="checkbox"/> Lesioni vascolari        Sede: _____ Stadio _____	

<b>Coma o stato vegetativo</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Sclerosi Laterale Amiotrofica</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Parola</b>	<b>Vista ed udito</b>
<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Espressiva <input type="checkbox"/> Di comprensione <input type="checkbox"/> Globale	<input type="checkbox"/> Vede e sente bene <input type="checkbox"/> Non vede <input type="checkbox"/> Non sente <input type="checkbox"/> Deficit corretto da protesi e/o occhiali in uso
<b>Igiene</b>	<b>Capacità di vestirsi / svestirsi</b>

<input type="checkbox"/> Si lava autonomamente <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto per alcune operazioni igieniche <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente	<input type="checkbox"/> Si veste/sveste autonomamente <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto per vestirsi/sgestirsi <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente
---	--

<b>Mobilità</b> <input type="checkbox"/> Si muove autonomamente <input type="checkbox"/> Si muove con deambulatore <input type="checkbox"/> In carrozzina <input type="checkbox"/> Allettato	<b>Cadute negli ultimi 3 mesi</b> <input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> 1 – 3 volte <input type="checkbox"/> Più di tre volte
<b>Terapia riabilitativa in corso</b> <input type="checkbox"/> Post-acuta <input type="checkbox"/> Di mantenimento	<b>Assistenza respiratoria</b> <input type="checkbox"/> Ossigeno occasionalmente <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia con O2 gassoso <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia con O2 liquido <input type="checkbox"/> Tracheotomia <input type="checkbox"/> Ventilazione meccanica non invasiva <input type="checkbox"/> Ventilazione meccanica invasiva
<b>Minzione e Evacuazione</b>	
<input type="checkbox"/> Utilizzo di presidi assorbenti per incontinenza <input type="checkbox"/> Cateterismo vescicale ad intermittenza <input type="checkbox"/> Cateterismo vescicale a permanenza <input type="checkbox"/> Ureterocutaneostomia	<input type="checkbox"/> Nefrostomia <input type="checkbox"/> Stipsi (bisogno di clisteri evacuativi) <input type="checkbox"/> Ileostomia/Colonstomia

**Disturbi cognitivi e comportamentali, problemi psichiatrici e dell'umore**

<input type="checkbox"/> Nessuno	<input type="checkbox"/> Disforia/euforia e/o comportamenti disinibiti
<input type="checkbox"/> Perdita di memoria occasionale o per eventi recenti	<input type="checkbox"/> Deliri e allucinazioni
<input type="checkbox"/> Perdita di memoria severa o non rammenta nulla	<input type="checkbox"/> Stato ansioso
<input type="checkbox"/> Disorientamento nel tempo	<input type="checkbox"/> Tono dell'umore deflesso
<input type="checkbox"/> Disorientamento nello spazio	<input type="checkbox"/> Apatia, ritiro sociale, perdita di interessi
<input type="checkbox"/> Completa confusione senza capacità di relazione con l'esterno	<input type="checkbox"/> Repentini cambiamenti di umore
<input type="checkbox"/> Problemi di linguaggio e/o deficit di comprensione	<input type="checkbox"/> In cura presso Servizi Psichiatrici
<input type="checkbox"/> Mancato riconoscimento dei familiari	<input type="checkbox"/> Tentati suicidi
<input type="checkbox"/> Cammino incessante senza un preciso scopo o affaccendamento	<input type="checkbox"/> Etilismo attuale
<input type="checkbox"/> Urla o lamentazioni o vocalismi ripetitivi	<input type="checkbox"/> Etilismo pregresso
<input type="checkbox"/> Disturbi del sonno (eventuale specifica )	<input type="checkbox"/> Negli ultimi 6 mesi, sono stati utilizzati mezzi di protezione/contenzione
<input type="checkbox"/> Aggressività verso sé e/o verso altri	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)
<input type="checkbox"/> Facile irritabilità	

**Terapia dialitica**

- 
- Dialisi peritoneale
- 
- Dialisi extracorporea

Radioterapia

Chemioterapia

**Terapia farmacologica in corso (indicare il farmaco in uso e la posologia)**

- |         |         |
|---------|---------|
| ▪ _____ | ▪ _____ |
| ▪ _____ | ▪ _____ |
| ▪ _____ | ▪ _____ |
| ▪ _____ | ▪ _____ |
| ▪ _____ | ▪ _____ |
| ▪ _____ | ▪ _____ |
| ▪ _____ | ▪ _____ |
| ▪ _____ | ▪ _____ |
| ▪ _____ | ▪ _____ |
| ▪ _____ | ▪ _____ |
| ▪ _____ | ▪ _____ |

**Allergie a farmaci**

NO

SI quali? \_\_\_\_\_

**Vaccinazione antipneumococcica**      NO  SI  se sì quando?.....

*Il soggetto è esente da malattie infettive e contagiose e può vivere in comunità?*      SI  NO

**Eventuali note:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Timbro e firma del Medico**

\_\_\_\_\_

**Telefono**

\_\_\_\_\_



## INFORMAZIONI PER IL MEDICO CURANTE

Gentile collega,

Il suo/la sua paziente intende presentare la domanda di ammissione presso una RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) del territorio dell'ASL di Lecco. La scheda allegata fa parte del nuovo modello unico di ammissione concordato con le RSA al fine di facilitare le famiglie nella ricerca di una struttura idonea e per evitare ai medici di famiglia di essere chiamati a compilare più volte le necessarie certificazioni sanitarie.

Le informazioni sanitarie sono raccolte utilizzando in buona parte il modello della CIRS (Cumulative Illness rating Scale), adottato dalla Regione Lombardia per la stima delle esigenze sanitarie di una persona accolta in RSA o in un CDI. La CIRS è uno strumento standardizzato utile a ricavare una misura della salute della persona anziana. Non fornisce informazioni dirette sull'autonomia quotidiana, che sono raccolte con altre modalità. Le viene quindi chiesto di assegnare un giudizio di gravità soggettivo alla situazione clinica e funzionale di 14 organi e apparati, secondo lo schema seguente:

### \*CIRS (CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE)

1= Assente; nessuna compromissione d'organo/sistema.

2= lieve; la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività, il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente.

3= Moderato; la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona.

4= Grave; la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona.

5= Molto grave; la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza il trattamento è urgente, la prognosi è grave.

Si ottengono così due indici:

- **Indice di severità:** si ricava dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali);
- **Indice di comorbidità:** si ricava dal numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3 (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali).

Alcune note per la corretta compilazione:

**Ipertensione:** il giudizio di gravità esclude la presenza di eventuali danni d'organo, che saranno eventualmente descritti nelle categorie corrispondenti;

**Disturbi vascolari:** comprendono malattie dei vasi arteriosi e venosi, del sangue, del midollo e del sistema linfatico;

**Apparato gastroenterico superiore:** comprende esofago, stomaco, duodeno, pancreas e vie biliari

**Sistema muscolo-scheletrico e cutaneo:** comprende le lesioni da decubito

**Patologie endocrino-metaboliche:** includono diabete, infezioni, sepsi e stati tossici.

La ringraziamo per la collaborazione.

Servizio Accreditamento e Vigilanza delle strutture e prestazioni socio sanitarie

