



**Azienda Sanitaria Locale BA**  
**Distretto Socio Sanitario Uno**  
**Ambito Territoriale**  
**Comune di Molfetta - Comune Giovinazzo**  
**Assistenza Residenziale e Semiresidenziale**

**Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.)**  
 Verbale n.      del

L'Unità di Valutazione Multidimensionale esamina il caso nonché la documentazione dell'assistito/a:

Cognome e Nome

Nato/a	Prov.	data di nascita		
Residente a	Prov.	in via		
Pervenuta il	Prot. n.	<input type="checkbox"/> Attivazione	<input type="checkbox"/> Verifica	<input type="checkbox"/> Proroga

**Sintesi dei problemi attuali rilevati**

**Sulla base della documentazione agli atti e di quanto emerso dalla valutazione multidimensionale, i presenti prendono le seguenti decisioni:**

**Codifica progetto assistenziale (una sola codifica)**

01	<input type="checkbox"/>	Assistenza in Centro diurno Disabili	04	<input type="checkbox"/>	Accoglienza in RSSA Anziani/Disabili
02	<input type="checkbox"/>	Assistenza in Centro diurno Demenze	05	<input type="checkbox"/>	Accoglienza in Dopo di noi



03 <input type="checkbox"/> Accoglienza in RSA		06 <input type="checkbox"/> Accoglienza in Casa per la vita		
Convocati	Presenti	Partecipanti	Nom <input type="checkbox"/>	Firma
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	<i>Res. Integr. Socio-Sanitaria</i>	dott. Pantaleo F. Ceci	
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<i>Medico Specialista inerente le patologie prevalenti nel quadro delle condizioni di salute psichica e fisica del paziente:</i>  <i>Geriatra</i>  <i>Neurologo</i>  <i>Psichiatra</i>  <i>Altro <input type="checkbox"/>pecialista.....</i>	dott.ssa Annalisa Altomare  dott. Riccardo Pomarico  dott. Cesario Schiraldi  dott.ssa/dott.....	
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<i>Assistente Sociale Serv. Sociale Professionale</i>	dott.ssa Simona Ruggiero  dott.ssa Cinzia Mongelli	
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<i>Assistente Sociale Presidio Ospedaliero</i>	dott.ssa Dora Cecconi  dott.ssa Sofia Capurso	
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<i>Assistente Sociale Comune di Molfetta</i>	dott.ssa Antonella Capurso	
6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	<i>Assistente Sociale Comune di Giovinazzo</i>	dott.ssa Anna Chiapperino	
7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	<i>Infermiere</i>	Sig./Sig.ra .....	
8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	<i>Fisioterapista</i>	Sig./Sig.ra.....	
Il responsabile del caso sarà: <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> PLS		Verifica programmata per il.....		
dott.ssa/dott. ....				
Data .....		<b>Per presa visione</b> Timbro e firma del Direttore Distretto S.S. Uno		
Timbro e firma .....				

