

## REGOLAMENTO PER LA FORMAZIONE DELLA LISTA D'ATTESA E GLI INGRESSI

### **LISTA D'ATTESA**

Al momento della ricezione di una domanda d'accoglimento, questa viene esaminata dal Direttore sanitario o, in sua assenza, da un altro medico della struttura che valuta l'idoneità dell'ospite all'inserimento presso la nostra struttura secondo i requisiti sotto elencati. In caso di valutazione positiva il Direttore sanitario appone firma e timbro sulla domanda e successivamente, in base all'esito della valutazione, avviene l'inserimento in lista d'attesa.

I requisiti di accettazione sono i seguenti:

- Età superiore o uguale ai 65 anni;
- Assenza di malattie contagiose e/o mentali che controindicano la vita in ambiente residenziale;
- Possibilità della struttura di fornire una risposta terapeutica appropriata ed in linea con i bisogni dell'ospite (appropriatezza degli interventi);
- Residenza anagrafica in Regione Lombardia. Si precisa che le domande di persone residenti al di fuori della Regione Lombardia saranno accolte soltanto se l'A.S.L. o la Regione, cui fa capo il richiedente, si impegna per iscritto a corrispondere i contributi regionali lombardi in base alla classificazione S.O.S.I.A.

Per l'INGRESSO ORDINARIO nelle unità d'offerta residenziali della Fondazione Casa di Riposo di Asola O.N.L.U.S., Residenza Sanitaria Assistenziale, Nucleo Alzheimer e Centro Diurno Integrato, qualora non vi siano posti liberi, in base alle domande, si costituisce una lista d'attesa, dalla quale si interpellano le persone richiedenti quando si renderà disponibile un posto, partendo dalla prima domanda in graduatoria in ordine di punteggio.

Prima dell'ingresso ordinario, sussiste l'obbligo per l'Ente di dare applicazione ai TRASFERIMENTI INTERNI degli ospiti che soggiornano in un nucleo la cui tipologia assistenziale non è più appropriata rispetto all'attuale stato di salute. Tali trasferimenti hanno la precedenza su tutte le altre domande in essere. La procedura che sarà adottata è la seguente:

- quando il responsabile sanitario valuta che la collocazione di un certo ospite non sia appropriata e debba essere trasferito in RSA o in nucleo Alzheimer, comunica per iscritto questa necessità agli uffici amministrativi, in particolare a chi si occupa della tenuta della lista d'attesa (questo, naturalmente, nel caso in cui non vi sia subito un posto disponibile);

- l'impiegata amministrativa provvede ad inserire il nominativo nella relativa graduatoria, al primo posto della stessa (solo così l'ATS accetta di remunerare l'ospite con la classificazione originaria, nel periodo di attesa che si liberi un posto);
- contestualmente, il medico o l'infermiere di reparto provvederanno ad informare l'ospite, i familiari o l'amministratore di sostegno della necessità di trasferimento;
- se vi è più di un ospite con queste caratteristiche, l'ordine di inserimento nella lista d'attesa avverrà in base alla data nella quale si è riscontrata la necessità di trasferimento;
- in occasione del primo posto che si renderà disponibile dopo la comunicazione, si effettuerà il passaggio dell'ospite nella tipologia di servizio più appropriata;
- l'ospite, i suoi familiari o l'amministratore di sostegno non potranno opporsi al cambio di tipologia assistenziale, in caso contrario si procederà alle dimissioni dell'ospite.

Un'altra modalità di ingresso, che si discosta da quella ordinaria, è relativa alle domande presentate da utenti del Centro Diurno Integrato. È previsto l'ingresso preferenziale in RSA di un utente del Centro Diurno Integrato quando, accadendo un evento traumatico o mutando repentinamente le condizioni di salute, si verificano le seguenti condizioni: a) presenza al Centro Diurno Integrato dal almeno un anno e sei mesi a tempo pieno; b) persona sola assoluta; c) relazione dei servizi sociali del comune di residenza che certifichi la sussistenza di condizioni di salute o mentali che non consentano all'utente di rimanere presso la propria abitazione da solo e la non esistenza o materiale impossibilità di familiari che siano in grado di fornire una minima assistenza all'anziano.

Per ciò che riguarda le domande di INGRESSO, viene stabilita una graduatoria con un punteggio che sarà calcolato in base ai seguenti parametri:

- Comune di residenza;
- Tempo di permanenza nella lista d'attesa;
- Gravità delle condizioni psico-fisiche e sociali dell'anziano che fa richiesta.

#### COMUNE DI RESIDENZA

- |  |          |
|--|----------|
| ➤ Residenti nel Comune di Asola  | punti 20 |
| ➤ Residenti nei Comuni della Provincia di Mantova  | punti 10 |
| ➤ Residenti nei Comuni della provincia di Brescia confinanti con Asola (Fiesse, Gambara e Remedello) | punti 10 |

I residenti in Comuni diversi da quelli sopra nominati non hanno alcun punteggio per questo parametro.

#### TEMPO DI PERMANENZA NELLA LISTA D'ATTESA

Ogni mese intero di permanenza nella lista d'attesa dà diritto alla maturazione di 0,5 punti, indipendentemente dalla residenza e dal punteggio della scheda sanitaria.

#### GRAVITÀ DELLE CONDIZIONI PSICO-FISICHE E SOCIALI DELL'ANZIANO

Al momento della richiesta viene consegnata una scheda sanitaria sulle condizioni psico-fisiche e sociali dell'anziano, che deve essere compilata dal medico curante e restituita all'ente. La scheda sanitaria costituisce allegato al presente regolamento e ne forma parte integrante, comprese le disposizioni indicate in calce per la compilazione della parte riguardante la situazione abitativa e sociale del richiedente. Il medico compilatore si assume la responsabilità della veridicità delle informazioni riportate. Nel caso di domande riguardanti la Residenza Sanitaria Assistenziale da parte di utenti del Centro Diurno Integrato della Fondazione, la scheda sanitaria deve essere compilata dal medico curante. Solo con la consegna di tale scheda la domanda può essere inserita nella lista d'attesa. Il responsabile sanitario o, in caso di sua assenza, altro medico, attribuiscono il punteggio in base alle risposte fornite dal medico curante ai diversi punti. Per i richiedenti con punteggio della scheda sanitaria superiore a 45 punti, l'Ente può richiedere che l'anziano sia visitato dal responsabile sanitario o da altro medico della struttura, che compilerà a sua volta la scheda sanitaria che, in caso di difformità con quella presentata in precedenza, sarà presa in considerazione per l'assegnazione definitiva del punteggio. I criteri per l'attribuzione del punteggio sono i seguenti:

#### NUTRIZIONE

|                   |   |       |
|-------------------|---|-------|
| Per os            | 0 | _____ |
| Sondino n/g o PEG | 3 | _____ |
| Parenterale       | 5 | _____ |

#### RESPIRAZIONE

|                        |   |       |
|------------------------|---|-------|
| Normale                | 0 | _____ |
| Ossigeno               | 3 | _____ |
| Ventilazione meccanica | 5 | _____ |

#### DEFICIT SENSORIALI (vista/udito)

|    |   |       |
|----|---|-------|
| No | 0 | _____ |
| Si | 3 | _____ |

#### PIAGHE DA DECUBITO

|    |   |       |
|----|---|-------|
| No | 0 | _____ |
| Si | 5 | _____ |

#### STATO DI COSCIENZA

|                            |   |       |
|----------------------------|---|-------|
| Vigile                     | 0 | _____ |
| Risposta a stimolo verbale | 3 | _____ |

Fondazione Casa di Riposo di Asola O.N.L.U.S.  
 In vigore dal 1° GENNAIO 2022

|                                |                           |   |       |
|--------------------------------|---------------------------|---|-------|
|                                | Risposta a stimolo dolor. | 5 | _____ |
|                                | Non risponde              | 7 | _____ |
| DETERIORAMENTO COGNITIVO       |                           |   |       |
|                                | Assente                   | 0 | _____ |
|                                | Lieve/moderato            | 5 | _____ |
|                                | Grave                     | 9 | _____ |
| COMPRESIONE ORDINI SEMPLICI    |                           |   |       |
|                                | Si                        | 0 | _____ |
|                                | No                        | 7 | _____ |
| DISTURBI DEL COMPORTAMENTO     |                           |   |       |
|                                | Assenti                   | 0 | _____ |
|                                | Lievi/moderati            | 5 | _____ |
|                                | Gravi                     | 9 | _____ |
| BAGNO                          |                           |   |       |
|                                | Indipendente              | 0 | _____ |
|                                | Parzialmente dipen.       | 3 | _____ |
|                                | Totalmente dipen.         | 5 | _____ |
| VESTIRSI                       |                           |   |       |
|                                | Indipendente              | 0 | _____ |
|                                | Parzialmente dipen.       | 3 | _____ |
|                                | Totalmente dipen.         | 5 | _____ |
| USO DEI SERVIZI                |                           |   |       |
|                                | Indipendente              | 0 | _____ |
|                                | Parzialmente dipen.       | 3 | _____ |
|                                | Totalmente dipen.         | 5 | _____ |
| CONTINENZA SFINTERICA          |                           |   |       |
|                                | Indipendente              | 0 | _____ |
|                                | Parzialmente dipen.       | 3 | _____ |
|                                | Totalmente dipen.         | 5 | _____ |
| CAPACITA' DI ALIMENTARSI       |                           |   |       |
|                                | Indipendente              | 0 | _____ |
|                                | Parzialmente dipen.       | 3 | _____ |
|                                | Totalmente dipen.         | 5 | _____ |
| CAMMINA                        |                           |   |       |
|                                | Da solo                   | 0 | _____ |
|                                | Con aiuto                 | 3 | _____ |
|                                | Protesi/ausili            | 5 | _____ |
| Oppure<br>UTILIZZO CARROZZELLA |                           |   |       |

Fondazione Casa di Riposo di Asola O.N.L.U.S.  
In vigore dal 1° GENNAIO 2022

|                               |                         |   |           |
|-------------------------------|-------------------------|---|-----------|
|                               | No                      | 0 | _____     |
|                               | Si                      | 7 | _____     |
| Oppure<br>ALLETTATO           |                         |   |           |
|                               | No                      | 0 | _____     |
|                               | Si                      | 9 | _____     |
| ABITAZIONE                    |                         |   |           |
|                               | Idonea                  | 0 | _____     |
|                               | Presenza barriere arch. | 3 | _____     |
| VIVE SOLO                     |                         |   |           |
|                               | No                      | 0 | _____     |
|                               | Si                      | 5 | _____     |
| SUPPORTO FAMILIARE/CARE GIVER |                         |   |           |
|                               | Presente                | 0 | _____     |
|                               | Parziale                | 5 | _____     |
|                               | Assente                 | 7 | _____     |
| <b>TOTALE PUNTI</b>           |                         |   | _____ /99 |

Qualora il medico curante non abbia indicato nessuna risposta, si assegnerà il punteggio 0. È facoltà del richiedente, nel caso vi siano risposte incomplete, oppure ritenga siano avvenuti aggravamenti dello stato psico-fisico o sociale dell'anziano, di ripresentare la scheda più di una volta, ma non prima di un mese dalla scheda precedente. La nuova scheda verrà presa in considerazione per tutti gli effetti previsti dal presente Regolamento, a partire dal mese successivo la consegna. L'ente terrà in considerazione, ai fini della graduatoria, l'ultima scheda presentata in termini temporali. La scheda è valida soltanto se vi è l'indicazione del medico che l'ha compilata ed è da questi sottoscritta. Il medico compilatore è responsabile della veridicità delle risposte fornite nella scheda.

#### NUCLEO ALZHEIMER

L'opportunità di inserimento di un anziano nel Nucleo Alzheimer, presente nella struttura, viene valutata dal responsabile sanitario dell'Ente in base alla documentazione medica redatta da un apposito centro per la diagnosi delle demenze o dal medico curante, a condizione che sia sufficiente per valutare l'opportunità o meno di inserire la domanda nella specifica lista d'attesa per il Nucleo Alzheimer. La decisione del responsabile sanitario su questo punto è insindacabile. Come si è accennato, le domande ritenute idonee per il Nucleo Alzheimer vengono inserite in una speciale lista dedicata, con gli stessi criteri esposti per la lista ordinaria.

## **CENTRO DIURNO INTEGRATO**

Anche le domande per il Centro Diurno Integrato verranno inserite in una lista appositamente dedicata, con gli stessi criteri esposti per la lista ordinaria. Naturalmente, data la specifica caratteristica del servizio, saranno accolte solo le domande provenienti da Comuni vicini ad Asola, a condizione che l'abitazione dell'utente sia raggiungibile in tempi compatibili con l'organizzazione del servizio di trasporto. È fatta salva la possibilità per l'utente di non avvalersi del servizio di trasporto e di recarsi autonomamente al Centro Diurno. Inoltre, il Centro Diurno Integrato prevede anche una fruizione a tempo parziale, vale a dire per solo una parte della giornata, normalmente il mattino o il pomeriggio, oppure per alcuni giorni della settimana. Queste domande, però, sono accolte in subordine alle domande a tempo pieno e soltanto se vi sono più posti liberi, oppure se coloro che presentano domanda si accordano in modo tale che due utenti a tempo determinato formino una presenza ordinaria. Il servizio di trasporto viene erogato solo la mattina ed il tardo pomeriggio, pertanto gli utenti che frequentano solo una parte della giornata dovranno organizzarsi per la corsa non garantita. Non sono previste decurtazioni della quota di retta giornaliera per chi non si avvale del trasporto.

## **INSERIMENTO DELLE DOMANDE NELLA LISTA D'ATTESA**

Le domande che pervengono alla struttura, quando sono complete, e per complete si intende debitamente sottoscritte dal richiedente e corredate dalla scheda sanitaria compilata e sottoscritta dal medico curante, sono inserite nella lista d'attesa una volta al mese, di regola ogni primo lunedì del mese. In caso risulti una parità di punteggio fra più richiedenti, viene considerata la data della domanda (precedenza alla domanda più lontana nel tempo) e, in caso di ulteriore parità, si dà la precedenza a chi ha il punteggio più alto della scheda sanitaria. Per ogni categoria della lista d'attesa (donne, uomini, donne Alzheimer, uomini Alzheimer, centro diurno), si procederà ad informare i primi due in graduatoria della loro posizione e quindi della possibilità di procedere al soggiorno a breve, cogliendo l'occasione per chiedere se sono ancora interessati all'ingresso.

## **INGRESSO**

Quando si libera un posto letto nella Residenza Sanitaria Assistenziale o un posto al Centro Diurno Integrato, l'ufficio amministrativo consulta la lista d'attesa e, in base alle regole sopra descritte, individua il primo nominativo avente diritto all'ingresso. Quindi, provvede alla chiamata a mezzo telefono al recapito fornito in sede di domanda. Contemporaneamente alla chiamata telefonica, verrà inviato al recapito fornito in sede di domanda un sms o una e-mail in modo da garantire al

richiedente la conoscenza della disponibilità ad accoglierlo e risulti dimostrabile l'avvenuta chiamata per informare della disponibilità da parte della Fondazione. Se i destinatari dei recapiti forniti non rispondono alla chiamata e agli avvisi nell'arco di due ore, si passa al successivo nominativo della lista d'attesa.

Il primo anziano in lista d'attesa, secondo la graduatoria, che conferma l'ingresso, deve recarsi presso la struttura per la sottoscrizione del contratto entro le ore 17 del giorno stesso, se la chiamata è avvenuta entro le ore 12; entro le ore 12 del giorno seguente, se la chiamata è avvenuta nel pomeriggio del giorno prima. In caso contrario si passa ad un altro richiedente. Dal momento della firma del contratto da parte dell'ospite e/o degli obbligati scatta l'obbligo di pagamento della quota di retta a carico.

Qualora l'ingresso dell'anziano in struttura non sia contemporaneo alla sottoscrizione del contratto, l'ospite ha la facoltà di posticipare lo stesso per un massimo di tre giorni, compreso quello della sottoscrizione; in questo caso il pagamento è a titolo di prenotazione del posto.

Possibilmente prima dell'ingresso, o nel primo giorno, è previsto un colloquio con l'educatrice di reparto e la coordinatrice dei nuclei, o nel caso la coordinatrice non sia presente o sia impossibilitata a partecipare, con un'infermiera di reparto, in occasione del quale verrà redatta una scheda contenente tutte le notizie utili per l'ulteriore assistenza da prestare all'ospite.

Se nel momento in cui viene chiamato per l'ingresso l'anziano non è disponibile ad entrare in struttura, la domanda sarà tolta dalla lista d'attesa e la stessa perderà il credito riconosciuto per la precedente permanenza in lista. Sarà cura dell'interessato contattare gli uffici amministrativi della Fondazione per una eventuale successiva riattivazione della domanda. In quest'ultimo caso non sarà necessario ripresentare tutta la modulistica già conservata agli atti se la documentazione sanitaria è ancora rappresentativa del reale stato di salute dell'anziano. Invece, se è trascorso più di un anno dalla presentazione della domanda o se lo stato di salute dell'anziano ha subito un aggravamento, la riattivazione della domanda comporterà la consegna di una nuova scheda sanitaria. Vi è tuttavia questa eccezione: se nel momento in cui viene chiamato per l'ingresso, l'anziano è impossibilitato all'ingresso poiché ricoverato presso altra struttura ospedaliera, ma intende mantenere attiva la domanda, la stessa sarà tenuta nella lista d'attesa, a partire dal mese successivo alla rinuncia all'ingresso, azzerando il punteggio conseguito fin lì per la permanenza in lista. Questa possibilità viene però concessa una sola volta. Se alla successiva decide di non entrare in struttura, sarà cancellato dalla lista d'attesa. Potrà, in ogni momento, ripresentare domanda d'ingresso.

In ogni caso, si procederà ad inviare al recapito fornito in sede di domanda un sms o una e-mail che attesti, per quella chiamata, l'avvenuta rinuncia del richiedente all'ingresso.

Fondazione Casa di Riposo di Asola O.N.L.U.S.  
In vigore dal 1° GENNAIO 2022

Il giorno e l'ora d'entrata saranno definiti anche compatibilmente con le esigenze di trasporto dell'anziano; è comunque necessario che al momento dell'ingresso sia presente un medico della struttura.

Qualora non sia possibile effettuare il colloquio prima dell'ingresso, è comunque necessario che l'anziano o un obbligato consegnino la lista dei farmaci assunti redatta da un medico curante, almeno un giorno prima dell'inizio del soggiorno.

Allegato: Scheda sanitaria



AZIENDA  
SANITARIA  
LOCALE  
DELLA PROVINCIA  
DI MANTOVA

SCHEDA CLINICA INFORMATIVA  
per il trasferimento del paziente  
(IL MEDICO COMPILATORE SI ASSUME LA RESPONSABILITÀ DELLA  
VERIDICITÀ DELLE INFORMAZIONI RIPORTATE)

- in Riab. SPECIALISTICA  
 in Riab. MANTENIMENTO  
 in Riab. GENERALE / GERIATRICA

- in RSA ed altre Strutture Socio-Sanitarie  
 a Domicilio

|                                      |          |
|--------------------------------------|----------|
| <b>Cognome e Nome paziente</b> ..... |          |
| nato/a .....                         | il ..... |
| Comune di residenza .....            |          |
| Indirizzo .....                      |          |
| CODICE FISCALE.....                  |          |

|  |   |                         |
|--|---|-------------------------|
| <b>Sintesi diagnostica</b>                           | ➔ | .....<br>.....<br>..... |
| <b>Evento indice e data insorgenza</b>               | ➔ | .....<br>.....          |
| <b>Altre Patologie in atto ed eventuali allergie</b> | ➔ | .....<br>.....<br>..... |
| <b>Terapia in atto</b>                               | ➔ | .....<br>.....<br>..... |

Disfagia    Si  No

Afasia/disartria    Si  No

Nutrizione     per os     Sondino n-g     PEG     Parenterale

Respirazione     normale     Ossigeno     Ventilazione meccanica     con tracheostomia

Aspirazione secrezioni bronchiali    Si  No

Presenza deficit sensoriali     Visivi     Uditivi

Portatore di:

- Pace Maker     Catetere perdurale     Catetere venoso centrale     Pompa elastomerica  
 Tracheostomia     Urostomia     Colostomia     Catetere vescicale  
 Protesi     Ortesi    Quali:.....

Presenza Piaghe da decubito    Si  No     Eventuali sedi .....

Altre lesioni:    Si  No  .....

Segue ➔

|   |   |   |  |                                       |
|---|---|---|--|---------------------------------------|
| <b>STATO DI COSCIENZA (barrare solo una risposta)</b> | <input type="checkbox"/> Vigile                         | <input type="checkbox"/> Risposta a stimolo verbale | <input type="checkbox"/> Risposta a stimolo doloroso | <input type="checkbox"/> Non risponde |
| <b>Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale</b>         | .....   |   |  |                                       |
| <b>Deterioramento cognitivo</b>                       | <input type="checkbox"/> assente                        | <input type="checkbox"/> lieve/moderato             | <input type="checkbox"/> grave                       |                                       |
| <b>Comprensione ordini semplici</b>                   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |   |  |                                       |
| <b>Disturbi del comportamento</b>                     | <input type="checkbox"/> assenti                        | <input type="checkbox"/> lievi/moderati             | <input type="checkbox"/> gravi                       |                                       |
| <b>↳ Specificare</b>                                  | .....<br>.....<br>.....                                 |   |  |                                       |

**ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA**

|                                  | <b>Indipendente</b>                                       | <b>Parzialmente Dipendente</b>               | <b>Totalmente Dipendente</b>                          |  |
|----------------------------------|---|--|---|--|
| <b>Capacità di fare il bagno</b> | <input type="checkbox"/>                                  | <input type="checkbox"/> **                  | <input type="checkbox"/> *                            |  |
| <b>Capacità di vestirsi</b>      | <input type="checkbox"/>                                  | <input type="checkbox"/> **                  | <input type="checkbox"/> *                            |  |
| <b>Uso dei servizi</b>           | <input type="checkbox"/>                                  | <input type="checkbox"/> **                  | <input type="checkbox"/> *                            |  |
| <b>Continenza Sfinterica</b>     | <input type="checkbox"/>                                  | <input type="checkbox"/> **                  | <input type="checkbox"/> *                            |  |
| <b>Capacità di alimentarsi</b>   | <input type="checkbox"/>                                  | <input type="checkbox"/> **                  | <input type="checkbox"/> *                            |  |
| <b>Cammina</b>                   | <input type="checkbox"/><br><b>da solo</b>                | <input type="checkbox"/><br><b>con aiuto</b> | <input type="checkbox"/> **<br><b>protesi- ausili</b> | <input type="checkbox"/> *<br><b>usa carrozzella</b> |
| <b>Allettato</b>                 | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> * | Se si, specificare da quanto tempo           | mesi.....   | anni.....  |

**SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE**

|                                      |                                   |  |                                  |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--|----------------------------------|
| <b>Abitazione</b>                    | <input type="checkbox"/> Idonea   | <input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche |                                  |
| <b>Vive solo</b>                     | <input type="checkbox"/> Si ***   | <input type="checkbox"/> No                                |                                  |
| <b>Supporto familiare /caregiver</b> | <input type="checkbox"/> Presente | <input type="checkbox"/> Parziale                          | <input type="checkbox"/> Assente |

|   |                                   |  |
|---|-----------------------------------|--|
| <b>E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa?</b> | <input type="checkbox"/> Si       | <input type="checkbox"/> No                                      |
| <b>↳ Con quali risultati?</b>                           | <input type="checkbox"/> Positivo | <input type="checkbox"/> Parziale <input type="checkbox"/> Nullo |

|   |                                   |                                   |                                  |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <b>Attuale capacità di collaborazione ad interventi riabilitativi:</b>                                | <input type="checkbox"/> Presente | <input type="checkbox"/> Parziale | <input type="checkbox"/> Assente |
| <b>Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni:</b> | <input type="checkbox"/> Presente | <input type="checkbox"/> Parziale | <input type="checkbox"/> Assente |

**Struttura inviante**

**In fede**

.....  
 .....

.....  
 (timbro e firma del Medico)

**Luogo e data,.....**

**NOTE ALLA COMPILAZIONE**

- 1) Se sono barrati 4 o più item indicati da un asterisco (\*) o l'item "Allettato" allora barrare obbligatoriamente "Supporto familiare / caregiver" = Presente
- 2) Se sono barrati da 1 a 3 item indicati da un asterisco (\*) allora barrare obbligatoriamente "Supporto familiare / caregiver" = Presente o Parziale
- 3) Se sono barrati 4 o più item indicati da due asterischi (\*\*) allora barrare obbligatoriamente "Supporto familiare / caregiver" = Presente o Parziale
- 4) Se sono barrati 3 item o meno indicati da due asterischi (\*\*) e nessun item con un asterisco (\*) solo allora è possibile barrare "Supporto familiare / caregiver" = Assente
- 5) Se si barra "Vive solo" = Si, allora barrare obbligatoriamente "Supporto familiare / caregiver" = Presente, a meno che siano barrati tutti gli item "Indipendente" e "Cammina" = da solo