



n 107 del 20 DIC, 2013

REGIONE ABRUZZO

A.S.L. _____ DISTRETTO SANITARIO _____ AMBITO TERRITORIALE _____

UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE _____

S.V.A.M.A.

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane (strumento per l'accesso ai servizi di rete residenziali, semiresidenziali e domiciliari integrati)

CARTELLA

Sig./ra _____

Data di nascita ____/____/____

Tessera Sanitaria /Codice Fiscale _____ es. Ticket _____

Residenza:

Domicilio :

Comune:Prov.:

Recapiti telefonici:

Medico curante.....

Recapiti

Assistente SocialeComune.....

Recapiti.....

Persona di riferimento

Indirizzo:

Recapiti.....

Grado parentela

VALUTAZIONE IN SEDE UVM



NECESSITA' di ASSISTENZA SANITARIA	
ASSISTENZA INFERMIERISTICA VIP	(vedi scheda "Valutazione Sanitaria")
PREVENZIONE - TRATTAMENTO DECUBITI VPIA	(vedi scheda "Valutazione Cognitiva e Funzionale")
POTENZIALE RESIDUO VPOT	(da valutare in UVM)
Poco probabili significativi recuperi di autonomia	0
Vi è la possibilità di recuperare l'autonomia fino a punteggio ≤ 3 in almeno 1 item del Barthel ADL o MOBILITÀ	5
Buon potenziale residuo (anche in patologia cronico-degenerativa, se presente sindrome ipocinetica da assistenza inadeguata)	20
Elevato potenziale residuo dopo evento acuto, con scarsa probabilità di recupero spontaneo	25
TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA E RIABILITATIVA	VSAN

SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE (famiglia, privato, vicinato e volontariato)				
	SOGGETTO AUTONOMO	SUPPORTO RETE PER SOGGETTO NON AUTONOMO		
		sufficiente	Parzialmente sufficiente o difficoltà di tenuta	insufficiente
Preparazione dei pasti	0	5	10	10
Pulizia della casa	0	5	5	10
Lavanderia	0	5	5	10
Effettuazione acquisti	0	5	5	10
Alimentazione	0	5	10	20
Bagno	0	5	5	20
Toeletta personale	0	5	10	15
Abbigliamento	0	5	10	15
Uso del wc (o padella o panno)	0	5	15	25
Assunzione dei medicinali (se pertinente)	0	5	10	10
Trasferimenti	0	5	15	20
Deambulazione	0	5	10	15
Gestione del denaro	0	5	10	10
Sostegno psicoaffettivo	0	5	10	10
Supervisione diurna	0	5	15	25
Supervisione notturna	0	5	15	25
TOTALE RETE SOCIALE				VSOC



PROFILO DELL'AUTONOMIA

SITUAZIONE COGNITIVA

PCOG		VCOG	
01	LUCIDO		Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 0 - 3
02	CONFUSO		Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 4 - 8
03	MOLTO CONFUSO O STUPOROSO		Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 9 - 10
04	Problemi comportamentali prevalenti (qualsiasi punteggio SPMSQ)		

MOBILITA'

PCOG		VMOB	
01	SI SPOSTA DA SOLO		Punteggio Barthel mobilità = 0 - 14
02	SI SPOSTA ASSISTITO		Punteggio Barthel mobilità = 15 - 29
03	NON SI SPOSTA		Punteggio Barthel mobilità = 30 - 40

SITUAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)

PCOG		VADL	
01	Autonomo o quasi		Punteggio Barthel ADL = 0 - 14
02	dipendente		Punteggio Barthel ADL = 15 - 49
03	Totalmente dipendente		Punteggio Barthel ADL = 50 - 60

NECESSITÀ DI ASSISTENZA SANITARIA

PCOG		VSAN	
01	Bassa		Punteggio = 0 - 5
02	Intermedia		Punteggio = 10 - 20
03	Elevata		Punteggio = 25

SITUAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)

PCOG		VCOG	
01	ben assistito		Punteggio = 0 - 80
02	Parzialmente assistito		Punteggio = 85 - 160
03	non sufficientemente assistito		Punteggio = 165 - 240

CODICE PROFILO (pcog + pmob + padl + psan)

PROF		PSOC



VERBALE U.V.M.

NOME: _____

DATA DI NASCITA: | | | | | | | | | |

SINTESI DEI PROBLEMI ATTUALI RILEVATI:

SULLA BASE DELLA DOCUMENTAZIONE AGLI ATTI E DI QUANTO EMERSO DALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, L'U.V.M.D. PRENDE LE SEGUENTI DECISIONI:

La persona viene valutata dall'UVM:

non autosufficiente:

SI'

NO

CODIFICA PROGETTO ASSISTENZIALE

01 <input type="checkbox"/> ACCOGLIENZA IN RESIDENZA	06 <input type="checkbox"/> ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
02 <input type="checkbox"/> OSPITALITÀ TEMPORANEA RIABILITATIVA	07 <input type="checkbox"/> ALTRE FORME DI ASSISTENZA
03 <input type="checkbox"/> OSPITALITÀ TEMPORANEA SOCIALE	08 <input type="checkbox"/> LA RETE ATTUALE RISPONDE AI BISOGNI
04 <input type="checkbox"/> CENTRO DIURNO	09 <input type="checkbox"/> ALLOGGIO PROTETTO
05 <input type="checkbox"/> ASSISTENZA DOMICILIARE	

convocati	presenti	PARTECIPANTI	NOME	FIRMA
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	RESPONSABILE U.V.M.		
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	MEDICO CURANTE		
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	ASSISTENTE SOCIALE		
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	ESPERTO/GERIATRA		
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	INFERMIERE/A PROF.LE		
6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>			
7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>			
8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>			

Il responsabile del caso sarà:

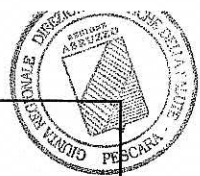
Verifica programmata | | | | | |

Attivazione

Verifica

Timbro e firma
del Responsabile UVM

DATA: | | | | | | | | | |



S.V.A.M.A. VALUTAZIONE SANITARIA

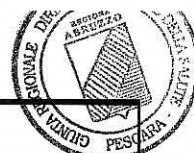
NOME:	DATA DI NASCITA: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
SEDE DI VALUTAZIONE:	DATA : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

CENNI ANAMNESTICI - PROBLEMI CRONICI IN ATTO

TRATTAMENTI IN ATTO:

ASSISTENZA INFERMIERISTICA		
	no	si
Diabete insulinoindipendente	0	5
Scompenso cardiaco in classe 3-4 NYHA con necessità di monitoraggio frequente del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali (polso, pressione, frequenza cardiaca)	0	10
Cirrosi scompensata (ascite) con necessità come sopra elencate	0	10
Tracheostomia	0	5
Ossigenoterapia continuativa a lungo termine (>3 h al dì)	0	5
Sondino naso-gastrico, gastrostomia PEG	0	10
Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale o terapia infusione giornaliera	0	10
Catetere vescicale	0	5
Ano artificiale o ureterostomia	0	5
nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine - o terapia antalgica con oppioidi che richiede adeguamento della posologia	0	10
Ulcere distrofiche agli arti e/o altre lesioni della cute, chirurgiche , traumatiche, oncologiche	0	5
TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA	VIP	

SENSORIO E COMUNICAZIONE		
LINGUAGGIO (COMPRESIONE)		
0 = normale	2 = comprensione non valutabile	
1 = comprende solo frasi semplici	3 = non comprende	



LINGUAGGIO (PRODUZIONE)		
0 = parla normalmente	2 = si comprendono solo parole isolate	
1 = linguaggio menomato, ma esprime comunque il suo pensiero	3 = non si esprime	
UDITO (eventualmente con protesi)		
0 = normale	2 = grave deficit non correggibile	
1 = deficit, ma udito adeguato alle necessità personali	3 = sordità completa	
VISTA (eventualmente con occhiali)		
0 = normale	2 = grave deficit non correggibile	
1 = deficit, ma vista adeguata alle necessità personali	3 = cecità e bisogno di assistenza	

CODIFICA PATOLOGIE - estratto ICPC

INDICARE FINO A 3 PATOLOGIE PRINCIPALICHE CONCORRONO A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA
(da utilizzare a cura di Medico Curante oppure in sede di UVM)

MALATTIE GENERALI

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> A07 Coma | <input type="checkbox"/> A86 Effetti tossici da altre sostanze |
| <input type="checkbox"/> A00 Sindrome ipocinetica | <input type="checkbox"/> A87 Complicanza chirurgia / trattamento medico |
| <input type="checkbox"/> A79 Carcinomatosi (sede primitiva sconosciuta) | <input type="checkbox"/> A89 Conseguenze applicazione protesi |
| <input type="checkbox"/> A80 Incidente / lesione traumatica NSA | <input type="checkbox"/> A90 Anomalie multiple congenite |
| <input type="checkbox"/> A81 Politraumatismo / lesioni interne | <input type="checkbox"/> A97 Assenza di malattia |
| <input type="checkbox"/> A82 Effetti tardivi di un trauma | <input type="checkbox"/> A99 Altre malattie generali / non spec |
| <input type="checkbox"/> A84 Avvelenamento da sostanza medicinale | |

SANGUE / LINFATICI / MILZA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> B71 Linfadenite cronica / non specifica | <input type="checkbox"/> B80 Anemia da carenza di ferro |
| <input type="checkbox"/> B72 Morbo di Hodgkin | <input type="checkbox"/> B81 Anemia perniciosa / da carenza folati |
| <input type="checkbox"/> B73 Leucemia | <input type="checkbox"/> B83 Porpora / difetti coagulazione / piastrine |
| <input type="checkbox"/> B74 Altre neoplasie maligne | <input type="checkbox"/> B87 Splenomegalia |
| <input type="checkbox"/> B75 Neoplasie benigne / non spec | <input type="checkbox"/> B90 Infezione da HIV (AIDS / ARC) |
| <input type="checkbox"/> B78 Anemie emolitiche ereditarie | <input type="checkbox"/> B99 Altra malattia sangue / linfatici / milza |
| <input type="checkbox"/> B79 Altre anomalie congenite | |

SISTEMA DIGERENTE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> D17 Incontinenza intestinale | <input type="checkbox"/> D87 Disturbi funzione gastrica |
| <input type="checkbox"/> D70 Diarrea infettiva / dissenteria | <input type="checkbox"/> D88 Appendicite |
| <input type="checkbox"/> D72 Epatite virale | <input type="checkbox"/> D89 Ernia inguinale |
| <input type="checkbox"/> D74 Neoplasie maligne stomaco | <input type="checkbox"/> D90 Ernia diaframmatica / dello hiatus |
| <input type="checkbox"/> D75 Neoplasie maligne colon / retto | <input type="checkbox"/> D91 Altre ernie addominali |
| <input type="checkbox"/> D76 Neoplasie maligne pancreas | <input type="checkbox"/> D92 Malattia diverticolare |
| <input type="checkbox"/> D77 Altre neoplasie maligne / non spec | <input type="checkbox"/> D93 Sindrome del colon irritabile |
| <input type="checkbox"/> D81 Anomalie congenite | <input type="checkbox"/> D94 Enterite cronica / colite ulcerosa |
| <input type="checkbox"/> D82 Malattie di denti / gengive | <input type="checkbox"/> D95 Ragade anale / ascesso perianale |
| <input type="checkbox"/> D83 Malattie di bocca / lingua / labbra | <input type="checkbox"/> D96 Epatomegalia |
| <input type="checkbox"/> D84 Malattie dell'esofago | <input type="checkbox"/> D97 Cirrosi / altre malattie epatiche |
| <input type="checkbox"/> D85 Ulcera duodenale | <input type="checkbox"/> D98 Colecistite / colelitiasi |
| <input type="checkbox"/> D86 Altre ulcere peptiche | <input type="checkbox"/> D99 Altre malattie sistema digerente |

OCCHIO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> F74 Neoplasie occhio / annessi | <input type="checkbox"/> F91 Errori di rifrazione |
| <input type="checkbox"/> F81 Altre anomalie oculari congenite | <input type="checkbox"/> F92 Cataratta |
| <input type="checkbox"/> F82 Distacco di retina | <input type="checkbox"/> F93 Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> F83 Retinopatia | <input type="checkbox"/> F94 Tutti i gradi / tipi di cecità |
| <input type="checkbox"/> F84 Degenerazione della macula | <input type="checkbox"/> F99 Altre malattie oculari |
| <input type="checkbox"/> F85 Ulcera corneale (incl. erpetica) | |

ORECCHIO

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> H03 Tintinnio / ronzo / tinnito | <input type="checkbox"/> H83 Otosclerosi |
| <input type="checkbox"/> H74 Otite cronica, altre infezioni orecchio | <input type="checkbox"/> H84 Presbiacusia |
| <input type="checkbox"/> H75 Neoplasie dell'orecchio | <input type="checkbox"/> H86 Tutti i gradi di sordità NSA |
| <input type="checkbox"/> H77 Perforazione membrana del timpano | <input type="checkbox"/> H99 Altre malattie orecchio / mastoide |
| <input type="checkbox"/> H82 Sindrome vertiginosa | |

SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> K71 Febbre reumatica / cardiopatia | <input type="checkbox"/> K75 Infarto miocardico acuto |
| <input type="checkbox"/> K73 Anomalie congenite cuore / sistema circolatorio | <input type="checkbox"/> K76 Altre cardiopatie ischemiche / croniche |
| <input type="checkbox"/> K74 Angina pectoris | <input type="checkbox"/> K77 Insufficienza cardiaca |



- K78 Fibrillazione atriale / flutter
- K79 Tachicardia parossistica
- K80 Battiti ectopici tutti i tipi
- K82 Cuore polmonare cronico
- K83 Malattia valvolare cuore non reumatica NSA
- K84 Altre malattie del cuore
- K86 Ipertensione non complicata
- K87 Ipertensione coinvolgente organi bersaglio
- K88 Ipertensione posturale

- K89 Ischemia cerebrale transitoria
- K90 Colpo / accidente cerebrovascolare
- K91 Aterosclerosi escl cuore / cervello
- K92 Altre ostruzioni arteriose / mal vascolari periferiche
- K93 Embolia polmonare
- K94 Flebite / tromboflebite
- K95 Vene varicose delle gambe (escl S97)
- K99 Altre malattie sistema circolatorio

SISTEMA MUSCOLOSCHILETRICO

- L70 Infezioni
- L71 Neoplasia
- L72 Frattura radio / ulna
- L73 Frattura tibia / fibula
- L74 Frattura ossa mano / piede
- L75 Frattura femore
- L76 Altra frattura
- L77 Distorsione e stiramento caviglia
- L78 Distorsione e stiramento ginocchio
- L79 Distorsione e stiramento altre articolazioni
- L80 Lussazione
- L81 Altre lesioni traumatiche
- L82 Anomalie congenite

- L83 Sindromi colonna cervicale
- L84 Osteoartrosi colonna
- L85 Deformità acquisite della colonna
- L86 Lesione disc lombare / irradiazione
- L88 Artrite reumatoide / condizioni affini
- L89 Osteoartrosi dell'anca
- L90 Osteoartrosi del ginocchio
- L91 Altre osteoartrosi
- L92 Sindromi della spalla
- L95 Osteoporosi
- L97 Lesione interna cronica del ginocchi
- L98 Deformità acquisite degli arti
- L99 Altre malattie sistema muscoloscheletro

SISTEMA NERVOSO

- N17 Vertigine / capogiro (escl H82)
- N19 Disturbi del linguaggio
- N70 Poliomielite / altri enterovirus
- N71 Meningite / encefalite
- N72 Tetano
- N73 Altre infezioni sistema nervoso
- N74 Neoplasie maligne
- N75 Neoplasie benigne
- N76 Neoplasie non spec
- N79 Commozione cerebrale
- N81 Altre lesioni traumatiche

- N85 Anomalie congenite
- N86 Sclerosi multipla
- N87 Parkinsonismo
- N88 Epilessia tutti i tipi
- N89 Emicrania
- N90 Cefalea a grappolo
- N91 Paralisi facciale / paralisi di Bell
- N92 Nevralgia del trigemino
- N93 Sindrome del tunnel carpale
- N94 Altra nevrite periferica
- N99 Altre malattie del sistema nervoso

DISTURBI MENTALI / PSICOLOGICI

- P13 Encopresi
- P15 Abuso cronico di alcool**
- P17 Abuso di tabacco
- P18 Abuso di medicinali
- P19 Abuso di droghe
- P20 Disturbi di memoria / concentrazione
- P70 Demenza senile / Alzheimer
- P71 Altra psicosi organica
- P72 Schizofrenia tutti i tipi
- P73 Psicosi affettiva

- P74 Disturbo d'ansia / stato ansioso
- P75 Disturbo isterico / ipocondriaco
- P76 Disturbo depressivo
- P77 Tentativo di suicidio
- P78 Neurastenia / surmenage
- P79 Altro disturbo nevrotico
- P80 Disturbo di personalità
- P85 Ritardo mentale
- P98 Altre / non spec psicosi
- P99 Altri disturbi mentali / psicologici

SISTEMA RESPIRATORIO

- R70 Tubercolosi respiratoria (escl A70)
- R80 Influenza(provata)senza polmonite
- R81 Polmonite
- R82 Tutte le pleuriti (escl R70)
- R83 Altre infezioni del sistema respiratorio
- R84 Neoplasie maligne bronchi / polmone

- R85 Altre neoplasie maligne
- R89 Anomalie congenite sistema respiratorio
- R91 Bronchite cronica / bronchiectasie
- R95 Enfisema / BPCO**
- R96 Asma
- R99 Altra malattia sistema respiratorio

CUTE E ANNESSI

- S14 Ustioni / scottature
- S18 Lacerazione / taglio
- S19 Altre lesioni traumatiche pelle
- S70 Herpes zoster
- S72 Scabbia ed altre infestazioni da acari
- S73 Pediculosi / altre infestazioni pelle
- S74 Dermatofitosi
- S75 Moniliasi / candidosi (altre)
- S76 Altre malattie infettive pelle
- S77 Neoplasie maligne della pelle
- S80 Altre / non spec neoplasie pelle

- S84 Impetigine
- S85 Cisti pilonidale / fistola
- S87 Dermatite atopica / eczema
- S88 Dermatite da contatto / altro eczema
- S89 Esantema da pannolino
- S91 Psoriasi
- S92 Disidrosi / mal ghiandole sudoripare
- S94 Unghia incarnita / altra malattie unghie
- S97 Ulcera cronica pelle (incl varicosa)
- S98 Orticaria
- S99 Altra malattie pelle / tessuto sottocutaneo

SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO E NUTRIZIONE

- T06 Anoressia nervosa / bulimia
- T08 Calo di peso
- T11 Disidratazione**
- T71 Neoplasie maligne della tiroide
- T73 Altre / non spec neoplasie
- T82 Obesità (BMI >=30)**
- T83 Sovrappeso (BMI <30)
- T85 Ipertiroidismo / tireotossicosi

- T86 Ipotiroidismo / mixedema
- T87 Ipglicemia
- T90 Diabete mellito**
- T91 Carenza vitaminica / altro disturbo nutrizionale
- T92 Gotta
- T93 Disturbi del metabolismo lipidico
- T99 Altra malattia endocrino metabolica nutrizionale

SISTEMA URINARIO

- U04 Incontinenza urinaria

- U70 Pielonefrite / pielite acuta

- U71 Cistite / altra infezione urinaria NSA
- U75 Neoplasie maligne del rene
- U76 Neoplasie maligne della vescica
- U79 Altre neoplasie non spec tratto urinario

- U85 Anomalie congenite tratto urinario
- U88 Glomerulonefrite / nefrosi
- U95 Calcolo urinario di ogni tipo / sede
- U99 Altra malattia sistema urinario

SISTEMA GENITALE FEMMINILE

- X75 Neoplasie maligne della cervice
- X76 Neoplasie maligne della mammella
- X77 Altre neoplasie maligne
- X81 Altre / non spec neoplasie genit femminile

- X84 Vaginite / vulvite NSA
- X87 Prolasso uterovaginale
- X99 Altre malattie sistema genitale femminile

SISTEMA GENITALE MASCHILE

- Y74 Orchite / epididimite
- Y77 Neoplasie maligne prostata

- Y78 Altre neoplasie maligne
- Y99 Altra malattie sistema genit masch .incl. Mamm.

COMPILATORE

nome:

firma:





S.V.A.M.A.
VALUTAZIONE COGNITIVA E FUNZIONALE

NOME:	DATA DI NASCITA:
SEDE DI VALUTAZIONE:	DATA :

SITUAZIONE COGNITIVA

SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE (SPMSQ)
0 se la risposta è esatta, 1 se è errata

Che giorno e' oggi?	1
Che giorno è della settimana?	1
Come si chiama questo posto?	1
Qual è il suo indirizzo?	1
Quanti anni ha?	1
Quando è nato?	1
Chi è il Presidente della Repubblica ? (o il Papa?)	1
Chi era il Presidente precedente? (o il Papa?)	1
Qual è il cognome da ragazza di sua madre?	1
Sottragga da 20 tre e poi ancora fino in fondo	1
TOTALE VALUTAZIONE COGNITIVA	VCOG

Nel caso il test non sia somministrabile per la gravità del deterioramento, assegnare punteggio VCOG=10.
Nel caso non sia somministrabile per altre motivazioni, indicarle di seguito, ed attribuire un punteggio esclusivamente su base clinica, eventualmente previa consulenza specialistica:

VCOG1

Nel caso i problemi prevalenti siano quelli comportamentali (ad esempio: pericolo di fuga, aggressività fisica verso gli altri), specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un'assistenza adeguata:

Nel caso si tratti di soggetti psicogeriatrici, specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un'assistenza adeguata:



**SITUAZIONE FUNZIONALE
INDICE DI BARTHEL - Attivita' di base**

ALIMENTAZIONE	
Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare i cibi e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.	0
Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc.. Non è necessaria la presenza di un'altra persona.	2
Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro	5
Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.	8
Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc).	10
BAGNO/DOCCIA (lavarsi)	
Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatrice completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato	0
Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.).	1
Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia/bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.	2
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	4
Totale dipendenza nel lavarsi	5
IGIENE PERSONALE	
Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata a farlo, ma non è necessario che sia in grado di acconciarsi i capelli	0
In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.	1
Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.	2
Necessita di aiuto per tutte le operazioni	4
Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.	5
ABBIGLIAMENTO	
Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto od una protesi.	0
Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.	2
Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento	5
Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.	8
Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora	10
CONTINENZA INTESTINALE	
Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se neces.	0
Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma; occasionali perdite.	2
Capace di assumere una posizione appropriata, ma non di eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc.	5
Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie	8
Incontinente.	10
CONTINENZA URINARIA	
Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni.	0
Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita o necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni.	2
In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario aiuto parziale nell'uso dei dispositivi	5
Incontinente ma in grado di cooperare all'applicazione di un dispositivo esterno o interno.	8
Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni	10



USO DEL GABINETTO

Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o la padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.	0
Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla	2
Necessita di aiuto per svestirsi/vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani.	5
Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.	8
Completamente dipendente	10
TOTALE VALUTAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)	VADL

MOBILITA' INDICE DI BARTHEL

TRASFERIMENTO LETTO- SEDIA o CARROZZINA (compilare in caso di paziente totalmente allettato)

E' indipendente durante tutte le fasi. Capace di avvicinarsi al letto in carrozzina con sicurezza, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina e ritrasferirsi con sicurezza.	0
Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza	3
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	7
Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.	12
Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'anziano con o senza un sollevatore meccanico	15

DEAMBULAZIONE (funzionalmente valida)

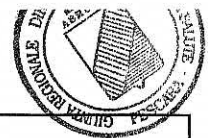
USO DELLA CAROZZINA

(utilizzare questa scala solo se il paziente ha punteggio di 15 nella scala "deambulazione" ed è stato addestrato all'uso della carrozzina)

In grado di usare stampelle, bastoni, walker e deambulare per 50 m. senza aiuto o supervisione. Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano.	0	
Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia < 50 m. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.	3	
Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la loro manipolazione	7	
	Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.) L'autonomia deve essere > 50 m.	10
	Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.	11
Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.	Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.	12
	Capace di spostarsi per brevi tratti su superfici piane, ma è necessaria assistenza per tutte le altre manovre.	14
Non in grado di deambulare autonomamente	Dipendente negli spostamenti con la carrozzina	15

SCALE

In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza aiuto o supervisione. In grado di usare corrimano, bastone o stampelle se necessario, ed è in grado di portarli con sé durante la salita o discesa.	0
In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es. a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.)	2
Capace di salire/scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione ed assistenza	5
Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili).	8
Incapace di salire e scendere le scale.	10
TOTALE VALUTAZIONE MOBILITA'	VMOB



PREVENZIONE - TRATTAMENTO DECUBITI

VPIA

rischio non elevato di lesioni da decubito

0

rischio elevato (*Exton Smith ≤ 10) o arrossamento o abrasione superficiale (gradi I-II)

10

*Indice di Exton Smith per la valutazione del rischio di decubiti:

CONDIZIONI GENERALI:

Buone (4) Discrete (3) Scadenti (2) Pessime (1)

STATO MENTALE:

Lucido (4) Confuso (3) Apatico (2) Stuporoso (1)

ATTIVITA':

Normale (4) Cammina con aiuto (3) Costretto in sedia (2) Costretto a letto (1)

MOBILITA':

Normale (4) Leggermente limitata (3) Molto limitata (2) Immobile (1)

INCONTINENZA:

No (4) Occasionale (3) Urinaria abituale (2) Incontinenza doppia (1)

TOTALE (il rischio è elevato se l'indice è ≥ 10):

presenza di 1 piaga (con interessamento del tessuto sottocutaneo - gradi III - IV)

15

presenza di 2 o più piaghe (almeno 2 con interessamento del sottocutaneo - gradi III-IV)

25

NOTE:

Compilatore:

Nome:

Firma:



S.V.A.M.A.
VALUTAZIONE SOCIALE

NOME Data di nascita . |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Sede di valutazione Data |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Tessera sanitaria/codice fiscale..... es. ticket.....

Residenza : Via..... Tel.

Comune.....

Stato civile: 1. coniugato/a 2. separato/divorziato 3. vedovo/a 4. celibe-nubile

Sesso 1. M 2. F

Istruzione:

1. nessun titolo 2. licenza elementare 3. scuole medie inf./avviamento
4. scuola professionale 5. scuole medie superiori 6. laurea

Pensione: 1. nessuna 2. minima/sociale 3. altra pensione

Ultima professione:

Invalidita' civile: 1. si 2. no Indennita' accompagnamento: 1. si 2. no 3. in attesa

DOMANDA DI INTERVENTO:

Motivo della domanda (una sola risposta)

- 01. perdita dell'autonomia
- 02. famiglia non in grado di provvedere
- 03. solitudine
- 04. alloggio non idoneo
- 05. altro

La persona è informata della domanda?

- 01. SI
- 02. NO

INIZIATIVA DELLA DOMANDA (una sola risposta)

- 01. propria
- 02. familiare o affine
- 03. soggetto civilmente obbligato
- 04. assistente sociale pertinente
- 05. medico
- 06. tutore
- 07. altro soggetto

TIPOLOGIA DELLA DOMANDA (una sola risposta)

- 01. generica
- 02. assistenza domiciliare
- 03. centro diurno
- 04. ospitalita' temporanea riabilitativa
- 05. altra ospitalita' temporanea
- 06. accoglimento residenza

Medico curante.....Tel.....

PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE:

Cognome e Nome

ViaComune

tel.....Grado parentela



SITUAZIONE ABITATIVA

TITOLO DI GODIMENTO (una sola risposta)		
01. <input type="checkbox"/> proprietà	In affitto da 05a. <input type="checkbox"/> privato 05 b. <input type="checkbox"/> pubblico E' in atto lo sfratto esecutivo? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
02. <input type="checkbox"/> usufrutto		
03. <input type="checkbox"/> titolo gratuito		
04. <input type="checkbox"/> non proprio non in affitto (presso: _____)		
DISLOCAZIONE DEL TERRITORIO (una sola risposta) rispetto ai servizi pubblici (es. negozi, alimentari, farmacia, trasporti)		
01. <input type="checkbox"/> servita	02. <input type="checkbox"/> poco servita	03. <input type="checkbox"/> isolata
BARRIERE ARCHITETTONICHE (una sola risposta)		
01. <input type="checkbox"/> assenti	02. <input type="checkbox"/> solo esterne	03. <input type="checkbox"/> interne
piano _____	ascensore si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
GIUDIZIO SINTETICO		
01. <input type="checkbox"/> abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne ed esterne a adeguato al nr. Di persone, ben servito)		
02. <input type="checkbox"/> abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne che limitano l'anziano nel corretto utilizzo delle sue risorse residue o dei servizi)		
03. <input type="checkbox"/> abitazione non idonea (alloggio pericoloso, fatiscente ed antigienico e/o abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiano, e/o sfratti esecutivi, e/o isolato)		
NOTE:		

SITUAZIONE ECONOMICA: REDDITO MENSILE

REDDITO TOTALE DELL'ANZIANO: (inclusa l'eventuale indennità di accompagnamento se percepita o anch'esso riconosciuta)	€ _____
RISPARMI DELL'ANZIANO	01. <input type="checkbox"/> no o inferiori a € 2.500,00 02. <input type="checkbox"/> fino a 5.000,00 03. <input type="checkbox"/> fino a € 10.000,00 04. <input type="checkbox"/> fino a € 50.000,00 05. <input type="checkbox"/> oltre € 50.000,00 06. <input type="checkbox"/> non noti
SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO:	€ _____
ULTERIORE DISPONIBILITÀ ECONOMICA MENSILE DICHIARATA DAI FAMILIARI PER L'ASSISTENZA:	01. <input type="checkbox"/> nessuna 02. <input type="checkbox"/> fino a € 500,00 03. <input type="checkbox"/> fino a € 1.000,00 04. <input type="checkbox"/> fino a € 1.500,00 05. <input type="checkbox"/> non noti
INTEGRAZIONE ECONOMICA DEL COMUNE PER L'ASSISTENZA:	01. <input type="checkbox"/> certamente no 02. <input type="checkbox"/> possibile 03. <input type="checkbox"/> certamente si
NOTE:	



PARENTI TENUTI AGLI ALIMENTI (nelle ultime righe indicare carnalmente i parenti esistenti ma non significativi per il progetto assistenziale)
 (ART. 453 C.C.: coniuge, figli e ascendenti prossimi, genitori e ascendenti prossimi, generi e suoceri, fratelli e sorelle)

Cognome e nome	data di nascita	professione	indirizzo e telefono	parentela	grado di parentela	si occupa di		si occupa di	
						ADL	ADL	ADL	ADL
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

ALTRE PERSONE ATTIVE (compreso personale privato)

1									
2									
3									

ASSISTENZA PUBBLICA ATTIVA (cognome, servizi attivi)

SERVIZIO RESIDENZIALE (giornate?)	3	PASTI A DOMICILIO	5	VIGILANZA- ACCOMPAGNAMENTO	rispett.	inquinanti
1						
2						

G = coniuge, FI = figlio, FR = fratello/sorella, G = genitore, NO = nonno, ND = nipote diretto, NI = nipote indiretto, NIJ = generaziona, AL = altro familiare, VI = amichevoli
 C = convivente, V = assistente volontario, 15 = entro 15 minuti, 30 = entro 30 minuti, 60 = entro 1 ora, C = oltre 1 ora
 * indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'abitazione (0 in 0 è stata finora)
 * cancellare se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, lavarsi, ecc.), ADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia, supervisione (forma o notturna))
 * indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui si prevede che la persona possa essere presente nell'abitazione per il fu

VALUTAZIONE FINALE DELL'ASSISTENTE SOCIALE



Lined area for the final evaluation of the social assistant.

L'Assistente Sociale

data.....

Nome: Firma