



# S.Va.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 insulinodipendente	0	5
Scompenso cardiaco in classe 3-4 NYHA con necessità di monitoraggio frequente del bilancio idrico (≥75 mg. Furosemide pro die), alimentare e parametri vitali (polso, pressione, frequenza cardiaca)	0	10
Cirrosi scompensata e altre forme di ascite con necessità come sopra elencate	0	10
Tracheostomia	0	5
Ossigenoterapia continuativa a lungo termine (>3 h al di)	0	5
Sondino naso-gastrico, gastrostomia (PEG)	0	10
Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale o terapia infusionale quotidiana	0	10
Catetere vescicale	0	5
Ano artificiale e/o ureterostomia	0	5
Nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine o terapia antalgica con oppioidi o con elastomero che richiede adeguamento della posologia	0	10
Ulcere distrofiche agli arti e/o altre lesione della cute chirurgiche, traumatiche, oncologiche	0	5
<b>TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA</b>	<b>VIP</b>	

## 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 LE PATOLOGIE PRINCIPALI CHE CONCORRONO  
A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**  
(da utilizzare a cura del medico curante oppure in sede di UOD)

#### MALATTIE GENERALI

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>A07 Coma</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>A00 Sindrome ipocinetica</b></li> <li><input type="checkbox"/> A79 Carcinomatosi (sede primitiva sconosciuta)</li> <li><input type="checkbox"/> A80 Incidente / lesione traumatica NSA</li> <li><input type="checkbox"/> A81 Politraumatismo / lesioni interne</li> <li><input type="checkbox"/> A82 Effetti tardivi di un trauma</li> <li><input type="checkbox"/> A84 Avvelenamento da sostanza medicinale</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> A86 Effetti tossici da altre sostanze</li> <li><input type="checkbox"/> A87 Complicanza chirurgia / trattamento medico</li> <li><input type="checkbox"/> A89 Conseguenze applicazione protesi</li> <li><input type="checkbox"/> A90 Anomalie multiple congenite</li> <li><input type="checkbox"/> <b>A97 Assenza di malattia</b></li> <li><input type="checkbox"/> A99 Altre malattie generali / non spec</li> </ul> |
|--|--|

#### SANGUE / LINFATICI / MILZA

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> B71 Linfadenite cronica / non specifica</li> <li><input type="checkbox"/> <b>B72 Morbo di Hodgkin</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>B73 Leucemia</b></li> <li><input type="checkbox"/> B74 Altre neoplasie maligne</li> <li><input type="checkbox"/> B75 Neoplasie benigne / non spec</li> <li><input type="checkbox"/> B78 Anemie emolitiche ereditarie</li> <li><input type="checkbox"/> B79 Altre anomalie congenite</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>B80 Anemia da carenza di ferro</b></li> <li><input type="checkbox"/> B81 Anemia perniciosa / da carenza folati</li> <li><input type="checkbox"/> B83 Porpora / difetti coagulazione / piastrine</li> <li><input type="checkbox"/> B87 Splenomegalia</li> <li><input type="checkbox"/> B90 Infezione da HIV (AIDS / ARC)</li> <li><input type="checkbox"/> B99 Altra malattia sangue / linfatici / milza</li> </ul> |
|---|---|

#### SISTEMA DIGERENTE

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>D17 Incontinenza intestinale</b></li> <li><input type="checkbox"/> D70 Diarrea infettiva / dissenteria</li> <li><input type="checkbox"/> D72 Epatite virale</li> <li><input type="checkbox"/> <b>D74 Neoplasie maligne stomaco</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>D75 Neoplasie maligne colon / retto</b></li> <li><input type="checkbox"/> D76 Neoplasie maligne pancreas</li> <li><input type="checkbox"/> D77 Altre neoplasie maligne / non spec</li> <li><input type="checkbox"/> D81 Anomalie congenite</li> <li><input type="checkbox"/> D82 Malattie di denti / gengive</li> <li><input type="checkbox"/> D83 Malattie di bocca / lingua / labbra</li> <li><input type="checkbox"/> D84 Malattie dell'esofago</li> <li><input type="checkbox"/> D85 Ulcera duodenale</li> <li><input type="checkbox"/> D86 Altre ulcere peptiche</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> D87 Disturbi funzione gastrica</li> <li><input type="checkbox"/> D88 Appendicite</li> <li><input type="checkbox"/> D89 Ernia inguinale</li> <li><input type="checkbox"/> D90 Ernia diaframmatica / dello hiatus</li> <li><input type="checkbox"/> D91 Altre ernie addominali</li> <li><input type="checkbox"/> D92 Malattia diverticolare</li> <li><input type="checkbox"/> D93 Sindrome del colon irritabile</li> <li><input type="checkbox"/> D94 Enterite cronica / colite ulcerosa</li> <li><input type="checkbox"/> D95 Ragade anale / ascesso perianale</li> <li><input type="checkbox"/> D96 Epatomegalia</li> <li><input type="checkbox"/> <b>D97 Cirrosi / altre malattie epatiche</b></li> <li><input type="checkbox"/> D98 Colecistite / colelitiasi</li> <li><input type="checkbox"/> D99 Altre malattie sistema digerente</li> </ul> |
|---|---|

#### OCCHIO

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> F74 Neoplasie occhio / annessi</li> <li><input type="checkbox"/> F81 Altre anomalie oculari congenite</li> <li><input type="checkbox"/> F82 Distacco di retina</li> <li><input type="checkbox"/> F83 Retinopatia</li> <li><input type="checkbox"/> F84 Degenerazione della macula</li> <li><input type="checkbox"/> F85 Ulcera corneale (incl. erpetica)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> F91 Errori di rifrazione</li> <li><input type="checkbox"/> <b>F92 Cataratta</b></li> <li><input type="checkbox"/> F93 Glaucoma</li> <li><input type="checkbox"/> <b>F94 Tutti i gradi / tipi di cecità</b></li> <li><input type="checkbox"/> F99 Altre malattie oculari</li> </ul> |
|---|--|

#### ORECCHIO

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> H03 Tinnito / ronzio / tinnito</li> <li><input type="checkbox"/> H74 Otite cronica, altre infezioni orecchio</li> <li><input type="checkbox"/> H75 Neoplasie dell'orecchio</li> <li><input type="checkbox"/> H77 Perforazione membrana del timpano</li> <li><input type="checkbox"/> <b>H82 Sindrome vertiginosa</b></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>H83 Otosclerosi</b></li> <li><input type="checkbox"/> H84 Presbiacusia</li> <li><input type="checkbox"/> <b>H86 Tutti i gradi di sordità NSA</b></li> <li><input type="checkbox"/> H99 Altre malattie orecchio / mastoide</li> </ul> |
|---|---|

**SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO**

- K71 Febbre reumatica / cardiopatia
- K73 Anomalie congenite cuore / sistema circolatorio
- K74 Angina pectoris
- K75 Infarto miocardico acuto**
- K76 Altre cardiopatie ischemiche / croniche
- 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 MUSCOLOSCHIELETRICO**

- 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 ginocchia
- 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 ginocchia
- L98 Deformità acquisite degli arti
- L99 Altre malattie sistema muscoloscheletrico

**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 Altre malattie pelle / tessuto sottocutaneo

**SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO E NUTRIZIONE**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> T06 Anoressia nervosa / bulimia      | <input type="checkbox"/> T86 Ipotiroidismo / mixedema                         |
| <input type="checkbox"/> T08 Calo di peso                     | <input type="checkbox"/> T87 Ipoglicemia                                      |
| <input type="checkbox"/> <b>T11 Disidratazione</b>            | <input type="checkbox"/> <b>T90 Diabete mellito</b>                           |
| <input type="checkbox"/> T71 Neoplasie maligne della tiroide  | <input type="checkbox"/> T91 Carezza vitaminica / altro disturbo nutrizionale |
| <input type="checkbox"/> T73 Altre / non spec neoplasie       | <input type="checkbox"/> T92 Gotta  |
| <input type="checkbox"/> <b>T82 Obesità (BMI &gt;=30)</b>     | <input type="checkbox"/> T93 Disturbi del metabolismo lipidico                |
| <input type="checkbox"/> T83 Sovrappeso (BMI <30)             | <input type="checkbox"/> T99 Altra malattia endocrino metabolica nutrizionale |
| <input type="checkbox"/> T85 Iperitiroidismo / tireotossicosi |   |

**SISTEMA URINARIO**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>U04 Incontinenza urinaria</b>           | <input type="checkbox"/> U79 Altre neoplasie non spec tratto urinario |
| <input type="checkbox"/> U70 Pielonefrite / pielite acuta           | <input type="checkbox"/> U85 Anomalie congenite tratto urinario       |
| <input type="checkbox"/> U71 Cistite / altra infezione urinaria NSA | <input type="checkbox"/> U88 Glomerulonefrite / nefrosi               |
| <input type="checkbox"/> U75 Neoplasie maligne del rene             | <input type="checkbox"/> U95 Calcolo urinario di ogni tipo / sede     |
| <input type="checkbox"/> U76 Neoplasie maligne della vescica        | <input type="checkbox"/> U99 Altra malattia sistema urinario          |

**SISTEMA GENITALE FEMMINILE**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> X75 Neoplasie maligne della cervice            | <input type="checkbox"/> X84 Vaginite / vulvite NSA                    |
| <input type="checkbox"/> <b>X76 Neoplasie maligne della mammella</b>    | <input type="checkbox"/> X87 Prolasso uterovaginale                    |
| <input type="checkbox"/> <b>X77 Altre neoplasie maligne</b>             | <input type="checkbox"/> X99 Altre malattie sistema genitale femminile |
| <input type="checkbox"/> X81 Altre / non spec neoplasie genit femminile |  |

**SISTEMA GENITALE MASCHILE**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Y74 Orchite / epididimite             | <input type="checkbox"/> Y78 Altre neoplasie maligne                  |
| <input type="checkbox"/> <b>Y77 Neoplasie maligne prostata</b> | <input type="checkbox"/> Y99 Altre malattie genit. Masch. Incl. Mamm. |

**COMPILATORE**

NOMINATIVO: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

# S.Va.M.A. VALUTAZIONE COGNITIVA E FUNZIONALE

**NOME:**

**DATA DI NASCITA:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**SEDE DI VALUTAZIONE:**

**DATA:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

## SITUAZIONE COGNITIVA

### SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE (barrare la casella in caso di errore)

Che giorno è oggi? (mese, giorno, anno)	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:

<b>SITUAZIONE FUNZIONALE</b>	
<b>INDICE DI BARTHEL - Attività di Base</b> <i>(barrare per ogni area un unico punteggio)</i>	
<b>ALIMENTAZIONE</b>	
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
<b>BAGNO/DOCCIA (lavarsi)</b>	
Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura 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
<b>IGIENE PERSONALE</b>	
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
<b>ABBIGLIAMENTO</b>	
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
<b>CONTINENZA INTESTINALE</b>	
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
<b>CONTINENZA URINARIA</b>	
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 (sottolio. la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni .	10

<b>USO DEL GABINETTO</b>	
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 svuotarla e pulirla.	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
<b>TOTALE VALUTAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)</b>	<b>VADL</b>

<b>MOBILITÀ-INDICE DI BARTHEL</b>		
<b>TRASFERIMENTO LETTO – SEDIA o CARROZZINA</b> (compilare anche 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
<b>DEAMBULAZIONE</b> (funzionalmente valida)	<b>USO DELLA CARROZZINA</b> (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
<b>SCALE</b>		
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
<b>TOTALE VALUTAZIONE MOBILITÀ</b>	<b>VMOB</b>	







**PARENTI TENUTI AGLI ALIMENTI** (nelle ultime righe indicare cumulativamente i parenti esistenti ma non significativi per il progetto assistenziale)  
 (ART.433 C.C.: coniuge, figli e discendenti prossimi, genitori e ascendenti prossimi, generi e nuore, suoceri, fratelli e sorelle)

	Cognome e nome	parentela <sup>1</sup>	età	professione	indirizzo e telefono	lontananza <sup>2</sup>	intensità attivazione attuale <sup>3</sup>	si occupa di <sup>4</sup>			intensità attivazione possibile <sup>5</sup>	si occuperà di <sup>4</sup>		
								ADL	iADL	super-visione		ADL	iADL	super-visione
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														

**ALTRE PERSONE ATTIVE** (compreso personale privato)

1														
2														
3														

**ASSISTENZA PUBBLICA ATTIVA** (segnare i servizi attivi)

								h/sett.	Interv/sett
1	SERVIZIO RESIDENZIALE (quale?)	3	PASTI A DOMICILIO	6	VIGILANZA- ACCOMPAGNAMENTO				
2	SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE (quale?)	4	TELESOCCORSO	7	IGIENE DELLA CASA				
		5	TRASPORTO / ACCOMPAGNAMENTO	8	ASSISTENZA ALLA PERSONA				

<sup>1</sup> C = coniuge, FI = figlio/a, FR = fratello/sorella, G = genitore, NO = nonno/a, ND = nipote diretto, NI = nipote indiretto, NU = genero/nuora, AL = altro familiare, VI = amici/vicini

<sup>2</sup> C = convivente, V = immediate vicinanze, 15 = entro 15 minuti, 30 = entro 30 minuti, 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora

<sup>3</sup> indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'assistenza (o lo è stata finora)

<sup>4</sup> crocettare se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti), iADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia), supervisione (diurna e/o notturna)

<sup>5</sup> indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui si prevede che la persona possa essere presente nell'assistenza per il fut

## SITUAZIONE ABITATIVA

<b>SITUAZIONE ABITATIVA</b>	
<b>TITOLO DI GODIMENTO</b> <i>(una sola risposta)</i> <input type="checkbox"/> 1 proprietà <input type="checkbox"/> 2 usufrutto <input type="checkbox"/> 3 titolo gratuito <input type="checkbox"/> 4 non proprio, non in affitto (presso _____)	in affitto da: <input type="checkbox"/> 5a privato <input type="checkbox"/> 5b pubblico  E' in atto lo sfratto esecutivo? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO</b> <i>(una sola risposta)</i> <i>rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti)</i> <input type="checkbox"/> 1 servita <input type="checkbox"/> 2 poco servita <input type="checkbox"/> 3 isolata	
<b>BARRIERE ARCHITETTONICHE</b> <i>(una sola risposta)</i> <input type="checkbox"/> 1 assenti <input type="checkbox"/> 2 solo esterne <input type="checkbox"/> 3 interne	
Piano: <input style="width: 50px; border: 1px solid black;" type="text"/> Ascensore Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>GIUDIZIO SINTETICO</b> <input type="checkbox"/> 1 abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n° di persone, ben servito) <input type="checkbox"/> 2 abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne che limitano l'anziano nel corretto utilizzo delle risorse residue o dei servizi) <input type="checkbox"/> 3 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)	
<b>NOTE:</b>   	

## SITUAZIONE ECONOMICA: REDDITO MENSILE

<b>REDDITO TOTALE DELL'ANZIANO:</b> <i>(inclusa l'eventuale indennità di accompagnamento se percepita o anche solo riconosciuta)</i>	<b>€.</b>
<b>RISPARMI DELL'ANZIANO:</b>	<input type="checkbox"/> no o inferiori a € 2.500,00 <input type="checkbox"/> fino a € 5.000,00 <input type="checkbox"/> fino a € 10.000,00 <input type="checkbox"/> fino a € 50.000,00 <input type="checkbox"/> oltre € 50.000,00 <input type="checkbox"/> non noti
<b>SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO:</b>	<b>€.</b>
<b>ULTERIORE DISPONIBILITÀ ECONOMICA MENSILE DICHIARATA DAI FAMILIARI PER L'ASSISTENZA:</b>	<input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> fino a € 500,00 <input type="checkbox"/> fino a € 1.000,00 <input type="checkbox"/> fino a € 1.500,00 <input type="checkbox"/> oltre <input type="checkbox"/> copertura completa delle spese
<b>INTEGRAZIONE ECONOMICA DEL COMUNE PER L'ASSISTENZA:</b>	<input type="checkbox"/> certamente no <input type="checkbox"/> possibile <input type="checkbox"/> certamente sì
<b>NOTE:</b>   	

## VALUTAZIONE FINALE DELL'ASSISTENTE SOCIALE ATS



**VALUTAZIONE IN SEDE U.V.I.M.****NECESSITÀ di ASSISTENZA SANITARIA**

<b>ASSISTENZA INFERMIERISTICA</b> (vedi scheda "Valutazione Sanitaria")	<b>VIP</b>	
<b>PREVENZIONE - TRATTAMENTO DECUBITI</b> (vedi scheda "Valutazione Cognitiva e Funzionale")	<b>VPIA</b>	
<b>POTENZIALE RESIDUO</b> (da valutare in U.O.D.)	<b>VPOT</b>	
Poco probabili significativi recuperi di autonomia	0	
Vi è la possibilità di recuperare l'autonomia fino a punteggio $\leq 3$ 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	
<b>TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA E RIABILITATIVA</b>	<b>VSAN</b>	

**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	10
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
<b>TOTALE RETE SOCIALE</b>			<b>VSOC</b>	

## 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)		

### MOBILITÀ

PJOB	VJOB		
1	si sposta da solo		Punteggio Barthel mobilità = 0 - 14
2	si sposta assistito		Punteggio Barthel mobilità = 15 - 29
3	non si sposta		Punteggio Barthel mobilità = 30 - 40

### SITUAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)

PADL	VADL		
1	autonomo o quasi		Punteggio Barthel ADL = 0 - 14
2	dipendente		Punteggio Barthel ADL = 15 - 49
3	totalmente dipendente		Punteggio Barthel ADL = 50 - 60

### NECESSITÀ DI ASSISTENZA SANITARIA

PSAN	VSAN		
1	bassa		Punteggio = 0 - 5
2	intermedia		Punteggio = 10 - 20
3	elevata		Punteggio ≥ 25

### ⊕ SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE

PSOC	VSOC		
1	ben assistito		Punteggio = 0 - 80
2	parzialmente assistito		Punteggio = 85 - 160
3	non sufficientemente assistito		Punteggio = 165 - 240

### CODICE PROFILO

PROF	⊕		PSOC

## VERBALE U.V.I.M.

**NOME:**

**DATA DI NASCITA:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**SINTESI DEI PROBLEMI ATTUALI RILEVATI:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**SULLA BASE DELLA DOCUMENTAZIONE AGLI ATTI E DI QUANTO EMERSO DALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, L'UNITA' OPERATIVA DISTRETTUALE PRENDE LE SEGUENTI DECISIONI:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### CODIFICA PROGETTO ASSISTENZIALE

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

convocati	presenti	PARTECIPANTI	Nome	Firma
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	Responsabile U.V.I.M.		
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	Medico curante		
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Assistente sociale ATS		
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Esperto / Geriatra		
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>			
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:**  
(INDICARE IL RUOLO)

**Verifica programmata:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

attivazione       verifica  
**DATA:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**TIMBRO E FIRMA DEL  
RESPONSABILE U.V.I.M.**

**TIMBRO E FIRMA DEL  
RESPONSABILE ATS**