

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

SANGUE / LINFATICI / MILZA

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

SISTEMA DIGERENTE

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

OCCHIO

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

ORECCHIO

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

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 MUSCOLOSCHIELETICO

- 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 ginocchi
- 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 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"/> T11 Disidratazione | <input type="checkbox"/> T90 Diabete mellito |
| <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"/> T82 Obesità (BMI >=30) | <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"/> U04 Incontinenza urinaria | <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"/> X76 Neoplasie maligne della mammella | <input type="checkbox"/> X87 Prolasso uterovaginale |
| <input type="checkbox"/> X77 Altre neoplasie maligne | <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"/> Y77 Neoplasie maligne prostata | <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:

SITUAZIONE FUNZIONALE

INDICE DI BARTHEL - Attività di Base (barrare per ogni area un unico punteggio)

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 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
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 (sottolio. 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

MOBILITÀ-INDICE DI BARTHEL	
TRASFERIMENTO LETTO – SEDIA o CARROZZINA (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
DEAMBULAZIONE (funzionalmente valida)	USO DELLA CARROZZINA (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.
	Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.
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.
	Capace di spostarsi per brevi tratti su superfici piane, ma è necessaria assistenza per tutte le altre manovre.
Non in grado di deambulare autonomamente.	Dipendente negli spostamenti con la carrozzina.
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 MOBILITÀ	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**

NOMINATIVO: _____ FIRMA: _____

S.Va.M.A.

VALUTAZIONE SOCIALE

NOME: _____ DATA DI NASCITA: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

SEDE DI VALUTAZIONE: _____ DATA: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Tessera sanitaria |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| esenzione ticket |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Residenza: via _____ Tel. _____

Comune _____ Prov. |_|_|

Sesso: <input type="checkbox"/> 1 M <input type="checkbox"/> 2 F	Stato civile: <input type="checkbox"/> 1 celibe/nubile <input type="checkbox"/> 2 coniugato, <input type="checkbox"/> 3 separato <input type="checkbox"/> 4 divorziato <input type="checkbox"/> 5 vedovo <input type="checkbox"/> 6 non dichiarato	Istruzione: <input type="checkbox"/> 1 nessuna <input type="checkbox"/> 2 licenza elementare <input type="checkbox"/> 3 licenza media inferiore <input type="checkbox"/> 4 diploma media superiore <input type="checkbox"/> 5 diploma universitario <input type="checkbox"/> 6 laurea	Pensione: <input type="checkbox"/> 1 nessuna <input type="checkbox"/> 2 minima/sociale <input type="checkbox"/> 3 altra pensione	Invalità civile: <input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No Indennità di accompagnamento: <input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 in attesa
---	---	--	--	---

Ultima professione: _____

DOMANDA DI INTERVENTO:

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 ospitalità temporanea riabilitativa
05 altra ospitalità temporanea
06 accogliimento in residenza

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 sì 02 no

Medico curante: _____ Tel. _____

PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE:

Cognome e nome _____

Via _____ Comune _____ Prov |_|_|

Telefono _____ Cellulare _____

Grado di parentela . _____

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 ¹	età	professione	indirizzo e telefono	lontananza ²	intensità attivazione attuale ³	si occupa di ⁴			intensità attivazione possibile ⁵	si occuperà di ⁴		
								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		

¹ 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

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

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

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

⁵ 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

TITOLO DI GODIMENTO *(una sola risposta)*

- 1 proprietà
 2 usufrutto
 3 titolo gratuito
 4 non proprio, non in affitto
 (presso _____)

in affitto da:

- 5a privato
 5b pubblico

E' in atto lo sfratto esecutivo? Sì No

DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO *(una sola risposta)*

rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti)

- 1 servita
 2 poco servita
 3 isolata

BARRIERE ARCHITETTONICHE *(una sola risposta)*

- 1 assenti
 2 solo esterne
 3 interne

Piano: |
 Ascensore Sì No

GIUDIZIO SINTETICO

- 1 abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n° di persone, ben servito)
 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)
 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)

NOTE:

SITUAZIONE ECONOMICA: REDDITO MENSILE

REDDITO TOTALE DELL'ANZIANO:

(inclusa l'eventuale indennità di accompagnamento se percepita o anche solo riconosciuta)

€.

RISPARMI DELL'ANZIANO:

- no o inferiori a €. 2.500,00
 fino a €. 5.000,00
 fino a €. 10.000,00
 fino a €. 50.000,00
 oltre €. 50.000,00
 non noti

SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO:

€.

ULTERIORE DISPONIBILITÀ ECONOMICA MENSILE DICHIARATA DAI FAMILIARI PER L'ASSISTENZA:

- nessuna
 fino a €. 500,00
 fino a €. 1.000,00
 fino a €. 1.500,00
 oltre
 copertura completa delle spese

INTEGRAZIONE ECONOMICA DEL COMUNE PER L'ASSISTENZA:

- certamente no
 possibile
 certamente sì

NOTE:

VALUTAZIONE FINALE DELL'ASSISTENTE SOCIALE ATS

Lined area for text entry.

ASSISTENTE SOCIALE ATS

Nome: _____

Data _____ Firma _____

VALUTAZIONE IN SEDE U.V.I.M.

NECESSITÀ di ASSISTENZA SANITARIA

ASSISTENZA INFERMIERISTICA (vedi scheda "Valutazione Sanitaria")	VIP	
PREVENZIONE - TRATTAMENTO DECUBITI (vedi scheda "Valutazione Cognitiva e Funzionale")	VPIA	
POTENZIALE RESIDUO (da valutare in U.O.D.)	VPOT	
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	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
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)	

MOBILITÀ

PMOB	VMOB	
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

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.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**