



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 VerificaTimbro e firma
del Responsabile UVM

DATA: | | | | | | | |



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

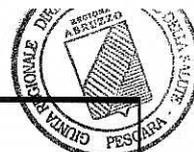
NOME:	DATA DI NASCITA:
SEDE DI VALUTAZIONE:	DATA :

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 / roncio / 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 Carezza 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:





**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 02. <input type="checkbox"/> usufrutto 03. <input type="checkbox"/> titolo gratuito 04. <input type="checkbox"/> non proprio non in affitto (presso: _____)	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"/>	
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, genitori e ascendenti prossimi, zii, nipoti, fratelli e sorelle)

Cognome e nome	età	professione	indirizzo e telefono	° di famiglia	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	4	5	6	7	8	rispett.	inquinanti
1								
2								

G = coniuge, FI = figlio, FR = fratello/sorella, G = genitore, NO = nonno, ND = nipote diretto, NI = nipote indiretto, NIJ = generanza, AL = altro familiare, VI = conviventi
 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 (igiene casa, acquisti, preparazione pasti -servizi), supervisione (forma o notturna)
 * indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui si avverte che la persona possiede o è presente nell'abitazione per il

