



## VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

### NECESSITÀ di ASSISTENZA SANITARIA

<b>ASSISTENZA INFERMIERISTICA</b> (vedi scheda "Valutazione Sanitaria")	VIP	
<b>PREVENZIONE - TRATTAMENTO DECUBITI</b> (vedi scheda "Valutazione Cognitiva e Funzionale")	VPIA	
<b>POTENZIALE RESIDUO</b> (da valutare in UOD)	VPOT	
poco probabili significativi recuperi di autonomia	0	
vi è la possibilità di recuperare l'autonomia (punteggio ≤ 3) in almeno 1 item del Barthel ADL o MOBILITA'	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>		VSAN

### SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE (famiglia, privato, vicinato e volontariato)

	SOGGETTO AUTONOMO	SUPPORTO DELLA 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
toiletta 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 VALUTAZIONE DELLA RETE SOCIALE</b>				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'

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

### NECESSITA' DI ASSISTENZA SANITARIA

PSAN		VSAN	
1	bassa		punteggio = 0-5
2	intermedia		punteggio = 10-20
3	elevata		punteggio $\geq$ 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

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: (una sola codifica)**

<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
<b>1</b> <input type="checkbox"/>	<b>1</b> <input type="checkbox"/>	Responsabile U.O.D		
<b>2</b> <input type="checkbox"/>	<b>2</b> <input type="checkbox"/>	Medico curante		
<b>3</b> <input type="checkbox"/>	<b>3</b> <input type="checkbox"/>	Assistente sociale		
<b>4</b> <input type="checkbox"/>	<b>4</b> <input type="checkbox"/>	Esperto / Geriatra		
<b>5</b> <input type="checkbox"/>	<b>5</b> <input type="checkbox"/>			
<b>6</b> <input type="checkbox"/>	<b>6</b> <input type="checkbox"/>			
<b>7</b> <input type="checkbox"/>	<b>7</b> <input type="checkbox"/>			
<b>8</b> <input type="checkbox"/>	<b>8</b> <input type="checkbox"/>			

<b>Il responsabile del caso sarà:</b>		<b>Verifica programmata:</b>
<input type="checkbox"/> attivazione	<input type="checkbox"/> verifica	<b>TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE</b>
<b>DATA:</b>		

**S.V.A.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
<b>TOTALE VALUTAZIONE COGNITIVA</b>	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**

**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 necessario.	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

<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 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
<b>TOTALE VALUTAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)</b>	VADL

<b>MOBILITA' 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	
Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.	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
	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 MOBILITA'</b>	VMOB	

## PREVENZIONE – TRATTAMENTO DECUBITI

VPIA

rischio non elevato di lesioni da decubito	0
rischio elevato (*Exton Smith $\leq 10$ ) 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 $\leq 10$ ):	
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 SANITARIA**

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

**SEDE DI VALUTAZIONE:** \_\_\_\_\_ **DATA:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**CENNI ANAMNESTICI - PROBLEMI CRONICI IN ATTO**


**TRATTAMENTI IN ATTO:**


**ASSISTENZA INFERMIERISTICA**

	no	sì
Diabete insulinodipendente	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	0	10
Catetere vescicale	0	5
Ano artificiale o ureterostomia	0	5
nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine	0	10
Ulcere distrofiche agli arti	0	5
<b>TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA</b>	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 PRINCIPALI  
CHE CONCORRONO A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**  
(da utilizzare a cura del medico curante oppure in sede di UOD)

#### MALATTIE GENERALI

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> A07 Coma                                       | <input type="checkbox"/> A86 Effetti tossici da altre sostanze          |
| <input type="checkbox"/> A00 <b>Sindrome ipocinetica</b>                | <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"/> <b>A97 Assenza di malattia</b>                 |
| <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"/> <b>B80 Anemia da carenza di ferro</b>          |
| <input type="checkbox"/> <b>B72 Morbo di Hodgkin</b>             | <input type="checkbox"/> B81 Anemia pernicioza / da carenza folati      |
| <input type="checkbox"/> <b>B73 Leucemia</b>                     | <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"/> <b>D17 Incontinenza intestinale</b>        | <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"/> <b>D74 Neoplasie maligne stomaco</b>       | <input type="checkbox"/> D90 Ernia diaframmatica / dello hiatus       |
| <input type="checkbox"/> <b>D75 Neoplasie maligne colon / retto</b> | <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"/> <b>D97 Cirrosi / altre malattie epatiche</b> |
| <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"/> <b>F92 Cataratta</b>                      |
| <input type="checkbox"/> F82 Distacco di retina               | <input type="checkbox"/> F93 Glaucoma                              |
| <input type="checkbox"/> F83 Retinopatia                      | <input type="checkbox"/> <b>F94 Tutti i gradi / tipi di cecità</b> |
| <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 Tinnitio / ronzio / 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"/> <b>H86 Tutti i gradi di sordità NSA</b> |
| <input type="checkbox"/> H77 Perforazione membrana del timpano       | <input type="checkbox"/> H99 Altre malattie orecchio / mastoide  |
| <input type="checkbox"/> <b>H82 Sindrome vertiginosa</b>             |  |
- 

**SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> K71 Febbre reumatica / cardiopatia                  | <input type="checkbox"/> K86 Ipertensione non complicata                            |
| <input type="checkbox"/> K73 Anomalie congenite cuore / sistema circolatorio | <input type="checkbox"/> <b>K87 Ipertensione coinvolgente organi bersaglio</b>      |
| <input type="checkbox"/> K74 Angina pectoris                                 | <input type="checkbox"/> K88 Ipotensione posturale                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>K75 Infarto miocardico acuto</b>                 | <input type="checkbox"/> K89 Ischemia cerebrale transitoria                         |
| <input type="checkbox"/> K76 Altre cardiopatie ischemiche / croniche         | <input type="checkbox"/> <b>K90 Colpo / accidente cerebrovascolare</b>              |
| <input type="checkbox"/> <b>K77 Insufficienza cardiaca</b>                   | <input type="checkbox"/> K91 Aterosclerosi escl cuore / cervello                    |
| <input type="checkbox"/> K78 Fibrillazione atriale / flutter                 | <input type="checkbox"/> K92 Altre ostruzioni arteriose / mal vascolari periferiche |
| <input type="checkbox"/> K79 Tachicardia parossistica                        | <input type="checkbox"/> K93 Embolia polmonare                                      |
| <input type="checkbox"/> K80 Battiti ectopici tutti i tipi                   | <input type="checkbox"/> K94 Flebite / tromboflebite                                |
| <input type="checkbox"/> K82 Cuore polmonare cronico                         | <input type="checkbox"/> K95 Vene varicose delle gambe (escl S97)                   |
| <input type="checkbox"/> K83 Malattia valvolare cuore non reumatica NSA      | <input type="checkbox"/> K99 Altre malattie sistema circolatorio                    |
| <input type="checkbox"/> K84 Altre malattie del cuore                        |   |
- 

**SISTEMA MUSCOLOSCELETRICO**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> L70 Infezioni                                    | <input type="checkbox"/> L83 Sindromi colonna cervicale                    |
| <input type="checkbox"/> L71 Neoplasia                                    | <input type="checkbox"/> L84 Osteoartrosi colonna                          |
| <input type="checkbox"/> <b>L72 Frattura radio / ulna</b>                 | <input type="checkbox"/> L85 Deformità acquisite della colonna             |
| <input type="checkbox"/> <b>L73 Frattura tibia / fibula</b>               | <input type="checkbox"/> L86 Lesione disc lombare / irradiazione           |
| <input type="checkbox"/> <b>L74 Frattura ossa mano / piede</b>            | <input type="checkbox"/> <b>L88 Artrite reumatoide / condizioni affini</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>L75 Frattura femore</b>                       | <input type="checkbox"/> <b>L89 Osteoartrosi dell'anca</b>                 |
| <input type="checkbox"/> <b>L76 Altra frattura</b>                        | <input type="checkbox"/> <b>L90 Osteoartrosi del ginocchio</b>             |
| <input type="checkbox"/> L77 Distorsione e stiramento caviglia            | <input type="checkbox"/> L91 Altre osteoartrosi                            |
| <input type="checkbox"/> L78 Distorsione e stiramento ginocchio           | <input type="checkbox"/> L92 Sindromi della spalla                         |
| <input type="checkbox"/> L79 Distorsione e stiramento altre articolazioni | <input type="checkbox"/> L95 Osteoporosi                                   |
| <input type="checkbox"/> L80 Lussazione                                   | <input type="checkbox"/> L97 Lesione interna cronica del ginocchi          |
| <input type="checkbox"/> L81 Altre lesioni traumatiche                    | <input type="checkbox"/> L98 Deformità acquisite degli arti                |
| <input type="checkbox"/> L82 Anomalie congenite                           | <input type="checkbox"/> L99 Altre malattie sistema muscoloscheletro       |
- 

**SISTEMA NERVOSO**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>N17 Vertigine / capogiro (escl H82)</b> | <input type="checkbox"/> N85 Anomalie congenite                   |
| <input type="checkbox"/> N19 Disturbi del linguaggio                | <input type="checkbox"/> <b>N86 Sclerosi multipla</b>             |
| <input type="checkbox"/> N70 Poliomielite / altri enterovirus       | <input type="checkbox"/> <b>N87 Parkinsonismo</b>                 |
| <input type="checkbox"/> N71 Meningite / encefalite                 | <input type="checkbox"/> N88 Epilessia tutti i tipi               |
| <input type="checkbox"/> N72 Tetano                                 | <input type="checkbox"/> N89 Emicrania                            |
| <input type="checkbox"/> N73 Altre infezioni sistema nervoso        | <input type="checkbox"/> N90 Cefalea a grappolo                   |
| <input type="checkbox"/> <b>N74 Neoplasie maligne</b>               | <input type="checkbox"/> N91 Paralisi facciale / paralisi di Bell |
| <input type="checkbox"/> <b>N75 Neoplasie benigne</b>               | <input type="checkbox"/> N92 Nevralgia del trigemino              |
| <input type="checkbox"/> N76 Neoplasie non spec                     | <input type="checkbox"/> N93 Sindrome del tunnel carpale          |
| <input type="checkbox"/> N79 Commozione cerebrale                   | <input type="checkbox"/> N94 Altra nevrite periferica             |
| <input type="checkbox"/> N81 Altre lesioni traumatiche              | <input type="checkbox"/> N99 Altre malattie del sistema nervoso   |
- 

**DISTURBI MENTALI / PSICOLOGICI**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> P13 Encopresi                            | <input type="checkbox"/> P74 Disturbo d'ansia / stato ansioso        |
| <input type="checkbox"/> <b>P15 Abuso cronico di alcool</b>       | <input type="checkbox"/> <b>P75 Disturbo isterico / ipocondriaco</b> |
| <input type="checkbox"/> P17 Abuso di tabacco                     | <input type="checkbox"/> P76 Disturbo depressivo                     |
| <input type="checkbox"/> P18 Abuso di medicinali                  | <input type="checkbox"/> P77 Tentativo di suicidio                   |
| <input type="checkbox"/> P19 Abuso di droghe                      | <input type="checkbox"/> P78 Neurastenia / surmenage                 |
| <input type="checkbox"/> P20 Disturbi di memoria / concentrazione | <input type="checkbox"/> P79 Altro disturbo nevrotico                |
| <input type="checkbox"/> <b>P70 Demenza senile / Alzheimer</b>    | <input type="checkbox"/> P80 Disturbo di personalità                 |
| <input type="checkbox"/> P71 Altra psicosi organica               | <input type="checkbox"/> P85 Ritardo mentale                         |
| <input type="checkbox"/> P72 Schizofrenia tutti i tipi            | <input type="checkbox"/> P98 Altre / non spec psicosi                |
| <input type="checkbox"/> P73 Psicosi affettiva                    | <input type="checkbox"/> P99 Altri disturbi mentali / psicologici    |
- 

**SISTEMA RESPIRATORIO**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> R70 Tubercolosi respiratoria (escl A70)        | <input type="checkbox"/> R85 Altre neoplasie maligne                 |
| <input type="checkbox"/> R80 Influenza(provata)senza polmonite          | <input type="checkbox"/> R89 Anomalie congenite sistema respiratorio |
| <input type="checkbox"/> R81 Polmonite                                  | <input type="checkbox"/> R91 Bronchite cronica / bronchiectasie      |
| <input type="checkbox"/> R82 Tutte le pleuriti (escl R70)               | <input type="checkbox"/> <b>R95 Enfisema / BPCO</b>                  |
| <input type="checkbox"/> R83 Altre infezioni del sistema respiratorio   | <input type="checkbox"/> R96 Asma                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>R84 Neoplasie maligne bronchi / polmone</b> | <input type="checkbox"/> R99 Altra malattia sistema respiratorio     |
-

---

**CUTE E ANNESSI**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> S14 Ustioni / scottature                   | <input type="checkbox"/> S84 Impetigine                                  |
| <input type="checkbox"/> S18 Lacerazione / taglio                   | <input type="checkbox"/> S85 Cisti pilonidale / fistola                  |
| <input type="checkbox"/> S19 Altre lesioni traumatiche pelle        | <input type="checkbox"/> S87 Dermatite atopica / eczema                  |
| <input type="checkbox"/> S70 Herpes zoster                          | <input type="checkbox"/> S88 Dermatite da contatto / altro eczema        |
| <input type="checkbox"/> S72 Scabbia ed altre infestazioni da acari | <input type="checkbox"/> S89 Esantema da pannolino                       |
| <input type="checkbox"/> S73 Pediculosi / altre infestazioni pelle  | <input type="checkbox"/> S91 Psoriasi                                    |
| <input type="checkbox"/> S74 Dermatofitosi                          | <input type="checkbox"/> S92 Disidrosi / mal ghiandole sudoripare        |
| <input type="checkbox"/> S75 Moniliasi / candidosi (altre)          | <input type="checkbox"/> S94 Unghia incarnita / altra malattie unghie    |
| <input type="checkbox"/> S76 Altre malattie infettive pelle         | <input type="checkbox"/> S97 Ulcera cronica pelle (incl varicosa)        |
| <input type="checkbox"/> S77 Neoplasie maligne della pelle          | <input type="checkbox"/> S98 Orticaria                                   |
| <input type="checkbox"/> S80 Altre / non spec neoplasie pelle       | <input type="checkbox"/> S99 Altra 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 Carenza 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 Ipertiroidismo / 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 Altra malattie genit masch incl mamm |
- 

**COMPILATORE**

Nome:

firma:



**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		
		4	TELESOCCORSO	7	IGIENE DELLA CASA		
2	SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE (quale?)	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 futuro

## 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:  
 5 a  privato  
 5 b  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 sue 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 5 milioni  
 fino a £ 10 milioni  
 fino a £ 20 milioni  
 fino a £ 100 milioni  
 oltre £ 100 milioni  
 non noti

### SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO:

£.

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

- nessuna  
 fino a £ 1 milione  
 fino a £ 2 milioni  
 fino a £ 3 milioni  
 oltre  
 copertura completa delle spese

### INTEGRAZIONE ECONOMICA DEL COMUNE PER L'ASSISTENZA:

- certamente no  
 possibile  
 certamente sì

### NOTE:

**VALUTAZIONE FINALE DELL'ASSISTENTE SOCIALE**

**ASSISTENTE SOCIALE**

Data:

Nome:

Firma