

tel grado di parentela

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

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 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	
TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA E RIABILITATIVA	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
TOTALE VALUTAZIONE DELLA 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'

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 ≥ 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:** |__| |__| |__| |__| |__|

NOME: _____ **DATA DI NASCITA:**

SINTESI DEI PROBLEMI ATTUALI RILEVATI:

[illegible]

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

[illegible]

CODIFICA PROGETTO ASSISTENZIALE: (una sola codifica)	
---	--

01 ☐ ACCOGLIENZA IN RESIDENZA	06 ☐ ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
02 ☐ OSPITALITÀ TEMPORANEA RIABILITATIVA	07 ☐ ALTRE FORME DI ASSISTENZA
03 ☐ OSPITALITÀ TEMPORANEA SOCIALE	08 ☐ LA RETE ATTUALE RISPONDE AI BISOGNI
04 ☐ CENTRO DIURNO	09 ☐ ALLOGGIO PROTETTO
05 ☐ ASSISTENZA DOMICILIARE	

convocati	presenti	PARTECIPANTI	Nome	Firma
1 ☐	1 ☐	Responsabile U.O.D		
2 ☐	2 ☐	Medico curante		
3 ☐	3 ☐	Assistente sociale		
4 ☐	4 ☐	Esperto / Geriatra		
5 ☐	5 ☐			
6 ☐	6 ☐			
7 ☐	7 ☐			
8 ☐	8 ☐			

Il responsabile del caso sarà:	Verifica programmata:
---------------------------------------	------------------------------

Il responsabile del caso sarà:	Verifica programmata:
---------------------------------------	------------------------------

☐ attivazione ☐ verifica	TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE
DATA:	

☐ attivazione ☐ verifica	TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE
DATA:	

☐ attivazione ☐ verifica	TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE
DATA:	

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

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 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

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 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. 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 SANITARIA**

NOME: _____ **DATA DI NASCITA:**

SEDE DI VALUTAZIONE: _____ **DATA:**

CENNI ANAMNESTICI - PROBLEMI CRONICI IN ATTO

TRATTAMENTI IN ATTO:

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

	no	sì
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	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
TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA	VIP	

SENSORIO E COMUNICAZIONE

LINGUAGGIO (*COMPRENSIONE*)

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

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

SANGUE / LINFATICI / MILZA

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

SISTEMA DIGERENTE

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

OCCHIO

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

ORECCHIO

- | | |
|--|--|
| ☐ H03 Tinnito / ronzio / tinnito | ☐ H83 Otosclerosi |
| ☐ H74 Otite cronica, altre infezioni orecchio | ☐ H84 Presbiacusia |
| ☐ H75 Neoplasie dell'orecchio | ☐ H86 Tutti i gradi di sordità NSA |
| ☐ H77 Perforazione membrana del timpano | ☐ H99 Altre malattie orecchio / mastoide |
| ☐ H82 Sindrome vertiginosa | |
-

SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO

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

SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO

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

SISTEMA NERVOSO

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

DISTURBI MENTALI / PSICOLOGICI

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

SISTEMA RESPIRATORIO

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

CUTE E ANNESSI

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

SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO E NUTRIZIONE

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

SISTEMA URINARIO

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

SISTEMA GENITALE FEMMINILE

- | | |
|---|--|
| ☐ X75 Neoplasie maligne della cervice | ☐ X84 Vaginite / vulvite NSA |
| ☐ X76 Neoplasie maligne della mammella | ☐ X87 Prolasso uterovaginale |
| ☐ X77 Altre neoplasie maligne | ☐ X99 Altre malattie sistema genitale femminile |
| ☐ X81 Altre / non spec neoplasie genit femminile | |
-

SISTEMA GENITALE MASCHILE

- | | |
|--|---|
| ☐ Y74 Orchite / epididimite | ☐ Y78 Altre neoplasie maligne |
| ☐ Y77 Neoplasie maligne prostata | ☐ Y99 Altra malattie genit masch incl mamm |
-

COMPILATORE

Nome:

firma:

S.V.A.M.A.

VALUTAZIONE SOCIALE

NOME:

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

SEDE DI VALUTAZIONE:

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

tess.sanit. | | | | | | | | | | es.ticket | | | | | | | | | | cod.fiscale | | | | | | | | | | | | | |

Residenza: via Tel.....

Comune

Stato civile: 1 ☐ coniugato 2 ☐ separato/divorziato 3 ☐ vedovo 4 ☐ celibe/nubile

Sesso: 1 ☐ M 2 ☐ F

Istruzione:

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

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

Ultima professione:

Invalidità civile 1 ☐ sì 2 ☐ no **Indennità accompagnamento** 1 ☐ sì 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 ☐ sì 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 ☐ ospitalità temporanea riabilitativa
05 ☐ altra ospitalità temporanea
06 ☐ accogliimento in residenza

Medico curante:

Tel.

PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE:

Cognome e nome

Via

Comune

tel

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

SITUAZIONE ABITATIVA	
TITOLO DI GODIMENTO <i>(una sola risposta)</i> 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 <i>(una sola risposta)</i> <i>rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti)</i> 1 ☐ servita 2 ☐ poco servita 3 ☐ isolata	
BARRIERE ARCHITETTONICHE <i>(una sola risposta)</i> 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: <i>(inclusa l'eventuale indennità di accompagnamento se percepita o anche solo riconosciuta)</i>	£.
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: 	

[illegible]

Firma