

SENSORIO E COMUNICAZIONE

LINGUAGGIO (COMPRESIONE)

0 = normale	2 = comprensione non valutabile
1 = comprende solo frasi semplici	3 = non comprende

LINGUAGGIO (PRODUZIONE)

0 = parla normalmente	2 = si comprendono solo parole isolate
1 = linguaggio menomato, ma esprime comunque il suo pensiero	3 = non si esprime

UDITO (eventualmente con protesi)

0 = normale	2 = grave deficit non correggibile
1 = deficit, ma udito adeguato alle necessità personali	3 = sordità completa

VISTA (eventualmente con occhiali)

0 = normale	2 = grave deficit non correggibile
1 = deficit, ma vista adeguata alle necessità personali	3 = cecità e bisogno di assistenza

CODIFICA PATOLOGIE - estratto ICPC

INDICARE LE PATOLOGIE PRINCIPALI CHE CONCORRONO A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

(da utilizzare a cura del medico curante oppure in sede di UOD)

MALATTIE GENERALI

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

SANGUE / LINFATICI / MILZA

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

SISTEMA DIGERENTE

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

OCCHIO

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

ORECCHIO

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

SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO

- K71 Febbre reumatica /cardiopatia
- K73 Anomalie congenite cuore / sistema circolatorio
- K74 Angina pectoris
- K75 Infarto miocardico acuto**
- K76 Altre cardiopatie ischemiche / croniche
- K77 Insufficienza cardiaca**
- K78 Fibrillazione atriale /flutter
- K79 Tachicardiaparossistica
- 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
- K88 Ipertensione coinvolgente organi bersaglio**
- K88 Ipotesione posturale
- K89 Ischemia cerebrale transitoria
- K90 Colpo / accidente cerebrovascolare**
- K91 Aterosclerosi escl cuore /cervello
- K92 Altre ostruzioni arteriose / mal vascolari periferiche
- K93 Emboliapolmonare
- K94 Flebite /tromboflebite
- K95 Vene varicose delle gambe (escl S97)
- K99 Altre malattie sistema circolatorio

SISTEMA MUSCOLOSCELETRICO

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

SISTEMA NERVOSO

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

DISTURBI MENTALI / PSICOLOGICI

- P13 Encopresi
- P15 Abuso cronico dialcool**
- 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 Psicosiaffettiva
- 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 dipersonalità
- P85 Ritardomentele
- P98 Altre / non specificosici
- P99 Altri disturbi mentali / psicologici

SISTEMA RESPIRATORIO

- R70 Tuberculosis 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 Herpeszoster
- S72 Scabbia ed altre infestazioni da acari
- S73 Pediculosi / altre infestazioni pelle
- S74 Dermatofitosi
- S75 Moniliasi / candidosi(altrre)
- 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 / altroeczema
- S89 Esantema dapannolino
- S91 Psoriasi
- S92 Disidrosi / mal ghiandole sudoripare
- S94 Unghia incarnita / altra malattie unghie
- S97 Ulcera cronica pelle (inclvaricosa)
- 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 Ipotiroidismo /tireotossicosi

- T86 Ipotiroidismo /mixedema
- T87 Ipoglicemia
- T90 Diabete mellito**
- T91 Carenza 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 dellacervice
- X76 Neoplasie maligne della mammella**
- X77 Altre neoplasie maligne**
- X81 Altre / non spec neoplasie genit femminile

- X84 Vaginite / vulviteNSA
- X87 Prolassouterovaginale
- X99 Altre malattie sistema genitale femminile

SISTEMA GENITALE MASCHE

- Y74 Orchite /epididimite
- Y77 Neoplasie maligne prostata**

- Y78 Altre neoplasie maligne
- Y99 Altre malattie genit. Masch. Incl. Mamm.

COMPILATORE

NOMINATIVO:

FIRMA:

S.Va.M.A.

VALUTAZIONE COGNITIVA E FUNZIONALE

NOME:

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

SEDE DI VALUTAZIONE:

DATA: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

SITUAZIONE COGNITIVA

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

Che giorno è oggi? (mese, giorno, anno)	1
Che giorno è della settimana?	1
Come si chiama questo posto?	1
Qual è il suo indirizzo?	1
Quanti anni ha?	1
Quando è nato?	1
Chi è il Presidente della Repubblica ? (o il Papa?)	1
Chi era il Presidente precedente? (o il Papa?)	1
Qual è il cognome da ragazza di sua madre?	1
Sottragga da 20 tre e poi ancora fino in fondo	1
TOTALE VALUTAZIONE COGNITIVA	VCOG

Nel caso il test non sia somministrabile per la gravità del deterioramento, assegnare punteggio VCOG=10. Nel caso non sia somministrabile per altre motivazioni, indicarle di seguito, ed attribuire un punteggio esclusivamente su base clinica, eventualmente previa consulenza specialistica:

VCOG1

Nel caso i problemi prevalenti siano quelli comportamentali (ad esempio: pericolo di fuga, aggressività fisica verso gli altri), specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un'assistenza adeguata:

Nel caso si tratti di soggetti psicogeriatrici, specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un'assistenza adeguata:

SITUAZIONE FUNZIONALE

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

ALIMENTAZIONE	
Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare i cibi e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.	0
Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc.. Non è necessaria la presenza di un'altra persona.	2
Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro.	5
Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaio, 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 (sottolio. la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni .	10

USO DEL GABINETTO	
Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o la padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.	0
Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.	2
Necessita di aiuto per svestirsi/vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani.	5
Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.	8
Completamente dipendente.	10
TOTALE VALUTAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)	VADL

MOBILITÀ-INDICE DI BARTHEL		
TRASFERIMENTO LETTO – SEDIA o CARROZZINA (compilare anche in caso di paziente totalmente allettato)		
E' indipendente durante tutte le fasi. Capace di avvicinarsi al letto in carrozzina con sicurezza, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina e ritrasferirsi con sicurezza.		0
Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza.		3
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.		7
Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.		12
Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'anziano con o senza un sollevatore meccanico.		15
DEAMBULAZIONE (funzionalmente valida)	USO DELLA CARROZZINA (utilizzare questa scala solo se il paziente ha punteggio di 15 nella scala "deambulazione" ed è stato addestrato all'uso della carrozzina)	
In grado di usare stampelle, bastoni, walker e deambulare per 50 m. senza aiuto o supervisione. Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano.		0
Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia < 50 m. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.		3
Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la loro manipolazione.		7
	Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.) L'autonomia deve essere > 50 m.	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 MOBILITÀ		VMOB

S.Va.M.A. VALUTAZIONE SOCIALE

NOME: _____ **DATA DI NASCITA:** | | | |

SEDE DI VALUTAZIONE: _____ **DATA:** | | | |

Tessera sanitaria | | | | | | | | | | **esenzione ticket** | | | | | | | |

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Residenza: via _____ **Tel.** _____

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

Medico curante: _____ **Tel.** _____

DOMANDA DI INTERVENTO:

Iniziativa della domanda (una sola risposta) 01 <input type="checkbox"/> propria 02 <input type="checkbox"/> familiare o affine 03 <input type="checkbox"/> soggetto civilmente obbligato 04 <input type="checkbox"/> assistente sociale pertinente 05 <input type="checkbox"/> medico 06 <input type="checkbox"/> tutore 07 <input type="checkbox"/> altro soggetto	Tipologia della domanda (una sola risposta) 01 <input type="checkbox"/> generica 02 <input type="checkbox"/> assistenza domiciliare 03 <input type="checkbox"/> centro diurno 04 <input type="checkbox"/> ospitalità temporanea riabilitativa 05 <input type="checkbox"/> altra ospitalità temporanea 06 <input type="checkbox"/> accogliimento in residenza
Motivo della domanda (una sola risposta) 01 <input type="checkbox"/> perdita dell'autonomia 02 <input type="checkbox"/> famiglia non in grado di provvedere 03 <input type="checkbox"/> solitudine 04 <input type="checkbox"/> alloggio non idoneo 05 <input type="checkbox"/> altro	La persona è informata della domanda? 01 <input type="checkbox"/> si 02 <input type="checkbox"/> no

PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE:

Cognome e nome _____

Via _____ Comune _____ Prov _____

|__|__| Telefono _____ Cellulare _____

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	supervisione		ADL	iADL	supervisione
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
ALTRE PERSONE ATTIVE (compreso personale privato)														
1							arrivo							
2							02-09-2020							
3														
ASSISTENZA PUBBLICA ATTIVA (segnare i servizi attivi)														
1	SERVIZIO RESIDENZIALE (quale?)						6							
				3	PASTI A DOMICILIO		del							
							1483							
2	SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE (quale?)						7							
				4	TELESOCORSO		0001483							
							8							
				5	TRASPORTO / ACCOMPAGNAMENTO		0001483							

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

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

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

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

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

Comune di Castelverrino

SITUAZIONE ABITATIVA

TITOLO DI GODIMENTO <i>(una sola risposta)</i>	
<input type="checkbox"/> 1 proprietà <input type="checkbox"/> 2 usufrutto <input type="checkbox"/> 3 titolo gratuito <input type="checkbox"/> 4 non proprio, non in affitto (presso _____)	in affitto da: <input type="checkbox"/> 5a privato <input type="checkbox"/> 5b pubblico E' in atto lo sfratto esecutivo? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO <i>(una sola risposta)</i> <i>rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti)</i>	
<input type="checkbox"/> 1 servita <input type="checkbox"/> 2 poco servita <input type="checkbox"/> 3 isolata	
BARRIERE ARCHITETTONICHE <i>(una sola risposta)</i>	
<input type="checkbox"/> 1 assenti <input type="checkbox"/> 2 solo esterne <input type="checkbox"/> 3 interne	Piano: __ Ascensore Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
GIUDIZIO SINTETICO	
<input type="checkbox"/> 1 abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n° di persone, ben servito) <input type="checkbox"/> 2 abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne che limitano l'anziano nel corretto utilizzo delle risorse residue o dei servizi) <input type="checkbox"/> 3 abitazione non idonea (alloggio pericoloso, fatiscente ed ant igienico 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:	<input type="checkbox"/> no o inferiori a €. 2.500,00 <input type="checkbox"/> fino a €. 5.000,00 <input type="checkbox"/> fino a €. 10.000,00 <input type="checkbox"/> fino a €. 50.000,00 <input type="checkbox"/> oltre €. 50.000,00 <input type="checkbox"/> non noti
SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO:	€.
ULTERIORE DISPONIBILITÀ ECONOMICA MENSILE DICHIARATA DAI FAMILIARI PER L'ASSISTENZA:	<input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> fino a €. 500,00 <input type="checkbox"/> fino a €. 1.000,00 <input type="checkbox"/> fino a €. 1.500,00 <input type="checkbox"/> oltre <input type="checkbox"/> copertura completa delle spese
INTEGRAZIONE ECONOMICA DEL COMUNE PER L'ASSISTENZA:	<input type="checkbox"/> certamente no <input type="checkbox"/> possibile <input type="checkbox"/> certamente sì
NOTE:	

VALUTAZIONE FINALE DELL'ASSISTENTE SOCIALE ATS

VALUTAZIONE IN SEDE U.V.I.M.	
NECESSITÀ di ASSISTENZA SANITARIA	
ASSISTENZA INFERMIERISTICA (vedi scheda "Valutazione Sanitaria")	VIP
PREVENZIONE - TRATTAMENTO DECUBITI (vedi scheda "Valutazione Cognitiva e Funzionale") VPIA	
POTENZIALE RESIDUO (da valutare in U.O.D.)	VPOT
Poco probabili significativi recuperi di autonomia	0
Vi è la possibilità di recuperare l'autonomia fino a punteggio ≤ 3 in almeno 1 item del Barthel ADL o MOBILITÀ	5
Buon potenziale residuo (anche in patologia cronico-degenerativa, se presente sindrome ipocinetica da assistenza inadeguata)	20
Elevato potenziale residuo dopo evento acuto, con scarsa probabilità di recupero spontaneo	25
TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA E RIABILITATIVA	VSAN

SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE (famiglia, privato, vicinato e volontariato)				
	SOGGETTO AUTONOMO	SUPPORTO RETE PER SOGGETTO NON AUTONOMO		
		sufficiente	Parzialmente Sufficiente o difficoltà di tenuta	insufficiente
Preparazione dei pasti	0	5	10	10
Pulizia della casa	0	5	5	10
Lavanderia	0	5	5	10
Effettuazione acquisti	0	5	5	10
Alimentazione	0	5	10	20
Bagno	0	5	5	10
Toeletta personale	0	5	10	15
Abbigliamento	0	5	10	15
Uso del wc (o padella o panno)	0	5	15	25
Assunzione dei medicinali (se pertinente)	0	5	10	10
Trasferimenti	0	5	15	20
Deambulazione	0	5	10	15
Gestione del denaro	0	5	10	10
Sostegno psicoaffettivo	0	5	10	10
Supervisione diurna	0	5	15	25
Supervisione notturna	0	5	15	25
TOTALE RETE SOCIALE			VSOC	

PROFILO DELL'AUTONOMIA

SITUAZIONE COGNITIVA

PCOG		VCOG	
01	lucido		Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 0 - 3
02	confuso		Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 4 - 8
03	molto confuso o stuporoso		Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 9 - 10
04	problemi comportamentali prevalenti (qualsiasi punteggio SPMSQ)		

MOBILITÀ

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

SITUAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)

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

NECESSITÀ DI ASSISTENZA SANITARIA

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



SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE

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

CODICE PROFILO

PROF		PSOC	
		+	

VERBALE U.V.I.M.

NOME:

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

SINTESI DEI PROBLEMI ATTUALI RILEVATI:

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

CODIFICA PROGETTO ASSISTENZIALE

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

convocati	presenti	PARTECIPANTI	Nome	Firma
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	Responsabile U.V.I.M.		
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	Medico curante		
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Assistente sociale ATS		
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Esperto / Geriatra		
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>			
6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>			
7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>			
8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>			

Il responsabile del caso sarà: (INDICARE IL RUOLO)	Verifica programmata: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> attivazione <input type="checkbox"/> verifica DATA: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE U.V.I.M.
	TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE ATS